

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

2

2011

МАРТ—АПРЕЛЬ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

БОРОДУЛИН В. И. — доктор мед. наук, проф., **ГАЙДАРОВ Г. М.** — доктор мед. наук, проф.,
ДЕНИСОВ И. Н. — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ЗАТРАВКИН С. Н.** — доктор мед. наук,
проф., **КАКОРИНА Е. П.** — доктор мед. наук, проф., **КОРОТКОВ Ю. А.** — доктор мед. наук, проф.,
КУЧЕРЕНКО В. З. — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ЛИНДЕНБРАТЕН А. Л.** — доктор
мед. наук, проф., **ЛИСИЦЫН Ю. П.** — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **МАКСИМОВА Т. М.** —
доктор мед. наук, проф., **МЕДИК В. А.** — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., **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.** — акад. РАМН, доктор мед.
наук, проф.



СОДЕРЖАНИЕ

Здоровье и общество

- Шепин О. П., Петручук О. Е., Коротких Р. В., Давлетшин Ф. А.* Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение 1. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров 3
- Калинкин Д. Е., Карпов А. Б., Тахауов Р. М., Самойлова Ю. В., Ширяева И. В.* Динамика онкологической заболеваемости населения промышленного города Западной Сибири 8
- Петрова Н. Г., Комличенко Э. В., Иванов А. В., Зубарева Т. М., Шевелова Т. С.* Репродуктивное здоровье женщин Санкт-Петербурга 13
- Филиппов Ю. Н., Абаева О. П., Барболина С. Ф., Калигин А. А.* Отдаленные результаты медико-социальной помощи больным деструктивным туберкулезом легких, освободившимся из пенитенциарных учреждений 16
- Обухова Е. В., Шаповалова М. А.* Госпитализированная заболеваемость и летальность при термической травме 18
- Куликова Н. Г., Байтокова Р. Р.* Медико-социальные проблемы сахарного диабета 23

Реформы здравоохранения

- Белостоцкий А. В.* Основные направления обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью 25
- Косолапов В. П., Чесноков П. Е., Клименко Г. Я.* К вопросу о формировании приоритетных направлений развития системы охраны материнства и детства на региональном уровне 28
- Гришина Н. К.* Основные принципы реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении 32
- Гаджиев Р. С., Рагимова Р. Ш.* Качество медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста в городских поликлиниках 36
- Единарова И. Е.* К вопросу организации консультативной медицинской помощи на госпитальном этапе 39

Образование и кадры

- Сорокин Д. В.* Самооценка врачами-стоматологами профессиональной квалификации 42

За рубежом

- Сурмач М. Ю., Тищенко Е. М.* Особенности репродуктивного здоровья беременных и поведения, направленного на его сохранение, у женщин Беларуси 45

История медицины

- Сточик А. М., Затравкин С. Н.* Научные революции в медицине XVII—XIX веков: опровержение галенизма и возникновение естественнонаучных основ медицины. Сообщение 4. Опровержение представлений Галена о принципах устройства и механизмах функционирования нервной системы 47
- Микиртичан Г. Л.* Охрана здоровья детей в Ленинграде в годы Великой Отечественной войны 51
- Блохина Н. Н.* Санитарно-гигиенический аспект деятельности съездов русских естествоиспытателей и врачей 54
- Войт Л. Н., Тураев Р. Г.* Становление и развитие системы здравоохранения Амурской области 57
- Коноплева Е. Л.* Вклад Смоленской общины сестер милосердия Красного Креста в оказание медицинской помощи населению в конце XIX — начале XX века 59
- Завьялов А. И.* Научно-практический вклад земского санитарного врача Н. И. Тезякова в развитие санитарной службы в Саратовской губернии 61

Рецензии

- Лисицын Ю. П. О. П. Шепин, В. А. Медик.* Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для системы послевузовского профессионального образования врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 592 с. 63

CONTENT

Health and society

- Schepin O. P., Petrushuk O. E., Korotkih R. V., Davletshin F. A.* The dispensarization and public health in Russia. Report 2: The population health and the organization of preventive medical examinations. 3
- Kalinkin D. E., Karpov A. B., Tahauov R. M., Samoilova Yu. V., Shiriaeva I. V.* The dynamics of oncological morbidity of population of industrial city of Western Siberia. 8
- Petrova N. G., Komlichenko E. V., Ivanov A. V., Zubareva T. M., Sheveleva T. S.* The reproductive health of women in St. Petersburg 13
- Filippov Yu. N., Abayeva O. P., Barbolina S. F., Kaligin A. A.* The remote results of medical social care to the patients with destructive tuberculosis of lungs released from penitentiary facilities 16
- Obukhova E. V., Konovalova M. A.* The hospital morbidity and lethality in the case of thermic trauma 18
- Kulikova N. G., Baitokova R. R.* The medical social issues of diabetes mellitus 23

Health reforms

- Belostosky A. V.* The major directions of population support with high-tech medical care 25
- Kosolapov V. P., Chesnokov P. E., Klimenko G. Y.* On the issue of development of priority directions of development of the system of maternity and childhood medical care on regional level 28
- Grishina N. K.* The basic principles of the implementation of sociological monitoring programs in public health 32
- Gadjiev R. S., Ragimova R. Sh.* The quality of medical care to the patients of elderly and old age in municipal polyclinics 36
- Edinarova I. E.* On the issue of organization of consultative medical care on hospital stage 39

Education and personnel

- Sorokin D. V.* The stomatologists' self-assessment of professional qualification 42

From abroad

- Surmach M. Yu., Tischenko E. M.* The characteristics of reproductive health of pregnant women and behavior targeted at pregnancy preservation in women of Belarus 45

History of medicine

- Stochik A. M., Zatravkin S. N.* The scientific revolutions in medicine in XVII—XIX centuries: disclaimer of galenism and initiation of natural-scientific foundations of medicine. Report 4. The disclaimer of Galen concepts on principles of structure and mechanisms of functioning of nervous system 47
- Mikirtichan G. L.* The health care of children in Leningrad during the Great patriotic war 51
- Blokhina N. N.* The sanitary hygienic aspect of activities of the congresses of Russian naturalists and physicians 54
- Voit L. N., Turaev R. G.* The becoming and development of health care system in Amurskaya oblast 57
- Konopleva E. L.* The input of Smolensk Red Cross obshina (community) of sisters of charity in rendering medical care to population in late XIX — early XX centuries 59
- Zavialov A. I.* The scientific practical input of Zemstvo physician N. I. Teziakov into the development of sanitary service in Saratovskaya gubernia 61

- Lysitsin Yu. P. O. P. Schepin, V. A. Medik.* Public health and health care: textbook for post-graduate education of physicians. -Moscow:GEOTAR-Media,2011. — 592 p. 63

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

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2011

О. П. Щепин¹, О. Е. Петручук¹, Р. В. Коротких¹, Ф. А. Давлетшин²

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ. СООБЩЕНИЕ I. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

¹Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва; ²поликлиника № 8, Казань

В статье рассмотрен вопрос о роли профилактических осмотров населения в улучшении показателей общественного здоровья. Показано значение феномена сверхсмертности в сохранении высоких показателей заболеваемости и неблагоприятной тенденции в динамике медико-демографических показателей в группах трудоспособного возраста. Обсуждаются ведущие факторы, приводящие к высоким показателям преждевременной смертности населения России. На примере исторического опыта отечественного здравоохранения обоснована роль массовых профилактических осмотров населения как эффективного инструмента диспансеризации в снижении заболеваемости основными неинфекционными заболеваниями и укреплении здоровья населения.

Ключевые слова: диспансеризация, профилактика, профилактический осмотр, сверхсмертность, преждевременная смертность

THE DISPANSERIZATION AND PUBLIC HEALTH IN RUSSIA. REPORT 2: THE POPULATION HEALTH AND THE ORGANIZATION OF PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS.

O.P. Schepin, O.E. Petrushuk, R.V. Korotkih, F.A. Davletshin

The article deals with the issue of the role of preventive medical examinations in the enhancement of public health indicators. The significance of the phenomena of hyper-mortality in preservation of higher indices of morbidity and unfavorable trend in the dynamics of medical demographic indicators in the groups of able-bodied population is demonstrated. The role of impact of major factors resulting in the higher indicators of premature mortality of population in Russia is discussed. The historical experience of nation public health is engaged to prove the role of mass preventive medical examinations of population as an effective tool to decrease the morbidity of major non-communicable diseases and population health promotion.

Key words: *dispanserization, prevention, preventive medical examination, hyper-mortality, premature mortality*

Здоровье населения является важнейшим компонентом экономического, социального и культурного развития любой страны. В современных условиях неблагоприятного социального и экономического положения населения существенно возрастает влияние различных факторов риска на состояние общественного здоровья [15]. В последнее десятилетие в состоянии здоровья населения Российской Федерации сложилось непростое положение. Социально-экономический кризис внес коррективы в эволюционное развитие популяционных процессов. Так, численность населения РФ по состоянию на 1 января 1992 г. равнялась 148,5 млн человек, по состоянию на 1 января 2000 г. — 146,9 млн человек. Сокращение популяции за 1992—2000 гг. составило 1,6 млн человек. По состоянию на 1 января 2010 г. численность населения РФ не превысила 141,9 млн человек. За последнее десятилетие численность населения в стране уменьшилась на 5 млн человек, т. е. ежегодно численность популяции снижалась на 500 тыс. граждан. Главная причина сокращения населения — сверхсмертность (см. таблицу).

Феномен сверхсмертности вызван высоким уровнем заболеваемости населения, основные причины которой — неправильный образ жизни, пло-

хая экология и медицинская помощь неудовлетворительного качества. По результатам опроса Левада-центра "Отечественное здравоохранение в российском общественном мнении" (2008) 66% россиян считали, что не могут получить хорошее медицинское обслуживание, а 58% не были удовлетворены системой здравоохранения в стране. Кроме того, по уровню расходов на здравоохранение как доли внутреннего валового продукта (ВВП) Россия делила 112—114-е место в мире с Марокко и Экватором — всего 5,3% ВВП против 9—11% ВВП во многих странах Западной Европы [26].

Влияние социально-экономических условий на смертность населения РФ выразилось в том, что тяжесть кризиса обрушилась на трудоспособное население, показатели смертности которого возросли в течение короткого периода времени в кратном выражении. Рост смертности стал следствием

**Смертность населения РФ за период с 1992 по 2008 г. [7, 8]
(в тыс. человек в год)**

Год	Смертность	Год	Смертность
		2000	2225
1992	1807	2001	2255
1993	2119	2002	2332
1994	2301	2003	2366
1995	2204	2004	2295
1996	2082	2005	2304
1997	2016	2006	2167
1998	1989	2007	2080
1999	2144	2008	2070

О. П. Щепин — акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., дир. (institute@mail.ru); О. Е. Петручук — д-р биол. наук, вед. науч. сотр. (917-53-85); Р. В. Коротких — д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. (rvk@mccinet.ru); Ф. А. Давлетшин — канд. мед. наук, гл. врач (234-27-11).

необходимости в предельно сжатые сроки адаптироваться к существованию и деятельности в условиях новых социально-экономических ценностей, что привело к росту показателей стрессогенной этиологии, в числе которых острое расстройство гемодинамики и функционирования цереброваскулярного русла.

Снижение рождаемости и рост смертности наблюдались в большинстве субъектов РФ и сопровождалась реструктуризацией основных причин смерти, заключающейся в последовательном снижении уровня и удельного веса экзогенных причин и нарастании эндогенных факторов риска, прежде всего болезней системы кровообращения и новообразований. В указанные годы в России ежегодно умирало около 15 человек на 1000 населения. В международном рейтинге 2009 г. Россия по уровню смертности на 1000 человек находилась на 12-й позиции от последнего места, рядом с Нигерией, Зимбабве, Чадом и Сомали. По продолжительности жизни населения Россия занимала 162-е место в мире (66 лет), пропуская вперед Папуа—Новую Гвинею, Гондурас и даже Ирак (144-е место и около 70 лет). Средняя продолжительность жизни мужчин в РФ составила 61,4 года. В странах ЕС продолжительность жизни в среднем составляла 79 лет, в США — 78, в Канаде — 81, в Японии — 82 года [20].

Рождаемость в России находилась на нормальном для европейской страны уровне — примерно 11 новорожденных на 1000 населения в год. Однако рост рождаемости в стране с небогатым населением может приводить к таким негативным последствиям, как снижение уровня жизни граждан, неудовлетворительное содержание и высокая заболеваемость новорожденных. В апреле 2008 г. Минздравсоцразвития РФ признал, что в 48 регионах страны рост рождаемости сопровождался увеличением младенческой смертности [5]. В РФ рождаются около 1 млн 600 тыс. младенцев в год, тогда как умирают около 2 млн 100 тыс. граждан.

Высокий уровень смертности в России вследствие влияния таких причин, как неинфекционные заболевания (НИЗ)¹, травмы и несчастные случаи (ТНС)², приводит к невосполнимым социально-экономическим потерям. Вклад болезней этих групп в общую смертность населения РФ составил 91% [9].

В РФ отмечается аномально высокое число смертей от внешних причин (12,5% от общего числа смертей, более 260 тыс. человек ежегодно, что вдвое больше, чем в Китае и Бразилии, и в 4—5 раз выше, чем в странах ЕС). Внешние причины, включая травмы, занимают 2-е место в структуре причин смерти населения РФ [2, 6]. На долю про-

изводственных травм приходится 17—19%, бытовых — 26—46%, уличных — 28—30%. Показатели смертности от внешних причин колебались от 277,8 (Сибирский федеральный округ) до 130,6 (Южный федеральный округ), составляя в среднем по России 204,2 [9]. Большой разброс в показателях смертности между округами был обусловлен разным социально-экономическим уровнем и состоянием здоровья населения этих округов. Около 40% всех смертей населения РФ приходится на наиболее трудоспособный возраст — 25—64 года [23]. В этом возрасте более 80% всех смертей обусловлены НИЗ и внешними причинами. Коэффициенты смертности от всех НИЗ, от БСК и от травм для населения страны в возрасте 15—64 лет превосходят таковые для ЕС-15 на 294, 941 и 484% соответственно [21]. Хроническая депопуляция³, таким образом, угрожает экономическому развитию страны и чревата снижением уровня жизни населения. В целом по стране продолжился рост общей заболеваемости взрослого населения, которая увеличилась на 16% и составила 1275,3 на 1000 населения в 2004 г. против 1072,6 в 1997 г. [1].

Высокая преждевременная смертность населения России приводит к низкой средней ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении. В 2006 г. ОПЖ в РФ составила 66,6 года (минимум 63,9 года — в Дальневосточном федеральном округе и максимум — 68,8 года в Южном федеральном округе); для мужчин — 60,4 года (57,9 года — Дальневосточный федеральный округ и 63,2 года — Южный федеральный округ), для женщин — 73,2 года (70,7 года — Дальневосточный федеральный округ и 74,6 года — Южный федеральный округ). В России показатели ОПЖ в среднем на 10—14 лет ниже, чем в странах ЕС. Короткая ОПЖ и тенденция к ее снижению обусловлены высокой смертностью населения трудоспособного возраста от сердечно-сосудистых заболеваний и травм [22], поэтому снижение смертности населения РФ от этих причин может увеличить продолжительность жизни и численность работающего населения страны. Не следует забывать, что высокая смертность и низкая рождаемость способствуют сокращению численности населения РФ примерно на 0,8% в год. При сохранении такой тенденции численность населения страны к 2025 г. может уменьшиться на 18 млн человек [25].

Проблема смертности трудоспособного населения — это прежде всего вопросы ее преждевременности и предотвратимости. Однако декларативность государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, их несбалансированность с имеющимися финансовыми ресурсами при росте соплатежей населения привели к снижению доступности и качества медицинской помощи для значительной части населения. В конце XX — начале XXI века в России 2/3 объемов медицинской помощи населению оказывалось на муниципальном уровне. При этом доля профилактических посещений в совокупном объеме амбулаторно-поликлинической помощи не превышала 30% и характеризовалась стойкой тенденцией к уменьшению [17].

³Депопуляция — устойчивое превышение числа умерших над числом родившихся.

Важно отметить, что организация медицинской помощи населению по территориальному и производственному принципу усиливала возможности для сочетания профилактической и лечебной работы, для ранней диагностики болезней. При таком подходе особая роль отводилась профилактическим осмотрам различных контингентов населения. Динамическое наблюдение за здоровьем населения было центральным звеном профилактической медицины, когда охватывались различные группы трудящихся, наиболее подверженные факторам риска заболеваемости. Профилактические медицинские осмотры и последующее динамическое наблюдение за выявленными больными были взаимосвязаны и представляли собой единый процесс в системе диспансеризации. В их содержании не имелось различий, изменялось лишь соотношение различных элементов. Диспансеризация здоровых контингентов имела своей задачей сохранить здоровье и обеспечить правильное физическое развитие этих лиц, оградить их от болезней и инвалидности. Диспансеризация больных по нозологическим формам, преследуя общую с диспансеризацией здоровых лиц конечную цель — снижение заболеваемости, инвалидности и сохранение трудоспособности, ставила во главу угла выявление у больных ранних стадий заболевания, систематическое и активное наблюдение за ними, оказание лечебной помощи и оздоровление. В этом и состоит цель первичной медицинской профилактики — обеспечить высокий уровень физического и психического здоровья и трудоспособности граждан, создать устойчивость к неблагоприятным факторам среды обитания путем проведения широкого круга индивидуальных и общих профилактических мероприятий (физическая культура, гигиенический режим, рациональное питание, гигиена окружающей социальной среды).

Опыт отечественного здравоохранения подтверждает эффективность медицинской профилактики как мощного средства воздействия на здоровье населения, основанного на единстве лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социально-экономических мероприятий [4, 8, 16]. Широкое понимание задач этой отрасли медицины, распространение их за рамки отдельных профессиональных заболеваний, изучение роли факторов риска в развитии патологии, выявление так называемой предболезни является основой организационно-управленческих моделей создания системы профилактической медицины в современных условиях [19].

Следует подчеркнуть, что первичная медицинская профилактика включает комплекс мероприятий медицинского и социального характера, направленных на устранение причин и условий возникновения и/или развития болезней у поднадзорных контингентов населения. На этом этапе характер профилактической работы определяется особенностями санитарно-гигиенических, противоэпидемических, экологических, медицинских, социальных, обучающих и правовых мер и оценивается совокупностью показателей по выявлению факторов риска и предотвращению ранних стадий заболевания.

Профилактика должна стать интегральной частью практической деятельности медицинских работников, а программы профилактики должны

быть включены в деятельность медицинских учреждений системы здравоохранения. Ежегодные профилактические осмотры и последующее динамическое наблюдение за состоянием здоровья различных групп населения являются ключевым звеном профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения.

Основными формами проведения профилактических медицинских осмотров являются индивидуальные и массовые осмотры. Индивидуальные осмотры проводятся среди небольших по численности групп населения, обращающихся в поликлиники, амбулатории, женские консультации, а также находящихся на излечении в стационарах. Целью массовых профилактических осмотров является получение комплексной оценки состояния здоровья отдельного человека для проведения мероприятий, направленных на улучшение его здоровья, сохранение трудоспособности, обеспечение активного творческого долголетия.

Основными задачами ежегодных массовых осмотров населения являются: а) обнаружение отдельных случаев и очагов (мест повышенного распространения) заболеваний, выявление их источников; б) определение индивидуальных, биологических факторов, способствующих развитию заболеваний; в) уточнение влияния факторов внешней среды; г) разработка эффективных профилактических и лечебных мероприятий в борьбе с хроническими заболеваниями. Они проводятся среди организованных групп населения, рабочих и служащих промышленных предприятий, организаций и учреждений.

Комплексные медицинские осмотры бывают одно-, двух- и трехэтапные. Суть одноэтапных комплексных медицинских осмотров заключается в том, что осмотр проводит бригада врачей и при необходимости больных направляют на дополнительные лабораторные, рентгенологические и другие обследования. Принципы проведения одно-, двух- и трехэтапных комплексных профилактических медицинских осмотров заключаются в том, что на первом этапе производится отбор пациентов, подозрительных на наличие заболевания, во втором и третьем — тщательное обследование и диагностика. Последующее динамическое наблюдение за больными, поставленными на диспансерный учет, требует значительных затрат врачебного времени и диагностических средств. Можно согласиться с группировкой диспансеризируемых, предложенной Т. Р. Петровой [12], которая рекомендовала всех больных, состоящих на диспансерном учете в связи с заболеваниями внутренних органов, разделить на 4 группы.

К 1-й группе относят тяжелобольных в стадии клинической декомпенсации. Эти больные нуждаются в длительном лечении по медицинским показаниям, и у них наблюдается значительная потеря трудоспособности. 2-ю группу составляют больные в стадии субкомпенсации, которым требуется систематическое наблюдение и периодическое специальное лечение. Трудоспособность таких больных ограничена. В 3-ю группу включены больные с легкими формами заболевания в стадии компенсации с сохранением трудоспособности. К 4-й группе относятся практически здоровые лица в стадии стойкой компенсации болезненного процесса.

В отечественном здравоохранении предложенная группировка диспансеризируемых лиц с из-

вестными поправками широко использовалась в системе динамического наблюдения за больными не только терапевтами, но и врачами других специальностей. Такая система учета вносила организованность в диспансеризацию населения.

Проведение профилактических осмотров для выявления хронических заболеваний обеспечивается конкретными мерами, направленными на рациональное выявление нозологических форм (массовых и социально значимых болезней с учетом современных методов лечения): наличием материальных ресурсов для проведения необходимых исследований; эффективной организацией работы (при минимальных затратах средств и кадров получение максимальных результатов); проведением обследований стандартными методами для получения сравнимых данных (в стране, мире); использованием точных, экономически доступных и легко применяемых методов.

В стране в 1970—1980-е годы с достаточной точностью были определены общие черты организации массовых обследований населения для выявления хронических заболеваний. Были установлены значение и ценность субъективных (вопросники) и объективных (клинико-лабораторные исследования) методов, увеличивалось число профилактических осмотров и врачей, участвующих в них. Половина объема массовых профилактических обследований приходилась на детей, подростков, учащуюся молодежь, свыше 10% — на рабочих и служащих промышленных предприятий. К 1990 г. в городских поликлиниках каждое пятое посещение являлось профилактическим. Еще более велик был удельный вес профилактических посещений в медико-санитарных частях предприятий горнорудной (31,3%), угольной (35,5%), металлургической (26,1%) промышленности. На каждого жителя страны приходилось 1,5—2 профилактических посещения, при строгом же выполнении всех действующих методических указаний — до 3,2 такого посещения.

Тем не менее в тот период многие считали, что массовые профилактические осмотры не всегда оправданы с точки зрения их экономической эффективности вследствие отсутствия качества исполнения и последующего контроля по их результатам за своевременным проведением лечебно-оздоровительных мероприятий. Перечисленные недостатки служили поводом для справедливой критики существовавших методов осмотров. Так, несмотря на большую организационную работу, проводимую перед началом профилактического медицинского осмотра с ведома администрации, они проводились не только в свободное от работы время, но и в рабочее время (соответственно 31,6 и 68,4% от общего числа осмотров). При этом каждый участник, проходящий осмотр, затрачивал на ожидание в очереди и осмотр от 2 ч до 2 ч 30 мин, на проведение анализов в лабораториях — 40 мин и на рентгенологическое обследование — 15—20 мин. В целом на медицинский осмотр одного рабочего затрачивалось от 2 ч 40 мин до 3 ч 30 мин (в среднем 3 ч 10 мин, из них 2 ч 10 мин приходилось на рабочее время). В этом случае изыскание рациональных форм организации качественного проведения профилактических медицинских осмотров рабочих и служащих промышленных предприятий, как и других контингентов и категорий населения, имело существенное значение [19].

Следует учитывать, что регулярно проводимые массовые профилактические осмотры позволяли выявлять заболевания на ранних стадиях, когда процесс еще был обратим, а существующие методы лечения эффективны. Очевидно, что чем большие категории и группы населения охватывались профилактическими осмотрами, тем у большего числа лиц можно было выявить различные формы и стадии хронических заболеваний, премоурбидные состояния, а также отклонения, не влияющие на функции организма. В результате комплексных медицинских осмотров на 1000 человек, прошедших профилактические осмотры, было выявлено хронических заболеваний 1810,1, из них впервые — 580,4. Практически все исследователи подтверждали, что в ходе массовых профилактических осмотров у населения выявлялось заболеваний почти в 2 раза больше по отношению к ранее зарегистрированным. На каждого взрослого, прошедшего комплексный профилактический медицинский осмотр, приходилось в среднем 2—3 вновь выявленных заболевания, неизвестных до этого [11].

В 1990-е годы в стране начались процессы перестройки и перехода на экономические методы управления. Началось внедрение нового хозяйственного механизма, основанного на рыночных отношениях между медицинскими учреждениями, произошло ослабление материально-технической базы здравоохранения. В этот период резко ослабло внимание к профилактическому направлению, которое почти полностью утратило свою приоритетность. Постепенно ухудшалось качество медицинского обслуживания, особенно в первичном звене здравоохранения. В результате возникла диспропорция в потребностях в медицинской помощи населения и возможностях в ее удовлетворении. При большинстве тяжелых заболеваний, являющихся причиной смерти, эффективное лечение возможно только при ранней диагностике, до появления жалоб.

В настоящее время в России профилактическое направление в здравоохранении требует значительного усиления. Число посещений с профилактической целью на протяжении последнего десятилетия в амбулаторно-поликлинических учреждениях не превышало 20% от всех врачебных посещений. Оставался формальным подход к охвату диспансерным наблюдением больных, так как при росте числа хронических заболеваний не увеличивалась доля больных, взятых на диспансерный учет. Так, анонимный опрос 2347 врачей из разных городов России в возрасте от 22 до 78 лет (326 мужчин и 2021 женщина) показал, что более 50% из них не проходили профилактические осмотры по разным причинам, главная из которых — отсутствие времени. При этом каждый десятый респондент считал, что он не нуждается в профилактических осмотрах, хотя свой уровень холестерина крови не знали 56,4% мужчин и 44,7% женщин, свой уровень глюкозы — 38,4 и 28,8% соответственно [18].

В России действующая система медицинских мер, направленных на снижение смертности от болезни системы кровообращения, не обеспечивала организацию должного наблюдения за контингентами больных с данной патологией. Практически была разрушена система медико-профилактического обслуживания трудящихся, созданная в предшествующий период. В ходе периодических медицинских осмотров в 2007 г. было установлено

лишь 68,7% случаев профессиональных заболеваний (отравлений). В ряде регионов этот показатель не превышал 25%. Остальные случаи выявлялись при активном обращении самих больных за медицинской помощью.

Следует констатировать, что в России деятельность в области медицинской профилактики заболеваний у населения проводится в недостаточном объеме. Исключение составляет проведение медицинской профилактики среди промышленных рабочих и граждан, работающих в особо опасных (вредных) условиях труда, в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье" и работа по иммунопрофилактике ряда заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алявтединов Р. И., Петручук О. Е., Щепин В. О.* Обеспечение профилактики профессиональных заболеваний у экономически активного населения. — Казань, 2004.
2. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма / Под ред. М. Педен. — М., 2004.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 г. — М., 2007.
4. Диспансеризация городского населения / Под ред. С. Я. Фрейдлина. — Л., 1964.
5. Доклад министра здравоохранения и социального развития России Т. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития, посвящ. итогам работы министерства в 2007 г. и задачам на 2008 г.. Москва, 25.04.2008. — М., 2008.
6. Европейская конф. министров транспорта (ЕКМТ), ВОЗ, Всемирный банк. Состояние безопасности дорожного движения. Партнерский обзор по стране: Российская Федерация. ЕСМТ. — 2006.
7. *Зиятдинов В. Б., Щепин В. О., Петручук О. Е.* Обеспечение защиты населения крупного города от карантинных инфекций на основе матрицы социально-гигиенических мероприятий. — Казань, 2003.
8. *Лотова Е. И., Идельчик Х. И., Венгерова И. В.* В борьбе за здоровье рабочих. — М., 1989.

9. Медико-демографические показатели Российской Федерации, 2006 г.: Статистические материалы. — М., 2007.
10. Медико-демографические показатели Российской Федерации, 2008 г.: Статистические материалы. — М., 2009.
11. *Новгородцев Г. А., Демченкова Г. З., Полонский М. Л.* Диспансеризация населения СССР (состояние и перспективы). — М., 1984.
12. *Петрова Т. П.* // Врач. дело. — 1960. — № 9. — С. 98—101.
13. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. — М., 2004.
14. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. — М., 2009.
15. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Науч. ред. О. П. Щепин. — М., 2006.
16. *Тольпан И. Н., Демченкова Г. З., Полонский М. Л.* Пути повышения эффективности и качества профилактических осмотров населения. — М., 1981.
17. *Щепин О. П.* // Бюл. НИИ обществ. здоровья РАМН. — 2006. — Вып. 2. — С. 9—13.
18. *Щепин О. П., Коротких Р. В., Щепин В. О., Медик В. А.* Здоровье населения — основа развития здравоохранения. — М., 2009.
19. *Щепин В. О., Петручук О. Е.* Диспансеризация населения в России / Под ред. О. П. Щепина. — М., 2006.
20. CIA World Factbook. — <http://www.who.int/whosis/database>.
21. <http://www.who.int/whosis/database>.
22. *Mesle F.* // Long-term Trends and Recent Upturn. Demographic Research Special Collection 2. Rostock, 2002. — Article 3.
23. *Oganov R. G., Maslennikova G. Ya.* Health Promotion and Prevention of Noncommunicable Disease in Russia and Canada / Eds I. S. Glasunov, S. Stachenko. — 2006. — P. 150.
24. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. — Geneva, 2005.
25. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* et al., eds on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Economic consequences of Noncommunicable Diseases and Injuries in the Russian Federation. — Geneva, 2007.
26. World Health Organization. Prevention and control of Noncommunicable diseases: implementation of the global strategy. WHA61.44 of the sixty-first. World Health Assembly 2008; WHO Global InfoBase. <http://infobase.who.int>.

Поступила 27.12.10

Д. Е. Калинин³, А. Б. Карпов¹, Р. М. Тахауов², Ю. В. Самойлова⁴, И. В. Ширяева⁴

ДИНАМИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

¹ФГУП Северский биофизический научный центр ФМБА России; ²Проблемная научно-исследовательская лаборатория "Радиационная медицина и радиобиология" ТНЦ СО РАМН, Северск; ³ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск; ⁴ФГУЗ клиническая больница № 81 ФМБА России, Северск

В результате исследования общей и онкологической заболеваемости населения промышленного города (ЗАТО Северск) в 1970—2005 гг. установлено, что на фоне снижения суммарного показателя первичной заболеваемости наблюдался рост данного показателя для болезней системы кровообращения (БСК), болезней эндокринной системы (БЭС) и злокачественных новообразований (ЗНО). Росла распространенность хронических форм БСК, болезней органов дыхания, БЭС, а также ЗНО. Первичная заболеваемость ЗНО увеличивалась на протяжении всего изучаемого периода. Особое внимание обращает рост онкологической заболеваемости у лиц молодого (младше 30 лет) и активного трудоспособного (30—49 лет) возраста. В структуре заболеваемости мужчин преобладали ЗНО органов пищеварения, грудной клетки и органов дыхания, а также кожи (включая меланому); у женщин основными локализациями ЗНО были органы пищеварения, молочные железы и половые органы.

Ключевые слова: население промышленного города, заболеваемость, злокачественные новообразования

THE DYNAMICS OF ONCOLOGICAL MORBIDITY OF POPULATION OF INDUSTRIAL CITY OF WESTERN SIBERIA

D.E. Kalinkin, A.B. Karpov, R.M. Tahaouov, Yu.V. Samoilova, I.V. Shiriaeva

The results of study of general and oncological morbidity of population of industrial City of Severensk in 1970–2005. It is established that against a background of decreasing of cumulative indicator of primary morbidity an increase of this indicator was observed as related to diseases of blood circulation system, diseases of endocrinal system and malignant neoplasms. The propagation of chronic forms of the diseases mentioned above and the diseases of respiratory system added. The primary morbidity of malignant neoplasms increased during all the period of the study. The particular attention is attracted by the increase of oncological morbidity in patients of young and able-bodied population. In the structure of male morbidity prevailed the diseases of digestive system, diseases of respiratory system and skin diseases, melanoma included. In the structure of female morbidity prevailed malignant neoplasms located in digestive system, breasts and genitals.

Key words: population industrial city, morbidity, malignant neoplasm

В оценке показателей общественного здоровья немаловажное значение имеют показатели заболеваемости, особенно в аспекте факторов риска промышленного города. Исследование заболеваемости позволяет определить ее уровень, распространенность хронических болезней, оценить динамику в отдельные периоды времени, выявить основные тенденции и разработать систему комплексных мероприятий первичной и вторичной профилактики. Только на основе такого анализа возможно правильное планирование, прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, потребности ее в различных видах ресурсов. Одним из важных показателей здоровья населения является онкологическая заболеваемость, которая занимает 3-е место среди причин смерти населения, уступая лишь заболеваниям системы кровообращения, травмам и несчастным случаям. Изучение территориальных особенностей распространения злокачественных новообразований (ЗНО) позволяет выявить факторы риска заболеваемости населения и целенаправленно проводить организованную противораковую борьбу [7, 8].

Сегодня все большее распространение находит

атомная энергетика, являющаяся основой энергетической стабильности ряда государств, и, как известно, во многих странах мира строятся новые АЭС. Так, по данным МАГАТЭ, в 2003 г. велось строительство 32 блоков на АЭС РФ, Индии, Китая, Южной Кореи и КНДР. Из этих 32 блоков 4 строятся на Калининской, Курской, Волгодонской и Балаковской АЭС России. В то же время печальный опыт последствий облучения при авариях, в частности на Чернобыльской АЭС, является причиной усиления радиофобии и преувеличения в общественном сознании опасности последствий применения атомной энергии (прежде всего повышенного риска ЗНО) [6]. В связи с этим весьма актуальным представляется исследование показателей онкологической заболеваемости населения, проживающего вблизи (в зоне воздействия) крупных предприятий атомной индустрии.

Таким образом, предметом настоящего исследования явились показатели общей и онкологической заболеваемости населения закрытого административно-территориального образования Северск (ЗАТО Северск) в 1970—2005 гг. Начало периода наблюдения обосновано тем, что до 1970 г. невозможно получить точные данные о численности и половозрастном составе населения ЗАТО Северск. Особенность Северска состоит в том, что на протяжении более 50 лет в непосредственной близости от жилых районов города функционирует крупнейший в мире комплекс предприятий атомной индустрии — Сибирский химический комбинат (СХК).

Д. Е. Калинин — канд. мед. наук, доц. каф. (kalinkin75@mail.ru); А. Б. Карпов — д-р мед. наук, проф., зам. дир. (mail@sbrc.ru); Р. М. Тахауов — д-р мед. наук, проф., дир. (mail@sbrc.ru); Ю. А. Самойлова — зав. отд. (medstat@seversk.tomsknet.ru); И. В. Ширяева — ст. врач отд. (Shiriaeva98@yandex.ru).

Данное производство было введено в эксплуатацию в 1952 г., в 1953 г. выдана первая продукция на заводе разделения изотопов, в 1955 г. запущен первый атомный реактор.

В 1970 г. изучаемая популяция составляла 87 121, к 2005 г. увеличилась до 107 523 (на 27,4%). Доля мужчин в течение изучаемого периода сократилась с 48,6 до 46,7%. Как было указано выше, административно-территориальное образование, на котором проживает изучаемая нами популяция, является закрытым (вследствие расположения вблизи объекта атомной индустрии), что влияет на демографические процессы, в ней происходящие. В частности, ограничение миграционных потоков привело к тому, что в течение изучаемого периода доля детей (0—14 лет) в структуре населения сократилась на 42,2%, а удельный вес лиц пенсионного возраста возрос 8 раз. Численность населения трудоспособного возраста (мужчины — 16—59 лет, женщины — 16—54 лет), к 2000 г. по сравнению с 1970 г. увеличившаяся на 33,8%, в последующем стала сокращаться; в 2005 г. убыль составила 2,6% к уровню 2000 г. Уровень рождаемости, составлявший в ЗАТО Северск в 1970 г. 20,5‰, снизился к 2005 г. до 8,7‰, в то время как уровень общей смертности в тот же период увеличился с 3,8 до 13,3‰.

Медицинская помощь всему населению города оказывается одним крупным лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ) — клинической больницей (КБ) № 81 Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России (ранее — Центральная медико-санитарная часть № 81 ФМБА России), что обеспечивает одинаковый уровень доступности и качества медицинской помощи, а также полноту и достоверность собираемой медико-статистической информации.

Исходными данными для расчета показателей заболеваемости взрослого населения служили официальные статистические данные КБ № 81. Анализ уровня, структуры и динамики заболеваемости ЗНО был проведен на базе регистра "Онкологические заболевания", являющегося структурной составляющей регионального медико-дозиметрического регистра персонала СХК и населения ЗАТО

Северск. База данных регистра содержит уточненную информацию относительно всех случаев заболевания ЗНО или смерти от них среди жителей ЗАТО Северск с 1950 г. (дата установления диагноза, локализация, морфологический вариант, стадия процесса, вид проводимого лечения и т. д.). Кроме того, в базе данных имеются сведения относительно характера профессиональной деятельности работников СХК и вида профессиональных вредностей (воздействие химических факторов, вид профессионального облучения, динамика накопления индивидуальных доз облучения).

Источниками информации служили все доступные медицинские документы КБ № 81 и медицинских учреждений областного центра — г. Томска (амбулаторные карты, учетные карты онкологических больных, журналы клинической лаборатории, протоколы патолого-анатомических вскрытий, записи в журналах биопсийных и цитологических исследований). Изучали также архивные лабораторные материалы для верификации диагнозов.

Анализировали все случаи заболевания ЗНО среди жителей ЗАТО Северск в период 01.01.1970—31.12.2005 гг. В указанный отрезок времени верифицирована информация о 9521 случае заболевания ЗНО (МКБ-10, код С00-С97). Среди всех заболевших ЗНО было 4388 (40,1%) мужчин и 5133 (53,9%) женщины.

Показатели заболеваемости рассчитывали на основании ежегодно обновляющихся данных о численности населения (с учетом пола и возраста), предоставляемых отделом экономического развития администрации ЗАТО Северск, с использованием общепринятых в медицинской статистике методов [6]. Сопоставление показателей проводили по *t*-критерию Стьюдента при 95% статистической значимости.

На основании имеющихся данных рассчитали стандартизованные показатели первичной онкологической заболеваемости. Стандартизацию проводили прямым методом с использованием мирового стандарта половозрастного распределения населения.

Показатель первичной заболеваемости взрослому населению ЗАТО Северск на протяжении изучаемого

Таблица 1
Первичная заболеваемость (на 100 000 человек) населения ЗАТО Северск ЗНО в 1970—2005 гг. (*M* ± *m*)

Возраст, годы	Пол	1970—1974 гг.	1980—1984 гг.	1990—1994 гг.	2000—2005 гг.	Темп роста в 2000—2005 гг. к 1970—1974 гг., %
Младше 30	Оба пола	8,8 ± 3,1	15 ± 3,4	17,7 ± 4,6	26,7 ± 14,3	302,9
	М.	8,7 ± 3,8	15 ± 10,1	21,4 ± 6,4	18,5 ± 8,3	213,6
	Ж.	9 ± 6,6	15,1 ± 5,8	13,9 ± 4,2	35,6 ± 32,2	394,7
30—49	Оба пола	105,9 ± 11,9	146,5 ± 28,8	140,3 ± 21,2	167,5 ± 27,7	158,1
	М.	87,9 ± 15,6*	140,2 ± 13,8*	107,7 ± 23,3*	134,9 ± 17,8*	153,4
	Ж.	123,4 ± 14,5	152,1 ± 45,4	170,5 ± 23,7	198,1 ± 39,7	160,5
50—69	Оба пола	795,7 ± 110,3	700,5 ± 34,1	769,4 ± 47,9	917,6 ± 99,3	115,3
	М.	970 ± 185,3*	828,9 ± 105,6*	957,9 ± 107,2*	1142,3 ± 88,3*	117,8
	Ж.	723,7 ± 82,8	609,9 ± 56,4	622,2 ± 35,8	751,5 ± 122,1	103,8
70 и старше	Оба пола	1321,4 ± 134,2	1945,1 ± 307,1	1765,2 ± 189,7	2 144,2 ± 176,3	162,3
	М.	2806,9 ± 960,2*	3217,9 ± 464*	3093,6 ± 585*	3089,3 ± 321,2*	110,1
	Ж.	998,5 ± 182,1	1668,1 ± 290,5	1401,2 ± 212,2	1721,9 ± 169,4	172,5
Итого...	Оба пола	116,4 ± 8,3	199,9 ± 24,6	267 ± 11,3	410,5 ± 50,9	352,6
	М.	92,8 ± 13,7	182,5 ± 23,2	272,6 ± 29	418,9 ± 45,2	451,3
	Ж.	138,6 ± 13,7	215,6 ± 28,7	261,9 ± 13	403,1 ± 60,2	352,6

Примечание. * — $p < 0,05$ при сравнении показателей заболеваемости у мужчин и женщин.

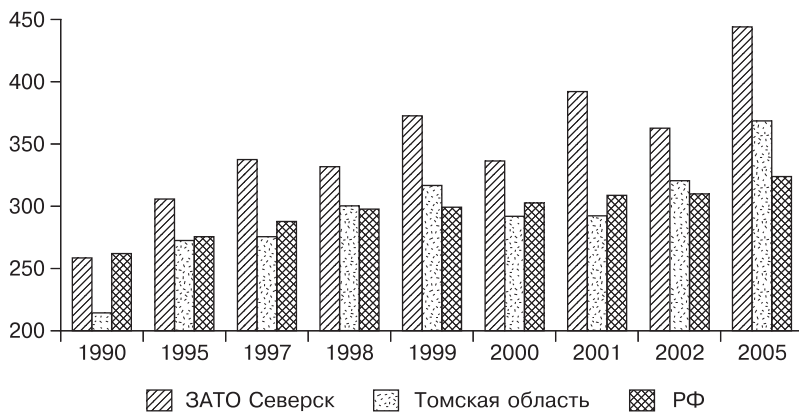


Рис. 1. Первичная заболеваемость (на 100 000 жителей) ЗНО жителей ЗАТО Северск, Томской области и РФ в 1990—2005 гг.

мого периода постоянно снижался, и к 2000—2005 гг. его значение ($493,2 \pm 30,1\%$) составило 72,6% к уровню 1970—1974 гг. ($697,6 \pm 64,5\%$; $p < 0,05$), в то время как первичная заболеваемость взрослого населения Томской области в целом имела противоположную тенденцию: в 1991—2005 гг. рост показателя составил 109,6% (с 735 до 805 случаев на 1000 жителей).

Показатель болезненности взрослого населения ЗАТО Северск увеличился с $974,3 \pm 82,1\%$ (1970—1974) до $1199 \pm 21,2\%$ (2000—2005) (показатель роста 123,1%; $p < 0,05$). Темп роста коэффициента хронизации среди взрослого населения к 2000—2005 гг. по сравнению с 1970—1974 гг. составил 169,6%, что иллюстрирует тенденцию к хронизации патологических процессов среди изучаемого контингента. Показатель общей заболеваемости населения Томской области (1991—2005) увеличился с 1271,5 до 1491,6 случая на 1000 взрослых жителей (рост на 117,3%). В РФ в целом в 1993—2005 гг. также наблюдался рост общей заболеваемости взрослого населения (с 1031,3 до 1459% соответственно) [1—4, 8].

Согласно данным о первичной заболеваемости по отдельным классам болезней, доступным с 1988 г., в течение изучаемого периода соотношение классов впервые выявленных заболеваний среди взрослого населения было постоянным: 1-е ранговое место всегда занимали болезни органов дыхания (БОД), 2-е — болезни системы кровообращения (БСК), 3-е — травмы, однако динамика распространенности этих классов была разнонаправленной. Так, распространенность БОД и травм к концу изучаемого периода достоверно снизилась по сравнению с исходным значением, составив $165 \pm 6,7\%$ (61,4% от исходного значения в 1988—1989 гг.; $p < 0,05$). Распространенность БСК, напротив, достоверно возросла на 18,5% ($106,9 \pm 1,9$ и $126,7 \pm 22,9\%$ соответственно; $p < 0,05$). Рост распространенности болезней эндокринной системы (БЭС) и ЗНО в течение

изучаемого периода оказался еще более существенным, составив $9,7 \pm 0,7$ и $8,7 \pm 0,9\%$ соответственно (298,8 и 130,9% соответственно по сравнению с исходным уровнем; $p < 0,05$).

Основной вклад в структуру первичной заболеваемости сделали БОД (43%), травмы (10%), а также болезни нервной системы (НС) и глаз (9%). На долю БСК в структуре первичной заболеваемости приходится 3%, на долю ЗНО — 2%.

В рамках изучаемого нами периода основными источниками пополнения груза болезней исследуемой популяции являлись БСК, БОД, а также болезни глаза и его придаточного аппарата. Анализируя показатель роста распространенности заболеваний, мы установили, что с наи-

большей скоростью и статистически значимо росла общая заболеваемость БСК (с $108,6 \pm 3,2$ до $149,4 \pm 25,4\%$; рост 137,6%), ЗНО (с $35,9 \pm 1,3$ до $58,4 \pm 1,9\%$; рост 162,8%) и БЭС (с $27,3 \pm 1,2$ до $57,2 \pm 0,8\%$; рост 209,1%). Заболеваемость населения Томской области в 1991—2005 гг. имела аналогичные тенденции: распространенность БОД постоянно сокращалась (в 2005 г. их уровень составил 208,3%, или 75,6% от исходного), хотя это и не мешало им сохранить за собой 1-е ранговое место на протяжении всего указанного периода. Распространенность БСК увеличивалась, а значение показателя заболеваемости было выше, чем в ЗАТО Северск (1991 г. — 115,3%, 2005 г. — 251,4%). В целом по РФ распространенность БСК в 1991—2005 гг. увеличилась на 85,5% (с 127,3 до 236,1%) и к 2005 г. существенно превысила заболеваемость жителей ЗАТО Северск [1—4, 8].

Распространенность новообразований среди жителей ЗАТО Северск в 1991—2005 гг. была выше, чем в целом по Томской области (1991 г. — 21,3%, 2005 г. — 46,9%) и в РФ в целом (1993 г. — 31,1%, 2001 г. — 39,4%).

В структуре общей заболеваемости наибольший удельный вес имели БОД (23%), болезни НС и глаз (15%), травмы (11%) а также БСК (8%).

Показатели ЗВУТ работающего населения ЗАТО Северск, по которым статистические данные доступны с 1995 г., имели следующую динамику. В



Рис. 2. Интенсивные и стандартизованные показатели (на 100 000 жителей) первичной заболеваемости ЗНО жителей ЗАТО Северск в 1970—2005 гг.

1995—2005 гг. произошло достоверное снижение как числа случаев временной нетрудоспособности (ЧСВН) на 100 работающих, так и числа дней временной нетрудоспособности (ЧДВН) на 100 работающих: с $81,7 \pm 2,6$ случая и $1041,3 \pm 25,7$ дня в 1995—1997 гг. до соответственно $60,7 \pm 1,6$ случая и $801,3 \pm 19,1$ дня в 2004—2005 гг. ($74,3$ и 77% соответственно к исходному уровню). Средняя продолжительность (СП) 1 случая незначительно увеличилась (с $12,8$ до $13,2$ дня, темп роста $103,2\%$; $p > 0,05$). Подобная динамика показателей свойственна для большинства причин ЗВУТ. Тем не менее для некоторых из заболеваний, приводящих к временной утрате трудоспособности, свойственна обратная тенденция. Так, для случаев ЗВУТ, обусловленных наличием ЗНО, по сравнению с 1997 г. произошло увеличение как ЧДВН на 100 работающих (с $23,2$ до $26,4 \pm 1$; темп роста $113,7\%$), так и СП 1 случая (с $24,3$ до $26,7 \pm 0,6$ дня, темп роста $109,8\%$), при этом для ЗНО увеличение СП 1 случая оказалось еще более существенным (с $39,9$ до $47,7 \pm 0,5$ дня; темп роста $117,8\%$). На наш взгляд, это может быть следствием более тяжелого течения заболевания. Следует также обратить внимание на увеличение средней продолжительности случая временной нетрудоспособности (ВН), причиной которого послужила травма (с $16,7 \pm 0,8$ до $21,3 \pm 0,4$ дня; темп роста $127,8\%$; $p < 0,05$). Вероятно, причиной подобной динамики служит утяжеление травм, получаемых работающими жителями ЗАТО Северск.

При анализе структуры причин временной утраты трудоспособности установили, что в структуре ЗВУТ наибольший удельный вес имеют БОД (45%). Среди болезней данного класса к временной нетрудоспособности чаще приводят острые респираторные инфекции и грипп; 2-е место в структуре занимает класс болезней костно-мышечной системы (12%), а 3-е — травмы и отравления (9%). Среди травм и отравлений ведущее место занимают переломы конечностей, а также поверхностные раны и ушибы. На 4-м месте по ЧСВН — БСК (9%), которые в основном представлены гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями.

Первичная заболеваемость ЗНО среди жителей ЗАТО Северск неуклонно возрастала на протяжении всего изучаемого периода (табл. 1). Показатель первичной заболеваемости для всех возрастных групп в 2000—2005 гг. составил $410,5$ случая на $100\ 000$ жителей, что в $3,5$ раза превосходит значение аналогичного показателя 1970—1974 гг. ($116,4$ случая; $p < 0,05$). Уровень первичной заболеваемости среди мужчин изначально был достоверно ниже, чем среди женщин (соответственно $92,8$ и $138,6$ случая на $100\ 000$ человек в 1970—1974 гг.; $p < 0,05$). Начиная с 1990—1994 гг. и далее показатель первичной онкологической заболеваемости среди мужчин был выше, чем среди женщин (в 2000—2005 гг. соответственно $418,9$ и $403,1$ случая на $100\ 000$ человек), однако это различие не было статистически достоверным ($p > 0,05$).

Наибольший удельный вес среди представителей обоих полов, у которых впервые были выявлены ЗНО, занимали лица в возрасте 50—69 лет ($58,6\%$ мужчин и $47,4\%$ женщин); 2-е место принадлежало жителям в возрасте 70 лет и старше ($21,7\%$ мужчин и $29,1\%$ женщин). Как показали ре-

зультаты нашего исследования, в этой возрастной группе наблюдались наиболее высокие показатели первичной онкологической заболеваемости. Около $18,5\%$ заболевших ($16,5\%$ мужчин и $20,1\%$ женщин) находились в активном трудоспособном возрасте (30—49 лет). Особое внимание обращает статистически значимый рост онкологической заболеваемости у лиц молодого (младше 30 лет, увеличение с $8,8$ до $26,7$ случая) и активного трудоспособного (30—49 лет, увеличение с $105,9$ до $167,5$ случая) возраста.

Для сравнения приводим данные о динамике первичной заболеваемости ЗНО жителей ЗАТО Северск, Томской области и РФ в целом (рис. 1). Тенденция к увеличению первичной онкологической заболеваемости характерна не только для населения ЗАТО Северск, но и для жителей Томской области и РФ в целом. Обращает внимание тот факт, что уровень первичной онкологической заболеваемости населения ЗАТО Северск на протяжении всего изучаемого периода был выше, чем в Томской области и РФ. Следует предположить, что подобное соотношение показателей может быть обусловлено более полноценным учетом всех случаев заболевания, поскольку его провело единственное крупное ЛПУ, действующее в ЗАТО Северск, а также вследствие проведения ежегодных регламентных медосмотров всего работающего персонала СХК (около $15\ 000$ человек) и реализации на предприятии специальных скрининговых программ (по выявлению рака молочной железы, шейки матки, предстательной железы, органов желудочно-кишечного тракта).

На рис. 2 представлены стандартизованные показатели первичной онкологической заболеваемости представителей изучаемой нами популяции. Приведение возрастной структуры населения (в которой в начале изучаемого периода высокий удельный вес имели лица молодого возраста) в соответствие с мировым стандартом существенно повышало заболеваемость ЗНО как среди мужчин, так и среди женщин в течение первых двух десятилетий изучаемого периода. По мере увеличения удельного веса взрослого населения среди жителей ЗАТО Северск (с $65,2$ до $81,9\%$) и среди них лиц в возрасте 60 лет и старше (с $4,7$ до $17,4\%$) стандартизованные показатели для обоих полов стали превышать так называемые грубые. Стандартизованные показатели первичной онкологической заболеваемости как среди мужчин, так и среди женщин Томской области в 1991—2000 гг. ($281,6$ случая на $100\ 000$ человек для мужчин и $177,6$ случая для женщин) [8] были ниже стандартизованных показателей для ЗАТО Северск. Стандартизованные показатели первичной заболеваемости ЗНО жителей РФ также были ниже показателей, рассчитанных для представителей изучаемой нами популяции: в 1991—2000 гг. значение преобразованного общероссийского показателя составило $263,7$ случая на $100\ 000$ человек для мужчин и $181,3$ случая для женщин; в 2001 г. — $266,2$ и $185,9$ соответственно, в 2002 г. — $265,5$ и $187,8$, в 2005 г. — 264 и $192,3$ [1—4].

В табл. 2 представлены данные по заболеваемости населения ЗАТО Северск ЗНО различных локализаций.

В первичной заболеваемости 1-е место всегда прочно удерживали ЗНО органов пищеварения; показатель, рассчитанный для 2000—2005 гг. ($136,9$

Первичная заболеваемость (на 100 000 человек) населения ЗАТО Северск в 1970—2005 гг.

Код по МКБ-10	1970—1974 гг.			1980—1984 гг.			1990—1994 гг.			2000—2005 гг.		
	оба пола	м.	ж.	оба пола	м.	ж.	оба пола	м.	ж.	оба пола	м.	ж.
C15-C26	34,6	28,7	40,3	65,1	59,9	69,9	93,2	100,8	86,3	125,9	136,9	116,2
C30-C39	10,1	16,2	4,2	29,2	50,4	10,1	47,1	82,7	14,7	56,7	100,5	18,3
C43-C44	5,4	4	6,7	17,6	5,6	3,5	17,8	15,8	19,6	48,2	38,6	56,8
C50*	—	—	15,1	—	—	35,3	—	—	59,4	—	—	81,4
C51-C58*	—	—	21,4	—	—	41,5	—	—	41,9	—	—	68,2
C60-C63**	—	1,8	—	—	5,6	—	—	10,0	—	—	50,6	—
C64-C68	1,8	1,8	1,8	5,1	8,6	1,8	13,9	16,9	11,2	26,6	38,56	16,1
C81-C96	7,7	7,7	7,7	15,3	17,2	13,6	19,0	20,4	17,8	25,9	25,6	26,5
Прочие	56,4	32,8	41,8	67,7	35,7	40,3	76,0	26,4	11,1	127,6	28,7	19,8
Итого...	116,0	93,0	139,0	200,0	183,0	216,0	267,0	273,0	262,0	411,0	419,0	403,0

Примечание. * — показатель рассчитывали только для женщин, ** — только для мужчин.

случая на 100 000 человек), превзошел аналогичный в 1970—1974 гг. (34,6 случая) в 4 раза ($p < 0,05$).

На 2-м ранговом месте среди ЗНО у лиц обоего пола всегда были ЗНО органов дыхания: на протяжении изучаемого периода показатель увеличился с 10,1 до 56,7 случая на 100 000 жителей обоего пола (в 5,6 раза; $p < 0,05$).

На 3-м месте по распространенности на протяжении большей части изучаемого периода находились ЗНО кожи: показатель первичной заболеваемости в 2000—2005 гг. составил 48,2 случая на 100 000 жителей (в 1970—1974 гг. — 5,4 случая; $p < 0,05$). Только в 1970—1974 и 1990—1994 гг. на 3-м месте по первичной заболеваемости находились ЗНО лимфоидной и кроветворной ткани (соответственно 7,7 и 19 случаев на 100 000 жителей; $p < 0,05$).

При изучении заболеваемости ЗНО отдельно для мужчин и женщин были получены следующие данные. Среди мужчин 1-е место в структуре заболеваемости принадлежит ЗНО органов пищеварения (34%), 2-е — ЗНО органов дыхания (25%), 3-е — ЗНО (включая меланому) (8%). Структура первичной онкологической заболеваемости женщин выглядит следующим образом: 1-е место, как и у мужчин, принадлежит ЗНО органов пищеварения (31%), 2-е — ЗНО молочной железы (19%), 3-е — ЗНО женских половых органов (17%).

Наиболее высокую распространенность как среди мужчин, так и среди женщин на протяжении всего изучаемого периода имели ЗНО органов пищеварения. При этом, если в начале изучаемого периода заболеваемость среди мужчин была существенно ниже, чем среди женщин (28,7 и 40,3 случая на 100 000 человек соответствующего пола), то в 2000—2005 гг. у мужчин ЗНО данной локализации регистрировались существенно чаще, чем у женщин (136,9 и 116,2 случая на 100 000 человек соответственно; $p < 0,05$).

ЗНО органов дыхания у мужчин на протяжении всего изучаемого периода занимали 2-е ранговое место; их распространенность в последнем изучаемом интервале (2000—2005) по сравнению с таковой в 1970—1974 гг. увеличилась в 5,4 раза (с 16,2 до 100,5 случая на 100 000 человек; $p < 0,05$). Заболеваемость мужчин достоверно превышала аналогичный показатель у женщин ($p < 0,05$). У женщин ЗНО половых органов, изначально занимавшие 2-е

ранговое место (21,4 случая на 100 000 женщин в 1970—1974 гг. с достоверным увеличением показателя до 68,2 случая в 2000—2005 гг.), в 1985—1989 гг. были вытеснены на 3-е ранговое место ЗНО молочной железы. Распространенность ЗНО данной локализации на 100 000 женщин в 1970—1974, 1985—1989 и 2000—2005 гг. составила соответственно 15,1, 44,5 и 81,4 случая; $p < 0,05$.

Распространенность ЗНО лимфоидной и кроветворной ткани (гемобластозы) среди мужчин в 1970—1974 гг. составила 7,7 случая на 100 000 человек, что выводило данную группу болезней на 3-е ранговое место. В 1980—1984 гг. на 3-е ранговое место у лиц мужского пола вышли ЗНО кожи (17,6 случая на 100 000 мужчин). В 2000—2005 гг. у мужчин 3-е ранговое место в первичной онкологической заболеваемости занимали ЗНО мужских половых органов (50,6 случая на 100 000 мужчин).

Таким образом, в результате исследования мы установили, что в 1970—2005 гг. среди изучаемой популяции на фоне снижения суммарного показателя первичной заболеваемости постоянно увеличивались первичная заболеваемость и распространенность БСК, БЭС и ЗНО. Особое внимание обращает рост онкологической заболеваемости у лиц молодого (младше 30 лет) и активного трудоспособного (30—49 лет) возраста.

Выявленные закономерности в динамике основных показателей заболеваемости, в частности первичной заболеваемости ЗНО среди населения промышленного центра, на наш взгляд, могут быть обусловлены двумя основными причинами: постарением населения и высоким уровнем выявляемости болезней в условиях доступного централизованного медицинского обслуживания. Однако нельзя исключить и возможного влияния (главным образом на возникновение ЗНО) радиационного воздействия низкой интенсивности, источником которого является близкорасположенное предприятие атомной индустрии.

Полученные данные необходимо учитывать при перспективном планировании лечебно-профилактических мероприятий, в том числе в направлении совершенствования ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний.

Дальнейшие научные изыскания должны затрагивать как минимум два направления:

1) медико-социальное исследование основных

факторов, определяющих уровень общественного здоровья (условия труда, жилищные условия, уровень материального благосостояния, образ жизни, степень удовлетворенности медицинской помощью, уровень медицинской грамотности и т. д.);

2) оценку влияния различных факторов риска, в том числе техногенных (долговременное радиационное воздействие низкой интенсивности), на различные группы населения с целью формирования современной стратегии охраны и улучшения его здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году. — М., 2001.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2004. — № 1. — С. 3—18.

3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 году // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2005. — № 5. — С. 3—18.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2007. — № 5. — С. 8—21.
5. *Медик В. А., Токмачев М. С.* Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. — М., 2006.
6. Официальный сайт Института стратегической стабильности Федерального агентства по атомной энергии (Росатом) [Электронный ресурс] / Электрон. дан. — Режим доступа: www.iss.niit.ru.
7. *Тахауов Р. М., Чойнзонов Е. Л., Писарева Л. Ф.* и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2003. — № 2. — С. 30—32.
8. Томская область. Здоровье населения на рубеже веков: основные тенденции, факторы риска, пути решения проблем / Под ред. Г. И. Мендриной. — Томск, 2002.

Поступила 30.03.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 614.2:618.1

*Н. Г. Петрова*¹, *Э. В. Комличенко*², *А. В. Иванов*², *Т. М. Зубарева*², *Т. С. Шевелева*²

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова; ²городская больница № 17 Санкт-Петербурга

Проведен анализ показателей общей и первичной заболеваемости женщин Санкт-Петербурга основными болезнями женских половых органов, а также их динамики за период с 1998 по 2007 г.

Ключевые слова: *общая, первичная заболеваемость, репродуктивное здоровье, болезни женских половых органов*

THE REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN IN ST. PETERSBURG

N.G. Petrova, E.V. Komlichenko, A.V. Ivanov, G.M. Zubareva, T.S. Sheveleva

The article deals with the analysis of the indicators of general and primary female morbidity of main diseases of female genital organs in St. Petersburg during 1998-2007.

Key words: *morbidity, reproductive health, diseases of female genital organs*

Демографический кризис в стране, начавшийся в конце XX века, имеет две основные составляющие: снижение до крайне низкого уровня рождаемости и рост показателей смертности [4].

В свою очередь проблема рождаемости и влияющих на нее факторов сложна и многогранна, и ее решение не может быть успешным без учета максимального количества этих факторов [1].

Одним из факторов является состояние репродуктивного здоровья как мужчин, так и женщин, которое, к сожалению, ухудшается [3]. Это проявляется имеющейся тенденцией к росту частоты бесплодных браков, осложнений беременности и родов, снижением вследствие этого потенциала здоровья будущих поколений [2]. В связи с изложенным выше становится очевидной необходимость проведения комплексных исследований данных проблем с учетом региональных различий.

В настоящей работе на основании базы данных медицинского информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению правитель-

ства Санкт-Петербурга нами был проведен анализ показателей, характеризующих уровень репродуктивного здоровья женщин (общая и первичная заболеваемость отдельными болезнями женских половых органов).

Данные, характеризующие динамику общей заболеваемости женщин болезнями женских половых органов, приведены в табл. 1, из которой видно, что наиболее часто регистрируемыми заболеваниями являются эрозия и эктропион шейки матки. Темп снижения показателя был наибольшим в 2006 г., темп его прироста — в 2005 г. Поскольку динамика имеет неотчетливый характер, мы провели выравнивание показателей методом наименьших квадратов (рис. 1), которое свидетельствует об общей тенденции к небольшому росту заболеваемости данной патологией.

На 2-м месте по частоте заболеваемости — расстройство менструального цикла (до 2001 г. они занимали лидирующее положение). Пик заболеваемости пришелся на 2000—2001 гг., когда показатель составлял соответственно 20,3 и 20%. Темп снижения показателя был наибольшим в 2002 г., а темп его роста — в 2005 г. При выраженных колебаниях в динамике в целом имеет место тенденция к росту показателя (рис. 2).

Н. Г. Петрова — д-р мед. наук, проф. (petrova-nataliya@bk.ru); *Э. В. Комличенко* — зам. гл. врача (583-06-15); *А. В. Иванов* — врач акушер-гинеколог (583-06-15); *Т. М. Зубарева* — врач акушер-гинеколог (583-06-15); *Т. С. Шевелева* — врач акушер-гинеколог (583-06-15).

Динамика общей заболеваемости болезнями женских половых органов взрослого населения

Заболевание											Темп прироста								
	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Сальпингит и оофорит	3,3	3,3	2,8	2,8	3,2	2,5	2,7	3,2	2,6	4,0	—	-15,2	—	14,3	-21,9	8,0	18,5	-18,8	53,8
Эрозия и эктропион шейки матки	5,2	5,3	5,3	4,9	5,6	5,0	6,2	6,9	5,9	7,5	1,9	—	-7,8	14,3	-10,3	4,0	11,3	-14,5	27,1
Расстройства менструаций	8,0	10,6	11,5	11,6	7,0	5,3	7,4	8,4	7,4	8,1	52,5	8,5	0,9	-39,7	-17,1	27,6	13,5	-11,9	9,5
Нарушения менопаузы	2,2	2,9	3,4	2,8	3,8	3,4	5,1	5,3	4,2	5,5	31,8	11,7	-17,6	35,7	-10,5	50,0	3,9	-20,8	31,0
Женское бесплодие	0,6	0,7	0,9	0,7	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,4	16,7	28,6	-22,2	-42,9	—	50,0	—	-16,7	-20,0
Эндометриоз	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,1	20,0	11,7	-28,6	—	20,0	—	11,7	-14,3	-16,7

На 3-м и 4-м ранговых местах (в разные годы соотношение изменяется) находятся нарушения, возникающие в менопаузе, частота которых (за исключением 2001 и 2006 гг.) имеет довольно устойчивую тенденцию к росту (с 1998 по 2007 г. она увеличилась почти в 2 раза), и воспалительные заболевания — сальпингит и оофорит, частота которых мало изменяется в динамике (заметный прирост отмечался только в 2007 г.). Отмечена практически одинаковая частота женского бесплодия и эндометриоза (соответственно 2,7 и 2,8‰ в 2007 г.). Частота женского бесплодия колебалась за 10-летний период наблюдения от 1,1 до 2,8‰. Отчетливой динамики показателя не наблюдалось (с 1998 по 2008 г. он увеличился на 0,6‰, что статистически незначимо; $p > 0,05$). Более устойчивой является тенденция к росту частоты эндометриоза (с 1998 по 2007 г. показатель увеличился почти в 2 раза).

Таким образом, наиболее выраженным является увеличение частоты нарушений в менопаузе и эндометриоза, значительным также и при расстройствах менструального цикла. При эрозиях и эктропионе шейки матки, сальпингите и оофо-

рите, бесплодии показатель мало изменялся в динамике.

Данные, характеризующие динамику первичной заболеваемости, приведены табл. 2, из которой видно, что наиболее частыми заболеваниями являлись расстройства менструального цикла, эрозия и эктропион шейки матки (частота которых в 2007 г. составила соответственно 8,1 и 7,5‰). В первом случае динамика имела волнообразный характер (темп изменения показателя за отдельные годы колебался от 39,7 до 32,5%); в целом же за 10-летие показатель практически не изменился (в 2007 г. по сравнению с 1998 г. он составил 101,5%). Частота первичной заболеваемости эрозией и эктропионом шейки матки также колебалась, однако в целом отмечалась некоторая тенденция к ее росту (рис. 3).

Следующими по частоте являются нарушения, наступающие в менопаузе, частота которых в 2007 г. составила 5,5‰. Заболеваемость этой патологией при некоторых колебаниях в динамике имеет довольно отчетливую тенденцию к росту (рис. 4), причем темп прироста показателя был наибольшим

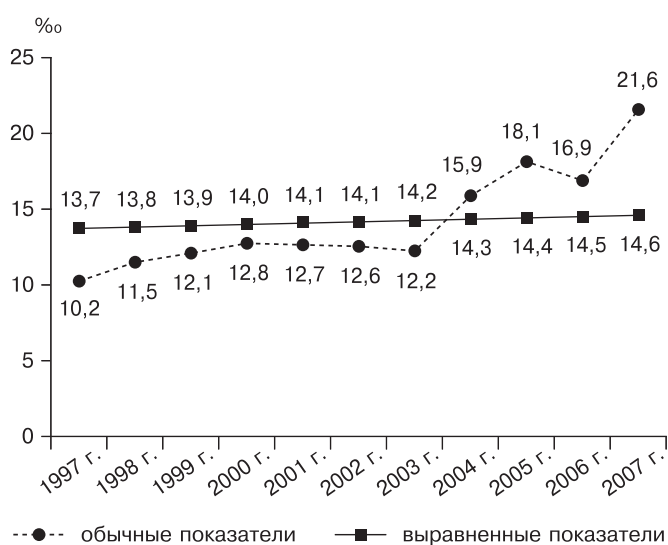


Рис. 1. Обычные и выравненные показатели заболеваемости женщин эрозией и эктропионом шейки матки (в %).

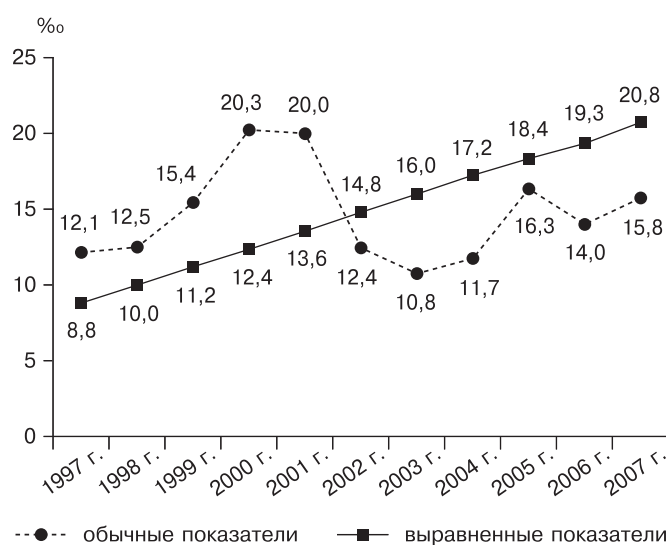


Рис. 2. Обычные и выравненные показатели заболеваемости женщин расстройствами менструального цикла (в %).

Динамика первичной заболеваемости (в %) болезнями женских половых органов взрослого населения

Заболевание												Темп прироста							
	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Сальпингит и оофорит	7,7	7,4	7,4	7,5	7,0	6,4	6,4	7,0	6,4	9,2	-3,9	—	1,4	-6,7	-8,6	—	9,4	-16,9	43,8
Эрозия и эктропион шейки матки	11,5	12,1	12,8	12,7	12,6	12,2	15,9	18,1	16,9	21,6	5,2	5,8	-0,8	-0,8	-3,2	30,3	13,8	-6,6	27,8
Расстройства менструаций	12,5	15,4	20,3	20,0	12,4	10,8	12,7	16,3	14,0	15,8	13,2	31,8	-1,5	38,0	-12,0	17,8	28,3	-14,9	12,9
Нарушения менопаузы	4,2	5,6	7,0	6,3	7,1	7,1	9,9	11,3	9,9	12,4	33,3	25,0	-10,0	12,7	—	39,4	14,1	-12,4	25,2
Женское бесплодие	2,1	2,0	2,7	2,4	1,2	1,1	2,8	1,7	1,7	2,7	28,6	35,0	-11,2	-5,0	-8,4	154,5	39,3	—	58,9
Эндометриоз	1,5	1,8	1,8	2,2	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1	2,8	20,0	—	22,2	-18,2	5,6	5,3	5,0	—	33,3

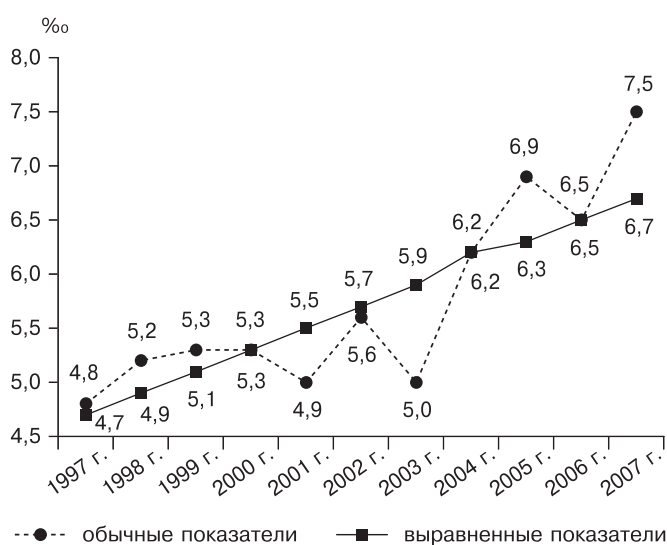


Рис. 3. Обычные и выравненные показатели первичной заболеваемости женщин эрозией и эктропионом шейки матки (в %).

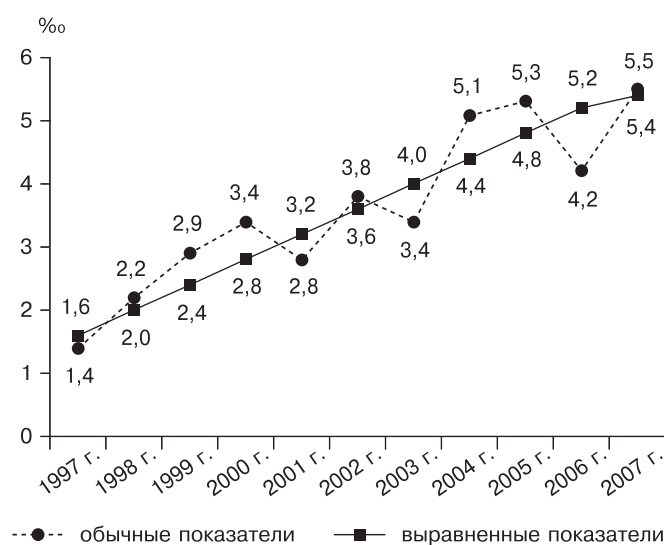


Рис. 4. Обычные и выравненные показатели первичной заболеваемости женщин нарушениями, возникающими в менопаузе (в %).

в 2004 г. В целом же за 10-летие он увеличился более чем в 2 раза.

Ниже уровень заболеваемости женским бесплодием (0,4%) и эндометриозом (0,5%), которые мало изменялись в динамике. Иными словами, наиболее неблагоприятная динамика первичной заболеваемости отмечается в отношении такой патологии, как нарушения, возникающие в менопаузе.

Сопоставление динамики общей и первичной заболеваемости показывает, что не только увеличилось число первичных случаев, но и происходило накопление в популяции заболеваний женских половых органов, особенно нарушений, возникающих в менопаузальном периоде. Выявленные неблагоприятные тенденции в состоянии репродуктивного здоровья женщин могут стать фактором, объективно снижающим фертильный потенциал настоящего и будущего поколений (симптом "демографической воронки").

При этом важно отметить, что, как и любые показатели заболеваемости по обращаемости, приведенные данные не в полной мере отражают истин-

ный уровень распространенности патологии женских половых органов (особенно если учесть значительный рост за последние годы числа коммерческих медицинских организаций, оказывающих гинекологические услуги, статистические сведения о деятельности которых практически отсутствуют).

Представленные данные свидетельствуют о необходимости разработки системы мер (в том числе медицинского характера), направленных на оптимизацию изученной ситуации, которые должны быть четко позиционированы в концепции демографического развития страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Беляева Т. В. // Журн. акуш. и жен. бол. — 2003. — № 2. — С. 4—10.
2. Кулаков В. И. // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 6—9.
3. Фролова О. Г., Токова З. З. // Акуш. и гин. — 2005. — № 1. — С. 3—5.
4. Щепин О. П., Белов В. Б. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2007. — № 1. — С. 3—5.

Поступила 12.12.08

Ю. Н. Филиппов¹, О. П. Абаева¹, С. Ф. Барболина¹, А. А. Калигин²

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ОСВОБОДИВШИМСЯ ИЗ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

¹Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ; ²Городской противотуберкулезный диспансер, г. Дзержинск

Статья посвящена проблеме оказания противотуберкулезной помощи лицам, освободившимся из пенитенциарных учреждений. В работе проведен анализ результатов программы медико-социальной поддержки больных туберкулезом, реализованной в г. Дзержинске Нижегородской области в 2002—2006 гг. Авторы делают вывод о необходимости комплексного подхода, включающего медицинский, социальный, экономический и юридический аспекты при работе с больными туберкулезом, отбывшими наказание в уголовно-исправительном учреждении.

Ключевые слова: туберкулез, пенитенциарное учреждение, комплекс мероприятий

THE REMOTE RESULTS OF MEDICAL SOCIAL CARE TO THE PATIENTS WITH DESTRUCTIVE TUBERCULOSIS OF LUNGS RELEASED FROM PENITENTIARY FACILITIES

Yu.N. Filippov, O.P. Abayeva, S.F. Barbolina, A.A. Kaligin

The article deals with the issue of delivering the tuberculosis care to persons released from penitentiary facilities. The study presents the analysis of data received from the program of medical social care of tuberculosis patients implemented during 2002-2006 in Dzerzhinsk. The conclusion is made that it is necessary to apply a comprehensive approach embracing medical, social, economic and legal aspects when caring the tuberculosis patients released from penitentiary facilities.

Key words: tuberculosis, penitentiary facility, comprehensive approach

Общепризнано, что основной причиной распространения туберкулеза в популяции является наличие резервуара инфекции, формирующегося из числа больных с деструктивными формами туберкулеза легких. Существенные трудности при осуществлении лечебно-профилактических мероприятий возникают при работе с лицами, отбывшими наказание в пенитенциарных учреждениях. Успешное лечение деструктивных форм туберкулеза у таких пациентов требует проведения не только медицинских, но и социально-экономических мероприятий. Только комплексный подход к проблеме лечения деструктивных форм туберкулеза легких у лиц, освободившихся из пенитенциарных учреждений, позволяет сформировать у них мотивацию на длительное лечение в целях возвращения к полноценной жизни в обществе [1, 5, 7]. В течение последних десятилетий в регионах РФ осуществляется целый ряд медико-социальных программ для лиц, отбывающих наказание или освободившихся из учреждений Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН). Большинство подобных программ разрабатывались на основе исследований зарубежных коллег. В то же время в регионах нашей страны также накоплен опыт организации медико-социальных мероприятий, что позволяет провести анализ собственных результатов борьбы с деструктивными формами туберкулеза.

Цель нашего исследования — поиск наиболее эффективных путей медико-социальной помощи больным с деструктивными формами туберкулеза, освободившимся из пенитенциарных учреждений.

Для реализации поставленной цели нами был проведен анализ медицинской и социальной эф-

фективности мероприятий пилотного проекта, осуществлявшегося в 2002—2006 гг. на территории Нижегородской области.

Необходимо отметить, что эпидемиологическая ситуация в отношении распространения туберкулеза в Нижегородской области остается крайне неблагоприятной [6]. Одним из факторов, оказывающих влияние на динамику показателей заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, является наличие на территории области значительного количества пенитенциарных учреждений. В связи с этим в г. Дзержинске Нижегородской области в 2002—2003 гг. была реализована годичная программа медико-социальной помощи больным туберкулезом в рамках совместного пилотного проекта, который осуществлялся нижегородской областной общественной организацией "Возращение на волю" и британской неправительственной организацией "Мерлин" при поддержке Минздрава Нижегородской области и Управления здравоохранения администрации г. Дзержинска. Основные мероприятия программы проводились на базе Дзержинского городского противотуберкулезного диспансера.

В программе приняли участие 94 пациента с деструктивным туберкулезом легких. Среди участников программы преобладали мужчины (72,3 ± 4,6%), из которых каждый третий отбыл наказание в учреждениях ФСИН (от 1 до 4 судимостей). Больные имели среднее или среднее специальное образование и рабочие профессии, при этом все они относились к категории малоимущих и в период проведения мероприятий проекта не работали.

У 46,8 ± 5,2% пациентов туберкулез легких выявлен впервые. Остальные уже получали лечение, значительная часть — в местах заключения, многие из них самовольно досрочно прекращали лечение. Среди клинических форм был наиболее распро-

Ю. Н. Филиппов — д-р мед. наук, проф., проректор (8314-39-03-14); О. П. Абаева — канд. мед. наук, доц. каф. (abayevaop@inbox.ru); С. Ф. Барболина — ассистент каф. (svetlanabarbolina@yandex.ru); А. А. Калигин — гл. врач (tbc@online.ru).

странен инфильтративный туберкулез легких с распадом и активным бактериовыделением или без такового ($77,7 \pm 4,3\%$). Удельный вес других форм был ниже: диссеминированный туберкулез легких с распадом и бактериовыделением — $7,4\%$, фибринозно-кавернозный туберкулез легких с бактериовыделением — $6,2\%$, очаговый туберкулез легких с распадом и бактериовыделением и очаговый туберкулез легких с распадом и без бактериовыделения — по $4,3\%$. Все представленные формы туберкулеза легких относятся к деструктивным, т. е. наиболее опасным для окружающих. Кроме того, у 3 пациентов установлена множественная лекарственная устойчивость. $15,9 \pm 3,8\%$ больных имели постоянный семейный контакт с источником инфекции.

Полноценные семьи на период проведения программы были только у $56,4 \pm 5,1\%$ пациентов, у остальных экономическая и психологическая поддержка со стороны родственников отсутствовала.

Почти у $2/3$ ($61,2 \pm 5,2\%$) больных выявлены такие сопутствующие заболевания, как патология желудочно-кишечного тракта (язва желудка, цирроз печени, хронический гепатит), алкоголизм, психические расстройства, венерические заболевания, сахарный диабет.

Участие в программе было добровольным, пациент заполнял заявление, где обязался соблюдать режим приема лекарственных средств.

В ходе реализации программы были осуществлены следующие мероприятия:

- специфическая противотуберкулезная терапия; все больные в течение года работы программы активно лечились, не прекращали лечение; 6 ($6,4\%$) из них проведено оперативное лечение, в результате чего достигнуто клиническое излечение туберкулеза и пациентов перевели в III группу диспансерного учета;

- лечение сопутствующей патологии осуществлялось с привлечением специалистов лечебно-профилактических учреждений г. Дзержинска; отдельная проблема была связана с наличием у больных хронического алкоголизма; злоупотребление алкоголем не только затрудняет регулярное проведение терапии, но и усложняет лечение больных туберкулезом, усиливая побочные эффекты противотуберкулезных препаратов; в связи с этим потребовалось привлечение к участию в проекте врачей психиатров-наркологов;

- меры экономической поддержки; все участвующие в данной программе были обеспечены продуктами и санитарно-гигиеническими наборами; пациентам были предложены бесплатные проездные билеты на общественный транспорт, которым воспользовались $38,3 \pm 5\%$ участников проекта;

- социальные мероприятия; по желанию участников программы шел поиск рабочих мест, $42,6 \pm 5,1\%$ регулярно имели доступ к информации о вакансиях в центре занятости населения;

- юридическая поддержка; участникам проекта предоставлялись бесплатные консультации специалистов, которыми воспользовался каждый третий ($29,8 \pm 4,7\%$); больные обращались за юридической помощью преимущественно по поводу жилищных проблем и восстановления утраченных документов.

По истечении 6-летнего временного промежутка мы проанализировали отдаленные результаты работы.

Около половины ($46,9 \pm 5,1\%$) пациентов переведены в III группу диспансерного наблюдения (клиническое излечение туберкулеза) или сняты с диспансерного наблюдения в противотуберкулезном диспансере в связи с выздоровлением. $12,8 \pm 3,4\%$ продолжают лечение как хронические больные II группы диспансерного наблюдения, при этом бактериовыделителями являются лишь половина из них. После окончания программы $5,3\%$ пациентов изменили место жительства. На момент окончания программы они перестали быть бактериовыделителями. $18 \pm 4\%$ больных умерли от сопутствующих заболеваний и несчастных случаев, еще у $17,5 \pm 3,9\%$ причиной смерти стал туберкулез легких.

Согласно материалам ВОЗ, ежегодно в российские пенитенциарные учреждения поступают около 300 тыс. человек и столько же освобождаются, проведя несколько лет в местах заключения. Почти каждый освобождающийся является носителем микобактерии туберкулеза, а каждый десятый имеет туберкулез в активной форме. Потенциально каждый такой больной может заражать до 20 человек в год. При этом, по данным главного санитарного врача России Г. А. Онищенко, лишь половина пациентов, страдающих туберкулезом и отбывших наказание в пенитенциарных учреждениях, обращаются в противотуберкулезные организации для продолжения лечения. Лица, освободившиеся из мест лишения свободы, активно посещают паспортные столы, учреждения социальной защиты и другие публичные организации, что повышает риск распространения инфекции среди населения [3]. Зачастую диагноз туберкулеза бывшему заключенному, игнорировавшему необходимость диспансерного наблюдения и лечения, формулируется посмертно [4].

Результаты проведенного исследования показали, что комплекс мероприятий по повышению мотивации больных туберкулезом к лечению имеет несомненный эффект — сокращение числа больных деструктивным туберкулезом легких с активным бактериовыделением. При этом задача по привлечению бывших заключенных и других социально уязвимых групп населения к противотуберкулезной терапии должна решаться в двух направлениях. Пациенты с туберкулезом, освободившиеся из пенитенциарных учреждений, сталкиваются с множеством проблем, влияющих на их мотивацию к лечению. Решение этих проблем не входит в прямые обязанности противотуберкулезной службы. В связи с этим возникает необходимость разработки комплекса мероприятий по поддержке больных туберкулезом, подобного программе, приведенной в нашем исследовании, но на более высоком уровне — территориальных органов управления здравоохранением и социальным развитием областей и республик [8].

Вместе с тем необходимо распространение практики обязательной госпитализации больных туберкулезом, злостно уклоняющихся от обследования и лечения. Не только совершенствование законодательной базы, но и создание специализированной инфраструктуры для обязательной госпитализации данного контингента пациентов — веление времени [2].

Только комплексная система, сочетающая адекватную социальную поддержку больных туберку-

лезом, медико-санитарное просвещение населения и обязательную госпитализацию уклоняющихся больных при условии достаточного финансирования со стороны государства, позволит создать основу организационных форм для борьбы с туберкулезом в РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитический обзор ситуации по туберкулезу в Российской Федерации 2004 г.: характеристика эпидемического процесса и фтизиатрической службы. — М., 2004.
2. Богородская Е. М., Ольховатский С. Ю., Борисов С. Е. // Пробл. туб. — 2009. — № 3. — С. 8—14.

3. Борисов С. Е. и др. // Пробл. туб. — 2007. — № 6. — С. 17—25.
4. Итоги работы противотуберкулезной службы Нижегородской области в 2009 году: доклад главного врача ГУЗ "Нижегородский областной противотуберкулезный диспансер". — Н. Новгород, 2009.
5. Скачкова Е. И. и др. // Пробл. управл. здравоохран. — 2009. — № 3 (46). — С. 34—39.
6. Филиппов Ю. Н., Абаева О. П., Барболина С. Ф. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2009. — № 4. — С. 36—38.
7. Шилова М. В. Туберкулез в России в 2006 году. — Воронеж, 2007.
8. Яковьяк В. и др. // Пробл. туб. — 2009. — № 5. — С. 18—24.

Поступила 04.06.10

© Е. В. ОБУХОВА, М. А. ШАПОВАЛОВА, 2011

УДК 614.2:617-001.17-082-036.88]:312.2(470.46-25) «2004—2008»

Е. В. Обухова, М. А. Шаповалова

ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия

Статья содержит информацию о госпитализированной заболеваемости пациентов с термической травмой и ее структуре в зависимости от характера, степени тяжести, экспозиции, а также об осложнениях, исходах и потребности в стационарной помощи в 2004—2008 гг.

Ключевые слова: заболеваемость, летальность, термические травмы, осложнения, исходы

THE HOSPITAL MORBIDITY AND LETHALITY IN THE CASE OF THERMIC TRAUMA

E.V. Obukhova, M.A. Shapovalova

The article presents the information as related to the hospital morbidity among patients with thermic trauma. The morbidity structure is analyzed depending on its characteristics, severity degree, exposition, complications, outcomes and need in hospital care in 2004-2008.

Key words: morbidity, lethality, thermic trauma, complication, outcome

Программно-целевое бюджетирование как финансово-организационная основа работы лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) предполагает оценку потребности в медицинской помощи и медицинских услугах, основанную на изучении госпитализированной заболеваемости пациентов с термической травмой. Специфика этого вида патологии обуславливает длительное лечение с долгосрочным пребыванием в стационаре, существенные финансовые затраты, во многом определяющие как сроки пребывания, так и исходы для жизни и трудоспособности [1, 2].

Методика исследования

Проведена оценка госпитализированной заболеваемости и летальности у пострадавших с термической травмой: структура по отдельным нозологическим формам в зависимости от вида травмирующего агента, площади и глубины поражения; исходы лечения в зависимости от времени с момента получения травмы до поступления в специализированный стационар; летальность в палате интенсивной терапии; осложнения внутри каждой нозологии. Определялся риск возникновения термических травм с построением математических моделей

динамики интенсивных и экстенсивных величин. Проанализированы результаты лечения 2000 пострадавших с термической травмой. Объектом исследования являлись статистические карты выбывших из стационара (форма № 066/у) и медицинские карты стационарного больного (форма № 033/у) МУЗ ГКБ № 3 Астрахани за 2004—2008 гг. Исследование проведено в форме сплошного проспективного и ретроспективного наблюдения.

Заболеваемость рассчитывали как интенсивный показатель — показатель частоты, уровня, распространенности процессов и явлений, совершающихся в определенной среде, показывающий частоту встречаемости изучаемого явления в среде, которая его продуцирует.

Оценена динамика госпитализированной заболеваемости, осложненных термических травм по их нозологиям, динамика термических травм, сопровождающихся сопутствующими заболеваниями. Анализ динамических рядов осуществлялся по общепринятой методике расчета показателей динамического ряда [4].

Выявление трендов показателей заболеваемости термическими травмами создавало базу для прогнозирования — вероятностной оценки, получаемой путем перспективной экстраполяции ряда (продление в будущее тенденции, наблюдавшейся в прошлом). Для определения общей тенденции развития заболеваемости был исполь-

Е. В. Обухова — ассистент каф. (obukhova_ev@mail.ru);
М. А. Шаповалова — д-р мед. наук, зав. каф. (mshap67@gmail.com).

Таблица 1

**Динамика заболеваемости при термической травме
в Астраханской области в 2004—2008 гг.**

Заболеваемость, ‰	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Госпитализированная	36,2	35,1	37,8	35,2	39,5
Амбулаторная	25,0	25,9	26,3	19,0	20,8
Общая	61,1	61,0	64,1	54,2	60,2

Таблица 2

Динамика стандартизованной заболеваемости термическими травмами в Астраханской области в 2004—2008 гг.

Заболеваемость, ‰	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Госпитализированная	36,2	35,0	37,6	35,0	39,5
Амбулаторная	25,0	25,9	26,1	18,9	20,8
Общая	61,1	60,8	63,6	53,8	60,2

Таблица 3

Динамика причин ожогов в 2004—2008 гг.

Причина ожога, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Вольтова дуга	3,46	2,93	3,25	1,47	2,30
Кипяток	39,31	37,79	36,82	39,93	50,49
Контактный ожог	9,12	9,12	8,30	8,42	8,52
Пар	0,94	0,98	0,00	1,10	0,66
Пламя	44,03	41,04	45,49	42,12	32,79
Солнечный ожог	0,94	2,61	1,81	2,20	2,30
Химический (кислотой)	1,57	3,58	2,17	3,30	1,31
Химический (щелочью)	0,63	0,33	0,72	0,37	0,98
Электротравма	0	1,63	1,44	1,10	0,66

зован метод аналитического выравнивания. Общая тенденция развития рассчитывалась как функция времени:

$$y_t = f(t),$$

где y_t — уровень динамического ряда, вычисленный по соответствующему аналитическому уравнению на момент времени t .

Учитывая характер изменения эмпирических уровней, использована линейная функция:

$$y_t = a_0 + a_1 \times t,$$

где a_0 и a_1 — параметры уравнения; t — время.

Согласно методу наименьших квадратов, параметры a_0 и a_1 мы находили решением системы нормальных уравнений.

Показатель структуры госпитализированной заболеваемости рассчитывался, как отношение числа случаев заболевания одной нозологической формы

к общему числу случаев госпитализации с термической травмой, выраженный в процентах.

Результаты исследования

Установлено, что обращаемость за медицинской помощью по поводу термических травм в 2004—2008 гг. составила 61,1—60,2 на 100 000 жителей, а госпитализированная заболеваемость — 36,2—39,5. Общая заболеваемость термическими травмами к 2006 г. возросла до 64,1‰, а к 2008 г. снизилась до 60,2‰. Госпитализированная заболеваемость увеличивалась неравномерно до 39,5‰ и свидетельствовала о нарастающей потребности в специализированной стационарной медицинской помощи (табл. 1).

Прямой метод стандартизации позволил исключить влияние на показатели возрастной структуры населения Астраханского региона в 2004—2008 гг. Стандартом считали население Астраханской области за 2004 г.

Стандартизованные показатели повторяли аналогичные расчетным тенденцией (табл. 2).

В структуре госпитализированной заболеваемости у женщин и мужчин стабильно преобладали ожоги.

Основными причинами ожогов были пламя и кипяток. Третье ранговое место занимал контактный ожог, четвертое — ожог вольтовой дугой, пятое — химический ожог кислотой, шестое — химический ожог щелочью (табл. 3).

Переохлаждения занимали второе ранговое место в структуре причин термических травм. Показатели отморожений среди мужчин были статистически достоверно выше, что находило объяснение в социальной структуре обратившихся за медицинской помощью мужчин (табл. 4).

Третье ранговое место у мужчин и у женщин занимали отморожения (различия статистически достоверны).

Электротравмы в структуре обращений по поводу термических травм были на четвертом месте у мужчин и отсутствовали у женщин (табл. 4).

Степень тяжести ожогов, сроки пребывания в стационаре и затраты на диагностику и лечение определялись также глубиной и степенью поражения. Эти характеристики рассмотрены нами в зависимости от вида травмирующих агентов. Так, ожоги вольтовой дугой были представлены II и IIIA степенью, причем в 2004 и 2005 гг. преобладала II степень, а в 2006—2008 гг. — IIIA степень. Следует отметить, что в 2007 г. 25% составила IIIB степень, т. е. с 2006 г. ожоги вольтовой дугой имели более тяжелую форму (табл. 5).

Ожоги кипятком были стабильно глубокими и

Таблица 4

Распределение термических травм по нозологии в 2004—2008 гг.

Нозология, %	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Общее переохлаждение	5,7	4,0	7,3	5,4	7,0	5,9	8,6	7,0	6,6	2,2
Ожог	89,7	91,9	83,7	91,8	75,0	88,2	83,3	91,9	80,3	93,3
Отморожение	4,6	4,0	6,9	2,7	15,2	5,9	6,9	1,2	12,2	4,5
Электротравма	0	0	2,0	0	2,9	0	1,3	0	0,9	0

Примечание. М — мужчины, ж — женщины.

Распределение термических травм по видам травмирующих агентов и глубине поражения

Степень по глубине поражения, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
<i>Вольтова дуга</i>					
II	54,55	55,56	22,22	25	28,57
IIIА	45,45	33,33	77,78	50	71,43
IIIБ	0	11,11	0	25	0
<i>Кипяток</i>					
I	0,8	0	0,98	0	0
II	32,0	42,24	21,57	19,27	21,43
IIIА	60,8	51,72	67,65	68,81	68,18
IIIБ	6,4	6,03	9,80	11,93	10,39
<i>Контактный</i>					
II	3,4	7,14	0	4,35	3,85
IIIА	27,6	32,14	52,17	52,17	42,31
IIIБ	55,2	57,14	39,13	43,48	50,00
IV	13,8	3,57	8,70	0,00	3,85
<i>Пар</i>					
II	100,0	66,67	0	100	50
IIIА	0,0	33,33	0	0	50
<i>Пламя</i>					
I	0	0,79	0	0	0
II	17,86	25,40	6,35	13,04	12
IIIА	49,29	42,86	54,76	54,78	54
IIIБ	31,43	29,37	34,92	29,57	33
IV	1,43	1,59	3,97	2,61	1
<i>Солнечный ожог</i>					
I	0	25	0	0	29
II	100	62,5	40	83,33	57
IIIА	0	12,5	60	16,67	14
<i>Химический ожог (кислота)</i>					
II	0	63,64	0	11,1	0
IIIА	40	18,18	83,33	55,6	25
IIIБ	60	18,18	16,67	33,3	50
IV	0	0,00	0	0,0	25
<i>Химический ожог (щелочь)</i>					
I	0	0	0	100	0
II	50	100	100	0	66,67
IIIА	50	0	0	0	33,33
IIIБ	0	0	0	0	0
<i>Электротравма</i>					
II	0	20	25	0	0
IIIА	0	20	0	66,7	0
IIIБ	0	20	50	33,3	100
IV	0	40	25	0	0

представлены степенью тяжести IIIА. Ожоги кипятком II степени составляли 1/3, степень IIIБ встречалась в 11,9% случаев. Контактный ожог был представлен II, IIIА, IIIБ, IV степенью. Более половины из них в 2004, 2005 и 2008 гг. составили ожоги IIIБ степени. Контактные ожоги IIIА степени отмечены в большей в 2006—2007 гг., а в 2004, 2005 и 2008 гг. — на втором месте. На третьем месте были ожоги IV степени тяжести. Ожоги паром были представлены II и IIIА степенью с преобладанием II степени. Ожоги пламенем имели I, II, IIIА, IIIБ и IV степени тяжести, причем наиболее часто диагностирована IIIА степень. Более тяжелая IIIБ степень встречалась значительно реже. Третье ранговое место имела II степень, а IV степень ожогов

20

Структура локализации отморожений у пациентов с термическими травмами в 2004—2008 гг.

Локализация отморожения, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Верхние и нижние конечности	15,79	16,67	18,18	27,78	13,16
Верхние конечности	10,53	16,67	25,00	11,11	31,58
Нижние конечности	68,42	66,67	50,00	61,11	55,26
Нос, уши	5,26	0	6,82	0	0

пламенем не превышала 2—3%. Солнечные ожоги были преимущественно II и IIIА степени в 2006 г.. В остальные годы IIIА степень встречалась примерно в 15% случаев. Исключение составил 2008 г., в течение которого в стационар по поводу солнечных ожогов обращались пациенты со II и IIIА степенью тяжести. Химические ожоги кислотой были представлены как легкими, так и тяжелыми степенями поражения. Так, более легкие степени поражения (II) встречались чаще в 2005 г., а более тяжелые (IIIА) — в 2006 г. Степень IIIБ варьировала от наибольшего показателя в 2004 г. к наименьшему — в 2006 г. (см. табл. 5).

Химический ожог щелочью имел в большей степени поверхностный характер и был представлен преимущественно степенью II в 2005, 2006 и 2008 гг. В 2004 г. химические ожоги щелочью имели II и IIIА степень тяжести в равных пропорциях (табл. 5). Электротравма вызывала более глубокое поражение и была представлена преимущественно IIIА, IIIБ и IV степенью тяжести (см. табл. 5).

Отморожениям в первую очередь были изолированно подвержены нижние конечности, во вторую — верхние и нижние конечности в сочетании. На третьем месте — верхние конечности, на четвертом — нос и уши (табл. 6). Следует отметить, что доля отморожений нижних конечностей устойчиво снижалась, а верхних конечностей устойчиво возрастала.

Было выявлено, что преимущественно встречались две степени переохлаждений: II и III, причем доля пациентов со II степенью тяжести переохлаждения нарастала, а с III степенью убывала, что в целом сказывалось на увеличении благополучных исходов лечения пациентов с переохлаждениями (табл. 7).

Поскольку термическая травма имеет социальную подоплеку, определяющую особенности течения и исходы лечения, в настоящем исследовании представлены состояния, в которых оказывались пациенты на момент поступления. Так, в 2004—2008 гг. пациенты поступали в стационар без отягчающих факторов в 65,4—78,8% случаев, в шоке в 10,5—5,8%, в алкогольном опьянении в 9,1—3,7%, в алкогольном опьянении и шоке в 12,4—8%, с тер-

Распределение переохлаждений по степени тяжести в 2004—2008 гг.

Степень тяжести переохлаждения, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
I	10	20	0	0	0
II	20	24	60	66,67	58,82
III	70	56	40	33,33	41,18

Динамика осложнений термических травм в 2004—2008 гг.

Нозология, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Общее переохлаждение	12,50	11,69	6,67	16,47	4,60
Ожог	83,33	81,82	82,22	75,29	86,21
Отморожение	4,17	3,90	5,56	7,06	9,20
Электротравма	0	2,60	5,56	1,18	0

моингаляционной травмой в 1,4—0,3%, с термоингаляционной травмой и в состоянии шока в 2,2—1,4%, с термоингаляционной травмой и алкогольным опьянением в 0,5—0,3%, в состоянии термоингаляционной травмы, алкогольном опьянении и шоке в 2—0,6% случаев. В связи с этим можно утверждать, что отягчающих факторов при поступлении пациентов в стационар с термическими травмами становилось меньше ($y = -0,8 - 0,2 \cdot t$), и сформировалась устойчивая тенденция роста госпитализаций термических травм без отягчающих факторов ($y = 7,8 + 1,9 \cdot t$).

Течение заболевания и исходы лечения определялись временем экспозиции травмирующих агентов. Так, было выявлено, что более раннее обращение за медицинской помощью обеспечивало лучший клинический эффект, чем более позднее.

Нами оценена динамика осложнений, возникших у пациентов с термическими травмами. Лидировали в структуре всех осложнений термических травм ожоги. Их доля колебалась незначительно, общие переохлаждения оказались на втором месте и имели тенденцию к снижению; осложнения, связанные с отморожениями, не превышали 9,2% и характеризовались несущественным ростом. Электротравмы сопровождалась осложнениями только в 2005, 2006 и 2007 гг. с наибольшим показателем в 2006 г. (табл. 8).

Среди термических травм, сопровождающихся сопутствующими заболеваниями, наибольшую долю составляли ожоги, что свидетельствовало о преобладании самих ожогов. Общие переохлаждения в контексте сопутствующих заболеваний не превышали 14%. Сопутствующие заболевания у пациентов с отморожениями составляли около 10% с минимумом в 2004 г. и максимумом в 2006 г. Электротравмы давали всего 1% в структуре всех осложнений (табл. 9).

Положительная динамика исходов лечения в 2004—2008 гг. варьировала от 86,6 до 93%, летальность соответственно снижалась от 13,4 до 7%, что совпадало с общероссийскими тенденциями [3].

Среди причин больничной летальности первое и второе ранговые места занимали шок и септико-токсемия соответственно. Исключение составил 2008 г., когда оказалась на первом месте септико-токсемия. Изолированная токсемия встречалась реже и занимала третье ранговое место, однако в

Таблица 9

Динамика термических травм, сопровождающихся сопутствующими заболеваниями в 2004—2008 гг.

Нозология, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Общее переохлаждение	8,95	13,77	8,82	13,23	7,69
Ожог	86,32	79,64	76,47	77,78	82,56
Отморожение	4,74	5,39	13,03	7,94	9,74
Электротравма	0	1,20	1,68	1,06	0

Структура больничной летальности в ожоговом отделении в 2004—2008 гг.

Причина летальности, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Септико-токсемия	43,59	38,89	14,29	21,05	45,16
Шок	48,72	55,56	57,14	52,63	32,26
Токсемия	7,69	5,56	25,71	26,32	22,58
Реконвалесценция	0	0	2,86	0	0

2006, 2007 и 2008 гг. ее доля практически сравнялась с долей септико-токсемии или несколько опередила ее (табл. 10).

В стадии реконвалесценции пациенты умирали крайне редко. Только в 2006 г. имела место летальность в период реконвалесценции. К причинам, приведшим к смерти, были отнесены нарушения свертывающей системы крови.

Больничная летальность также была классифицирована по причинам и отражала степень тяжести состояния пациентов. Динамика летальности от ожогов имела тенденцию к росту, отморожения вели к нарастающей летальности, а показатель летальности от общих переохлаждений снижался ($y = -6,1 - 1,5 \cdot t$) (табл. 11).

Высокий уровень летальности отмечен среди пациентов палаты интенсивной терапии (ПИТ): доля выписанных составляла 2/3 пребывавших.

Течение заболевания и исходы лечения определялись временем экспозиции травмирующих агентов. Была выявлена взаимосвязь между сроком экспозиции травмирующего агента и исходом лечения в ПИТ. Так, пациентов, прошедших ПИТ и имевших время экспозиции травмирующих агентов до 6 и 7—24 ч, было выписано меньше, чем пациентов с временем экспозиции более суток. Доля выписанных с дозой экспозиции до 6 ч изменялась несущественно, а при экспозиции 7—24 ч монотонно возрастала (табл. 12).

Число выписанных, прошедших ПИТ, при экспозиции более 1 сут была высокой. Это объяснялось тем, что поступившие в ожоговый стационар позже 1 сут уже получали медицинскую помощь в связи с легким течением ожоговой болезни (самолечение) или при невозможности транспортировки по причине тяжелого состояния пациента.

Летальность в ПИТ при экспозиции до 6 ч была стабильной и составляла 10—15%, при экспозиции 7—24 ч — наибольшей, за исключением 2008 г., а при экспозиции более 1 сут — минимальной (табл. 12).

Несмотря на раннее обращение в стационар, высокий уровень летальности обеспечивался тяжелым состоянием пациентов, сразу обратившихся за специализированной медицинской помощью в стационар.

Таким образом, обращаемость за медицинской

Таблица 11

Динамика больничной летальности в 2004—2008 гг. по структуре термических травм

Нозология, %	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Общее переохлаждение	23,08	30,56	17,14	21,05	16,13
Ожог	74,36	66,67	74,29	68,42	77,42
Отморожение	2,56	2,78	8,57	5,26	6,45
Электротравма	0	0	0	5,26	0

Таблица 12

Распределение пациентов с термическими травмами по времени экспозиции травмирующего агента и исходам (в %) в 2004—2008 гг.

Время экспозиции, исход	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
7—24 ч:					
выписка	77,27	87,76	84,38	89,58	97,06
смерть	22,73	12,24	15,63	10,42	2,94
Более 1 сут:					
выписка	94,77	91,55	98,65	97,48	94,48
смерть	5,23	8,45	1,35	2,52	5,52
До 6 ч:					
выписка	87,80	89,09	82,84	92,76	87,43
смерть	12,20	10,91	17,16	7,24	12,57

помощью по поводу термических травм по Астраханской области и Астрахани в 2004—2008 гг. составила 61,1—60,2 на 100 000 жителей. Госпитализированная заболеваемость составляла более половины всех обращений. В течение 5 лет общая заболеваемость несущественно снижалась, а госпитализированная заболеваемость неравномерно возрастала.

В структуре госпитализированной заболеваемости основную долю стабильно составляли ожоги, затем в порядке убывания общие переохлаждения, отморожения, электротравмы. Термическим травмам наиболее подвержены мужчины.

Наиболее часто встречающиеся ожоги вызваны пламенем и кипятком, а глубина бывает максимальной при контактных ожогах и ожогах пламенем, большинство поверхностных поражений составляют солнечные ожоги. Наибольшая доля пациентов имела площадь поражения тела до 10% (по причине бытовой природы травмы), а наименьшая доля — более 50%.

Снижение, а в последние годы полное отсутствие поверхностных отморожений, увеличение количества глубоких отморожений, возрастание доли отморожений нижних конечностей связаны с погодными условиями в исследуемый период (более низкая температура воздуха, сильный ветер). Тяжелая степень переохлаждений устойчиво убывала, что сказалось на увеличении благополучных исходов у таких больных.

Оценка осложнений термических травм позволила выявить различия не только в каждой нозоло-

гической форме, но и внутри нее, в зависимости от исхода заболевания. Осложнения термических травм за весь период исследования отмечались в диапазоне 20,1—27,4%. Наибольшее количество осложнений было у больных с общими переохлаждениями, чуть меньше — у пациентов с отморожениями и ожогами. Важное значение в получении и исходе ожоговых травм имеют социальные аспекты: нахождение больного в момент получения травмы в состоянии алкогольного опьянения (у умерших больных этот показатель превысил 90%) и наличие психических заболеваний.

Динамика исходов лечения была положительной: доля выписанных больных возрастала до 93%, а умерших уменьшалась до 7%.

Наиболее высокие показатели летальности отмечались в период шока (0—3 сут) и септикотоксемии (от 10 сут). В 2004—2007 гг. летальность в период токсемии была ниже, но с 2006 г. она возросла в 5 раз. Основными причинами смерти у большинства больных являлись шок, пневмония и сепсис. Уровень летальности в ПИТ значительно превышал показатели общей летальности по отделению и зависел от времени, прошедшего с момента получения травмы до поступления в стационар. Минимальная доля умерших больных из числа пребывавших в ПИТ была среди пациентов, обратившихся в стационар позднее 1 сут с момента получения травмы. Это объяснялось тем, что пациенты с временем экспозиции более 1 сут уже получали лечение в других лечебных учреждениях до поступления в специализированный стационар. Максимальная доля умерших была среди пациентов с экспозицией 7—24 ч по причине позднего начала оказания специализированной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб. — М., 2002.
2. Бокс Д., Денкинс Г. Анализ временных рядов. Прогноз и управление. — М., 1974.
3. Мовчан К. Н., Чичков О. В., Зиновьева Е. В., Гриненко О. А. Особенности оказания медицинской помощи при ожоговой травме взрослому населению, проживающему вне региональных административных центров. — СПб., 2006.
4. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 2004. — С. 180.

Поступила 23.03.10

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Ставропольская государственная медицинская академия

Представлена сравнительная картина заболевания сахарным диабетом с осложненным клиническим течением в зависимости от особенностей национально-регионального, этнического и медико-организационного свойства, что обеспечивает формирование многих непредвиденных факторов риска. Предложены пути решения проблем предотвратимой инвалидности у больных сахарным диабетом, улучшение профилактики грозных осложнений данного заболевания с учетом регионально-этнических медико-социальных особенностей больных.

Ключевые слова: сахарный диабет, осложнения, медико-социальные особенности, регионально-этническая оценка, вторичная профилактика, факторы риска

THE MEDICAL SOCIAL ISSUES OF DIABETES MELLITUS

N.G. Kulikova, R.R. Baitokova

The comparative analysis of cases of diabetes mellitus with complicated clinical course depending on the characteristics of national, regional, ethnic and medical organizational aspects permitted to reveal the conditions of formation of contingent risk factors. The ways are proposed to overcome the problems of preventable mortality among patients with diabetes mellitus, to enhance prevention of severe complications of this pathology with a glance to the regional ethnic and medical social characteristics of patients.

Key words: diabetes mellitus, complication, medical social characteristics, regional ethnic assessment, secondary prevention, risk factor

Сахарный диабет (СД) является острейшей медико-социальной проблемой и по праву стоит в ряду приоритетов национальных систем здравоохранения практически всех стран мира. В настоящее время число больных СД в мире превысило 246 млн человек; в России — 8 млн человек (5% всего населения РФ) и примерно столько же находятся на стадии преддиабета [1]. Ежегодно число больных СД увеличивается на 5—7%, а каждые 12—15 лет эта цифра удваивается, что вызывает серьезные опасения со стороны медицинского сообщества, так как на сегодняшний день СД является одной из ведущих причин смертности в большинстве развитых стран мира [4]. Проблемы старения населения, увеличение распространенности ожирения, гиподинамии, употребление рафинированной пищи во всех странах мира могут не только увеличить популяцию больных СД, но и расширить контингент пациентов с инсулин-резистентными формами (ИР), нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ), являющимися, по мнению ведущих специалистов в области диабетологии, предшественниками СД [1, 3, 6]. Социальная значимость проблемы определяется высоким уровнем тяжелых хронических осложнений СД (острый инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая гангрена, диабетическая нейропатия, нефропатия, ретинопатия и др.), инвалидизацией и преждевременной смертностью, относящихся к разряду так называемых предотвратимых случаев смерти [5]. По данным официальной статистики, распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) у мужчин, страдающих СД, в 2 раза, а у женщин — в 3 раза превышает показатели распространенности ИБС в общей популяции. При этом больные СД в возрастной категории 30—55 лет погибают от ИБС в 35% случаев против 8% среди мужчин и 4% среди женщин общей популяции без СД [1—3].

Прогрессирующее распространение СД, его вы-

сокая социальная и экономическая значимость обусловили проведение монографического, ретроспективно-проспективного исследования, ориентированного на поиск новых путей профилактики СД и его осложнений.

В работе использовали современные социально-гигиенические методы: монографический, исторический, социологический, аналитический, экспертных оценок, организационный эксперимент, демографический, графический, библиографический, эпидемиологический, математико-статистический принцип доказательной медицины.

Цель и задачи исследования предполагали проведение анализа медико-демографической ситуации в Ставропольском крае (СК) [4] для выработки научно обоснованных механизмов совершенствования профилактического и диспансерного контроля пациентов с преддиабетом, СД 1-го и 2-го типов.

Было обращено внимание на повышение показателей заболеваемости и смертности в СК не только всего населения, но и трудоспособного контингента. В 2008 г. отмечен рост заболеваемости и смертности взрослого трудоспособного населения по причине болезни эндокринной системы (заболеваемости на 5,6%, смертности на 1,04—1,07%). Отмечен рост выявляемости предшественников СД — преддиабета (ИР, НТГ, ожирение).

В структуре диспансерных больных среди взрослого населения первые ранговые места занимают болезни системы кровообращения — 18,8% и эндокринной системы — 16%.

Выявлено, что значительную долю среди общих показателей смертности трудоспособного населения занимают болезни системы кровообращения — 37,1%; травмы и отравления — 26,9%; новообразования — 14,7%. Класс болезней системы кровообращения, по данным СК за 2008 г., представлен ишемической болезнью сердца — 29,8% и сосудистыми поражениями мозга — 22%. Динамика демографической статистики СК за последние 15 лет демонстрирует сохранение высоких показателей

Н. Г. Куликова — д-р мед. наук, проф. каф. (ozz_sgma@mail.ru); *Р. Р. Байтокова* — ассистент каф. (8652-35-23-31).

Причина смерти	1991 г.	1995 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Болезни эндокринной системы, расстройства питания	2,7	5,8	5,0	4,1	3,5	3,6	3,0	2,7
в том числе СД	2,1	4,6	4,1	2,9	2,6	2,6	2,6	2,5
Болезни системы кровообращения:	145,4	208,6	220,7	204,4	218,9	207,8	179,5	193,8
гипертоническая болезнь	22,8	27,4	5,1	4,9	5,2	6,5	5,7	6,7
ИБС	77,6	97,1	83,1	79,9	74,8	67,1	64,8	56,6
сосудистые поражения мозга	19,9	31,0	50,7	46,0	48,8	42,1	37,6	42,6

смертности трудоспособного населения в связи с болезнями эндокринной системы, в том числе СД, и сердечно-сосудистой системы (см. таблицу).

Результаты исследования убеждают в сохранении высокой региональной проблемности СД и предиабета, несмотря на видимое снижение показателей смертности, и указывают на рост смертности от болезней сердечно-сосудистой системы у $56,6 \pm 5,2\%$ больных с эндокринной патологией. Анализ сердечно-сосудистой заболеваемости лиц трудоспособного возраста СК выявил увеличение числа больных артериальной гипертензией (АГ): в 2007 г. — 13,4; в 2008 г. — 16,2 (на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Среди пациентов молодого рабочего возраста также отмечена динамика роста гипертензивных расстройств и осложнений: в 2006 г. — 0,6; в 2007 г. — 0,8; в 2008 — 0,7 (на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В 2008 г. в СК уровень смертности в молодом рабочем возрасте снизился на 2,4% — с 230,6 до 225,1, а в старшем — увеличился на 1,7% — с 1000,9 до 1017,7 (на 100 тыс. населения соответствующего возраста), что обусловлено увеличением распространенности болезней системы кровообращения (42,6%), большая доля которых, по нашим данным ($44,3 \pm 3,9\%$), является осложнением эндокринной патологии (СД, ожирение и др.).

Показатели больницы летальности среди взрослого населения увеличились за последние годы с 1,04 до 1,07%, в том числе за счет СД. Например, в популяции лиц старшего рабочего возраста (40—59 лет — мужчины; 40—54 года — женщины) выявлено увеличение в 1,2 раза показателей смертности от СД (2006 г. — 3,8; 2007 г. — 5,1; 2008 г. — 4,7) и их доминирование в структуре причин смерти от эндокринной патологии [1]. Особое внимание было обращено на увеличение показателей смертности в связи с болезнями эндокринной системы в молодом рабочем возрасте (16—39 лет), в частности от СД: в 2006 г. — 0,9; в 2007 г. — 0,9; в 2008 г. — 1,1 на 100 тыс. населения соответствующего возраста [1]. В отдельных группах молодого рабочего возраста (25—34 года) выявлен рост числа случаев смерти от болезней эндокринной системы: от 0,7 до 1,4 (на 100 тыс. населения соответствующего возраста). В 2007 г. среди причин смерти, поддающихся лечению и профилактике, у мужчин наибольшая доля приходилась на гипертоническую болезнь, цереброваскулярные болезни (47,1%) и сахарный диабет (2,5%), у женщин — на АГ и ИБС (44,5%) и эндокринную патологию, расстройства питания (12,5%).

Потери трудового потенциала населения — число человеко-лет несостоявшейся трудовой деятельности в результате преждевременной смертности, обусловленной болезнями системы кровообращения, в СК за 2008 г. составили 23,6% (ИБС — 7,9%, цереброваскулярные болезни — 4,4%, АГ — 6,1% и пр.), занимая

1-е структурно-ранговое место среди потерь трудового потенциала в крае. Потери трудового потенциала, обусловленные преждевременной смертью в связи с СД, демонстрировали рост в динамике последних лет на 23 человеко-года (на 1000 человек соответствующего населения): в 2007 г. — 511 человеко-лет, в 2008 г. — 534 человеко-лет. Среди причин смерти, поддающихся лечению, в возрасте 0—64 года наибольшие показатели приходятся на цереброваскулярные болезни — 38% (1273 человека), гипертоническую болезнь — 5,6% (188 человек) и СД — 2,3% (77 человек). Исследование выявило, что из числа всех умерших (13,8 тыс. человек) в городах края в 2007 г. преждевременно (в возрасте 0—64 года) умерли 5,1 тыс. (37%) городских жителей, в том числе от причин, поддающихся лечению, 1,3 тыс. (25,5%). Каждый второй-третий житель как в городах, так и в сельских районах СК умирает преждевременно, каждый десятый — от причин, поддающихся лечению и профилактике. По данным СК, 43% всех умерших преждевременно умирают в молодом возрасте [1].

Анализ медико-демографической ситуации в СК свидетельствует о том, что, несмотря на некоторое видимое улучшение (снижение смертности при эндокринной патологии и расстройствах питания, снижение уровня общей смертности), сохраняется негативная тенденция, усугубляющая депопуляционные механизмы регионального характера. Прежде всего это касается роста смертности от причин, поддающихся профилактике и лечению современными методами, к которым, несомненно, относится эндокринная патология, такая, как СД, его предшественники и осложнения (АГ, ИБС, цереброваскулярные расстройства и др.).

Таким образом, приоритетным направлением здравоохранения РФ и СК на современном этапе является минимизация потерь, обусловленных преждевременной смертностью и первичной инвалидностью по причине социально значимой патологии, к которой, без сомнения, относятся СД и его многочисленные осложнения, отражающие качество и организацию медицинской помощи населению, его уровень медицинской информированности о факторах риска, образе жизни, валеологических критериях здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. Эндокринология. — М., 2007.
2. Здоровье населения и здравоохранение Ставропольского края 2000—2007 гг. — Ставрополь, 2007. — С. 111.
3. Римашевская Н. М. // Вестн. РАМН. — 2004. — № 3. — С. 58—60.
4. Соломонов А. Д. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2004. — № 3. — С. 20—24.
5. Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение. — М., 1999.

Поступила 27.10.09

А. В. Белостоцкий

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Городская клиническая больница № 55, Москва

Освещены вопросы организации деятельности и стратегии развития новых федеральных центров высоких медицинских технологий, имеющие место проблемы их функционирования в современных условиях, научное обоснование направлений по улучшению медицинского обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, федеральные центры высоких медицинских технологий, приоритетный национальный проект "Здоровье"

THE MAJOR DIRECTIONS OF POPULATION SUPPORT WITH HIGH-TECH MEDICAL CARE

A.V. Belostosky

The article deals with issues of organization of the activities and strategy of development of new federal high-tech technology medical centers. The emphasis is made on the issues of centers functioning in present conditions. The substantiation of directions of enhancement of medical support of population with high-tech medical care is discussed.

Key words: high-tech medical care, federal high-tech medical center, priority national project Health

Ухудшение здоровья населения, имеющее место в России в последние десятилетия, обусловлено не только общими социально-экономическими факторами, но и рядом негативных тенденций в системе здравоохранения, одной из которых является несбалансированность структуры медицинской помощи по ее видам и территориям [6, 8].

В то же время реструктуризация патологии человека, заключающаяся в увеличении распространенности ресурсоемких заболеваний, представленными инволюционными и дегенеративными состояниями, сопровождается значительным удорожанием медицинских услуг, ростом объемов наиболее затратной медицинской помощи, основанной на последних достижениях науки и техники.

В современной России становится также очевидным отрицательный социальный и политический эффект чрезмерной декларативности государственных обязательств в сфере охраны здоровья граждан: бесплатность медицинской помощи становится все более иллюзорной, растет недовольство населения состоянием системы здравоохранения [7].

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) определяется в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 как вид специализированной медицинской помощи, которая оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий [2].

ВМП — это наиболее эффективный вид помощи, приводящий к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья, качества жизни

пациента, пользующийся высоким спросом у населения, но до настоящего времени наименее доступный.

Однако, по мнению экспертов ВОЗ, во всех странах мира существует острая необходимость в устранении несправедливости в обеспечении доступа к наиболее эффективным, высокотехнологичным, но дорогостоящим технологиям. Необходимы новые организационные инструменты, технологии и методологические подходы для решения этой проблемы. Это мнение созвучно с мнением специалистов, участвующих в подготовке доклада Всемирного банка об использовании ресурсов систем здравоохранения стран мира: "Ресурсы систем здравоохранения должны использоваться таким образом, чтобы при определенных финансовых затратах достигался максимальный эффект" [12].

Увеличение доступности для населения Российской Федерации и качества высокотехнологичной медицинской помощи является в настоящее время одной из основных задач государственной политики в сфере здравоохранения, осуществляемой Минздравсоцразвития России, а также одним из направлений приоритетного национального проекта "Здоровье".

По данным Минздравсоцразвития России, потребность населения Российской Федерации в высокотехнологичных видах медицинской помощи в 2006 г. была удовлетворена лишь на 25%. Повысить уровень доступности ВМП для населения Минздравсоцразвития России планирует путем увеличения объемов ее финансирования, числа медицинских учреждений, оказывающих указанный вид медицинской помощи, включая строительство новых центров высоких медицинских технологий.

Начиная с 2007 г. средства федерального бюджета в виде целевых субсидий стали выделяться медицинским учреждениям, находящимся в ведении

А. В. Белостоцкий — канд. мед. наук, гл. врач (otdel77@mail.ru).

субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Всего в 2007 г. к оказанию ВМП по государственному заданию за счет субсидий федерального бюджета было допущено 73 медицинских учреждения из всех федеральных округов, оказывающих ВМП по профилям: сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия. В 2009 г. уже 103 медицинских учреждения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований (приказ Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2008 г. № 786н) вошли в состав исполнителей государственного задания на оказание ВМП за счет средств федерального бюджета. При этом четвертая часть региональных ЛПУ (24 из 103), оказывающих ВМП за счет субсидий федерального бюджета, расположены на территории Москвы, 5 — на территории Санкт-Петербурга. От 3 до 4 учреждений расположены на территории Хабаровского края, Ханты-Мансийского АО, Республики Татарстан, Челябинской области, Республики Башкортостан, Ростовской, Свердловской и Нижегородской областей. В остальных регионах всего 1—2 медицинских учреждения участвует в реализации государственного задания на оказание гражданам Российской Федерации ВМП за счет субсидий федерального бюджета. В результате сохраняется выраженное неравенство между населением различных регионов страны в возможностях реального доступа к высоким и дорогостоящим технологиям диагностики и лечения заболеваний.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 139 "О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий" начато строительство новых федеральных центров высоких медицинских технологий по следующим направлениям: сердечно-сосудистая хирургия (в Калининграде, Красноярске и Хабаровске), травматология и ортопедия (в Краснодаре, Смоленске, Владивостоке), нейрохирургия (в Тюмени, Новосибирске). Каждый из этих центров должен будет обеспечивать ВМП от 3,5 до 5 тыс. пациентов в год. К настоящему времени уже функционирует 3 федеральных центра высоких медицинских технологий в Пензе, Астрахани, Чебоксарах.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 30 июня 2006 г. № 658 "О Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи" в 2006 г. был создан новый федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения, осуществляющий функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания ВМП.

Минздравсоцразвития России с 2006 г. ведет активную работу по стандартизации медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной и дорогостоящей. Разработаны и утверждены более 300 стандартов оказания ВМП в больничных условиях, а также стандарты дорогостоящего лечения в амбулаторно-поликлинических условиях больных гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, после трансплантации органов и(или) тканей.

В настоящее время Минздравсоцразвития Рос-

сии также принимает меры по обеспечению информационного взаимодействия между федеральными медицинскими учреждениями, участвующими в оказании ВМП населению по государственному заданию, и комиссиями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по отбору и направлению граждан на лечение. Это позволяет координировать загруженность федеральных медицинских учреждений с учетом потребности населения регионов в оказании ВМП, а также проследить маршрут и измерить время движения больного от момента принятия решения о необходимости оказания ВМП до момента госпитализации.

При этом остаются не полностью решенными задачи, связанные со стандартизацией услуг в сфере высоких медицинских технологий, оснащением и кадровым обеспечением центров высоких медицинских технологий. Требуют совершенствования процессы квалификационного отбора исполнителей государственного задания на оказание ВМП, тарифного регулирования, мониторинга и контроля качества оказания ВМП. Необходимы отработка механизмов взаимодействия при оказании ВМП между медицинскими учреждениями различных организационно-правовых форм и ведомственной подчиненности [4].

В процессе оказания ВМП возникает ряд проблем, касающихся правового регулирования указанного вида медицинской помощи, в том числе формирование государственного задания на оказание этой помощи; порядок работы по направлению граждан Российской Федерации для оказания ВМП в медицинские учреждения, участвующие в выполнении государственного задания; осуществление предпринимательской деятельности учреждениями, оказывающими ВМП; лицензирование деятельности по оказанию ВМП и др.

Вместе с тем нуждается в совершенствовании действующая в России система обеспечения населения новыми, наукоемкими и инновационными способами диагностики и лечения заболеваний.

Следует отметить, что существующие научные исследования пока еще недостаточно направлены на поиск механизмов обеспечения высокотехнологичными и дорогостоящими медицинскими технологиями лиц, которые в наибольшей степени в них нуждаются. В научных исследованиях последних лет также выявлены отрицательные тенденции в вопросах организации деятельности и финансирования федеральных медицинских учреждений. Среди этих тенденций основное место занимает неэффективное использование имеющихся ресурсов и средств, а также замещение части объемов гарантированной населению бесплатной ВМП платными медицинскими услугами.

До сих пор недостаточно освещены вопросы оценки удовлетворенности населения наиболее затратными медицинскими технологиями лечения заболеваний. Кроме того, в настоящее время появилось значительное число альтернативных методов лечения одного и того же заболевания, при выборе которых приходится учитывать не только их клиническую результативность, но и стоимость, что требует применения современных научных методов оценки эффективности и качества медицинской помощи, прежде всего высокотехнологичной и дорогостоящей. Высокотехнологичные методы

лечения позволяют улучшить качество и увеличить продолжительность жизни, но процесс принятия управленческих решений в этой сфере требует постоянного и углубленного аналитического сопровождения [5].

Также следует подчеркнуть, что при анализе показателей деятельности федеральных учреждений здравоохранения отсутствует оценка медико-социальной и экономической эффективности оказываемой ими медицинской помощи [9—11], что является достаточно актуальным в современных условиях, в том числе в связи с изменениями в структуре федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, а также в законодательстве.

Следует подчеркнуть, что законодательное разделение между органами власти разных уровней полномочий в вопросах охраны здоровья населения привело к обострению проблемы существующих различий в уровнях обеспеченности жителей различных территорий страны объемами ВМП, оказываемой за счет государственных источников финансирования.

Кроме того, в России нет научных данных, оценивающих результативность деятельности новых федеральных центров высоких медицинских технологий. Практически нет научных исследований, освещающих специфику функционирования новых федеральных центров высоких медицинских технологий в современных экономических условиях, качество оказываемой ими помощи, обеспеченность населения субъектов Российской Федерации объемами ВМП [1, 3].

Все сказанное выше обосновывает актуальность проведения научных исследований, направленных на изучение особенностей и закономерностей обеспечения населения ВМП, с целью разработки научно обоснованной системы организации деятельности и стратегии развития новых федеральных центров высоких медицинских технологий.

В целом полученные данные, освещающие широкий круг вопросов доступности и организации ВМП населению, могут быть использованы для разработки концептуальных направлений ее развития, явиться основой для принятия целенаправленных управленческих решений по улучшению медицинского обеспечения населения ВМП в современных условиях и на ближайшую перспективу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Ступаков И. Н., Самородская И. В., Афанасьева Е. Ю. // *Здравоохранение*. — 2007. — № 11. — С. 35—43.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1. — М., 1993.
3. Перхов В. И., Солодкий В. А., Ступаков И. Н., Самородская И. В. // *Здравоохранение Рос. Федерации*. — 2006. — № 3. — С. 28—31.
4. Перхов В. И. Научно-организационное обоснование повышения доступности для населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
5. Самородская И. В., Перхов В. И., Карпов Р. С. // *Бюл. Сиб. отд-ния РАМН*. — 2009. — № 1 (135). — С. 23—31.
6. Сон И. М., Леонов С. А., Огрызко Е. В. // *Здравоохранение Рос. Федерации*. — 2010. — № 1. — С. 7—12.
7. Стародубов В. И., Флек В. О. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. — М., 2006.
8. Стародубов В. И. // *Менеджер здравоохранения*. — 2007. — № 1. — С. 4—9.
9. Хальфин Р. А. // *Экономика России: XXI век*. — 2005. — № 20. — С. 10—15.
10. Шейман И. Анализ системы финансирования и управления федеральными медицинскими учреждениями. Доклад, подготовленный для проекта Тасис "Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения". — М., 1999.
11. Шишкин С. В. // *Экономика здравоохранения*. — 2001. — № 1 (51). — С. 26—27.
12. Health Financing Revisited // *The International Bank for Reconstruction and Development*. — The World Bank USA. N. Y., 2006.

Поступила 28.12.10

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.

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

ГОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко

Рассмотрены формирование приоритетных направлений развития системы охраны материнства и детства на уровне региона, формирование рабочей модели службы охраны материнства и детства как системного объекта управления; создание и внедрение скрининг-программы для мониторинга и оценки состояния здоровья женщин и детей, формирование этапности при диспансеризации указанного контингента населения и компьютерной базы данных беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, что можно использовать для формирования стратегии развития системы охраны материнства и детства региона.

Ключевые слова: региональная система охраны материнства и детства, факторы риска, этапы диспансеризации, региональный перинатальный центр

ON THE ISSUE OF DEVELOPMENT OF PRIORITY DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF THE SYSTEM OF MATERNITY AND CHILDHOOD MEDICAL CARE ON REGIONAL LEVEL

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

The article deals with the formation of priority directions of development of the system of maternity and childhood care on regional level. The elaboration of operating model of the service as a system object of management is exposed. The development and implementation of screening program to monitor and evaluate health conditions of women and children is discussed. The emphasis is made on the formation of dispensarization staging of this contingent of population and the compilation of data base concerning pregnant women, woman in childbirth and newborns. The study permitted to propose the ways to imply the discussed issues to the formation of strategy development of the system of maternity and childhood care in region.

Key words: maternity and childhood medical care, risk factor, medical social factor, dispensarization staging, regional perinatal center

Основу деятельности региональной системы охраны материнства и детства составляют потребность в медицинской помощи матерей и детей и выделяе-

мые ресурсы, а также соблюдение гарантий в области охраны здоровья указанного контингента (рис. 1). На выходе этой системы — состояние здоровья женщин и детей, удовлетворенность качеством предоставляемой медицинской помощи, показатели работы СОМид и ее потребность в ресурсах в современных условиях. Рабочая модель СОМид помогает

В. П. Косолапов — канд. мед. наук, ассистент каф. (37-15-13); П. Е. Чесноков — д-р мед. наук, проф., зав. каф.; Г. Я. Клименко — д-р мед. наук, проф. каф. (37-15-13).

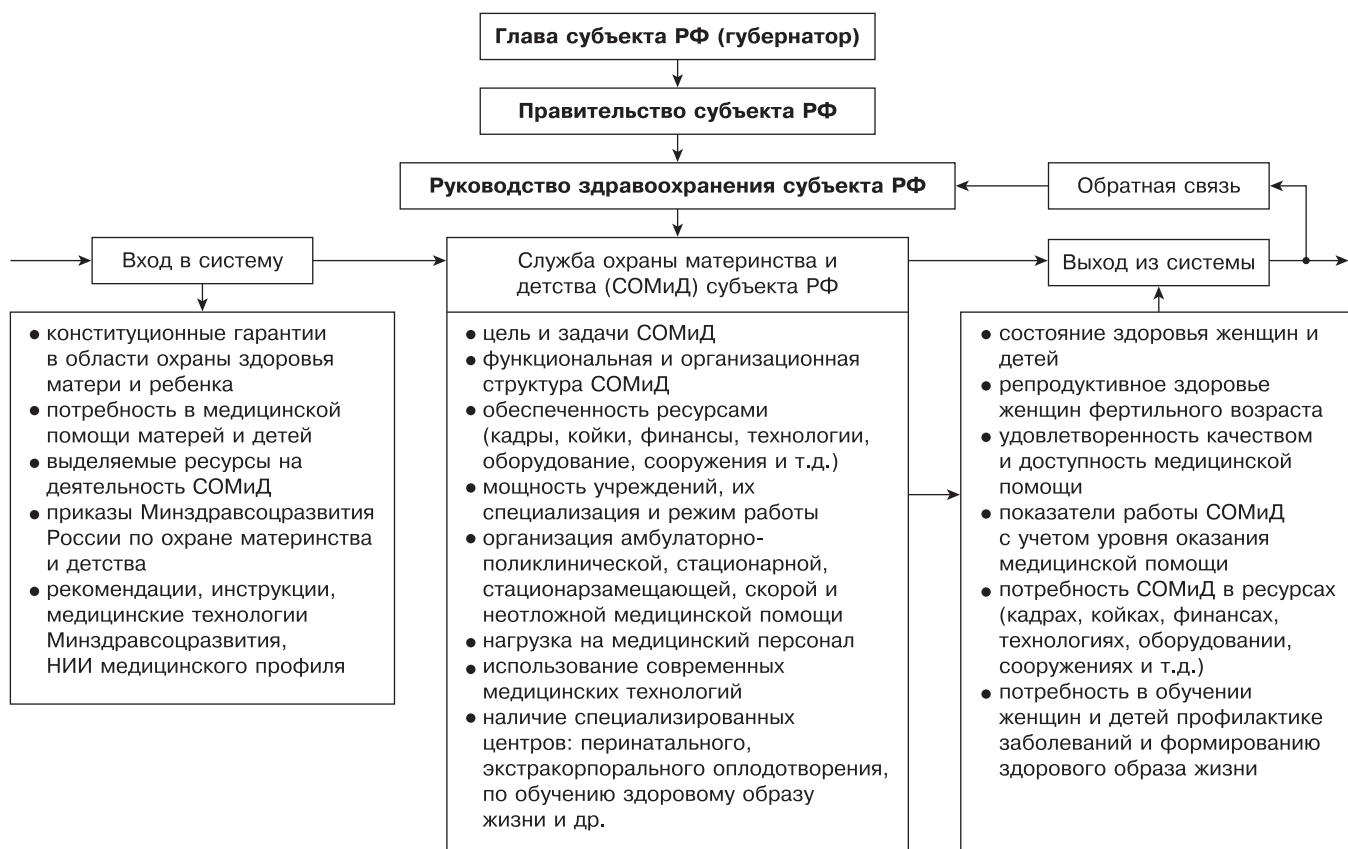


Рис. 1. Служба охраны материнства и детства (СОМид) субъекта РФ как системный объект управления (рабочая гипотеза).

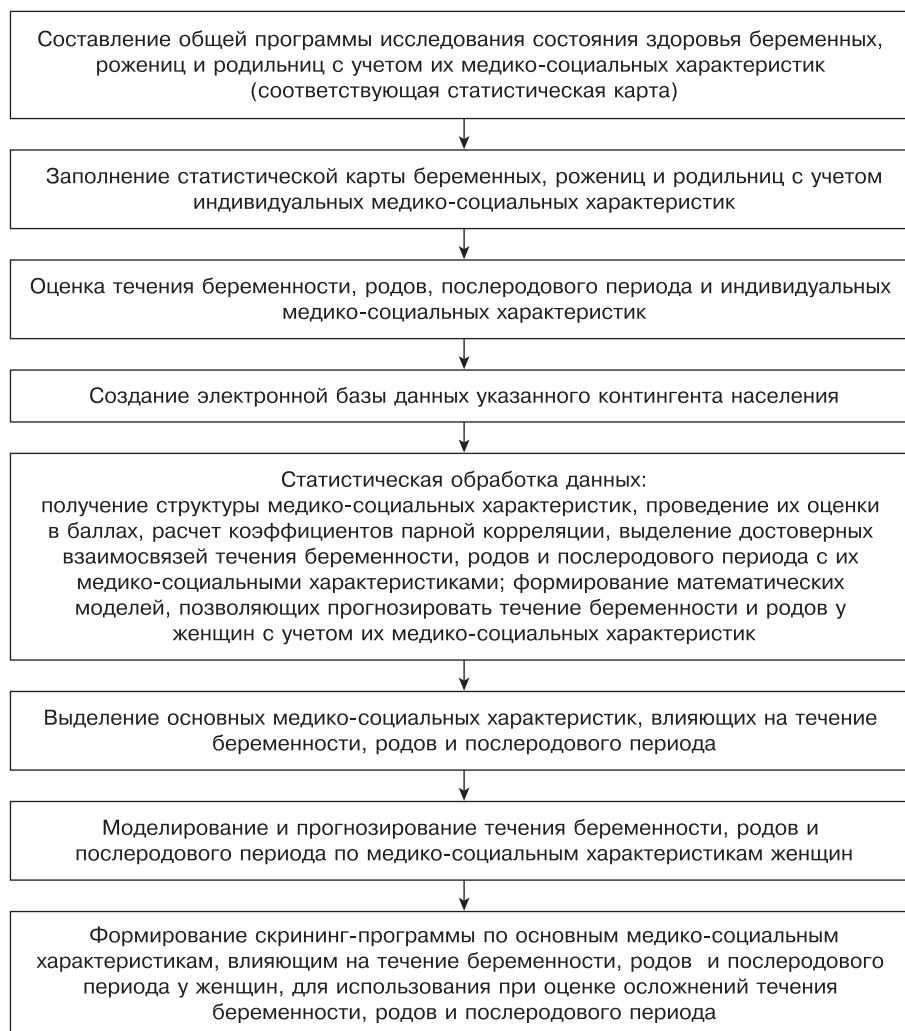


Рис. 2. Алгоритм формирования скрининг-программы для мониторинга и оценки изменений клинических и медико-социальных факторов риска у беременных, рожениц и родильниц.

концептуально выстроить порядок и последовательность действий для достижения тех или иных показателей, характеризующих, с одной стороны, деятельность системы, а с другой — результаты, и тем самым управлять деятельностью системы с целью достижения положительных результатов.

На региональном уровне традиционно выделяют следующие этапы оказания беременным акушерско-гинекологической помощи: первый — на уровне центральной районной больницы, второй — на уровне межрайонного (медицинского) центра или муниципального учреждения, а третий — на уровне акушерско-гинекологических учреждений областного центра.

В современных условиях ввиду того, что течение беременности и родов сопряжено с разного рода соматическими заболеваниями и факторами риска различного генеза, на первый план выступают профилактические мероприятия.

Существуют два направления реализации указанного направления работы: первый — выявление патологии при обращении беременных за специализированной помощью и активное выявление больных при медицинских осмотрах и диспансеризации. Следует отметить, что именно второй путь обеспечивает выявление патологических состоя-

ний на ранних стадиях, а также формирование скрининг-программы для мониторинга данного контингента (рис. 2).

В современных условиях диспансеризация беременных — это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья отдельных групп здоровых беременных и беременных, страдающих определенными заболеваниями. Это позволяет, с одной стороны, распознать болезни на ранних стадиях, установить связь их возникновения с беременностью и родами, находить действенные способы активного оздоровления и предупреждения обострений. Цель диспансеризации в акушерстве и гинекологии — формирование, сохранение и укрепление здоровья беременных, предупреждение развития заболеваний, снижение их уровня, увеличение активного периода сохранения репродуктивной функции для воспроизводства населения (рис. 3).

С учетом того факта, что уровень патологии у беременных остается относительно высоким и они (беременные женщины и новорожденные) нуждаются в своевременном получении высококвалифицированной и высокотехнологичной медицинской помощи, в Воронежском регионе закончено строительство регионального перинатального центра, в



Рис. 3. Этапы диспансерного наблюдения за беременными, роженицами и родильницами.

структуру которого входят консультативно-диагностическое отделение, акушерское и педиатрическое отделения с совместным пребыванием матери и ребенка, дистанционный консультативный центр, клиничко-диагностическое отделение и гинекологическое отделение (рис. 4).

Формирование и анализ рабочей модели СОМид региона со своими целями и задачами как системного объекта управления, распределение оказания медицинской помощи женщинам и детям в зависимости от уровня, наличие алгоритма формирования скрининг-программ для мониторинга факторов риска у беременных, выделение этапов для диспансерного наблюдения за беременными на основе компьютерной базы данных является основой

для рационализации управления существующей системы охраны материнства и детства. Вместе с тем, прежде чем приступить к реализации управления СОМид в современных условиях, в целом должны быть определены проблемы ("дерево проблем"), стоящие как в целом перед системой охраны материнства и детства, так и перечень целей ("дерево целей"), достижение которых должно иметь приоритетный характер (рис. 5). Именно этот вариант управления СОМид позволит, с одной стороны, рационализировать управление, а с другой — повысить эффективность ее деятельности и качество медицинской помощи женщинам и детям в современных условиях.

Таким образом, особенностями приоритетных

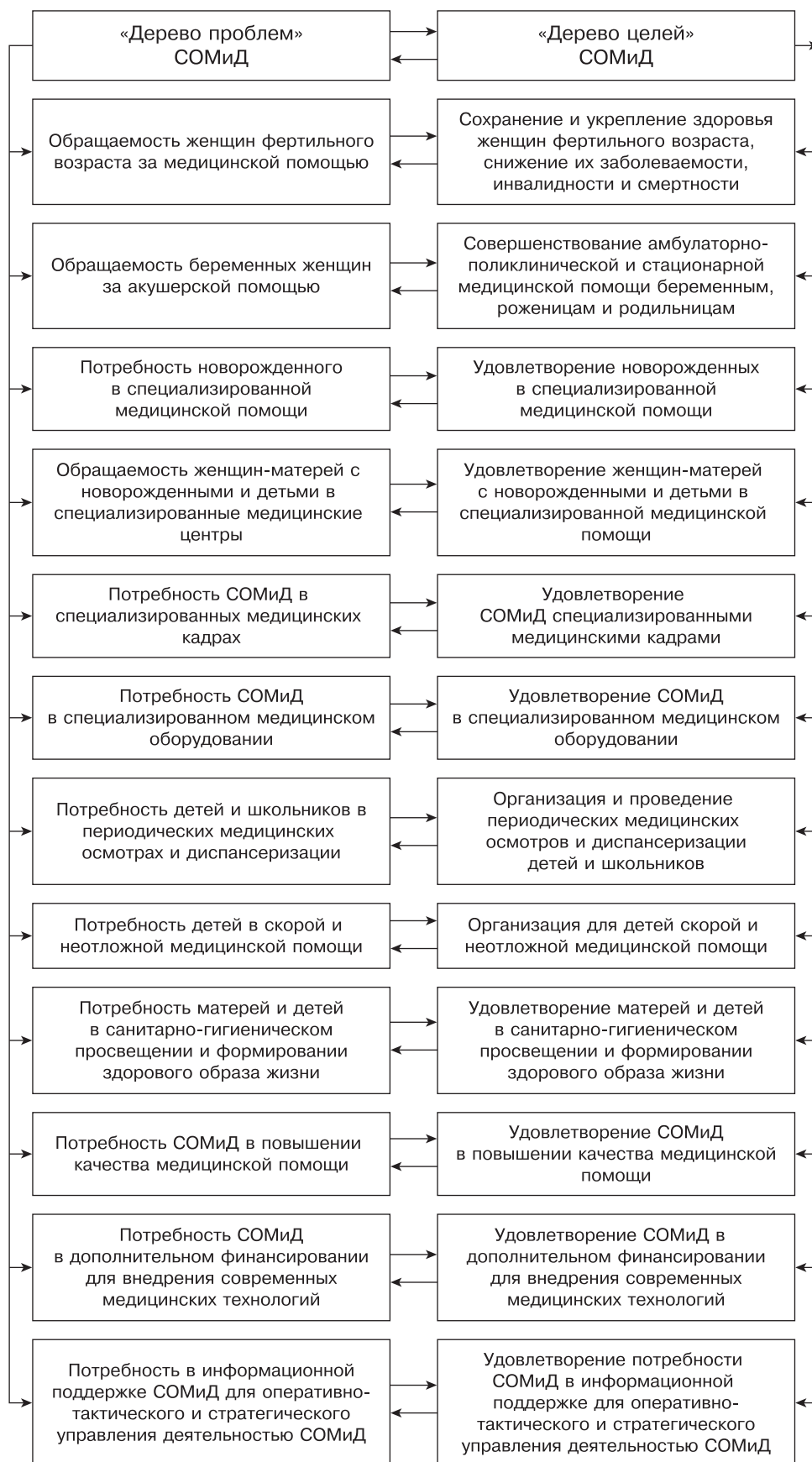


Рис. 5. Модель взаимосвязи "дерева проблем" и "дерева целей" СОМид.

направлений развития системы охраны материнства и детства на региональном уровне являются:

- формирование рабочей модели региональной

СОМид как системного объекта управления с учетом ее потребности в ресурсах, объема и качества предоставляемой медицинской помощи;



Рис. 4. Структура перинатального центра субъекта РФ (рабочий вариант на модели Воронежской области).

- соблюдение уровня оказания медицинской помощи женщинам и детям с учетом состояния их здоровья, формирование этапности при диспансеризации беременных и детей с целью своевременной профилактики нарушений состояния их здоровья;
- создание и внедрение скрининг-программ для мониторинга и оценки как состояния здоровья

женщин и детей, так и изменений клинических и медико-социальных факторов риска тяжести течения беременности, родов и послеродового периода;

- формирование компьютерной базы данных беременных, рожениц и родильниц, что позволяет уточнить факторы риска, их изменение и управлять профилактическими мероприятиями.

Поступила 28.12.10

© Н. К. ГРИШИНА, 2011
УДК 614.2:001.891.7

Н. К. Гришина

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Важным звеном в информационном обеспечении управления в здравоохранении является проведение социологических исследований, эффективность которых возрастает при переводе их в разряд мониторинговых. При организации проведения социологического мониторинга требуется соблюдение целого ряда методических подходов, обеспечивающих достоверность и корректность полученных результатов, возможность анализа их в динамике, свидетельствующей не только о происходящих изменениях в деятельности системы здравоохранения, но и об эффективности принимаемых на основе полученной информации управленческих решений.

Ключевые слова: управление здравоохранением, информационное обеспечение, социологический мониторинг, программы социологического мониторинга

THE BASIC PRINCIPLES OF THE IMPLEMENTATION OF SOCIOLOGICAL MONITORING PROGRAMS IN PUBLIC HEALTH

N.K. Grishina

The implementation of sociological research is an important part of information provision of health management. The effectiveness of the sociological studies increases in case of their transfer into monitoring category. The organization of sociological monitoring requires the adherence to the particular technical approaches to provide data va-

На современном этапе актуальным является применение адекватных форм и методов управления отраслью. Один из важнейших аспектов совершенствования управленческой деятельности — ее надлежащее информационное обеспечение, что нашло отражение в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р; в Проекте федерального закона от 30 июля 2010 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и др.

К наиболее эффективным инструментам информационного обеспечения управленческой деятельности относится мониторинг, в том числе социологический, т. е. использующий методы социологических исследований, позволяющий субъектам системы здравоохранения (органам управления, медицинским организациям), страховым структурам (фондам обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям) оперативно получать научно обоснованную и унифицированную информацию о социальной эффективности осуществляемых мероприятий и проводимых реформ.

Под социологическим мониторингом в здравоохранении как инструменте управления следует понимать целенаправленную деятельность, связанную с перманентным наблюдением, анализом, оценкой и прогнозом состояния системы здравоохранения в целях ее развития в желаемом направлении, а также с выявлением эффективности принимаемых управленческих решений.

Анализ научных публикаций свидетельствует о том, что социологические методы используются в самых различных сферах деятельности человека, в том числе в здравоохранении [1, 2, 4–7]. В то же время работ по использованию этих методов в целях информационного обеспечения управления отраслью недостаточно, что требует разработки соответствующего научно-методического обоснования.

Ценность мониторингового способа получения информации заключается в том, что он позволяет отслеживать динамику показателей, характеризующих систему здравоохранения. Особенно большое значение такая информация имеет в тех случаях, когда необходимо не просто учитывать те или иные показатели, свидетельствующие о происходящих процессах, но и целенаправленно воздействовать на их развитие, т. е. управлять ими, а также оценивать эффективность принимаемых управленческих решений [3].

Объектом социологического мониторинга является статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных единиц наблюдения (возрастно-половые группы населения, лечебно-профилактические учреждения, медицинские работники, страховые медицинские организации и

т. п.), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Мониторинг целесообразно осуществлять в несколько этапов. В научно-методическом плане организация социологического мониторинга начинается с выработки его концепции. Главное место в этой работе занимает четкое определение его цели (целей) и предметного содержания: наблюдение за какими явлениями, системами и процессами предполагается проводить и для чего должна выполняться вся эта работа.

На основе концепции, определяющей главные характеристики организуемого мониторинга, выработывается программа его построения и последующего функционирования.

Программу мониторинга можно разрабатывать в соответствии с методическими положениями, которые обычно используются при проведении социологических исследований и которые достаточно обстоятельно изложены в литературе.

На этом же этапе разрабатывается статистический инструментарий, который с требуемой разрешающей способностью может обеспечить сбор и анализ информации; определяются этапы и сроки его проведения. Затем определяется и формируется выборка подлежащих наблюдению объектов. На последующих этапах осуществляется сбор материала.

Каждый очередной этап завершается корректировкой методики, принципов, инструментария исследования, если промежуточные результаты требуют этого.

Обобщение полученных данных позволяет перейти к заключительному этапу решения научных задач — к интерпретации и логическому обобщению данных об объекте исследования применительно к предмету исследования в намеченные промежуточные времена.

В соответствии со спецификой социологических мониторинговых исследований необходимо определить, с какой периодичностью будет проводиться сбор информации, а в ряде случаев обосновать задаваемую периодичность.

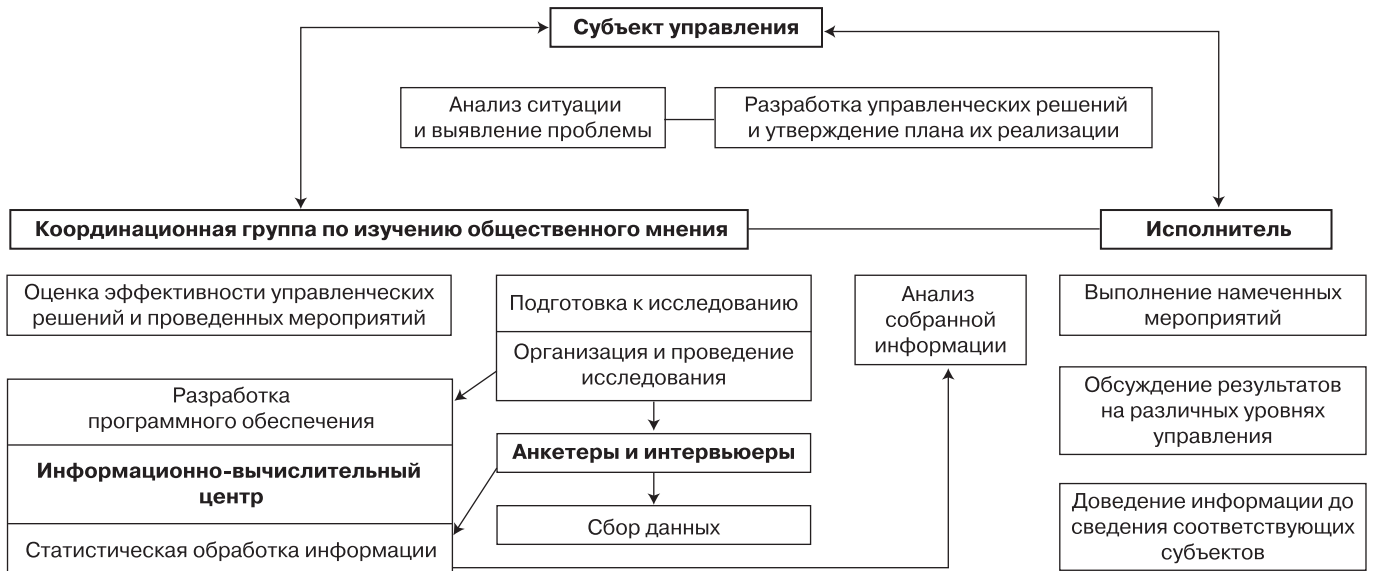
Методическую основу социологического мониторинга составляют регулярно проводимые, четко ориентированные и правильно организованные социологические исследования.

Одной из главных целей мониторинга является оказание воздействия субъектом управления на ход соответствующих процессов в системе управления на основании информации, полученной с помощью мониторинга, принятие управленческих решений, направленных на соответствующее изменение хода этих процессов. В этой связи целесообразно в последующие, очередные мониторинговые замеры включать показатели, позволяющие обеспечить обратную связь для этой управленческой деятельности. Имеется в виду получение информации о реакции тех, на кого было направлено управленческое решение.

В такой системе обратная связь проявляется как реакция на управленческое действие, которое осу-

Н. К. Гришина — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. (otdel77@mail.ru).

Схема реализации программы социологического мониторинга



ществляет субъект управления, в виде системы информации о состоянии управляемого объекта и его изменении в соответствии с заданной программой. Наличие такой обратной связи позволяет корректировать управленческие действия в процессе управления.

Методологические основы любого мониторинга, в том числе и социологического, сводятся к реализации подходов, определяющих, во-первых, его построение, во-вторых — функционирование.

Система мониторинга является довольно сложной во многих отношениях. Она должна включать такие подсистемы, как:

- организационная, имеющая определенную структуру (организацию), штат сотрудников и использующая внештатных работников для проведения социологических исследований;

- научно-методическая, охватывающая программно-концептуальное обеспечение мониторинга;

- организационно-техническая, состоящая из связанных между собой технических средств получения, обработки и выдачи информации.

Для повышения эффективности реализации программ социологического мониторинга необходима разработка их организационных технологий, т. е. определенного порядка и последовательности выполнения мероприятий по проведению социологических исследований, обеспечению сбора, обработки и анализа социологической информации.

Следует отметить, что на подготовительном этапе, а также в случае необходимости по окончании каждого очередного исследования целесообразно предусмотреть такие организационные мероприятия, как внесение необходимых коррективов в программу социологического мониторинга, разработка программного обеспечения (или внесение изменений в имеющуюся программу обработки данных), подготовка предложений по тиражированию программы мониторинга.

Социологические исследования в ходе реализации программы социологического мониторинга деятельности системы здравоохранения целесообразно проводить по комплексной методике с возможным использованием следующих методов: оп-

рос (анкетный и телефонный), глубинное экспертное интервью, фокусированное интервью (фокус-группы) и др.

В зависимости от задач проводимого исследования в качестве единицы наблюдения могут быть определены житель базового населенного пункта, руководитель ЛПУ, врач, средний медицинский работник, сотрудник СМО, руководитель предприятия, сотрудник территориального фонда ОМС или его филиала и др.

Для сбора материала при социологическом исследовании необходим статистический инструментарий (анкеты). Он должен включать различные блоки вопросов, позволяющие получить необходимую информацию для принятия оперативных управленческих решений, направленных на совершенствование организации и повышение эффективности работы системы здравоохранения.

Инструментарий должен включать постоянный блок вопросов, который на каждом этапе дополняется новыми блоками, включающими новые индикаторы, имеющие лучшую чувствительность и разрешающую способность, что позволит дополнить информационную базу исследования новыми данными. При этом если новые индикаторы не были апробированы ранее, то целесообразно провести пилотажное исследование для отработки скорректированного инструментария.

Поскольку порядок вопросов в анкете влияет на характер ответов респондента, все пункты информации, контролирующие базовую методику, должны располагаться в начале опросного листа повторного обследования, а новые — следом за ними. Таким путем сохраняется возможность прямого сопоставления данных, фиксированных единой процедурой.

Объем выборки должен определяться общеизвестными методами, обеспечивающими ее достоверность, он зависит от уровня однородности или разнородности изучаемых объектов. Чем они однороднее, тем меньшая численность может обеспечить статистически достоверные выводы.

При проведении социологических опросов необходимо выдерживать более или менее единый интервал времени или использовать неравные ин-

тервалы, но связанные с какими-либо конкретными изменениями, с принятием соответствующих управленческих решений, реализацией программ, законов, проектов и др.

Для сбора информации должна быть сформирована сеть анкетеров и интервьюеров. Наиболее целесообразно использовать работников, достаточно хорошо ориентирующихся в проблемах территориального здравоохранения (конкретного ЛПУ и др.). Количественный состав группы анкетеров зависит от объема выборки и определяется из расчета не более 20 анкет на одного анкетера в день.

Опыт внедрения тех или иных нововведений показывает, что участники этого процесса, как правило, активнее работают при наличии экономических стимулов. В связи с этим в рамках реализации программы мониторинга должны решаться вопросы материального стимулирования персонала, принимающего в ней непосредственное участие.

Проведение мониторинговых исследований должно быть экономически целесообразным, поэтому представляется обоснованным включение в должностные обязанности сотрудников конкретной организационной структуры (ведомства), ответственных за проведение социологических опросов, курирование соответствующего направления. Тогда программа социологического мониторинга не должна предусматривать экономического стимулирования этого персонала именно за работу по проведению, сбору, обработке материалов социологических исследований, однако проведенный объем работы может учитываться при ежеквартальном (ежемесячном и др.) стимулировании.

При реализации региональных программ социологического мониторинга в каждом регионе в качестве базовых целесообразно выбирать типичные районы.

Их типичность может определяться по совокупности наиболее информативных показателей (медицинских, социальных, демографических и др.).

Информацию, полученную в результате социологических исследований, целесообразно обрабатывать с помощью пакетов программ для обработки статистической информации, что позволит проводить направленное формирование подгрупп, необходимых для проверки различных гипотез; можно использовать специально разработанные программы.

Для более эффективного функционирования программы социологического мониторинга следует предусмотреть использование автоматизированных методов обработки материалов и обеспечение специально подготовленными кадрами.

Заключительный этап социологического исследования — разработка рекомендаций и материалов для принятия управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности.

Для оценки социально-экономических результатов реализации мониторинговых программ необходимы организация и проведение:

1) базового опроса с целью получения исходной информации, с которой в дальнейшем будут сравниваться более поздние данные;

2) последующих опросов по тем же основным показателям;

3) промежуточных исследований в ходе реализации управленческих решений, принятых на ос-

новании результатов проводимых опросов (не реже одного раза в год).

В зависимости от цели и задач исследования возможны различные варианты практического использования результатов работ: ознакомление с результатами широкой аудитории врачей и других заинтересованных лиц; подготовка нормативно-правовой документации, методических указаний, инструкций и т. п. (на уровне учреждений, района, города, области и т. п.); проведение реорганизации деятельности медицинского учреждения, СМО, ТФОМС и др.; опубликование в печати (статьи, монографии и т. п.).

В любом случае результаты исследования, полученные в ходе проведения социологического мониторинга общественного мнения о функционировании системы здравоохранения, должны быть обобщены и доведены до соответствующих руководителей с целью их использования в оперативном управлении.

Управление программой мониторинга должно осуществляться на соответствующем уровне управления (см. схему).

В качестве координирующего органа может быть создана специальная комиссия с полномочиями решения правовых, финансовых и других вопросов. На региональном уровне управление программой мониторинга целесообразно возложить на территориальную подведомственную службу, где будет аккумулироваться информация, получаемая из районов, и формироваться базы данных.

Для организации методического и технического обеспечения проведения мониторинговых социологических исследований на каждой базовой территории (в конкретном ЛПУ и т. д.) рекомендуется сформировать координационную группу по изучению общественного мнения. В состав группы должны войти уполномоченные представители ведомства (структуры), ответственные за проведение исследований (они же координаторы проведения социологического мониторинга), а также работники, которые в последующем обеспечат статистическую обработку и анализ собранного материала.

При проведении социологического мониторинга разработанную программу необходимо утверждать на соответствующем уровне управления с определением субъекта управления и выделением ответственных лиц за ее реализацию, определением периодичности и сроков сбора информации, порядка предоставления отчетности.

Целесообразно предусмотреть четкое взаимодействие и разграничение полномочий при проведении социологического мониторинга различных субъектов управления здравоохранением и страховых структур.

Результаты, полученные в ходе реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении, рекомендуется учитывать при выработке управленческих решений и для оценки хода реализации различных федеральных (региональных) отраслевых, целевых программ и проектов в сфере здравоохранения.

В перспективе реализация программ социологического мониторинга должна стать неотъемлемой частью системы информационного обеспечения управления здравоохранением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А. И. и др. Организация мониторинга социальной эффективности реформ на уровне учреждений здравоохранения: Метод. рекомендации. — М., 1999.
2. Добренков В. И., Кравченко А. И. Методы социологического исследования: Учебник. — М., 2004.
3. Милехин А. В. Социологический мониторинг — средство информационного обеспечения управления в общественных системах: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1999.
4. Михайлова Ю. В., Сон И. М., Короткова А. В. Концепция построения национальной информационно-аналитической системы мониторинга социально обусловленных заболеваний: Сборник науч. трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. — М., 2007. — С. 4—7.
5. Решетников А. В. // Экономика здравоохранения. — 2007. — № 11. — С. 24—28.
6. Решетников А. В. // Социол. мед. — 2008. — № 1. — С. 3—13.
7. Чудинова И. Э. Здравоохранение в изменяющемся обществе: Автореф. дис. ... канд. социол. наук. — Волгоград, 2003.

Поступила 09.12.10

© Р. С. ГАДЖИЕВ, Р. Ш. РАГИМОВА, 2011

УДК 614.2:616-053.9-08-039.57

Р. С. Гаджиев, Р. Ш. Рагимова

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Проведена оценка качества медицинской помощи, оказываемой врачами-гериатрами и участковыми терапевтами населению пожилого и старческого возраста, по результатам экспертных оценок 805 карт амбулаторных больных в 3 городских поликлиниках Махачкалы (Республика Дагестан). Изучение качества медицинской помощи выявило ряд недочетов: несвоевременное обследование больных врачами-гериатрами имело место в 34,9% случаев, у участковых терапевтов — в 44,4% случаев, а неполное обследование — соответственно в 27,7 и 34,5% случаев; лечение больных в 9,8% случаев у врачей-гериатров и в 14,4% случаев у участковых терапевтов начато несвоевременно и было неполноценным соответственно в 24,3 и 29,5% случаев.

На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: *качество, гериатрическая помощь, экспертная оценка, диспансерное наблюдение*

THE QUALITY OF MEDICAL CARE TO THE PATIENTS OF ELDERLY AND OLD AGE IN MUNICIPAL POLYCLINICS

R.S. Gadjeiev, R.Sh. Ragimova

The article deals with the evaluation of medical care rendered by geriatrists and district therapist to elderly and old patients. The primary data consisted of expert estimates of 805 medical records of out-patients in three municipal polyclinics of Makhachkala (the Republic of Dagestan). The study revealed such deficits as belated examination of patients by geriatrists (34.9%), district therapists (44.4%) and incomplete examination in 27.7% and 34.5% correspondingly. The treatment of patients started untimely by geriatrists (9.8%) and by district therapists (14.4%) and it was inadequate in 24.3% and 29.5% correspondingly. The systematic guidelines were developed to enhance the organization and increase the quality of medical care of patients of elderly and old age.

Key words: *quality, geriatric medical care, expert estimate, dispensarization monitoring*

Проблема организации и обеспечения качества медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста является одной из самых актуальных и сложных в здравоохранении.

В настоящее время в Российской Федерации, как и в большинстве экономически развитых стран, сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением в составе населения доли лиц пожилого и старческого возраста [2, 3]. Численность лиц пенсионного возраста составляет более 30 млн человек, или 1/5 всего населения Российской Федерации [1]. Темпы старения населения России в ближайшие годы будут возрастать и в связи с продолжающимся снижением рождаемости. Это приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует структурных преобразований в здравоохранении, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Геронтологические исследования последних лет

Р. С. Гаджиев — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (8 (8722) 67-61-83); Р. Ш. Рагимова — аспирант (8 (8722) 62-74-98).

посвящены различным аспектам этой проблемы (заболеваемости, смертности, состояния здоровья населения старших возрастных групп, стационарной медицинской помощи и др.). Между тем до настоящего времени исследований, посвященных повышению качества гериатрической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, недостаточно.

Целью исследования явились разработка и внедрение эффективной системы обеспечения и повышения качества гериатрической помощи в условиях городских поликлиник.

Исследование проведено в 2007—2009 гг. на базе 3 городских поликлиник (№ 5, 6 и 9) и Муниципального гериатрического центра (МГЦ) Махачкалы (Республика Дагестан).

Изучено качество медицинской помощи, оказываемой врачами-гериатрами и участковыми терапевтами лицам пожилого и старческого возраста. С этой целью была разработана "Карта экспертной оценки качества гериатрической помощи в поликлинике", включающая следующие разделы: качество обследования, диагностики, лечения, консультативной помощи, ведения медицинской карты амбулаторного больного.

Распределение больных пожилого и старческого возраста по срокам обследования с момента обращения в городских поликлиниках и Муниципальном гериатрическом центре в соответствии с экспертными оценками (в %)

Заболевание	Муниципальный гериатрический центр (врачи-гериатры)			Городские поликлиники (участковые терапевты)		
	до 3 дней	4—5 дней	6 дней и более	до 3 дней	4—5 дней	6 дней и более
Артериальная гипертония	55,8	23,3	20,9	49,2	18,5	38,4
Ишемическая болезнь сердца	70,7	14,6	14,6	66,1	12,9	21,0
Хронический бронхит	76,2	14,3	9,5	72,2	11,1	16,7
Бронхиальная астма	73,7	13,2	13,2	69,4	10,2	20,5
Хронический гастрит	61,5	17,9	20,5	57,7	13,3	28,9
Синдром раздраженной толстой кишки	60,0	22,5	17,5	50,0	18,4	30,5
Хронический холецистит	63,9	22,2	13,2	60,5	18,4	21,1
Остеоартроз	63,6	20,5	15,9	51,7	17,2	31,1
Хронический пиелонефрит	60,0	25,7	14,3	46,7	20,0	33,3
Среднее значение	65,1	19,3	15,6	58,6	15,4	26,0

Качество гериатрической помощи изучено по материалам экспертной оценки 805 карт амбулаторных больных (395 у врачей-гериатров, 410 у участковых терапевтов). Были выбраны наиболее часто встречающиеся в пожилом и старческом возрасте заболевания: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит, бронхиальная астма, хронический гастрит, хронический холецистит, остеоартроз, хронический пиелонефрит и др. За единицу наблюдения приняли больного, закончившего лечение. В соответствии с целью и задачами в исследовании использованы статистический, экспертный и социологический методы.

Приводим результаты экспертной оценки качества гериатрической помощи в городских поликлиниках.

Одним из важных показателей качества медицинской помощи является своевременное и полное обследование больного. По данным экспертов (табл. 1), врачи-гериатры своевременно (в первые 3 дня с момента обращения) обследовали около 2/3 (65,1%) больных, участковыми терапевтами — лишь более половины (58,6%) больных пожилого и старческого возраста. Врачи-гериатры в среднем по всем заболеваниям обследовали в пределах 4—5 дней 19,3% больных, 6 дней и более — 15,6%, а уча-

стковые терапевты — соответственно 15,4 и 26%. Особенно затягивались сроки обследования при артериальной гипертонии, хроническом гастрите и хроническом пиелонефрите. Причинами несвоевременного обследования в 25,9% случаев являлись перегруженность лабораторий и других диагностических кабинетов, в 25,1% случаев — отсутствие диагностического оборудования, в 17% — несвоевременное обращение или недисциплинированность больного, в 16,8% — недостаточная квалификация лечащего врача (не назначено соответствующее исследование) и в 15,2% случаев — особенность течения заболевания.

Необоснованно длительное и неполноценное обследование больных, как правило, ведет к увеличению сроков и снижению эффективности лечения. По данным экспертов, врачи-гериатры обследовали больных в полном объеме в среднем по всем заболеваниям в 72,1% случаев, а участковые терапевты — в 65,5% случаев, в неполном объеме — соответственно в 27,9 и 34,5% случаев (табл. 2). Особенно высока доля недостаточно обследованных больных бронхиальной астмой (26,8 и 40,8% случаев), хроническим бронхитом (26,2 и 37,8%), остеоартрозом (29,5 и 37,8%) и хроническим пиелонефритом (31,4 и 36,7%).

Таблица 2

Полнота обследования больных пожилого и старческого возраста в городских поликлиниках и Муниципальном гериатрическом центре по данным экспертных оценок (в %)

Заболевание	Муниципальный гериатрический центр (врачи-гериатры)		Городские поликлиники (участковые терапевты)	
	объем обследования			
	полный	неполный	полный	неполный
Артериальная гипертония	74,4	25,6	67,7	32,3
Ишемическая болезнь сердца	75,6	24,4	64,5	35,5
Хронический бронхит	73,8	26,2	72,2	37,8
Бронхиальная астма	63,2	26,8	59,2	40,8
Хронический гастрит	71,8	28,2	66,7	33,3
Хронический холецистит	72,2	27,8	68,4	31,6
Синдром раздраженной толстой кишки	77,5	22,5	65,2	34,8
Остеоартроз	70,5	29,5	62,1	37,8
Хронический пиелонефрит	68,6	31,4	63,3	36,7
Среднее значение	72,1	27,9	65,5	34,5

Таблица 3

Обоснованность диагноза у лиц пожилого и старческого возраста с терапевтическими заболеваниями по данным экспертных оценок (в %)

Заболевание	Муниципальный гериатрический центр (врачи-гериатры)		Городские поликлиники (участковые терапевты)	
	обоснованный	необоснованный	обоснованный	необоснованный
Артериальная гипертония	88,4	11,6	83,1	16,9
Ишемическая болезнь сердца	92,7	7,3	90,3	9,7
Хронический бронхит	97,6	2,4	96,3	3,7
Бронхиальная астма	86,8	13,2	85,7	14,3
Хронический гастрит	89,7	10,3	86,7	13,3
Синдром раздраженной толстой кишки	95,0	5,0	93,4	6,6
Хронический холецистит	97,2	2,8	97,3	2,7
Остеоартроз	93,2	6,8	91,4	8,6
Хронический пиелонефрит	94,3	5,7	90,0	10,0
Среднее значение	92,7	7,3	90,2	9,8

Своевременность и полноценность лечения больных пожилого и старческого возраста с терапевтическими заболеваниями по данным экспертных оценок (в %)

Заболевание	Муниципальный гериатрический центр (врачи-гериатры)				Городские поликлиники (участковые терапевты)			
	назначенное лечение							
	своевременное	несвоевременное	полноценное	неполноценное	своевременное	несвоевременное	полноценное	неполноценное
Артериальная гипертония	97,7	2,3	62,8	37,2	96,9	3,1	56,9	43,1
Ишемическая болезнь сердца	87,8	12,2	82,9	17,1	82,3	17,7	79,0	21,0
Хронический бронхит	92,9	7,1	81,0	19,0	90,7	9,3	79,6	20,4
Бронхиальная астма	89,5	10,5	68,4	31,6	85,7	14,3	61,2	38,8
Синдром раздраженной толстой кишки	87,5	12,5	72,5	27,5	82,6	17,4	67,4	32,6
Хронический гастрит	87,2	12,8	79,4	20,6	80,0	20,0	75,6	24,4
Хронический холецистит	86,1	13,9	83,3	16,7	81,6	18,4	78,9	21,1
Остеоартроз	88,6	11,4	75,0	25,0	84,5	15,5	69,0	31,0
Хронический пиелонефрит	94,3	5,7	77,1	22,9	93,3	6,7	70,0	30,0
Среднее значение	90,2	9,8	75,7	24,3	86,6	14,4	70,5	29,5

Одним из важных показателей качества гериатрической помощи является своевременное и правильное установление диагноза. При оценке правильности диагнозов отмечено расхождение в диагнозах между врачами-гериатрами и экспертами в среднем в 7,3% случаев, между участковыми терапевтами и экспертами — в 9,8% случаев (табл. 3). Наиболее часто отмечали неадекватность диагностики при артериальной гипертонии — соответственно в 11,6 и 16,9% случаев, при бронхиальной астме — в 13,2 и 14,3% случаев и при хроническом гастрите — в 10,3 и 13,3% случаев.

По мнению экспертов, диагностические ошибки в 40,9% случаев были вызваны неполноценным обследованием, в 22,7% — отсутствием контроля за качеством лечения со стороны заведующих отделениями, в 11,4% — недостаточной квалификацией врачей и в 25% случаев не были проведены консультации с врачами-специалистами.

Не менее важными показателями качества медицинской помощи являются своевременность и полноценность лечения (табл. 4). При анализе качества лечения экспертами установлено, что в 9,8% случаев врачами-гериатрами и в 14,4% случаев участковыми терапевтами лечение назначено несвоевременно и оно было неполноценным соответственно в 24,3 и 29,5% случаев. Наиболее часто неполноценное лечение имело место при артериальной гипертонии — соответственно в 37,2 и 43,1% и бронхиальной астме — в 31,6 и 38,8% случаев.

Причинами неполноценного лечения в 27,4% случаев являлась неправильная и несвоевременная диагностика, в 19% — отсутствие необходимых лечебных средств и аппаратуры, в 18,9% — недисциплинированность больного, в 18,5% случаев — особенность течения заболевания и в 16,2% — недостаточный контроль за лечебным процессом со стороны заведующих отделениями.

Известно, что медицинская карта амбулаторного больного является юридическим документом, который может свидетельствовать "за" и "против" врача при возникновении исковых случаев. Между тем, по материалам экспертных оценок, более чем в половине (58,4%) случаев обнаружены дефекты в ведении карт амбулаторных больных. В частности, недостаточное описание анамнеза заболевания имело место в 24,7% случаев, отсутствие контроль-

ных анализов — в 18%, данных об исходе заболевания — в 7,8%, рекомендаций больному — в 12,1%, записей заведующего отделением по контролю за лечением — в 9,9% случаев.

Немаловажное значение в улучшении качества диагностики и лечения имеют своевременность консультативной помощи врачей узких специальностей и качество консультативного осмотра. По материалам экспертных оценок, консультации в 20,8% случаев проводили несвоевременно, а в 9,5% случаев эксперты считали их необоснованными. В 25,1% случаев качество консультативных осмотров было неполноценным. В частности, недостаточно были описаны объективные результаты осмотров, больным даны неполные рекомендации, также недостаточным был контроль за проведенным лечением и др.

Одна из задач исследования — оценка степени удовлетворенности населения работой врачей. По данным анкетирования, качеством работы врачей-гериатров удовлетворены 89,3% опрошенных, не удовлетворены 6,8%, воздержались от ответа 3,9%, а удовлетворенность деятельностью участковых терапевтов была оценена соответственно 82,6, 13,7 и 3,7%. Из числа неудовлетворенных больные указали следующие причины: невнимательность, торопливость на приеме (32%), низкая квалификация врачей (17,4%), длительное ожидание приема (15,8%), несвоевременное обслуживание вызовов на дому (7,5%) и прочие причины (6,7%).

Важным разделом работы участкового терапевта и врача-гериатра является диспансеризация лиц пожилого и старческого возраста. Экспертная оценка качества диспансеризации этого контингента показала, что у участковых терапевтов нерегулярно наблюдались 39,4% диспансеризуемых. Лабораторно-диагностические исследования в среднем по всем заболеваниям у каждого третьего (33,5%) больного проводили несвоевременно и в 43,9% случаев — в неполном объеме.

Значимый аспект эффективности диспансеризации — качество и полнота выполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий (ЛОМ). Однако, как свидетельствуют экспертные оценки, в среднем при всех заболеваниях в 28,8% случаев эти мероприятия проводили в неполном объеме, осо-

бенно при гастритах, ревматизме, бронхиальной астме и бронхитах.

Среди причин невыполнения плана ЛОМ, по мнению экспертов, следует выделить отсутствие возможностей для проведения ЛОМ в условиях поликлиники (45,1%), что составляет почти половину всех причин невыполнения плана ЛОМ, недостаточный контроль со стороны врача (28%), недисциплинированность больных (29,3%). Примечательно, что на долю такой причины, как отсутствие или недостаток времени, выделенного для диспансеризации, по мнению экспертов, приходится только 7,7% всех причин невыполнения ЛОМ. Следует отметить, что большую часть (48,3%) причин невыполнения плана ЛОМ представляют недостаточный контроль со стороны врача и недисциплинированность больного. Это является в какой-то мере устранимым фактором.

Важный показатель качества диспансеризации — полнота использования физиотерапевтических методов лечения. По мнению экспертов, в 43,1% случаев физиотерапевтическое лечение не было назначено участковыми терапевтами и в 29,2% случаев оно было неполноценным. Особенно это относилось к больным бронхиальной астмой, хроническими бронхитами, артрозами, артритами.

Выявленные дефекты в организации и качестве медицинской помощи населению свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих

систем ведомственного и вневедомственного контроля за качеством медицинской помощи.

На основе материалов исследования мы разработали методические рекомендации по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, которые касаются организационно-методических вопросов обеспечения качества гериатрической помощи; методики анализа и оценки качества гериатрической помощи; совершенствования системы контроля за качеством лечебно-диагностического процесса; информационного обеспечения врача-гериатра и участкового терапевта; функционально-организационной модели гериатрической помощи населению республики; совершенствования взаимосвязей между врачами-гериатрами, участковыми терапевтами и врачами узких специальностей; программы непрерывного повышения квалификации участковых врачей и других специалистов в области геронтологии и гериатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галкин Р. А., Павлов В. В., Кузнецов С. И. Реорганизация первичной медицинской помощи в Самарской области. — Самара, 1997.
2. Кокарев Ю. С., Бабичева О. В., Орловский А. В. // Актуальные проблемы гериатрии: Сборник науч. трудов. — СПб., 2001. — С. 151—152.
3. Шабалин В. Н. // Успехи геронтол. — 2009. — Т. 22, № 1. — С. 185—195.

Поступила 20.09.10

© И. Е. ЕДИНАРОВА, 2011
УДК 614.2:616-082

И. Е. Единарова

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения Москвы

Выделено несколько групп востребованности специальностей врачей-консультантов. Предложено формирование такой модели госпитальной консультативной помощи, в которой предусматривается возможность консультаций наиболее востребованными специалистами уже на уровне приемного покоя, а менее востребованными специалистами — за счет формирования специализированных консультативных бригад на базе скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: консультативная медицинская помощь, скорая медицинская помощь, приемный покой, консультация, врач-консультант, врач-специалист, востребованность консультаций

ON THE ISSUE OF ORGANIZATION OF CONSULTATIVE MEDICAL CARE ON HOSPITAL STAGE

I. E. Edinarova

The study picked out several groups of in-demand specialties of consulting physicians. It is proposed to elaborate specific model of hospital consultative medical care providing the possibility of counseling by the most in-demand specialists already on the level of admission department. The key target is to avoid the involvement of less in-demand specialists at the expense of organization the specialized consultative crew on the basis on emergency medical care.

Key words: consultative medical care, emergency medical care, admission department, consultation, consulting physician, in-demand consultation

Консультации специалистов являются важным этапом организации медицинской помощи [1—3, 10, 11]. В госпитальных учреждениях консультативная помощь оказывается на уровне приемного

покоя при поступлении больного и на уровне отделения больницы [7, 11]. В настоящее время в стационаре консультативная медицинская помощь организуется в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава СССР от 22.02.80 № 10/8/11 "Организация оперативной работы в стацио-

И. Е. Единарова — науч. сотр (arina1978@inbox.ru).

Распределение количества консультаций в зависимости от отделения

Отделение	Абс.	%	Отделение	Абс.	%
Кардиологическое	52	10,0	По уходу (коммерческое)	13	2,5
Неврологическое	40	7,7	Гастроэнтерологическое	63	12,1
Терапевтическое	62	12,0	Гематологическое	27	5,2
Хирургическое	28	5,4	Гинекологическое	11	2,1
Психиатрическое	145	27,9	Реанимационное	11	2,1
Урологическое	13	2,5	ЛОР	1	0,2
Эндокринологическое	36	6,9	Пульмонологическое	17	3,3
Итого...				519	100,0

наре крупной многопрофильной больницы", методическими указаниями Минздрава СССР от 14.11.82 № 06-14/14 "О порядке организации консультаций и консилиумов в лечебных учреждениях", методическими рекомендациями "Организация психиатрической помощи в многопрофильной соматической больнице" Минздрава РФ от 2003 г., приказом Комитета здравоохранения Москвы от 19.03.97 № 153 "О порядке перевода больных из одного лечебно-профилактического учреждения в другое", приказом Департамента здравоохранения Москвы от 13.01.05 № 12 "О порядке госпитализации (перевода) в психиатрическое отделение для больных с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией в соматопсихиатрическое отделение)" [4—6, 8, 9].

Базовый документ, определяющий порядок консультирования пациентов, был разработан более 30 лет назад при иных реалиях — социально-экономическом строе, демографической ситуации, половозрастном и национальном составе населения, уровне образования и ценностных ориентациях. В настоящее время в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения госпитального типа используется модель консультативной помощи, разработанная в рамках советской системы здравоохранения. Эта модель оказалась достаточно устойчивой, несмотря на политическое и экономическое давление последних десятилетий. В то же время необходимо учитывать, что государственная система изменилась и одна из приоритетных задач современного здравоохранения — снижение экономических затрат при сохранении качества медицинской помощи. Добиться этого можно несколькими путями, например снижением количества койко-дней, уменьшением времени ожидания больным результатов обследования и консультаций специалистов.

Исследование проводилось в типовой городской больнице планового лечения больных герон-

тологического профиля Москвы. Определение именно этого профиля было обусловлено нарастающими процессами старения населения и доступностью для исследования широкого спектра нозологий. В указанной больнице функционируют различные отделения, в том числе отделение по уходу (коммерческое) и специализированное соматопсихиатрическое. Исключение составили отделения травматологии и нейрохирургии. Всего были проанализированы данные о 519 консультациях; последние распределились в зависимости от отделений следующим образом (табл. 1).

Истории болезни, содержащие сведения о консультации, отбирались случайным образом. Критерием включения служило наличие консультации врача-специалиста, критерием исключения — отсутствие таковой, исследование проводилось с III квартала 2009 г. по I квартал 2010 г. Представленная выборка не имеет существенных закономерностей, так как осуществлялась случайным образом. В то же время, несмотря на фактор случайности, она дает приближенные представления о том, в каких отделениях чаще требуются консультации. Больше всего в выборке оказалось историй болезни с данными о консультациях в психиатрическом (соматопсихиатрическом) отделении, на втором месте по частоте были консультации в отделении гастроэнтерологии, на третьем — в эндокринологическом отделении. На 1 историю болезни в среднем приходится 4,12 консультации (минимально — 1 консультация, максимально — 28 консультаций). По данным отобранных историй болезни пациенты подвергались госпитализации как в экстренном порядке, так и в плановом по направлениям из различных инстанций. Превалирующей была плановая госпитализация по направлению врачей городских поликлиник (табл. 2).

Обращает на себя внимание существенная доля плановых госпитализаций по направлению психоневрологических диспансеров, что объясняется в

Таблица 2

Распределение случаев госпитализации в зависимости от канала госпитализации

Канал госпитализации	Абс.	%	Канал госпитализации	Абс.	%
Орган управления здравоохранением	18	3,5	Перевод из другого лечебного учреждения	12	2,3
Заявление от больного (коммерческое отделение)	9	1,7	Психоневрологический диспансер	115	22,2
Клинико-диагностический центр	1	0,2	Городская поликлиника	317	61,1
Медико-санитарная часть			Перевод из учреждения социального обслуживания для больных с нарушениями психики	4	0,8
Онкологический диспансер	22	4,2	СМП	6	1,2
	15	2,9	Итого...	519	100,0

Примечание. СМП — скорая медицинская помощь.

первую очередь наличием в структуре больницы психосоматического отделения, ориентированного на помощь при деменции, и существенным вкладом психиатрической патологии в общую заболеваемость больных пожилого и старческого возраста. Распределение консультаций в зависимости от специальности врача было следующим. Больше всего консультаций было проведено врачами-неврологами, на втором месте — хирурги, далее следуют врачи-офтальмологи и эндокринологи.

По степени востребованности все консультации врачей-специалистов можно разделить на 3 группы:

1. Наиболее востребованные — консультации невролога, хирурга, эндокринолога, офтальмолога.

2. Средней востребованности, которые в свою очередь можно подразделить на две подгруппы:

— более востребованные — консультации кардиолога, дерматолога, ЛОР-врача, психиатра, реаниматолога, уролога, онколога);

— менее востребованные — консультации гастроэнтеролога, гематолога, гинеколога, терапевта, фтизиатра).

3. Маловостребованные (невостребованные) — консультации стоматолога, травматолога, проктолога. Целесообразна такая модель госпитальной консультативной помощи, в которой была бы предусмотрена возможность консультаций наиболее востребованными специалистами уже на уровне приемного покоя, а консультации маловостребованных специалистов обеспечивались бы за счет формирования специализированных консультативных бригад на базе СМП.

Данные истории болезни, полученные при анализе количества дней, прошедших с момента поступления больного до момента назначения консультации специалиста, которые можно рассматривать как сведения о востребованности врачей той или специальности, согласуются с вышеприведенным распределением на группы. Следует отметить, что в 336 (64,7%) случаях врачи указали в истории болезни дату назначения консультации, а в 183 (35,3%) — нет (сюда вошли наблюдения, где не отмечено назначение консультации, хотя таковая имела место, либо те, где не была обозначена дата консультации).

Обращает на себя внимание, что в 1-й день поступления консультации специалистов были назначены в 180 случаях (34,7% от общего числа наблюдений). Распределение консультаций, назначенных в 1-й день госпитализации, в зависимости от специальностей врачей согласуется с данными о распределении всех консультаций.

В 1-й день чаще назначают консультации врачей-неврологов, офтальмологов, хирургов и эндокринологов. В то же время обращает на себя сравнительное повышение частоты назначений в 1-й день консультаций кардиолога, онколога, уролога и гематолога. Учитывая, что база исследования — плановая больница геронтологической направленности и в 1-й день результат клинического анализа крови готов не будет, можно предположить определенную диверсификацию отделений для госпитализации больных, имеющих патологию крови.

Проведенный анализ показал следующее.

1. Достаточно высокий в абсолютном отношении показатель дефектов формализованной части (отсутствие указания дат консультаций, специаль-

ностей врачей-консультантов, записей о консультации в истории болезни, несмотря на ее назначение). В относительных величинах в настоящее время дать оценку этим данным не представляется возможным, так как в доступной литературе нет сведений об исследованиях, посвященных по формализованным дефектам оказания консультативной медицинской помощи в аналогичных учреждениях в рассматриваемый промежуток времени. Выявленная тенденция является очень важным аспектом оказания консультативной помощи в госпитальном звене городского здравоохранения и требует тщательного сравнения и изучения.

2. Четкая кластеризация консультативной помощи. Выявленные группы востребованности врачей-консультантов в зависимости от их специальности определяют последующий вектор развития данного вида медицинских услуг. Заявленная тенденция сокращения экономической составляющей медицинской помощи без снижения качества лечебного процесса обуславливает необходимость нового подхода, основанного на интенсификации процесса оказания помощи. Консультации врачей-специалистов 1-й группы востребованности (невролога, хирурга, эндокринолога, офтальмолога) уже на уровне приемного покоя позволяют сократить время пребывания больного на госпитальной койке. С целью совершенствования предложенной схемы необходимо разработать типовой перечень консультаций/исследований, минимально достаточный для отделения каждого профиля. Одновременно с этим необходимо создать единую систему (для мегаполисов — городскую, для территорий с высокой степенью рассредоточения лечебных учреждений — субъектовую) консультативной помощи на базе службы скорой медицинской помощи. Неправильным подходом можно признать формирование специализированных консультативных бригад исключительно из резервов экстренной медицины. Работа консультанта очень многогранна, и к профессиональным навыкам и знаниям специалиста предъявляются повышенные требования — он должен ориентироваться в тенденциях развития специальности, а также в особенностях работы специализированных отделений. Врач-специалист, работая исключительно в системе скорой помощи, не имеет возможности соответствовать указанным характеристикам.

В связи с этим было бы правильным рассматривать следующую модель формирования консультативной медицинской помощи в группе маловостребованных специальностей: врача-консультанта по профилю с минимально достаточным набором оборудования на дежурство предоставляет профильное учреждение, ориентируясь на специалистов высокой квалификации и достаточного опыта; техническую составляющую (автотранспорт, водителя, фельдшера, медицинское оснащение для оказания экстренной помощи, помещение для отдыха, приема пищи, услуги по приему, обработке соответствующих вызовов, статистические услуги и т. д.) предоставляет служба скорой помощи. На станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова есть положительный опыт реализации такого подхода — работа консультативных нейрохирургических бригад. Для внедрения указанного подхода необходимо решить две задачи:

1. Выявить маловостребованные специальности

врачей-консультантов в различных типах госпитальных учреждений (в больницах с плановой госпитализацией и больницах скорой помощи этот профиль будет неодинаковым). Базируясь на полученных данных, разработать и провести медико-экономическое обоснование отнесения о той или иной специальности к маловостребованной в системе консультативной помощи с последующим переходом вышеописанной модели.

2. Внести изменения в штатное расписание СМП, обеспечить оснащение и прочее в соответствии с новыми задачами и разработать механизмы привлечения специалистов высокой квалификации на выездные дежурства в рамках своей специальности.

На решение этих задач потребуются дополнительное финансирование, но ожидаемый эффект будет заключаться в экономии финансовых средств городского здравоохранения за счет сокращения количества консультативных должностей в госпитальных учреждениях в рамках мало- или невостребованных специальностей. Кроме того, будет достигнуто обеспечение круглосуточной доступности консультаций высококвалифицированными специалистами профильных учреждений, что повысит качество медицинской помощи в непрофильных отделениях больниц.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева В. В., Ручкина Е. В.* Консультирование в системе реабилитации при ВИЧ-инфекции, Журнал "Эпидемиология и инфекционные болезни" № 1, 2001 г. <http://www.medlinks.ru/article.php?sid = 3443>.
2. *Беляева В. В., Покровский В. В.* Консультирование при ВИЧ-инфекции, 2003. http://www.socialhelp.ru/attachments/konsultirovanie_pri_hiv_dlya_vrachej.pdf.
3. *Мелянченко Н. Б.* Монография "Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008—2017 гг.)" (электронное представление) <http://www.medlinks.ru/sections.php?op = listarticles&secid = 90#comments>
4. Методические рекомендации Минздрава РФ от 2003 г. "Организация психиатрической помощи в многопрофильной соматической больнице". — М., 2003.
5. Методические рекомендации Минздрава СССР от 22.02.1980г. № 10/8/11 "Организация оперативной работы в стационаре крупной многопрофильной больницы". — М., 1980.
6. Методические указания Минздрава СССР от 14.11.1982 г. № 06-14/14 "О порядке организации консультаций и консилиумов в лечебных учреждениях". — М., 1982.
7. *Плавунов Н. Ф., Некрасов Д. К.* Методические рекомендации "Организация работы приемного отделения" (утв. Департаментом здравоохранения г. Москвы 21.07.2003 № 25). — М., 2003.
8. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 13.01.2005 г. № 12 "О порядке госпитализации (перевода) в психиатрическое отделение для больных с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией в соматопсихиатрическое отделение)". — М., 2005.
9. Приказ Комитета здравоохранения г. Москвы от 19.03.1997 г. № 153 "О порядке перевода больных из одного лечебно-профилактического учреждения в другое". — М., 1997.
10. Carol L Ireson, Svetla Slavova, Carol L Steltenkamp, F. Douglas Scutchfield. "Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals", BMC Hlth Serv. Res. N 9, 2009 г. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2759928/>.
11. *Taylor G. W.* // BMC Hlth Serv. Res. — 1973. — Vol. 4, № 3. — P.

Поступила 27.12.10

Образование и кадры

© Д. В. СОРОКИН, 2011
УДК 614.25:616.314]:331.108.45

Д. В. Сорокин

САМООЦЕНКА ВРАЧАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

В рамках социологического исследования, касающегося вопросов последипломного образования, проведен анализ самооценки врачами-стоматологами уровня профессиональной квалификации. Проанализированы мнение специалистов о существующей системе квалификационных категорий, удовлетворенность профессиональным уровнем и определена потребность в повышении квалификации.

Ключевые слова: самооценка, последипломная подготовка врачей-стоматологов, уровень квалификации, квалификационная категория

THE STOMATOLOGISTS' SELF-ASSESSMENT OF THEIR PROFESSIONAL QUALIFICATION

D.V. Sorokin

The data analysis of sociological research of issues of post-graduate education considered the stomatologists' self-assessment of their professional qualification. The study applied to the opinion of specialists about the present system of qualification categories, the satisfaction of professional level and the need in post-graduate training.

Key words: self-assessment, post-graduate education, stomatologist, qualification level, qualification category.

Одним из важнейших побудительных стимулов для качественной профессиональной деятельности является такой морально-психологический аспект,

Д. В. Сорокин — канд. мед. наук, доц. каф.

как профессиональная удовлетворенность [2, 6].

Удовлетворенность или неудовлетворенность специалиста уровнем своей квалификации является одним из показателей уровня профессиональной компетентности [1, 3, 7]. В этом отношении

научно-практический интерес представляет информация о самооценке врачами своей профессиональной деятельности, она используется как дополнительный инструмент улучшения качества медицинской помощи [4].

Анализ самооценки специалистов стоматологического профиля явился одним из разделов социологического исследования проблем последипломного обучения врачей-стоматологов. Анкетирование проводили с 2008 по 2010 г. в рамках отраслевой научно-исследовательской программы "Последипломное образование медицинских кадров".

Целью исследования явилось изучение профессиональной самооценки врачей-стоматологов для использования ее при определении уровня их квалификации и выявления негативных тенденций в организации последипломного образования.

Для сбора первичного материала использовалась специально разработанная социологическая анкета. Репрезентативная выборочная совокупность была определена в 4218 врачей-стоматологов из различных регионов РФ [5].

Анализ позволил установить распределение квалификационных категорий среди стоматологов; квалификационную категорию имеют 54,9% специалистов, из них высшую — 15,8%, первую — 30,2% и вторую — 8,9%.

Изучение распределения по специальностям показало, что среди имеющих ту или иную категорию преобладают стоматологи-терапевты (63,6%) и ортопеды (59,1%). Меньше всего имеющих категорию среди стоматологов общей практики (42,3%) и ортодонт (49,5%). Анализ показал, что больше всего специалистов высшей категории среди стоматологов-терапевтов (26,1%) и хирургов (18,9%). Меньше всего специалистов с этой категорией среди стоматологов общей практики (10,8%). Детские стоматологи, ортодонты и стоматологи-ортопеды составили группу, в которой этот показатель колеблется от 11,9 до 18,1%. Наибольшее число специалистов имели первую квалификационную категорию (30,2%), среди них преобладали стоматологи-ортопеды (31,8%) и детские стоматологи (31,4%), стоматологи-хирурги (30,2%), ортодонты (28,6%) и стоматологи-терапевты (27,6%). Преобладание специалистов первой категории предположительно связано с тем, что для получения высшей категории стоматолог должен соответствовать определенным требованиям (стаж, выполняемые виды работ и т. д.), что накладывает объективные ограничения. Однако общее число специалистов высшей категории (15,8%), особенно среди стоматологов общей практики (10,8%), представляется недостаточным. Что касается специалистов со второй квалификационной категории, то их всего 8,9%. Чаще всего ее имели стоматологи-терапевты (9,9%) и реже всего — детские стоматологи (7,7%) и стоматологи общей практики (7,8%). Такие результаты исследования позволяют предположить, что у практикующих врачей нет достаточной мотивации для ее получения.

Для оценки сложившейся в РФ системы присуждения категорий изучали мнение респондентов о том, является ли наличие квалификационной категории показателем квалификации врача. Анализ показал, что независимо от специальности 71,2% врачей-стоматологов не считают наличие категории показателем квалификации специалиста. При

этом 56,4% из них имели различные квалификационные категории. Наиболее скептическое отношение к такой оценке врачебной компетенции выразили стоматологи общей практики (79,4%). Наименьшее число отрицательных ответов дали детские стоматологи (59,2%). Разница в количестве отрицательных ответов между стоматологами-терапевтами (68,2%), хирургами (69,7%), ортопедом (67,8%) и ортодонтами (72,3%) была незначительной и составила в среднем 1,5%. Более 40% детских стоматологов считают наличие категории показателем квалификации врача. Среди стоматологов общей практики такого мнения придерживаются 20,3%. В целом исследование показало значительную утрату престижности квалификационных категорий, что, по нашему мнению, является фактором, ослабляющим стремление врачей-стоматологов к повышению квалификации. При этом преобладающая часть респондентов испытывают потребность в повышении уровня своей квалификации. Так, 93,3% врачей независимо от специальности подтвердили личную заинтересованность в повышении квалификации. 94,5% опрошенных, среди них и врачи-стоматологи, работающие в коммерческих структурах, нуждаются в повышении квалификации. В то же время подтверждено предположение о взаимосвязи между потребностью в самосовершенствовании и стажем работы по специальности независимо от вида лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Выявлена тенденция к снижению интереса к повышению квалификации по мере увеличения опыта и стажа работы. Так, независимо от специальности испытывали потребность в усовершенствовании 69,1% врачей со стажем работы более 40 лет и 98,8% специалистов со стажем до 5 лет. При сравнении этих двух полярных по стажу категорий разница в потребности составила 29,7%. Исследование выявило снижение интереса к усовершенствованию у врачей-стоматологов со стажем работы от 21 года до 25 лет. Можно предположить, что именно эта возрастная категория специалистов, составляющая костяк любой специальности, является наиболее активной, хорошо владеет профессиональными навыками и должна осознанно и более целеустремленно пополнять профессиональные знания и умения.

Степень удовлетворенности своей профессиональной деятельностью является показателем, характеризующим субъективную составляющую качественной работы врача. В этой связи было уделено внимание изучению удовлетворенности врачей-стоматологов собственной квалификацией.

Анализ показал, что удовлетворены своей квалификацией 63,1% врачей-стоматологов, не удовлетворены 36,1%. Наибольшую степень неудовлетворенности высказали ортопеды (47,9%). Наиболее удовлетворенными своей квалификацией оказались хирурги (78,5%). Стоматологи-ортопеды показали самую высокую неудовлетворенность в связи с невозможностью своевременного внедрения и освоения всего комплекса применяемых технических средств.

Выявлена положительная тенденция в зависимости между стажем работы по специальности и количеством удовлетворенных (или неудовлетворенных) квалификацией. По мере увеличения стажа доля удовлетворенных своей квалификацией увеличивается. Однако этот рост продолжается до

достижения 30-летнего стажа работы по специальности. Далее, по мере увеличения стажа, происходит постепенное уменьшение количества специалистов, положительно оценивающих профессиональную компетенцию. Вероятно, такое положение связано с достижением врачами предпенсионного и пенсионного возраста, с затруднениями в освоении новых технологий и методик по мере дальнейшего увеличения стажа.

Для выявления более полной самооценки квалификации было изучено мнение специалистов о степени готовности к самостоятельной работе. Подавляющее большинство специалистов (69,3%) считают себя квалифицированными врачами и лишь изредка нуждаются в совете. 27,3% считают себя высококвалифицированными специалистами, не нуждающимися в посторонней помощи, а 2,9% заявили, что не чувствуют уверенности и часто обращаются за помощью при решении клинических вопросов. Среди стоматологов, считающих себя высококвалифицированными специалистами, 46,2% составляют хирурги и 34,4% — ортодонты, число врачей других специальностей составило соответственно 17,9% (терапевтическая стоматология) и 19,2% (детская стоматология).

Значительное число врачей, считающих себя высококвалифицированными специалистами среди стоматологов-хирургов и ортодонтов, в большинстве своем имеют небольшой стаж работы. Так, 82,3% хирургов и 76,7% ортодонтов, ответивших "уверен в любой ситуации", имели стаж работы по специальности до 10 лет. Это свидетельствует о завышенной самооценке определенной части специалистов, что нередко ведет к врачебным ошибкам и не соответствует системным принципам непрерывного обучения в течение всей профессиональной жизни.

При ответе на вопрос: "что вы подразумеваете под посторонней помощью", 46,9% опрошенных врачей указали справочную литературу, 21,1% — советы коллег, а 17,6% врачей получают необходимую помощь на профильных кафедрах. При этом 13,7% используют все перечисленные источники. Таким образом, специальная литература является одним из основных "помощников" в решении профессиональных вопросов.

Анализ данных опроса об оценке уровня квалификации отечественных врачей-стоматологов (по своей специальности), работающих сейчас в практическом здравоохранении, показал, что независимо от специальности 59,6% оценивают профессиональный уровень своих коллег как средний, 11,7% дают низкую оценку. Высоко оценили возможности отечественных стоматологов 19,8% специалистов. Наиболее высокие оценки дали стоматологи-хирурги (23,6%) и ортодонты (22,7%). Хуже всего оценивают коллег стоматологи общей практики (18,4%).

Выводы

1. Наибольший процент (8,9) специалистов вто-

рой категории свидетельствует об отсутствии заинтересованности стоматологов в ее получении. В связи с этим целесообразно рассмотреть вопрос об отмене данной квалификационной категории.

2. Более 70% стоматологов считают, что наличие категории не является полноценным показателем квалификации врача. Это свидетельствует об утрате престижности существующей технологии оценки профессиональной компетенции врача стоматолога.

3. Выявлена высокая потребность в профессиональном совершенствовании независимо от врачебной специальности и формы собственности ЛПУ. Отмечено снижение мотивации к обучению у детских стоматологов и хирургов. По мере увеличения стажа работы интерес к усовершенствованию неуклонно снижается и у стоматологов других специальностей. Наблюдается тенденция, свидетельствующая о "профессиональной успокоенности", что затрудняет своевременное освоение в полном объеме инновационных технологий и методик лечения.

4. Большинство (63,1%) специалистов удовлетворены своей квалификацией. Наибольшая степень неудовлетворенности (47,9%), высказанная стоматологами-ортопедами, свидетельствует о понимании сложности реализации всех имеющихся в арсенале мировой ортопедической стоматологии технологий для лечения пациентов. Существует необходимость регулярного пересмотра принятых "стандартов" с постепенным расширением перечня применяемых методик и своевременным получением врачами информации в процессе последипломного образования.

5. Завышенная самооценка уровня квалификации стоматологов-хирургов и ортодонтов с небольшим стажем работы — негативное явление, свидетельствующее о том, что руководителям ЛПУ и учреждениям, отвечающим за усовершенствование врачебных кадров, следует уделять большее внимание этико-моральным и деонтологическим вопросам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакаров С. И., Сорокин Д. В. // Сборник материалов XIX Всероссийского науч.-практ. конф. "Актуальные проблемы стоматологии". — М., 2008. — С. 4—7.
2. Димов А. С., Топчилов С. А., Витер Н. В. // Советская медицина. — М., 1988. — С. 18—24.
3. Зырянов Б. Н. // Сборник материалов Научно-практической конф. "Становление личности будущего врача". — М., 1999. — С. 56—57.
4. Кузнецов В. В. Менеджмент стоматологической организации. — М., 2007.
5. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М., 2002.
6. Мальцев С. В. // Сборник материалов Научно-практической конф. "Вопросы совершенствования последипломного обучения врачей-стоматологов". — М., 1989. — С. 65—69.
7. Лукач Л. П. // Воен.-мед. журн. — 1992. — № 11. — С. 24—26.

Поступила 03.08.10

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ И ПОВЕДЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ЕГО СОХРАНЕНИЕ У ЖЕНЩИН В БЕЛАРУСИ

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

На примере районированной республиканской выборочной совокупности женщин, состоящих на учете по беременности и родам (возраст 15—24 года, количество 2022), изучены особенности течения беременности, родов и послеродового периода у молодых женщин. По материалам социологического опроса 625 беременных и родильниц того же возраста (районированная республиканская выборка) выявлено, что причины неблагоприятного состояния репродуктивного здоровья молодых женщин во многом связаны с их поведением.

Ключевые слова: беременность, репродуктивное здоровье, социологический опрос

THE CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF PREGNANT WOMEN AND BEHAVIOR TARGETED AT PREGNANCY PRESERVATION IN WOMEN OF BELARUS

M.U. Surmach, E.M. Tischenko

The article deals with the results of study of characteristics of course of pregnancy, delivery and post-delivery period in young women on the base of zoned republic sampling of 2022 women registered as pregnant. The sociological questionnaire of 625 pregnant and puerperant women from the same sampling revealed that the causes of unfavorable conditions of reproductive health of young women are mostly deriving from their behavior.

Key words: pregnancy, reproductive health, sociological questionnaire.

Проблема репродуктивного здоровья населения обусловлена комплексом факторов: демографических (низкие показатели воспроизводства), медицинских (неблагоприятная динамика показателей заболеваемости), поведенческих (факторы, обусловленные низкой профилактической направленностью поведения населения). Наиболее актуальным представляется выявление особенностей репродуктивного здоровья молодых женщин, составляющих приоритетную в демографическом отношении группу.

Целью исследования было выявить особенности репродуктивного здоровья молодых женщин Беларуси. На примере республиканской выборочной совокупности женщин, состоящих на учете по беременности и родам (возраст 15—24 года, общее количество 2022), изучены особенности течения беременности, родов и послеродового периода у молодых женщин. По материалам социологического опроса 625 беременных и родильниц того же возраста (районированная республиканская выборка) выявлены особенности их поведения в отношении к сохранению репродуктивного здоровья. Для статистического анализа данных использован пакет Statistica 7,0.

Данная беременность являлась первой у 62,7%, повторной — у 37,3% обследованных. Роды были первыми у 79,7% женщин. Искусственное прерывание беременности в анамнезе отмечено у $20,8 \pm 0,9$ на 100 беременных.

Соматический статус оказался неосложненным у $17,8 \pm 0,9$ на 100 обследованных. Сочетанная соматическая патология присутствовала у 50,1% женщин. Ведущее место в ее структуре принадлежит

болезням крови, кроветворных органов и отдельным нарушениям с вовлечением иммунного механизма ($32,7 \pm 1,0$ случая на 100 беременных, большую часть составляют железодефицитные анемии). Патология органов мочевыделительной системы зарегистрирована у $21,6 \pm 0,9$ из 100 беременных, болезни системы кровообращения — у $19,6 \pm 0,9$, острые инфекционные заболевания — у $18,9 \pm 0,9$, болезни глаза и придаточного аппарата — у $18,6 \pm 0,9$, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — у $16,0 \pm 0,8$ (лидировали заболевания щитовидной железы), болезни органов пищеварения — у $14,4 \pm 0,8$, болезни органов дыхания или отоларингологическая патология — у $11,6 \pm 0,7$, осложненный аллергоанамнез — у $7,2 \pm 0,6$, заболевания кожи и подкожной клетчатки — у $3,0 \pm 0,4$ из 100 беременных.

Заболевания половых органов обнаружены у 19,3% женщин. Частота встречаемости ИППП во время беременности составила $14,8 \pm 0,8$ случая на 100 беременных. Более 1/3 всех беременностей протекало на фоне выявления у женщины кандидоза и/или III—IV степени чистоты флоры влагалища.

Угроза прерывания беременности являлась наиболее распространенным акушерским осложнением — она отмечена у $51,5 \pm 1,1$ из 100 обследованных. Ранний гестоз зарегистрирован у $24,7 \pm 0,9$ из 100 беременных, из них гестоз средней и тяжелой формы отмечен у 39,7%. Поздний гестоз осложнил течение беременности у $20,6 \pm 0,9$ из 100 женщин, в том числе у 26,4% выявлен поздний гестоз средней и тяжелой степени, у 60% — сочетанный поздний гестоз. У $4,8 \pm 0,5$ из 100 беременных наблюдался как ранний, так и поздний гестоз. Заболеваемость редкими формами гестозов составила $4,0 \pm 1,15$ случая на 1000 беременных.

М. Ю. Сурмач — канд. мед. наук, доц. каф. (marina_surmach@mail.ru); Е. М. Тищенко — д-р мед. наук, проф. каф. (8-10-375-152)

Патология плодных оболочек наблюдалась у $11,4 \pm 0,7$ из 100 женщин. Такое акушерское осложнение, как узкий таз, регистрировалось у $11,4 \pm 0,7$ из 100 молодых беременных и рожениц.

Экстренные состояния во время беременности и родов отмечены у 2,1% женщин. Случаев эклампсии не было, распространенность преэклампсий составила $3,5 \pm 1$ случай на 1000 беременных (родильниц).

Частота госпитализаций, рассчитанная как соотношение числа госпитализированных женщин к общему числу единиц наблюдения, составила $550,0 \pm 11$ на 1000 беременных. Среднее число госпитализаций ($M \pm m$), приходящееся на 1 женщину из числа госпитализированных, было равно $1,74 \pm 0,03$ (σ 0,99).

Доля стремительных родов в общем числе родовзрений составила около 2%. Диагноз слабости или дискоординации родовой деятельности выставлен у 4,8% рожениц. Родовозбуждение применено у 7,4% женщин. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 16,6%, раннее — у 14% рожениц. Тазовое предлежание в родах отмечено в 5,3% случаев, аномалии положения плода — в 1,4%.

Через естественные родовые пути проведены 81,3% родов, из них материнский родовой травматизм зарегистрирован в 31,3% родов. Самопроизвольные разрывы промежности, влагалища, шейки матки II степени и более наблюдались в 4,3% случаев материнского родowego травматизма. Разрывы или расхождения лонного сочленения составили $3,0 \pm 0,9$ случая на 1000 родильниц.

Родоразрешение кесаревым сечением выполнено в 18,7% родов. Доля плановых вмешательств была равна 62,5%, экстренных — 37,5%.

Кровопотеря более 400 мл в последовом и раннем послеродовом периодах наблюдалась в 3,9% родов.

Послеродовые инфекции, инфекции молочной железы, связанные с деторождением, зарегистрированы у 9,2% родильниц. Гипогалактия наблюдалась у $55,4 \pm 5,1$ из 1000 родильниц.

Преждевременные роды произошли у 7% женщин, запоздалые — у 3,4%. Переносимость установлена у 63 детей (3,1% родов).

Данные опроса показали следующее.

Примерно по 1/5 беременных и родильниц на вопрос о курении выбрали следующие варианты ответа: "Никогда не курила и не собираюсь"; "Не курю, но часто вынужденно нахожусь рядом с курящими"; "Пробовала курить однократно". Около 17,1% женщин ранее курили, но избавились от данной привычки и более курить не собираются. Каждая 10-я опрошенная указала, что бросила курить только на время беременности. Около 6,7% выкуривают от 1 до 5 сигарет в день, около 3,6% — более 5 сигарет в день.

Первое употребление алкоголя 64% женщин молодого возраста, ожидающих рождения ребенка или недавно ставших матерями, отнесли к 15—18 годам. Каждая 5-я (21,3%) указала, что впервые попробовала алкоголь в 19 лет и старше. Около 13,1% опрошенных впервые употребили алкогольный напиток в 11—14 лет, и около 1,6% опрошенных указали, что имеют опыт употребления спиртных напитков с возраста 10 лет и менее. Во время ожидания ребенка или протекания послеродового периода употребляют спиртные напитки не чаще 1 раза в месяц 74,5% опрошенных, около 1/4 (23,5%) женщин — несколько раз в месяц. Порядка 2% опрошенных указали, что употребляют спиртное 1 раз в неделю и чаще.

82,1% беременных, ожидающих рождения ребенка, правильно осознают суть и необходимость подготовки к беременности. Наступление около 28,2% беременностей было запланировано женщинами заранее. Порядка 43,2% беременных и родильниц молодого возраста оценивали свою беременность как желанную, но незапланированную, остальные указывали, что их беременность "несвоевременна, наступила в неподходящее время" либо нежелательна. Свыше 56,1% беременных и родильниц молодого возраста не прошли прегравидарной подготовки (не были подготовлены к наступлению беременности, впоследствии закончившейся рождением ребенка, с помощью и под контролем врача).

Почти 40,6% беременных женщин, ориентированных на рождение ребенка, отмечали наличие симптомов ИППП в анамнезе, из них 76,8% еще до наступления беременности обратились за медицинской помощью (консультация врача — 73,6%, анонимное обследование — около 3,2%). Порядка 12,7% женщин ничего не предпринимали (бездеятельное выжидание), 10,6% занимались самолечением. Таким образом, неадекватно вели себя $23,3 \pm 2,7$ из 100 имевших симптомы ИППП молодых женщин.

Каждая 3-я беременная и родильница молодого возраста считала нужным дополнительно материально "поощрять" медицинских работников для обеспечения гарантии качества помощи.

Результаты показывают, что уже среди молодых беременных и родильниц каждая 5-я ($20,8 \pm 0,9$ из 100 беременных) имеет в анамнезе искусственное прерывание беременности.

Соматический статус оказался неосложненным не более чем у 17% беременных.

Каждая 5-я беременная женщина молодого возраста имела ту или иную гинекологическую патологию.

Послеродовый период каждой 10-й родильницы молодого возраста был осложнен инфекцией, связанной с деторождением. Более чем у каждой 2-й регистрировалась гипогалактия.

Две трети беременных и родильниц 15—24 лет имеют собственный опыт курения. Около 12% беременных женщин продолжают курение во время беременности, в связи с чем подвергают себя, а также плод и новорожденного непосредственному воздействию никотина. Каждый 5-й плод и более чем каждый 3-й новорожденный находятся в условиях косвенного воздействия курения. Почти 15% женщин 15—24 лет, ожидающих рождения ребенка, или родильниц впервые употребили спиртное в детском возрасте. Четверть молодых беременных женщин подвергают внутриутробный плод воздействию алкоголя в опасных дозах.

Около 40,6% беременных женщин, ориентированных на рождение ребенка, отмечали наличие симптомов ИППП в анамнезе, из них почти 1/4 неадекватно вели себя по отношению к медицинской помощи. Более 56,1% беременных и родильниц молодого возраста указывают на то, что они не были подготовлены к наступлению беременности, окончившейся рождением ребенка, с помощью и под контролем гинеколога.

Таким образом, неблагополучие в состоянии здоровья беременных женщин молодого возраста во многом связано с их репродуктивным поведением, отношением к собственному здоровью и его сохранению.

Поступила 25.05.09

А. М. Сточик, С. Н. Затравкин

НАУЧНЫЕ РЕВОЛЮЦИИ В МЕДИЦИНЕ XVII—XIX ВЕКОВ: ОПРОВЕРЖЕНИЕ ГАЛЕНИЗМА И ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ ОСНОВ МЕДИЦИНЫ. Сообщение 4¹. Опровержение представлений Галена о принципах устройства и механизмах функционирования нервной системы

НИИ истории медицины РАМН, Москва

Настоящее сообщение посвящено истории изучения анатомии и физиологии центральной и периферической нервной системы в ходе первой научной революции в медицине.

Ключевые слова: Гален, нервная система, Декарт, психофизиологическая проблема, рефлекс, Гартли

THE SCIENTIFIC REVOLUTIONS IN MEDICINE INN XVII-XIX CENTURIES: DISCLAIMER OF GALENISM AND INITIATION OF NATURAL-SCIENTIFIC FOUNDATIONS OF MEDICINE. REPORT 4. THE DISCLAIMER OF GALEN CONCEPTS ON PRINCIPLES OF STRUCTURE AND MECHANISMS OF FUNCTIONING OF NERVOUS SYSTEM

A.M. Stochik, S.N. Zatravkin

The article deals with the history of study of anatomy and physiology of central and peripheral nervous system in the course of scientific revolution in medicine.

Key words: Galen, nervous system, Descartes, psychophysiological problem, reflex, Hartley.

Опровержение анатомо-физиологической концепции Галена в ходе первых двух научных революций не ограничилось лишь сферой "растительных функций", о которых мы говорили в предыдущих сообщениях. Революционные преобразования затронули и область так называемых животных функций, к которым было принято относить все многообразие "действий" нервной системы, органов чувств и мышечные движения.¹

Согласно Галену, главным органом нервной системы являлся головной мозг², служивший "началом всех нервов". Одни нервы "исходили прямо из него", другие — опосредованно через спинной мозг³, который "выходил из головного как из корня". Гален считал нервы полыми трубками и разделял их на твердые двигательные и мягкие чувствительные. Мягкие чувствительные нервы "брали начало" в передних (наиболее мягких) отделах головного мозга; твердые двигательные — в спинном мозге. Однако при описании функциональной активности конкретных нервов Гален каждый раз приходил к тому, что тот или иной нерв являлся одновременно и чувствительным, и двигательным. В итоге формировалось представление о том, что все без исключения нервы обладают способностью проводить чувственные восприятия и при этом подавляющее большинство из них является одновременно и двигательными. Сугубо чувствительными, по Галену, были лишь пары зрительных и слуховых нервов, а чисто двигательных не было вовсе.

Важнейшая "природная особенность" головного мозга состояла в способности образовывать так называемый животный дух (animal spirit)⁴. Местом его образования служили передние желудочки⁵ мозга, источниками — растворенная в окружающем воздухе "мировая пневма" и жизненный дух, который, как уже

отмечалось в первом сообщении, возникал в сердце. Пневма поступала в передние желудочки при вдохе через нос и отверстия в решетчатой кости, жизненный дух — по сонным артериям, которые после прохождения в *canalis caroticus* образовывали так называемое чудесное сосудистое сплетение, переходившее в сосудистые сплетения желудочков мозга.

В передних желудочках пневма и жизненный дух смешивались и подвергались "тончайшей очистке"⁶, в результате которой и образовывался животный дух — главная "действующая сила" нервной системы и одновременно "материальная субстанция бестелесной интеллектуальной души".

Животный дух образовывался непрерывно и столь же непрерывно сразу поступал во все чувствительные нервы, по которым направлялся либо к органам чувств (глаза, уши, язык, кожа)⁷, либо по веточкам блуждающего нерва к внутренним органам. Соприкасаясь с тем или иным органом, животный дух благодаря мягкости нервов воспринимал происходившие в нем изменения и затем по тем же нервам возвращался обратно в передние желудочки, формируя ощущения. Передние желудочки, таким образом, служили не только местом образования животного духа, но и выполняли функцию "общего чувствилища", в котором "собирались и перемешивались" все ощущения. От органов чувств в головной мозг доставлялись зрительные, слуховые, тактильные и вкусовые ощущения; от внутренних органов — боль, "удовольствие", ощущения голода, жажды, позывы на испражнения и др.

Насыщенный разнообразными ощущениями животный дух из передних желудочков поступал в средний желудочек⁸ — "местопребывание сознания (мышления), понимания, воображения"; центр, в котором на основе полученных ощущений "зарождались все вымыслы воображения и мысли интеллекта". Далее, "вымыслы воображения и мысли интеллекта", материализованные в животном духе, направлялись в "третий желудочек"⁹,

А. М. Сточик — акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр.; С. Н. Затравкин — д-р мед. наук, проф., зав. отд. истории медицины (zatravkine@mail.ru)

¹Сообщение № 1, 2, 3 см.: Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. — 2010. — № 5. — С. 53—57; № 6. — С. 37—42; 2011. — № 1. — С.

²В структуре головного мозга Гален выделил и описал значительное число различных анатомических образований — полухария и большую мозговую спайку, свод, систему желудочков, шишковидную железу, мозжечок, червячок и ножки мозжечка, четверохолмие, гипофиз, мягкую и твердую мозговые оболочки и пр.

³Гален описал 7 пар черепных и 58 пар спинномозговых нервов.

⁴В работах Галена и интерпретаторов его творческого наследия встречаются и иные названия "animal spirit" — психическая пневма, душевная пневма, психический дух.

⁵В современной медицинской терминологии — боковые желудочки.

⁶Отходы этой "очистки" удалялись через нос и швы черепной коробки.

⁷Орган обоняния находился непосредственно в передних желудочках, куда запахи проникали вместе с вдыхаемым воздухом.

⁸В современной медицинской терминологии — третий желудочек.

служивший центром памяти. В случае если мысли не предполагали немедленного "действия", то они просто оставались храниться в памяти (третьем желудочке). Если же мысль предусматривала необходимость действовать, то животный дух поступал в спинной мозг, а затем в соответствующие двигательные нервы, вызывая сокращение необходимых мышц.

Таким образом, согласно Галену, нервная система имела три основных предназначения: формирование ощущений, "производство движений" и обеспечение высших когнитивных функций (мышления, понимания, воображения, памяти). Интеллектуальные способности человека Гален ставил в прямую зависимость от размеров желудочков и качества приготавливаемого в них животного духа. Отдельно отметим, что эмоции и страсти¹⁰ Гален не связывал с деятельностью нервной системы, действовавшей исключительно под управлением интеллектуальной души. Последней были свойственны способность к "рассуждению и стремление к благородному и изящному" [5].

Эти представления властвовали над умами врачей вплоть до XVII столетия, когда усилиями деятелей первой научной революции развернулись процессы их коренного естественнонаучного переосмысления, которые первоначально протекали в рамках разработки так называемой психофизиологической проблемы — проблемы соотношения нервной системы и души (нервных и психических процессов).

Возникновение психофизиологической проблемы принято связывать с философскими трудами Рене Декарта (René Descartes, Renatus Cartesius, 1596—1650). Сказанное не означает, что до 30—40-х годов XVII века вопросы соотношения души как субъекта психических процессов и тела не рассматривали вовсе. Напротив, они активно обсуждались, однако предлагавшееся решение не формировало проблемы — организм человека трактовался как вещь (тело), полностью управляемая целесообразно действующей душой или душами. Этой позиции, как уже отмечалось, придерживался и Гален, считавший, что вся без исключения "деятельность нервной системы" определяется душой.

Декарт был первым, кто предпринял попытку изменить эти традиционные представления. Он лишил душу и тело каких-либо общих свойств, противопоставил их друг другу и, что самое существенное, значительно ограничил сферу прежнего влияния души. В ведении и управлении души остались лишь мышление (сознание) и воля, а все остальные разнообразные и многочисленные проявления жизнедеятельности, сведенные Декартом к двигательным актам, стали функциями нервной системы.

Для объяснения механизмов функционирования нервной системы вне ее прямого управления со стороны души Декарт выдвинул принцип автоматической "отражательной" деятельности мозга. Согласно этому принципу, получившему в дальнейшем название рефлекторного¹¹, всякая деятельность организма является "отражением внешних раздражений" (стимулов) и осуществляется посредством головного мозга. Схематически процесс "отражения" представлялся Декарту следующим образом. Внешние раздражения воздействуют на периферические окончания нервных "нитей", расположенных внутри нервных "трубок". Нервные "нити", натягиваясь, открывают клапаны отверстий, ведущих из мозга в нервы, по каналам которых "животные духи" устремляются в соответствующие мышцы, те в результате "надуваются", осуществляя двигательный акт. В качестве примера подобных действий Декарт приводил мигание при внезапном появлении предмета перед глазами или отдергивание руки от огня [6]. Как справедливо отмечали крупнейшие физиологи конца XIX—XX веков, добившиеся признания приоритета Декарта в разработке идеи рефлекса, это была "законченная схема отношений между стимулом и ответом", включавшая все необходимые компоненты будущей рефлекторной дуги [1].

Никто из предшествующих Декарту мыслителей не придавал нервной системе такой меры автономности от души и не доходил до столь выраженного противопоставления физиологического и психологического. Однако полностью разделить душу и нервную систему не смог в конечном счете и Декарт. Он предпринял несколько попыток найти строго естественнонаучное объяснение сложности, разнообразию и пластичности ответных реакций человеческого организма на внешние раздражения¹², но в конечном итоге оказался вынужденным "признать" суще-

ствование взаимодействия между телом и душой. Это взаимодействие осуществлялось в шишковидной железе, где, по мнению Декарта, в наибольшей степени проявляло свое присутствие души, и опосредовалось через "возникающие страсти души" (эмоции).

Животные духи, "пробегая мимо шишковидной железы", раскачивали ее и тем самым "вызывали страдательные состояния души" — радость или печаль, позволявшие душе судить о вредности или полезности данного внешнего раздражителя для организма. Декарт особо подчеркивал, что, хотя при возникновении "душевных страстей" страдала именно душа, она выступала лишь в пассивной роли. Решающим фактором возникновения "страстей души" были движения животных духов, т. е. сугубо материальные процессы функционирования нервной системы.

Однако благодаря своей изначальной способности мыслить и проявлять волю душа могла выступать и в активной роли. Самостоятельно "раскачав шишковидную железу", она могла изменить направление движения животных духов и тем самым повлиять на процесс формирования ответной нервно-мышечной реакции. Такие нервно-мышечные реакции, в процессе формирования которых душа лишь "страдала", но не вмешивалась и которые в результате протекали всецело в соответствии с принципом отражения, Декарт назвал произвольными (автоматизированными) движениями. Остальные, в ходе которых проявлялось осознаваемое волевое стремление души, — произвольными [10].

Идеи Декарта оказали огромное влияние на весь ход дальнейшего изучения животных функций, заложив основы сразу двух магистральных направлений исследовательской мысли XVII—XVIII веков. Условно говоря, первое из них предполагало дальнейшую разработку поставленной Декартом психофизиологической проблемы. В течение второй половины XVII—XVIII веков поиском иных вариантов решения этой проблемы занимались многие выдающиеся мыслители — философы и врачи (Г. Лейбниц, Т. Гоббс, Дж. Локк, Б. Спиноза, Г. Шталь, Т. Борде, Хр. Вольф, Дж. Беркли, Д. Юм, Д. Гартли, Р. Витт, А. Леруа, Ж. Ламетри, П. Кабанис, И. Прокаска), предложившие множество разнообразных концепций соотношения души и тела, психики и сознания, психических и нервных процессов [9, 10]. Палитра мнений простиралась от возврата к полной гегемонии души над телом (Шталь) до признания человеческого организма неодоушевленной машиной (Ламетри, Леруа). В рамках этих диаметральных представлений развернулась яростная полемика между сторонниками дуалистического подхода Декарта, рассматривавшими душу как нематериальную пространственную субстанцию, лишь взаимодействующую с телом, и другими деятелями первой научной революции, считавшими душу одной из субстанций тела (психофизический параллелизм Лейбница, Гоббса, Вольфа) или даже одним из его атрибутов¹³ (психофизическое единство Спинозы). Единственное, что объединяло эти концепции — это общность дедуктивной методологии, лежавшей в основе их создания и состоявшей в умозрительном выведении (deductio) конкретных принципов и механизмов "деятельности" души и тела из общих явлений Природы.

Из всего многообразия предложенных в XVII—XVIII веках вариантов решения психофизиологической проблемы наибольший вклад в формирование новых естественнонаучных представлений о животных функциях внесла концепция английского врача и богослова Дэвида Гартли (David Hartley, 1705—1775).

Убеденный противник материализма Гартли относился к числу сторонников материального понимания души, мышления и психических процессов вообще. В основе его концепции лежали учение о вибрациях Ньютона, идея рефлекса Декарта, мысль Спинозы об эквивалентности и неотделимости психического и физического; учение Локка о производности высших интеллектуальных явлений от элементарных сенсорных; представление Лейбница о разделенности психического и сознательного.

Схематично систему взглядов Гартли, обстоятельно изложенную им в книге "Размышления о человеке, его строении, его долге и упованиях" (1749), можно представить следующим об-

⁹В современной медицинской терминологии — четвертый желудочек.

¹⁰Источником "низменных желаний", к числу которых Гален относил и любовь, служила "растительная душа", находившаяся в печени. Источником таких эмоций и страстей, как гнев, честолюбие, властолюбие, жажда мести, побед, свободы и др., служила "энергетическая душа", местопребыванием которой служило сердце.

¹¹В литературе нет единого мнения в отношении автора и времени появления термина "рефлекс".

¹²В ранних работах Декарт утверждал, что многообразие картин поведения человека определяется способностью нервной системы менять анатомически фиксированную нервно-мышечную конструкцию. По Декарту, последнее происходит в силу того, что поры мозга, меняя под действием центростремительных нервных "нитей" свою конфигурацию, из-за недостаточной эластичности не возвращаются в прежнее положение, а делаются более растяжимыми и, сохраняя следы прежде испытанных воздействий, придают току "животных духов" новое направление.

¹³неотъемлемое свойство

разом. Окружающий человека мировой эфир, согласно учению Ньютона, находится в состоянии вибрации ("пульсаций"), которые воздействуют на организм человека, вызывая большие вибрации в нервной системе. Первоначально большие нервные вибрации возникают в органах чувств, откуда они по нервам передаются в соответствующий участок мозга, формируя в нем чувства и ощущения, а затем переходят на двигательный нерв, вызывающий сокращения определенных мышц, что в свою очередь приводит тело в движение. В схеме Гартли большие вибрации выполняли ту же роль, что животные духи у Декарта, обеспечивая протекание автоматизированных ответных реакций на внешние раздражения.

Пройдя путь от органов чувств до мышц, большие нервные вибрации исчезали, но всегда оставляли следы в белом веществе головного мозга в виде так называемых малых вибраций, которые и составляли основу всех психических процессов. Малые вибрации составляли особый "внутренний мир" представлений (идей), который являлся миниатюрной копией реального взаимодействия организма с внешним миром. Однажды возникнув, малые вибрации (первичные представления) сохранялись и накапливались, формируя память. Одновременно благодаря механизму ассоциаций между несколькими очагами малых вибраций устанавливались взаимосвязи, что приводило к постепенному "усложнению" первичных представлений, которые затем складывались в общие понятия. Последние возникали путем постепенного "отпадания" от сложившихся ассоциаций всего случайного и несущественного по мере накопления жизненного опыта. Формировавшаяся совокупность представлений и понятий удерживалась как целое благодаря слову, выступавшему в качестве важнейшего фактора обобщения. С помощью механизма ассоциаций Гартли объяснял все психические процессы, в том числе мышление и волю, считая, что в основе мышления лежит ассоциация образов предметов со словом, а в основе воли — ассоциация слова и движения.

Так, в представлениях Гартли по мере роста и развития ребенка в его нервной системе (белом веществе головного мозга) формировался "орган", который опосредовал последующие реакции на новые внешние раздражители и благодаря которому организм в отличие от других физических объектов становился обучающейся системой. Побудительными силами развития он считал удовольствие и страдание.

Гартли особо подчеркивал, что малые вибрации могли иметь различную силу в зависимости от силы и значимости того явления, которое их вызывало. От силы малых вибраций зависела степень их осознанности человеком, причем, по мнению Гартли, слабые следы не осознавались вообще. В результате Гартли расширил сферу душевной жизни, включив в нее не только сознание, но и бессознательные процессы, и создал, таким образом, первую материалистическую теорию бессознательного.

Исходя из представления о прижизненном формировании психики, Гартли считал, что возможности воспитания безграничны. Каким вырастет ребенок, как он будет мыслить и поступать зависит только от того, какой материал для ассоциаций ему предоставят взрослые. Гартли доказывал, что рефлекс, подкрепленный положительным чувством, будет более стойким, а отрицательное чувство поможет его "забвению". Поэтому он полагал, что для формирования социально одобряемых форм поведения необходимо вовремя подкреплять нужные и уничтожать вредные рефлексы [10].

Теория Гартли, ставшая второй после Декарта выдающейся попыткой объяснить деятельность целостного организма с помощью идеи рефлекса, получила широкое распространение в Европе и оказала существенное влияние не только на формирование качественно новых представлений о принципах функционирования нервной системы, но и на развитие многих областей научного знания во второй половине XVIII века. Одним из ее главных последствий стало формирование во врачебном сообществе устойчивых представлений о принципиальной изучаемости протекания в нервной системе психических процессов. Неслучайно историки психологии называют его одним из основоположников этой науки.

Другим направлением исследований, также непосредственно связанным с работами и идеями Декарта, стала опытно-экспериментальная разработка проблемы произвольных (автоматизированных) двигательных актов, включавшая изучение всех звеньев декартовской схемы отражения: от физиологии органов чувств до природы нервно-мышечных взаимодействий. Об изучении органов чувств мы будем говорить отдельно, а сейчас остановимся на результатах исследований ученых XVII—XVIII веков в области нервно-мышечной физиологии.

В 1663—1664 гг. последовали первые экспериментальные исследования Роберта Бойля (Robert Boyle, 1627—1691) и Франческо Реди (Francesco Redi, 1626—1697) с декапитацией животных, наглядно показавшие, что далеко не все виды движений и функций определяются головным мозгом [2]. Эти наблюдения,

подкрепленные результатами многочисленных сравнительно-анатомических исследований, позволили Томасу Уиллису впервые высказать индуктивный вывод о том, что многие автоматизированные двигательные акты протекают на уровне спинного мозга, который представляет собой самостоятельную структуру ЦНС и ошибочно считается лишь "отростком" головного мозга [11]. Еще более определенно этот вывод прозвучал в работах французских естествоиспытателей дю Верни (Du Verny, 1648—1730) и Ширака (Chirac, 1650—1732), экспериментировавших с удалением частей головного мозга у живых животных, и в многочисленных публикациях, посвященных наблюдениям над новорожденными уродцами, лишенными головного мозга. Наконец, в середине XVIII столетия классическими экспериментами Роберта Витта (Robert Whytt, 1714—1766) с рассечением спинного мозга было доказано, что для осуществления некоторых автоматизированных двигательных актов вполне достаточно лишь одного сегмента спинного мозга [1].

Еще более сенсационные результаты принесли исследования в области изучения природы мышечных сокращений. В 1667 г. нидерландский врач и естествоиспытатель Ян Сваммердам (Jan Swammerdam, 1637—1680) на нервно-мышечном препарате лягушки экспериментально установил, что при сокращении мышцы ее объем не увеличивается. Вопреки существующим в литературе данным это открытие не опровергло прежних представлений о животных духах, перемещение которых по нервам продолжало служить одной из основных "версий" сущности нервного возбуждения вплоть до 40-х годов XIX века. Важнейшее последствие открытия Сваммердама состояло в другом. Оно доказывало, что животный дух из нерва не переходит в мышцу, а следовательно, он лишь запускает процесс мышечного сокращения, не принимая в нем непосредственного участия. В 1668 г. Т. Бартолин (Th. Bartholin, 1616—1680) фактически подтвердил вывод Сваммердама, установив возможность сокращения мышц независимо от "раздражений, исходящих от нервной системы". Для объяснения этих феноменов¹⁴ профессор Кембриджского университета Фрэнсис Глиссон (Francis Glisson, 1597—1677) ввел умозрительное понятие о раздражимости как универсальном свойстве живой материи производить "внутреннее жизненное движение" в ответ на любую внешнюю стимуляцию¹⁵ [2, 4].

Эта идея Глиссона получила признание и широкое распространение лишь во второй половине XVIII века после того, как она была существенно доработана Альбрехтом фон Галлером (Albrecht von Haller, 1708—1777). Галлер, в частности, постулировал, что раздражимость следует считать природным свойством во всей живой материи, а лишь мышечных волокон, только их важнейшей отличительной особенностью. Это свойство мышц, заключающееся в способности отвечать сокращением на раздражение и не подчиняющееся влияниям со стороны нервной системы, он назвал "vis insita". Галлер отделил эту способность мышц от всякой иной их деятельности, возникающей под влиянием нервных воздействий, которую он назвал "vis nervosa". На основании многочисленных экспериментов с разделением организма на части он пришел к заключению, что vis nervosa исчезала вместе с жизнью, устранялась перерезкой нерва или разрушением мозга, а vis insita не устранялась ни этими обстоятельствами, ни даже извлечением мышцы из тела [1].

Открытия и теоретические обобщения Галлера, сделанные им в конце 40-х — начале 50-х годов XVIII века, вызвали колоссальный резонанс. Во-первых, начиная с этого времени был положен конец "безраздельному господству нервных центров" над двигательной активностью. Во-вторых, стало очевидным, что в процессе реализации рефлекторной ответной реакции организма определенная и немалая роль принадлежит особенностям рабочего аппарата, а следовательно, даже автоматизированный рефлекторный ответ не может быть тождествен простому физическому (механическому) отражению [4].

Это положение Галлера получило дальнейшее развитие в работах уже упоминавшегося нами Витта и чешского врача, анатома и физиолога Иржи Прохаски (Jiri Prochaska, 1749—1820), которые показали, что даже самые элементарные автоматизированные рефлекторные реакции (реакция зрачка на свет, реакция мышц внутреннего уха на звук, сокращение мочевого пузыря и др.) столь же целесообразны, как и сложнейшие волевые сознательные действия. Только в случае реализации произвольных двигательных актов их главной целью является удовлетворение волевых стремлений, а главная цель автоматизированных рефлекторных реакций — защита организма от опасных для него воздействий и приспособление к условиям окружающей сре-

¹⁴Ф. Глиссон, вероятно всего, не знал об исследованиях Я. Сваммердама и Т. Бартолина. Он выполнил те же экспериментальные исследования и самостоятельно обнаружил эти феномены.

¹⁵Сочинения Ф. Глиссона изданы в 1691 и 1711 г.

ды. В результате в основу идеи рефлекса, кроме чисто физических законов, оказались заложенными и биологические закономерности [10].

Завершая рассмотрение основных событий, определивших пересмотр взглядов Галена в отношении животных функций в ходе первой научной революции, необходимо кратко остановиться и на исследовании в области изучения строения нервной системы. Начало их систематическому проведению положил английский врач и анатом, один из членов знаменитой оксфордской научной группы Томас Уиллис (Thomas Willis, 1621—1675). В 1664 г. вышла в свет его фундаментальная монография "Анатомия мозга", в которой на материалах "бесчисленного множества" анатомических, сравнительно-анатомических, экспериментально-физиологических и клинко-морфологических исследований¹⁶ был высказан и обоснован ряд принципиально новых положений об устройстве нервной системы человека.

Во-первых, Уиллис кардинально пересмотрел данные Галена о кровоснабжении мозга и положил начало изучению мозгового кровообращения. Справедливости ради следует отметить, что первые сведения, заставлявшие усомниться в правоте Галена, начали появляться еще в XVI столетии. Так, А. Везалий (1543) показал, что одно из ключевых структурных образований галеновской анатомии головного мозга — "чуждое сосудистое сплетение" — существует лишь у быков и свиней и отсутствует у человека. Г. Фаллопий в 1561 г. представил первое существенно отличавшееся от представлений Галена описание строения сосудистого комплекса в основании мозга. Однако в XVI веке из этих открытий не было сделано никаких выводов, и они не имели сколько-нибудь существенных последствий.

Свои исследования Уиллис начал с того, что неопровержимо доказал ошибочность галеновского тезиса о крайне значительном количестве крови, поступающей в головной мозг. Выполненные им измерения и расчеты показали, что мозг является "самым кровоснабжаемым" органом человеческого тела, получающим приблизительно 1/6 крови, попадающей в сосудистую систему при сердечном выбросе. И это при том, что масса головного мозга составляет всего около 2% от массы тела.

Впервые применив для изучения сосудистой системы мозга метод инъектирования сосудов красящей жидкостью (шафрановой водой), Уиллис установил, что решению задачи столь интенсивного кровоснабжения служат четыре крупные артерии — две сонные и две позвоночные, ветви которых образуют в основании мозга уникальный структурный феномен — сосудистый артериальный круг, названный в честь его первооткрывателя виллизиевым. Уиллис смог также установить, что "начинающиеся от круга артерии" в дальнейшем поднимаются вверх, "проходят через вещество мозга" и разветвляются в мягкой мозговой оболочке, "обеспечивая с ее помощью" питание головного мозга.

Отдельно отметим, что Уиллис полностью подтвердил данные Галена о наличии сосудистых сплетений в желудочках мозга, но высказал предположение, что их основное предназначение состоит в образовании не животного духа, а мозговой жидкости (ликвора), заполняющей пространство всех четырех желудочков. Он также показал основные пути оттока крови от головного мозга, описав ряд широко анастомозирующих поверхностных и глубоких вен, впадающих в большую мозговую вену (вена Галена) [11].

Книга Уиллиса была широко известна в медицинских кругах Европы. Однако развить его достижения оказалось возможным лишь в XVIII веке, после того как Раймондом Вьессаном (Raymond de Vieus-sens, 1641—1716) и Иоганном Христианом Рейлем (Joh.-Ch. Reil, 1759—1813) была предложена и апробирована методика превращения мозга в твердую субстанцию¹⁷.

Внедрение этого метода в исследовательскую практику позволило выделить доли коры головного мозга, точно описать извилины и их топографию [А. Монро младший (1753), Ф. Вик-д-

Азир (1786), С. Зоммеринг (1788)], значительно расширить представления о подкорковых образованиях и структурах ствола мозга [П. Тарин (1740), И. Майер (1779), Ф. Моран (1770), И. Рейль (1796)].

Удалось добиться определенного прогресса и в вопросах изучения мозгового кровообращения. И. Вепфер дополнил сведения о строении артериальной системы мозга. Р. Вьессан, Х. Редли и Ф. Вик-д Азир подробно описали "ход и топографию" поверхностных и глубоких вен головного мозга, а также венозные синусы твердой мозговой оболочки. Кроме того, они установили, что венозная система головного мозга участвует не только в кровообращении, но и служит целям удаления избытка мозговой жидкости, опровергнув, таким образом, галеновский тезис о том, что "излишки мозговой жидкости и слизи оттекают из мозга через отверстия в решетчатой кости в нос". Одновременно была высказана гипотеза о защитно-амортизационной функции ликвора и существенно расширена топография ликворных пространств, к которым были отнесены пространства между оболочками головного (А. Вальсальва, 1704; А. Галлер, середина 1750-х годов) и спинного (Д. Котуньо, 1764) мозга. А. Монро детально описал строение межжелудочковых отверстий (отверстия Монро, 1773), а Д. Котуньо открыл aqueductus vestibuli (1761) и доказал, что излишки ликвора могут всасываться не только венами твердой мозговой оболочки, но и оболочками ряда черепных нервов (1764).

Существенным исправлениям и дополнениям подверглись данные Галена о строении периферической нервной системы. Т. Уиллис (1664), И. Меккель (1748), А. Галлер (1747) и П. Кампер (1760) внесли значительные уточнения в топографию черепных нервов. Т. Уиллис, кроме того, открыл и описал неизвестную пару черепных нервов, назвав их добавочными (1664). Я. Винслоу отделил "большой симпатический нерв" от блуждающего (1732). Усилиями Р. Вьессана (1685), Г. Шахера (1705), А. Вальтера (1723), Ф. Пти (1727), К. Бергена (1732), И. Меккеля (1748), Я. Сенака (1749), Г. Врисберга (1764), А. Гириша (1765), А. Скарпа (1779) и др. были открыты и детально описаны десятки "нервных ганглиев" и нервных сплетений внутренних органов, целый ряд висцеральных нервов. В результате к концу XVIII века объем сведений о нервах, иннервирующих внутренние органы, стал столь значительным, что Мари Биша (Marie Francois Xavier Bichat, 1771—1802) предложил выделить эту часть периферической нервной системы в особый раздел, получивший в его работах название "вегетативная нервная система" [2, 4, 8].

Открытия, совершенные в XVII—XVIII веках, и возникшие в этот период теоретические концепции полностью разрушили систему взглядов Галена в части животных функций. Однако сделанного оказалось недостаточно для формирования нового целостного представления о строении и механизмах функционирования нервной системы. Ряд ключевых для ее познания вопросов, таких как строение нервов, "точное место их начала" в ЦНС, природа нервного возбуждения, структура и роль висцеральных ганглиев, локализация нервных функций, предназначение основных структурных образований ЦНС, оставались в ряду домыслов и предположений [3]. Невероятное разнообразие мнений по этим вопросам, ни одно из которых не имело прямых экспериментальных доказательств, породило непрестанные дискуссии и информационный хаос.

Если в качестве примера взять представления о природе нервного возбуждения, то, как свидетельствуют результаты анализа учебников и руководств по физиологии конца XVIII века, по этому вопросу существовало по меньшей мере четыре равноценные версии: движение животных духов (Гален, Декарт), "пробегание особых телец, сходных по природе со светом" (Уиллис), вибрации (Гартли) и электричество. Последняя из названных версий возникла в 1743 г. и была впервые высказана лейпцигским врачом и физиком Христианом Гаузенем (Christian August Hausen, 1693—1743). В 50—60-х годах XVIII века идею электрической природы нервного возбуждения поддержали многие естествоиспытатели, среди которых были Ф. Соваж, Д. Небель, К. Ле Ка, Л. Кальдани. Однако особую популярность она приобрела после публикации в 1791 г. материалов исследований итальянского анатома и физиолога Луиджи Гальвани (Galvani Luigi, 1737—1798), наблюдавшего сокращение мышцы лягушки в результате присоединения ее к нерву или спинному мозгу с помощью различных металлических предметов. На основании этих наблюдений Гальвани пришел к выводу о существовании так называемого животного электричества. Спустя несколько лет итальянский физик Алессандро Вольта (A. Volta, 1745—1827) опроверг этот вывод Гальвани, доказав, что в его опытах нервы выступали не источником¹⁸, а лишь проводником электричества. В результате развернувшейся ожесточенной дискуссии между Гальвани и Вольта статус непреложных фактов приобрели лишь электропроводность нервов и способность мышц сокращаться под воздействием электричества [7]. Что же каса-

¹⁶Все исследования Уиллис проводил сам, иногда привлекая для помощи своего ассистента Ричарда Лоуэра (R. Lower, 1631—1691). Рисунки для книги были выполнены великим английским архитектором, будущим президентом Лондонского королевского общества Кристофером Реном (C. Wren, 1632—1723).

¹⁷Р. Вьессан в 1716 г. предложил метод вываривания мозга в масле, И. Рейль — в конце XVIII века уплотнение мозговой ткани в спирте.

ется проблемы природы нервного возбуждения, то она по-прежнему осталась во власти четырех основных "версий".

Для того чтобы из множества вариантов ответов на этот и другие ключевые вопросы нейроморфологии, нейро- и психофизиологии выбрать единственно верный, требовались новые подлинно революционные прорывы, которые последовали лишь в первой четверти XIX столетия в результате сенсационных открытий, сделанных Чарльзом Беллом и Франсуа Мажанди.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Избранные труды. — М., 1979. — С. 100—187.

¹⁸Вольта, в частности, установил, что "электродвижущая сила" возникала на границе металл — электролит, которым являлась любая живая ткань.

2. Архангельский Г. В. История неврологии от истоков до XX века. — М., 1965.
3. Блюменбах И. Ф. Физиология или наука о естестве человеческого: Пер. с нем. Ф. И. Барсука-Моисеева. — М., 1796.
4. Бляхер Л. Я., Быховский Б. Е., Микулинский С. Р. История биологии с древнейших времен до начала 20 века. — М., 1972.
5. Гален К. О назначении частей человеческого тела. — М., 1971.
6. Декарт Р. Избранные труды. — М., 1989.
7. Лебединский А. В. // Гальвани А., Вольта А. Избранные работы о животном электричестве. — М., 1937. — С. 7—65.
8. Менье Л. История медицины: Пер. с фр. — М., 1926.
9. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Основы теоретической психологии. — М., 1976.
10. Ярошевский М. Г. История психологии. — М., 1976.
11. Molnár Z. Thomas Willis (1621—1675), the founder of clinical neuroscience@nature.com

Поступила 25.10.10

© Г. Л. МИКИРТИЧАН, 2011

УДК 614.2:616-053.2-084:93]:355 «1941—1945»

Г. Л. Микиртичан

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ЛЕНИНГРАДЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия

В статье рассматривается решение задач по сохранению жизни и здоровья детей в годы Великой Отечественной войны и блокады Ленинграда. Приведены меры, принятые государством и службой здравоохранения, по эвакуации, решению проблемы питания детей в условиях резкого дефицита всех пищевых продуктов, организации медицинской помощи, в том числе разработке и внедрению новой системы поликлинической помощи, мероприятиям по оздоровлению детей и др. Длительное голодание детей негативно сказалось на физическом развитии, способствовало увеличению заболеваемости и смертности. Дана характеристика заболеваемости детей, в том числе инфекционной. Показана роль ученых Ленинградского педиатрического медицинского института в сохранении жизни детей.

Ключевые слова: Великая Отечественная война 1941—1945 гг., Ленинград, блокада, дети, питание, патология, организация помощи

THE HEALTH CARE OF CHILDREN IN LENINGRAD DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

G.L. Mikirtichan

The article deals with the task solutions on life and health preservation of children during the Great patriotic war and Leningrad blockade. The examples are presented illustrating the measures undertaken by the state and public health service concerning the evacuation, nutrition of children in conditions of strict deficiency of all food products, organization of medical care (including the development and implementation of new system of polyclinic care), the activities on health improvement of children, etc. The long-term qualitative and quantitative starvation of children adversely impacted the physical development, contributed to increased morbidity and mortality. The characteristic of children morbidity is given? Infectious morbidity included. The role of researchers from Leningrad pediatric medical institute in preservation of children's life is demonstrated.

Key words: Great patriotic war, Leningrad, blockade, nutrition, pathology, organization of care.

Особенно ответственной и сложной задачей во время Великой Отечественной войны была охрана здоровья и жизни детей. Ленинград с первых дней войны оказался в исключительно тяжелых условиях. Враг рвался к городу. 23 июня 1941 г. в Ленинграде и Ленинградской области было объявлено военное положение. Прежде всего необходимо было организовать эвакуацию детского населения. Соответствующее решение Ленинградского горкома ВКП(б) было принято 29.06.41. При Леноблсовете 08.07.41 был создан специальный отдел по эвакуации, во всех районах Ленинграда образованы эвакуационные комиссии. Каждый эшелон с эвакуированными детьми сопровождали медицинские работники. На всех путях эвакуации по возможности создавали детские комнаты. В пути детей в первую очередь обеспечивали питанием. Ответственным за сопровождение эшелонов с эвакуированными детьми был назначен заместитель заведующего Ленгорздравотделом по детству С. И. Волчок. Однако уже 27 августа стало очень трудно покинуть город, железнодорожное сообщение было остановлено.

Началом блокады считается 8 сентября 1941 г., когда немец-

кие войска захватили Шлиссельбург и сухопутная связь Ленинграда со всей страной была прервана. В этот день на город было сброшено 6327 зажигательных бомб. В Ленинграде перестала существовать грань между фронтом и тылом. До 08.09.41 из города было вывезено 219 690 детей. Эвакуация не прекращалась и в годы блокады и проводилась по Ладожскому озеру и по воздуху. За весь период блокады из Ленинграда было эвакуировано 414 146 детей. В городе осталось около 400 тыс. детей, из них более 12 тыс. в возрасте до 3 лет¹.

Начавшаяся блокада резко ухудшила условия жизни ленинградцев. Наиболее важным фактором был голод, именно он, а не бомбежки, артобстрелы, сражения определял судьбу жителей города. Полномасштабный острый голод охватил Ленинград зимой 1941/42 гг.²

Огромные трудности были связаны с питанием детей.

¹Павлов Д. В. Ленинград в блокаде. — М., 1969. — С.84; Гладких П. Ф. Охрана детства в блокированном Ленинграде / Педиатрия. — 1968. — № 4. — С. 56—59.

²Жизнь и смерть в блокированном Ленинграде. Историко-медицинский аспект / Ред. Дж. Д. Барбер, А. Р. Дзенискевич. — СПб., 2001. — С. 6.

Г. Л. Микиртичан — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (glm306@yandex.ru)

09.09.41 горком партии ВКП(б) принял решение "О продаже хлеба из пшеничной муки только по детским карточкам".³

Нормы выдачи хлеба снижались: со 02.09 дети получали 300 г; 12.09 были снижены нормы выдачи хлеба для всех групп населения, но детям оставлено 300 г; с 01.10 норма для детей составляла 200 г, с 13.11 — 150 г, с 20.11 была установлена самая низкая норма на хлеб — 125 г, родились "сто двадцать пять блокадных грамм с огнем и кровью пополам", которые вошли как символ нечеловеческих испытаний в сознание и память миллионов. 25.12.41 была первая прибавка к норме выдачи хлеба, и норма для детей составила 200 г, с 24.01.42 — 250 г, с 11.02 — 300 г и с 22.02.43 — 400 г. Ухудшилось отоваривание карточек другими продуктами — мукой, крупой, мясом, жирами. Размер продовольственного пайка не мог покрыть даже самые минимальные потребности организма. Для детей до 12 лет он составлял 684 ккал, для детей от 12 лет, которых переводили в иждивенцы, — 461 ккал. С конца декабря 1941 г., несмотря на повышение норм выдачи хлеба (350 рабочим и 200 служащим) и работы Ладожской трассы, снабжение продовольствием ухудшилось. Никакие другие продукты не выдавали.

В период блокады всех детей независимо от возраста прикрепляли к молочной кухне при поликлинике для получения питания. Молочные смеси работникам кухни приходилось доставлять на санках или тележках, а иногда и на своих плечах. Недостаток топлива, воды, электроэнергии, посуды создавал дополнительные трудности. Сотрудники молочных кухонь по возможности старались работать бесперебойно. Все смеси отпускали только кипячеными. В 1942 г. молочные кухни при 17 детских консультациях отпускали в день 56 938 порций. В 1943 г. число молочных кухонь увеличилось до 24, пропускная способность их составляла 60 735 порций в день, а в 1944 г. в связи с улучшением снабжения продуктами произошло некоторое сокращение до 55 525 порций в день.⁴

Большую роль в сохранении жизни ленинградских детей сыграл Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ, с 1994 г. — СПбГПМА), ни на один день войны не прекращавший педагогическую, научную, лечебную и организационную деятельность. С целью рационального использования продуктов питания в июне 1942 г. начал работу Совет детского питания при Ленгорздравотделе под председательством директора ЛПМИ Ю. А. Менделевой, заместителем председателя был проф. А. Ф. Тур.

Недостаток коровьего молока особенно остро проявился зимой 1941/42 гг. Все имеющиеся запасы стуженного и сухого молока скоро иссякли. Для питания детей раннего возраста было применено соевое молоко. Над улучшением качества соевого молока работали сотрудники I Молокозавода и сотрудники ЛПМИ А. Ф. Тур, М. Н. Небытова-Лукьянчикова, С. И. Полякова, Н. В. Балинская, которыми были разработаны 18 рецептов лечебных смесей из соевого молока. В ЛПМИ всю войну работали отдел питания и молочная станция, которая ежедневно отпускала по 13 000 порций для 7—8 тыс. детей. Отдел витаминных заготовок изготавливал витаминные смеси.

С началом действия "дороги жизни" через Ладожское озеро, позволившей пополнить запасы продовольствия в городе, стали организовывать столовые различного профиля, одними из первых — столовые для школьников. Уже 19.01.42 было открыто 30 столовых для 30 тыс. школьников 8—12 лет. С мая 1942 г. было введено трехразовое питание в школах.

Другим смертоносным фактором был холод. Температура зимой в 1941 г. опускалась до -20°C , а в январе 1942 г. — до -30°C и ниже. Запасы топлива закончились очень быстро, поступление электроэнергии резко сократилось, а часто и вообще прекращалось. Вышли из строя канализация и водопровод. Большим дефицитом стала питьевая вода, а ее доставка требовала неимоверных усилий. Прекратилось централизованное отопление, во многих учреждениях жизнь замерла, останавливались предприятия. Но этого нельзя было позволить в лечебных учреждениях, особенно там, где находились дети.

Голод, холод, отсутствие света, тепла, физическая слабость, психологические нагрузки отрицательно сказались на здоровье ленинградцев. Показатели здоровья детей в этот период значительно ухудшились. Уже в ноябре 1941 г. начали регистрировать случаи алиментарной дистрофии, первоначально у мужчин, особенно пожилых, а затем и у женщин. Причина была понятна — резкое снижение в пище белков. В декабре это заболевание стало настолько распространенным, что все остальные болезни

как бы отступили на задний план, и смысл слова "дистрофия" стал понятен каждому ленинградцу, даже детям. Практически все обращающиеся за медицинской помощью дети имели проявления алиментарной дистрофии различной тяжести и гиповитаминозов. Это изменяло течение всех других заболеваний. Косвенно о заболеваемости детей алиментарной дистрофией можно судить по отчету клинической больницы ЛПМИ: на 01.01.43 среди всех поступивших в клинику ЛПМИ дети с алиментарной дистрофией составляли 45,6%, на 01.01.44 — 17,9%.⁵

В 1945 г., по данным детских поликлиник, 83—93% детей имели нормальное физическое развитие.

В течение 1942 г. и начале 1943 г. среди детей первых лет жизни резко возросло число детей с тяжелым рахитом, а также обострилось течение рахита среди детей в возрасте 2—4 лет. В единичных случаях наблюдались явления позднего рахита у более старших детей в виде так называемой юношеской остеопатии, что было связано с длительным дефицитом в диете витаминов D, С, кальция, фосфора. В 1944 г. тяжелый рахит встречался уже значительно реже.

Высока была заболеваемость детей пневмонией и бронхитом.⁶

В 1944 г. среди детей в возрасте до 1 года, находящихся в яслях, показатель заболеваемости пневмонией на 1000 детей составлял 286,8, в 1945 г. — 395,7, заболеваемость бронхитом — соответственно 389,2 и 488,2‰. Среди детей в возрасте от 1 года до 2 лет показатель заболеваемости пневмонией в 1944 г. составил 179,8‰, в 1945 г. — 199,2‰, заболеваемость бронхитом — соответственно 249,2 и 236,3‰. В больницах находилось много детей с травмами, полученными во время обстрелов города. Детские больницы работали с большой нагрузкой (в 1941 г. — 3850 коек, в 1942 г. — 4653). Показатель летальности достигал высоких значений. Так, в 1942 г. из числа тяжелобольных детей умерло 63,3%, среди больных средней тяжести — 27,5%. Но постепенно, прежде всего в связи с улучшением качества больничного рациона питания и отработкой методики ведения таких больных, показатель летальности стал снижаться. Если в январе 1942 г. энергетическая ценность больничного рациона составляла 1139 ккал, то в апреле — 2139, июне — 2398, июле — 2402, декабре — 2781 ккал.⁷

Резко снизился показатель рождаемости: в 1940 г. он составил 25,1, в 1941 г. — 22,7, в 1942 г. — 6,4, в 1944 г. — 30,5, в 1945 г. — 32,5 на 1000 населения.⁸

Дети, рождавшиеся в конце 1941 и 1942 г. от сильно истощенных матерей, очень мало весили (средняя масса тела новорожденных понизилась более чем на 600 г, средний рост — на 2 см) и отличались крайне низкой жизнеспособностью. У матерей, как правило, отмечался выраженный дефицит молока, а потому многих новорожденных уже в первые дни приходилось докармливать искусственными смесями. Регистрировалось большое количество преждевременных родов (в довоенное время — 9—10% по отношению ко всем живым новорожденным, в январе 1942 г. — 40,8%, в марте 1942 г. — 62%).⁹

Все это объясняет высокие цифры смертности новорожденных детей в период 1941—1942 гг. Однако медицинские работники уже в конце 1942 — начале 1943 г. достигли результатов, которые впечатляют и сегодня. Дети, родившиеся с крайне низкой массой тела, к году по психомоторному развитию догоняли своих сверстников, родившихся с нормальным весом. А. Ф. Тур писал в 1944 г., какими средствами были достигнуты эти результаты: "Первое и самое главное — это безусловно преданное, добросовестное и любовное отношение к делу всего персонала; без этого добиться более или менее хороших результатов было бы невозможно. Второе — правильное построение режима жизни и воспитания ребенка применительно к необычным условиям жизни в бомбоубежище и, конечно, с достаточно строгим учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. Третье — весьма существенное — это правильное, строго индивидуальное питание детей".¹⁰

Самым неблагоприятным по детской смертности в Ленин-

⁵ Тур А. Ф. Алиментарная дистрофия у детей Ленинграда в 1941—1944 гг. // Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда. — Сб. П. — Л., изд. ЛПМИ. — 1946. — С. 6.

⁶ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 818, л. 65.

⁷ Гладких П. Ф. Здравоохранение блокадного Ленинграда. Изд. второе, перераб. и доп. — Л.: Медицина. — 1985. — С. 87—88.

⁸ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 818, л. 23.

⁹ Тур А. Ф. Алиментарные дистрофии у детей Ленинграда в 1941—1944 гг. // Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда. — Л., Изд. ЛПМИ. — 1946. — С. 5.

¹⁰ Тур А. Ф. Режим жизни и питания детей во время войны и блокады // Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда. — Сб. 1. — Л., 1944. — С. 24.

граде был 1942 г., когда ее уровень превзошел даже показатель 1919 г. По сравнению с 1940 г. показатель детской смертности в 1942 г. вырос более чем в 3 раза и составил, по данным С. А. Новосельского, 748 на 1000 родившихся. Но к 1944 г. удалось снизить детскую смертность до уровня 1940 г. — 178%, а в 1945 г. — до 137%.¹¹

Если в годы блокады основной причиной смертности были дистрофия и авитаминозы, то в 1944 г. ни один ребенок не умер по этой причине; на первом месте тогда стояла пневмония, на втором — острые желудочно-кишечные заболевания. Значительно снизилась смертность в 1944 г. от недозрелости и врожденной слабости. Очень низкой была смертность от детских инфекционных болезней.¹²

Заболеемость инфекционными болезнями зависела от количества детского населения, его передвижения (эвакуация, а с 1944 г. возвращение), а также условий жизни и санитарного состояния жилищ. Крупных эпидемий дифтерии, скарлатины, коклюша в период войны не было. В первые месяцы войны резко повысилась заболеваемость корью, что было связано с оседанием в Ленинграде беженцев. Эпидемия стала стихать только к III кварталу 1941 г. В течение 1943 г., за исключением первых месяцев, в Ленинграде не был зарегистрирован ни один случай кори.¹³

После прорыва блокады и реэвакуации населения в Ленинград стали поступать и больные корью в различных стадиях заболевания. Летом 1944 г. заболеваемость корью возросла до крупной эпидемии, отмечался также подъем заболеваемости другими инфекциями. Однако летальность при этом оказалась в 10 раз ниже довоенного уровня.

В целом подъема заболеваемости дизентерией по сравнению с довоенным периодом не было, но отмечался подъем заболеваемости среди детей раннего возраста, находящихся в яслях, особенно к концу войны. Объяснялось это неудовлетворительным санитарно-гигиеническим режимом в большинстве яслей (скудность, отсутствие необходимых предметов ухода), а также недостатком квалифицированного среднего и младшего персонала из-за быстрого роста количества вновь открытых учреждений.¹⁴

Всех инфекционных больных в годы блокады обязательно госпитализировали. Большое внимание уделяли проведению профилактических прививок: осуществляли обязательное оспопрививание, вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ по показаниям, противодифтерийную иммунизацию как меру борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями, проводили фагирование детей. С августа 1942 г. впервые в стране, согласно специальному постановлению Ленинградского совета, обязательным прививкам против брюшного тифа подлежали дети с 2-летнего возраста.¹⁵

Для руководства прививочным делом была создана специальная комиссия во главе с А. Ф. Туром.

За месяц до начала войны 24.05.41 НКЗ СССР издал приказ № 222 об улучшении лечебно-профилактической помощи детям, согласно которому назначался детский врач города и детский врач района, в задачи которого входило руководство лечебно-профилактической помощью детям.¹⁶

Начавшаяся война не позволила сразу повсеместно осуществить данное мероприятие. 27.10.42 СНК СССР принял специальное постановление "О мероприятиях по улучшению работы органов НКЗ и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей", на основе которого НКЗ СССР издал одноименный приказ № 531 от 3 ноября 1942 г., в которых повторно подчеркивалась необходимость введения этой должности.¹⁷ Главным педиатром Ле-

нинграда был назначен проф. А. Ф. Тур.¹⁸

К началу Великой Отечественной войны в Ленинграде функционировали 46 детских консультаций, 23 детские поликлиники, 9 домов ребенка, 264 детских яслей. В период войны в связи с нахождением в опасной зоне города, разрушением, сокращением медицинского персонала число детских учреждений уменьшалось.¹⁹

Условия жизни в блокадном Ленинграде (уменьшение детского населения, сокращение числа врачей и др.) заставили перестроить систему оказания поликлинической помощи детям. В 1943 г. детские консультации были объединены с детскими поликлиниками; организованная объединенная консультация-поликлиника (в 1943 г. — 35, в 1944 г. — 36) работала по принципу единого педиатра и оказывала помощь детям от рождения до 16 лет.²⁰

Методика работы объединенного учреждения была разработана на кафедре организации здравоохранения (зав. Ю. А. Менделева) ЛПМИ совместно с детской консультацией № 16 детской поликлиники № 21 Свердловского района (Н. Г. Синявская) в конце 1942 г. Основным методом работы был патронаж детей всех возрастов. Переход на новую систему положительно сказался на здоровье детей, позволял своевременно госпитализировать ослабленных и больных детей.²¹

С января 1943 г. в ЛПМИ были организованы курсы подготовки по системе единого педиатра, к июню 1943 г. такие курсы окончили 157 врачей.²² Большая работа в подготовительный период перехода на новую систему была проведена патронажными сестрами, которые провели общую поквартирную перепись детского населения с целью выявления истинного количества детей, учета посещаемости детских учреждений, что позволило перераспределить участки. В целом работа патронажных сестер значительно усложнилась. Медсестра одной из детских поликлиник вспоминала: "Были моменты чрезвычайно тяжелые... когда я при патронажном обследовании находила в квартире одну лишь трупы и слышала из какого-нибудь уголка писк, форменный писк, как будто бы жалобу ребенка, который, беспомощный, находился здесь же и какими-то судьбами остался жить. Приходилось забирать ребенка и устраивать его в какое-либо детское учреждение... Необходимо отметить, что трамваи не ходили, и мне приходилось ходить пешком и в сильную стужу и вьюгу, т. к. больные детишки ждали моего прихода и моей помощи. К вечеру заболела сама, но ни падать духом, ни поддаваться болезни нам, медработникам, было нельзя, и мы работали, не покладая рук".²³

Были случаи, когда медсестре приходилось не одну ночь дежурить у больного ребенка дома, так как госпитализировать его не удавалось, а мать работала на военном заводе и не могла оставить производство. Иногда сама мать нуждалась в моральной поддержке, и здесь врач подходил индивидуально к каждой матери как друг и как близкий товарищ, помогал своими советами и душевной беседой. В дни, когда в городе было много пострадавших от бомбежек и пожаров, врачи детских поликлиник после работы на участке шли на санитарно-пропускные пункты и в качестве хирургов и терапевтов оказывали помощь раненым.

В марте 1943 г. в Москве проходило Всесоюзное совещание по вопросам детского здравоохранения, на котором выступали и представители Ленинграда профессора Ю. А. Менделева, А. Ф. Тур, А. Б. Воловик. С большим волнением и интересом слушали участники совещания доклад об организации питания и медицинского обслуживания детей в блокированном Ленинграде, о переходе на систему единого педиатра.²⁴

В самый напряженный период блокады 22 января 1942 г. Горком ВКП(б) и Ленгорисполком вынесли решение "О мероприятиях по борьбе с беспорядочностью детей", предписывающее немедленное устройство детей, оставшихся без родителей, в детские дома и об обязательном снабжении их топливом и необходимым оборудованием. Были созданы городская и районные комиссии по устройству детей-сирот в детские дома и дома малюток. Число этих учреждений значительно увеличилось. Здесь дети были окружены заботой врачей, сестер, воспитателей, нянь. Обнаружение и устройство осиротевших детей про-

¹¹ Новосельский С. А. Выживаемость и смертность детей до 1 года в Ленинграде в послеблокадном периоде / Демография и статистика. — М., 1978. — С. 254. ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 818, л. 24.

¹² Новосельский С. А. Выживаемость и смертность детей 0—2 года в Ленинграде в послеблокадном периоде / Демография и статистика. — М., 1978. — С. 257.

¹³ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 120, лл. 59, 60, 61, 63, 64.

¹⁴ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 818, л. 65.

¹⁵ Красник Ф. И. Эффективность прививок против брюшного тифа малых детей / Труды Ленинградского института эпидемиологии и микробиологии им. Пастера. — Л., 1948. — Т. XI. — С. 287—291.

¹⁶ Казанцева М. Н. Пора осуществить приказ об улучшении лечебно-профилактической помощи детям / Педиатрия. — 1942, № 1—2. — С. 3—6.

¹⁷ Ковригина М. Д. Очередные задачи здравоохранения в период Великой Отечественной войны / Педиатрия. — 1943, № 3. — С. 3—11. ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 96, лл. 123—124 об.

¹⁸ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 116, л. 2.

¹⁹ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 1488, лл. 2, 12, 14.

²⁰ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 1503, л. 3 об.; д. 1517, л. 1.

²¹ Синявская Н. Г. Опыт обслуживания единым педиатром детского населения в возрасте от 0 до 16 лет / Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда. — Сб. I. — Л., 1944. — С. 18.

²² ЦГА СПб, ф. 9872, оп. 1, д. 161, л. 8.

²³ ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 844, лл. 33, 34.

²⁴ Хокко Е. Н. Отчет о Всесоюзном совещании по детскому здравоохранению / Педиатрия. — 1943, № 3. — С. 61—67.

водили бойцы бытовых отрядов, сандружинницы Красного Креста, врачи квартирной помощи. Все ясли и детские сады были переведены на круглосуточное обслуживание; количество детей, находящихся на круглосуточном содержании, доходило до 70%. С целью оздоровления детского населения летом 1942 г., когда город находился еще в кольце блокады, детей вывозили на дачи в северные пригороды Ленинграда и на Каменный остров. В 1943 г. в пионерские лагеря и на дачи было вывезено 55 тыс. школьников, воспитанников детских домов, домов малютки и яслей. Еще шире была развернута эта работа в 1944 г. За город было вывезено 80% детей младшего возраста, 44,2% воспитанников детских (домов) садов. Для школьников было открыто 29 пионерских лагерей. Для работы в загородных детских учреждениях Ленгорздравотдел направил 74 врача и 148 медсестер. Главный педиатр Ленинграда А. Ф. Тур выезжал в загородные ясли, детские сады и пионерские лагеря, где знакомился с условиями жизни детей и организацией им медицинской помощи, инструктировал медицинских работников.

В начале войны остро ощущался недостаток всех групп медицинского персонала в связи с уходом на военную службу, эвакуацией и смертью.²⁵

Например, из докладной главного врача детской поликлиники № 17 Смоленской от 17.04.42 видно, что на 24 участках работают 5 участковых врачей, которые совмещают в детских домах и детских садах. В районе имелось 8 детских домов на 100—150 детей, карантинораспределитель на 180 детей, 2 ремесленных училища с общежитиями по 50 человек и стационаром для дистрофиков, 23 детских сада, почти все интернатные, 7 школ. Эту сеть обслуживали только 6 врачей. Врачи работали на 1,5—2 ставки, были очень истощены, часто болели. Ежедневно врачи

могли выполнять 35 вызовов, а количество вызовов ежедневно приближалось к 100. Имелся также дефицит сестер, в детской поликлинике № 17 их было всего 6 человек.²⁶

Ленинградское общество детских врачей с мая 1942 г. возобновило регулярную деятельность. Несмотря на трудности, заседания проходили довольно часто: в 1942 г. состоялось 18 заседаний, на которых присутствовало 1900 человек и заслушано 20 докладов, в 1943 г. — 17 заседаний и заслушано 33 доклада.²⁷

Возглавляли научное общество Ю. А. Менделеева и А. Ф. Тур. Темы обсуждали самые актуальные: организация помощи детям в условиях войны и блокады, дистрофии и авитаминозы, борьба с желудочно-кишечными и инфекционными заболеваниями и др. Состоялось несколько совместных заседаний с обществом терапевтов, фтизиатров и акушеров-гинекологов, на которых обсуждали общие вопросы, в том числе посвященные пневмониям, специфической противотуберкулезной профилактике, организации помощи недоношенным детям и др. Со стороны педиатров интерес к заседаниям был столь высок, что аудитория всегда была полна.²⁸

Благодаря самоотверженной работе медицинских работников в значительной мере удалось преодолеть тяжелые условия блокады и по возможности смягчить те трудности и лишения, которые выпали на долю ленинградских детей.

Поступила 21.05.10

²⁵ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 1488, л. 9.

²⁶ЦГА СПб, ф. 9156, оп. 4, д. 1501, лл. 34, 24.

²⁷Тимофеева О. П. Ленинградское отделение Всесоюзного общества детских врачей / Педиатрия. — 1944, № 4. — С. 77—78.

²⁸Волчок С. И. Забота о детях в блокированном Ленинграде / Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда. — Сб. I. — Л., 1944. — С. 3—8.

© Н. Н. БЛОХИНА, 2011
УДК 61:061.3]:93(470+571)

Н. Н. Блохина

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЪЕЗДОВ РУССКИХ ЕСТЕСТВОИСПЫТАТЕЛЕЙ И ВРАЧЕЙ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

В статье дается характеристика деятельности съездов русских естествоиспытателей и врачей, начиная с I съезда (1867) и кончая XIII съездом (1913), прежде всего в санитарно-гигиеническом аспекте.

Ключевые слова: съезды русских естествоиспытателей и врачей, санитария и гигиена, история медицины

THE SANITARY HYGIENIC ASPECT OF ACTIVITIES OF CONGRESSES OF NATURALISTS AND PHYSICIANS

N.N. Blokhina

The article deals with the characteristics of activities of congresses of Russian naturalists and physicians, from the first congress (1867) to XIII Congress (1913), first of all focusing on their sanitary hygienic aspects.

Key words: congress, naturalist, physician, Russia, sanitary and hygiene, history of medicine

Деятельность съездов русских естествоиспытателей и врачей, сыгравших существенную роль в развитии санитарно-гигиенического (профилактического) направления в медицине, остается до сих пор в тени. Именно эти научные съезды, объединяя специалистов в самых разных областях медицины, обобщали имевшийся к тому времени опыт в области санитарии, гигиены и профилактики и не только способствовали обмену мнений, но и намечали перспективы дальнейшей научной и практической работы. Эта работа продолжалась более 20 лет до того времени, когда во многом определяющую роль в общественной медицинской жизни стали играть Пироговские съезды.

На I съезде русских естествоиспытателей и врачей (1867) присутствовали такие известные деятели, как А. П. Доброславин, А. И. Якобий, С. П. Ловцов. На этом съезде с докладом "Естествознание

в гигиене" выступил проф. Н. Здекауэр, приводя примеры влияния естественных наук на развитие гигиены, он показал достижения в области военной, морской и госпитальной гигиены.

"Протоколы первого общественного заседания съезда русских естествоиспытателей и врачей" 28 декабря 1867 г. засвидетельствовали, что известный врач Евгений Венцеславович Пеликан в своей речи указал на развитие в новейшее время судебной экспертизы, а также на огромное значение естественных наук для этой важной отрасли общества и ученой деятельности, что объяснил несколькими чрезвычайно наглядными примерами¹.

На II съезде русских естествоиспытателей и врачей, проходившем в Москве в 1869 г., впервые была создана самостоятель-

¹Протоколы первого общественного заседания съезда русских естествоиспытателей и врачей, 28 декабря 1867 г. — С. 3—4.

Н. Н. Блохина — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (917-90-41).

ная секция научной медицины. Вопросам гигиены на съезде был посвящен доклад "О значении гигиены в общественной жизни и в особенности в применении ее к нашим учебным заведениям" проф. Императорского Московского университета Н. А. Тольского. Популяризация гигиенических знаний — основная мысль, прозвучавшая в его докладе. Он показал значение гигиены, "которая дала нам верные и точные способы, как уберечь себя от ряда болезней", и призывал к внедрению гигиены в учебные заведения. Проф. А. И. Якобий сделал на II съезде доклад, касающийся способов расчета вентиляции в помещениях.

На III съезде русских естествоиспытателей и врачей, собравшемся в 1871 г. в Киеве, был поставлен вопрос о санитарном изучении страны с целью ее оздоровления. В докладе "О задачах медицинских обществ" доктора Н. О. Высоцкого был суммирован опыт Казанского общества врачей, разработавшего программу санитарного изучения местности и приступившего к собиранию материалов по Казанской губернии. Доктор Н. О. Высоцкий говорил: "Каждое медицинское общество должно было бы посылать своих представителей на съезды русских естествоиспытателей. Здесь главные факты, выработанные в течение 2 лет различными медицинскими обществами, могли бы обсуждаться сообща представителями их. Здесь могли бы возникать и обсуждаться планы дальнейших общих работ, выработываться меры к улучшению санитарного состояния всего края"².

В 1873 г. IV съезд русских естествоиспытателей и врачей проводился в Казани, вот почему деятельное Казанское общество врачей, возглавляемое проф. А. В. Петровым, сыграло далеко не последнюю роль в созданной на съезде статистико-гигиенического отделения секции научной медицины. На этом съезде прозвучали доклады общегигиенического характера, где основной задачей стала популяризация гигиены.

В докладе "Гигиена и цивилизация" проф. И. П. Скворцова красной нитью проходила мысль о необходимости перестройки земской медицинской деятельности. "...Главная забота общественных управлений < ... > не на то, чтобы лечить больных, а на то, чтобы предохранить здоровых от болезни." Проф. И. П. Скворцов поставил вопрос о совершенствовании медицинского образования, причем таким образом, чтобы в медицинском образовании врачей гигиена занимала одно из первых мест"³.

В работах статистико-гигиенической секции ключевое место занимали проблемы организации медицинской статистики и медицинской помощи населению. Проф. А. Я. Щербаков сделал доклад "О необходимости проверки некоторых общеупотребительных способов исследования воды"⁴. Заслуживает внимания доклад В. И. Колубакина, с которым он выступил на V съезде русских естествоиспытателей и врачей в Варшаве в 1876 г. Его доклад, посвященный характеристике бассейна реки Яузы в связи с Мытищинским водопроводом, свидетельствовал о проводимых работах по упорядочению водоснабжения Москвы.

На VI съезде русских естествоиспытателей и врачей, прошедшем в Петербурге в 1879 г., вопросы развития гигиены были выделены в специальную секцию. Проф. А. П. Доброславин сделал на съезде доклад "Об отношении гигиены к естествознанию", ставший по сути центральным. По мнению профессора, для специалистов по санитарно-гигиеническим вопросам необходимы знания не только в области архитектурного и инженерного искусства, но и в области методики гигиены и "социальной физики". Он подчеркнул, что знание вопросов санитарной техники и благоустройства должны быть постоянно в поле зрения санитарных врачей. Гигиенист С. В. Шидловский на основании результатов проведенных исследований относительно очистки вод показал в своем докладе, что фильтрация дает уменьшение не только взвешенных частиц, но и растворенных в воде органических веществ и продуктов их разложения. Кроме того, на этом съезде выступили проф. Морковников ("О печад для сжигания эксcrementов"), доктор Н. И. Дворяшин ("О влиянии продуктов гниения на животный организм"), доктор Пантюхов ("О влиянии высокой и низкой температуры на здорового и больного человека"). Представитель Херсонского земства Силуянов высказал предложение о регулярном созыве всероссийских съездов гигиенистов и земских врачей и "введении преподавания гигиены во все учебные заведения страны, в особенности в учительские семинарии". Заседание секции научной гигиены было открыто проф. А. И. Якобием. Он предложил выделить подсекции для более рациональной работы, в связи с чем сказал: "Ввиду кратности времени, которое дано для заседаний санитарной медицины, и того, что многие из заявленных вопро-

сов находятся в органической связи между собой, я бы предложил разделить весь материал, подлежащий обсуждению секции, на группы (общая санитарная группа, земская санитария, военно-санитарная группа, морская санитарная группа, железнодорожная санитарная группа)"⁵.

Доктор Залуговский сделал сообщение "Материалы к вопросу о проституции", где пришел к заключению: главными распространителями сифилиса в городе служат прислуга и молодой рабочий люд. Говоря о недостаточном количестве мест в больницах для больных сифилисом, он считал необходимым следующее: в городах неотлагательно устройство специальных больниц с большим количеством кроватей; устройство секретных помещений для лечения сифилитиков — подобно тому, как это существует для беременных; освидетельствование прислуги — подобно тому, как это существует для кормилиц. В сообщении было отмечено также, что существующая установка о врачебно-полицейских комитетах и мерах к предупреждению сифилиса не всегда достигает цели. Поэтому в комиссиях, могущих быть учреждениями для преобразования комитетов и изыскания различных мер, мнению врачей должно предоставляться первое место. Упреки военному сословию в деле распространения сифилиса признаны напрасными⁶.

Проф. Вериге, знакомя с результатами своих исследований по поводу орошения района Пересыпи (Одесса) городскими нечистотами, указал, что за границей в больших городах "давно пользуются городскими нечистотами как средством для орошения полей, подчеркнув, что нечистоты, проходя через почву, фильтруются и теряют свои ядовитые свойства"⁷. Окончательный вывод исследователя звучал следующим образом: "...в распоряжении города имеется пространство земли, совершенно достаточное для орошения нечистотами, при условии полной безопасности в санитарном отношении".

Проф. Вериге в своем докладе "Исследование Сакской грязи", в частности, высказал такое мнение: "Сакская грязь образовалась через взаимодействие растительного и животного органического вещества, соляной массы рапы Сакского озера и почвы. Главные классы органического вещества — клетчатка, жиры, крахмал и белковые азотистые вещества — кроме окисления подвергались процессу гидратации и распадения; из продуктов одного открыты в грязи аммиак, аминные основания, органические жирные кислоты и гуминовое вещество. Количество этих веществ является в тех же пределах, как и в грязи Хаджибейского лимана. То же самое относится и к содержанию йода, брома и серы. Соляная масса Сакской грязи также похожа на соляную массу Хаджибейского лимана"⁸.

VIII съезд русских естествоиспытателей и врачей смог собраться после длительного перерыва — в 1890 г., в то время, когда уже начали действовать Пироговские съезды, которые в довольно короткие сроки становились уже главенствующими и авторитетными при разработке вопросов развития отечественной гигиены и проблем общественной медицины. Председатель секции общественной медицины и гигиены на VIII съезде русских естествоиспытателей и врачей приват-доцент С. В. Шидловский посвятил свою речь памяти А. П. Доброславина, рассматриваемого им как первого и главного распространителя гигиенических знаний в нашем Отечестве. Среди докладчиков называем приват-доцента Императорского Казанского университета В. Д. Орлова ("Об объединении методов санитарных исследований") и санитарного врача А. С. Щербакова ("Об удалении нечистот из городов"). Считая малоприменимость полей орошения на основании имеющегося к тому времени опыта города Ростова-на-Дону, А. С. Щербаков встал на сторону тех, кто считал, что рациональнее было бы сжигать мусор и нечистоты. В прениях по докладу П. О. Смоленский, заняв позицию сторонников полей орошения, отметил, что только неудовлетворительная постановка пробного эксперимента стала неудачным результатом для Ростова-на-Дону.

Экспериментальным исследованиям в области водного происхождения заразных кишечных инфекций был посвящен доклад "О нахождении палочек брюшного тифа в воде одесского водопровода" Я. Ю. Бардаха.

На съезде с докладами выступили проф. Лукашевич ("О сравнительной оценке различных систем отопления") и

²Труды III съезда русских естествоиспытателей в Киеве, проходившего с 20 до 30 августа 1871 г. — Киев, 1873. — С. 53.

³Труды IV съезда русских естествоиспытателей в Казани, проходившего с 20 по 30 августа 1873 г. — Казань, 1875. — Вып. 6. — С. 102.

⁴Там же. — С. 134—143.

⁵Речи и протоколы VI съезда русских естествоиспытателей и врачей, проходившего с 20 по 30 декабря 1879 г. — СПб., 1882. — С. 177.

⁶Речи и протоколы VI съезда русских естествоиспытателей и врачей, проходившего с 20 по 30 декабря 1879 г. — СПб., 1882. — С. 197—198.

⁷VII Съезд русских естествоиспытателей и врачей в Одессе / Сост. А. В. Погожев. — М., 1883. — С. 42.

⁸Протокол заседания подсекции гигиены и земской медицины (20 августа 1883). — С. 3.

И. М. Шаховской ("Об изменениях состава воздуха в классных помещениях во время занятий"). Вопросы планировки города были отражены в докладе "О сохранении в городах казенных и общественных площадей" Шестунова.

На IX съезде русских естествоиспытателей и врачей секцией гигиены руководил Ф. Ф. Эрисман. К. И. Тумский в своем докладе "Роль техники в гигиене" ратовал за то, что курс гигиены должен быть введен во все высшие технические учебные заведения. В прениях было высказано мнение о том, чтобы и в курсах гигиены для студентов и врачей были введены новые главы или расширены сведения чисто технического порядка о наиболее распространенных производствах и "фабрикациях", для того чтобы и врачи хотя и в общих чертах были знакомы с условиями приложения и выполнения ими санитарных требований в случаях совместной работы врача и инженера-техника. О внедрении в гигиену физических методов исследования на IX съезде русских естествоиспытателей и врачей говорили Ф. Ф. Эрисман ("Освещение классных комнат на основании фотометрических исследований"), В. В. Кувалдин ("О влиянии некоторых условий на показание градусов жесткости по мыльной пробе") и В. Е. Игнатьев ("О спектрофотометре как одном из методов количественного анализа"). Таким образом, в практику гигиенистов входили физические методы исследования.

Работой секции гигиены на X съезде русских естествоиспытателей и врачей (Киев, 1898) руководил профессор гигиены Императорского Киевского университета В. Д. Орлов. Заслушанные участники съезда доклады профессоров И. П. Скворцова, Г. В. Хлопина и Н. П. Мельникова вызвали со стороны участников работы секции неподдельный интерес. Проф. И. П. Скворцов в своем докладе "О значении для здоровья динамических свойств среды существования" смог фактически доказать применимость физических методов исследования к гигиене. Проф. Г. В. Хлопин, продолжая тему, заявленную им в докладе "Новый способ определения кислорода в газовых смесях посредством титрования", остановился на внедрении физико-химических методов в гигиенические исследования. Полям орошения как методу очистки был посвящен доклад инженера Н. П. Мельникова.

Работа секции гигиены на XI съезде русских естествоиспытателей и врачей (Петербург, 1901) стала необходимой для значительного числа его участников. И. П. Скворцов сделал сообщение о необходимости образования санитарного права как отдельной юридической дисциплины. Докладчик был убежден в том, что в интересах теории и практики было бы крайне желательно учреждение при Русском обществе охранения народного здоровья специальной комиссии для разработки разных вопросов санитарного права и возможной его кодификации. Секция постановила передать предложение И. П. Скворцова на усмотрение Русского общества охранения народного здоровья⁹.

На съезде прозвучало около 50 докладов, относящихся к разным отраслям теоретической патологии и прикладного медицинского дела.

На XI съезде русских естествоиспытателей и врачей приват-доцентом В. А. Арнольдовым были сделаны два доклада. В первом докладе "Некоторые данные о составе воды реки Волги и ее главных притоков" он сообщил о химико-санитарных исследованиях на различных участках этой реки. Во втором докладе "Изменение воды под влиянием ветра на 12-футовом рейде Каспийского моря" он представил анализ полученных данных о характере изменений состава воды на волжских дебаркадерах в зависимости от направления ветра¹⁰. На секции прозвучал доклад "Влияние некоторых химических чистых углеводородов на рыб" И. Д. Купциса. Этой работой фактически была представлена часть исследований о влиянии нефти на рыб и теплокровных животных, которые с 1898 г. проводились в гигиенической лаборатории Юрьевского университета проф. Г. В. Хлопина. В своем докладе "Приемы и способы удаления твердых отходов свеклосахарных заводов в Юго-Западном крае..." Г. В. Хлопин, действуя в интересах общественного здравоохранения и развивающейся русской промышленности, коснулся вопросов определения предельно допустимых значений вредных веществ в спускаемых в естественные водоемы сточных водах.

Доктор Сулима также считал, что должны быть выработаны предельные величины содержания в сточных водах тех или других составных частей, при которых сточная вода могла быть спускаема в естественные водоемы, и затем эти нормы должны быть проведены в жизнь законодательным порядком. Ключевой для своего времени проблеме — сравнительной оценке естественных и искусственных методов очистки сточных вод — был посвящен доклад инженера Е. Б. Контковского. Вывод докладчика был следующий: "...сущность искусственного процесса обезвреживания органиче-

ских выбросов (...) должна заключаться в умелом пользовании естественными биохимическими процессами разложения..."¹¹. Доклады И. В. Поляка и Э. Г. Перрионда наглядно свидетельствовали о том, что авторы являлись сторонниками коммунальной очистки в городах с сжиганием отходов, являющейся, по их мнению, вполне упорядоченной санитарной очисткой городов.

На соединенном заседании секции медицины и гигиены Л. Б. Бертенсон сделал доклад "По вопросу о нормировке рабочего времени применительно к особенно вредным производствам", где заявил о необходимости сокращения рабочего дня во вредных производствах. Заметим, что трибуна съезда была использована и для высказывания требований политического характера. Так, Д. Н. Жбанковым было внесено политическое требование о введении 8-часового рабочего дня для всех производств.

Проблемы, касающиеся дезинфекции воды, стали ключевыми на XII съезде русских естествоиспытателей и врачей (Москва, 1909—1910). С. Л. Рашкович в докладе "Озонирование воды" смог дать не только краткий исторический очерк "об озонировании воды в видах ее стерилизации", но и привел данные, которые были получены на Опытной станции фильтрации и озонирования Санитарно-технического института, устроенной на Главной станции городских водопроводов Санкт-Петербурга, чем вызвал прения — участники съезда услышали возражения против увлечения методом озонирования, в котором многие в то время видели решение вопросов, связанных с водоснабжением. После обмена мнениями проф. Залесский заявил: "...данные анализов петербургской водопроводной воды показывают, что она страшно загрязнена органическими веществами и микроорганизмами. Прежде чем озонировать, ее надо серьезно обработать коагулированием и последующим осаждением и фильтрацией. Лучше было бы вынуть всасывающие трубы петербургского водопровода из той клоаки нечистот, в которой они находятся, и брать воду из незагрязненного источника. На всех русских водопроводных съездах того времени красной нитью проходила мысль о необходимости для городских водопроводов здоровых источников: 1) артезианские колодези; 2) родники, на последнем месте — реки, но незагрязненные отбросами. Озонирование практически применяется к чистой воде с целью освобождать ее от патогенных микроорганизмов, а не к сточной воде, которой является не всякая вода у всасывающих труб"¹².

Представленный участникам съезда доклад "О дезинфекции питьевой воды хлорной известью" инженера Б. Н. Зимина был встречен несколькими настороженно, так как при хлорировании воды происходила ее денатурация. А. И. Раммуль, располагая уже имевшимся к тому времени опытом работы Московской (Рублевской) водопроводной станции, сделал доклад о действительной эффективности двойной фильтрации водопроводной воды.

На этом съезде обсуждалось также водоснабжение Санкт-Петербурга. О выводах, сделанных специально организованной комиссией, сообщил Е. Б. Контковский в докладе "О результатах санитарно-технических обследований реки Невы в районе водоприемников петербургских водопроводов". В прениях выступил проф. Е. А. Шепилевский, который познакомил участников съезда с опытом работы биостанции при земской больнице.

Несмотря на то что проводимый в 1913 г. в Тифлисе XIII съезд русских естествоиспытателей и врачей посвятил большое внимание бальнеологии и развитию курортного дела на Кавказе, были заслушаны доклады и по гигиене: "Сравнительная характеристика современных способов очистки питьевой воды и основания для выбора способа очистки" проф. Н. А. Кашкарова и доклад "Естественная вентиляция через стены" В. Ф. Юферова.

Делегаты съезда заслушали большое количество докладов, специально даже была выделена секция по вопросам, стоящим перед Кавказом. В частности, был заслушан доклад "О противомаларийной станции Общества врачей в Батуме" С. С. Соловкина.

Таким образом, можно констатировать, что съезды русских естествоиспытателей и врачей стали пионерами в деле разработки многих вопросов гигиенического характера и общественного здравоохранения. На протяжении более 20 лет эти съезды были не только первыми, но и единственными вплоть до образования Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова и последующего проведения этим обществом регулярных Пироговских съездов. Причем в последующем съезды русских естествоиспытателей и врачей проводились параллельно с Пироговскими съездами. За 50 лет работы съездов русских естествоиспытателей и врачей произошло объединение ведущих специалистов самого разного профиля, занимающихся разработкой научных вопросов медицинской тематики, включая те, что касаются гигиены и общественного здоровья.

Поступила 22.10.09

⁹Дневник XI съезда русских естествоиспытателей и врачей (Санкт-Петербург, 1901). — СПб. — 1902. — С. 152.

¹⁰ Там же. — С. 261.

¹¹ Там же, с. 152.

¹²Дневник XI съезда русских естествоиспытателей и врачей (Санкт-Петербург, 1901). — СПб. — 1902. — С. 416.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО Амурская медицинская академия Росздрава, Благовещенск

В работе показана история становления и развития здравоохранения Амурской области от образования до сегодняшних дней. Раскрыта роль медицинского вуза в здравоохранении. Главной целью современного здравоохранения Амурской области должно стать обеспечение такого объема и качества медицинских услуг, которые бы соответствовали высокому уровню развития медицины. Представлены задачи по совершенствованию отрасли.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская услуга, медицинское учреждение, Амурская область

THE ESTABLISHMENT AND DEVELOPMENT OF SYSTEM OF HEALTH PRESERVATION IN AMOURS KAYA OBLAST

L.N. Voit, R.G. Turaev

The article demonstrates the history of making and development of health care in Amourskaya oblast. The role of medical university is emphasized. The main directions of improvement of health care system are defined.

Key words: medical care, Amourskaya oblast, medical university

История становления и развития здравоохранения Амурской области является результатом политики России по присоединению к ней левобережья Амура, восстановлению утраченных в конце XVII века земель, связывающих Восточную Сибирь с Тихим океаном.

В 1856 г. у впадения реки Зеи в Амур по распоряжению генерал-губернатора Восточной Сибири Н. Н. Муравьева (1809—1881) основан Усть-Зейский пост. В 1857 г. с прибытием сюда отряда войск переименован в Усть-Зейскую станицу, в июле 1858 г. станица по Указу Александра II получила новый статус и название — город Благовещенск, ставший центром вновь учрежденной Амурской области. Первыми поселенцами были казаки, главной задачей которых являлась охрана границ на всем протяжении Амура. Добровольческое же переселение шло очень медленно. Так, в 1857 г. добровольно переселились на Амур только 6 человек, в 1858 г. — 8, в 1859 г. — 227, из которых половина оседала в Благовещенске. Всего на первом этапе переселения в Амурскую область насильственным путем водворено 13 209 человек, а также свыше 2000 штрафованных солдат.

Позже с 1895 по 1901 г. в Амурскую область переселились 8185 казаков. К концу 1893 г. в Амурской области было 117 селений, в которых проживало 6000 крестьянских семей, занимающих 30 000 десятин из отведенных в пользование 805 000.

Социально-демографическая политика России способствовала развитию медицинской помощи населению. Но как и во всей России единой системы оказания медицинской помощи населению Амурской области не существовало. Малочисленная сеть медицинских учреждений была подчинена различным ведомствам и благотворительным обществам и учреждениям.

Первым медицинским учреждением Амурской области стал бригадный военный лазарет Амурского казачьего войска (1862), который в 1880 г. был реорганизован в Местный военный лазарет, оказывающий медицинскую помощь не только казачьему, но и гражданскому населению. В разные годы в этом учреждении было от 72 до 100 коек¹. Лечение в лазарете было платным, поэтому его услугами пользовались только тяжелобольные, да и то из ближайших округов. Позже по мере образования благотворительных обществ и учреждений за лечение бедных больных в Местном военном лазарете расплачивались благотворители.

В 1882 г. в Благовещенске на средства Лечебно-благотворительного общества была открыта первая больница на 20 коек для лиц мужского и женского пола с амбулаторным приемом (1883) для гражданского населения.

По мере расширения переселенческого движения создается система медицинского обслуживания переселенцев. Приемный покой на 3 кровати и аптека Благовещенского переселенческого пункта были построены на средства казны (1897—1898), надвор-

ные строения (баня, караулка, жилые помещения) устроены за счет средств, полученных от пожертвователей еще в 1895 г. В приемном покое работали фельдшер и врач. В обязанности последнего входило также оспопрививание. В 1909 г. к амбулатории для переселенцев был пристроен летний барак для заразных больных на 10 коек. В 1907 г. открылась вторая переселенческая больница в деревне Мазаново и фельдшерский пункт в деревне Екатеринославке. Позже переселенческие больницы были открыты в г. Алексеевске (Свободный) и на станции Гондатти (ныне Шимановск) и Бурее на 10 коек каждая.

С развитием горнорудной промышленности создавались медицинские учреждения, обслуживающие рабочих, занятых на приисках. В 1906 г. в г. Зее Верхне-Амурская золотопромышленная компания открыла свою больницу, к 1914 г. расширив ее до 50 коек (хирургическое, инфекционное отделения и амбулаторный прием).

Важнейшей составляющей частью медицинского дела была транспортная медицина. В 1899 г. в Благовещенске открыт приемный покой водных путей на 5 коек.

Каторжане, строившие железную дорогу, должны были обслуживаться в лечебных учреждениях только Тюрежного ведомства. Между тем единственная тюремная больница на 5 коек, построенная на средства благотворителей, находилась в Благовещенске.

Сельская медицина в Амурской области находилась в ведении Медицинского департамента Министерства внутренних дел. Ассигнования выделяли лишь на разъезды окружных врачей. Крестьяне близлежащих городу волостей обращались за медицинской помощью в городские учреждения (учреждения Лечебно-благотворительного общества: больница, амбулатория, аптека, родильный приют; больница Местного отделения Российского общества Красного Креста; Местный военный лазарет; Благовещенская Пастеровская станция; Благовещенская городская больница).

В канун Первой мировой войны лечебная сеть Амурской области состояла из 72 больниц на 1278 коек, 23 фельдшерских пунктов и 10 врачебных участков.

В 1917 г. медицинская сеть в сельской местности была представлена 4 сельскими больницами (Тамбовская, Михайловская, Ивановская, Александровская), каждая на 10 коек, 10 фельдшерскими приемными покоями (на 3 койки каждый). На 10 000 жителей села приходилось 4 койки.

В 1921 г. в Дальневосточном регионе функционировало 84 больницы на 3000 коек, 228 амбулаторий и 194 фельдшерских пункта. На 1 врача приходилось 48 тыс. человек, а в сельской местности — 63 тыс.

Укрепление Материально-технической базы здравоохранения, увеличение числа врачей-специалистов способствовало развитию специализированной медицинской помощи. В Благовещенске в 1925 г. открывается кожно-венерологический диспансер, в 1931 г. — противотуберкулезный. Введено обязательное обследование детей и подростков, а также рабочих промышленных предприятий на туберкулез. Проводится вакцинация БЦЖ новорожденных.

В годы Великой Отечественной войны усилия медицинских работников и работников руководящих органов были сконцентрированы в единой системе. Создана необходимая модель ох-

Л. Н. Войт — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (49-56-63); Р. Г. Тураев — канд. мед. наук, доц. каф. (52-68-28)

¹ Войт Л. Н. История благотворительного движения в медицине Амурской области (вторая половина XIX века—XX век). — Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1995.

раны здоровья населения, как местного, так и эвакуированного в госпитали, размещенные на территории Амурской области.

В послевоенные годы в здравоохранении Приамурья произошли значительные перемены. В 1950 г. была организована Амурская областная больница, что позволило улучшить качество медицинской помощи населению области.

Образованная 150 лет назад на юго-западе Дальнего Востока Амурская область занимает территорию в 361,9 тыс. км². На такой огромной территории проживает 869,6 тыс. человек. Плотность населения составляет 2,4 человека на 1 км². Сегодня, как в целом по России, так и в Амурской области, деятельность органов и учреждений здравоохранения направлена на улучшение демографической ситуации и состояния здоровья населения, повышение качества и доступности медицинской помощи. Для обеспечения населения медицинской помощью на территории Амурской области функционируют 104 учреждения здравоохранения, из которых 24 областных, 3 федеральных, 67 муниципальных, 9 негосударственных ОАО "РЖД", Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО АМН.

В системе Амурского здравоохранения работает более 21 тыс. человек, из них 4419 врачей и 8882 средних медицинских работника. Показатель обеспеченности врачами по отрасли составляет 52,1 на 10 тыс. населения, средним медицинским персоналом — 105,5 на 10 тыс. населения.

Значимую роль в повышении качества медицинского обслуживания населения играет организованный в 1952 г. Благовещенский государственный медицинский институт, ныне Амурская государственная медицинская академия. За годы существования академии подготовлено около 16 тыс. врачей. Сотрудниками академии защищены 82 501 кандидатская диссертация. В настоящее время в академии имеется 3 факультета (лечебный, педиатрический и усовершенствования врачей) и 40 кафедр. При академии функционируют кардиохирургический центр и центральная научно-исследовательская лаборатория. В академии сложились и успешно развиваются известные не только в России, но и за ее пределами научные школы: фармакологии (проф. В. А. Доровских), пульмонологии (проф. Ю. С. Ландышев), биохимии (проф. Е. А. Бородин), гистологии (проф. С. С. Целуйко), акушерства и гинекологии (проф. Т. С. Быстрицкая), госпитальной хирургии (проф. В. В. Яновской), педиатрии (проф. А. Ф. Бабцева), травматологии (проф. Н. И. Воронин).

В 2006 г. в России стартовал национальный проект "Здоровье", благодаря которому осуществлены значительные финансовые вложения в развитие здравоохранения: подготовку кадров, укрепление материально-технической базы, совершенствование первичной и высокотехнологичной помощи².

За счет приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Амурской области 43 лечебно-профилактических учреждения первичного звена пополнились 138 единицами диагностического оборудования. Муниципальные амбулаторно-поликлинические учреждения области оснащены современным рентгенологическим, ультразвуковым, лабораторным, эндоскопическим и электрокардиографическим оборудованием, что позволило сократить время ожидания диагностических обследований с 7 до 3 дней. Парк автомобилей скорой медицинской помощи в области пополнился 50 машинами, результатом чего явилось сокращение времени ожидания скорой помощи с 30 до 26 мин. Дополнительная иммунизация населения позволила добиться снижения показателей заболеваемости гепатитом и краснухой. В 2006—2007 гг. в области не зарегистрированы случаи заболеваний полиомиелитом, эпидемии гриппа.

Серьезные изменения произошли в системе оказания высокотехнологичной помощи. Так, 361 житель Амурской области получил высокотехнологичную помощь в клиниках федерального подчинения России, 77 больных — в клиниках Благовещенска. Из федерального бюджета выделены 70 квот для ОГУЗ Амурская областная детская клиническая больница на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "травматология и ортопедия", что позволило повысить ее доступность для населения Амурской области.

Целенаправленная деятельность органов управления и учреждений здравоохранения по охране здоровья граждан изменила в положительную сторону медико-демографическую ситуацию в области. В 2007 г. коэффициент рождаемости увеличился на 6,8% (родилось на 545 детей больше, чем в 2006 г.) и составил 12,6 на 1000 населения, снизился коэффициент общей смертности на 7,7% и составил 14,3 на 1000 населения. Положительная динамика демографических процессов привела к снижению естественной убыли населения более чем на 50% по сравнению с 2006 г. и составила 1,8‰ в 2007 г. (РФ — 4,8‰).

Среди причин смертности лидирующие позиции занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, второе место принадлежит несчастным случаям и травмам, третье место сохраняется за новообразованиями. Три класса причин смертности определяют 80,5% всех случаев смерти населения. Болезнями системы кровообращения в основном обусловлены избыточные потери населения старших возрастных групп (82,2% умерших от этих причин были в возрасте старше трудоспособного). Наибольший удельный вес в данном классе причин смерти приходится на ишемическую болезнь сердца (43,2% всех умерших от болезней системы кровообращения), за ней следуют сосудистые поражения мозга (29,1%) и болезни артерий и артериол (17,1%).

Стратегия профилактики и лечения основных значимых заболеваний реализуется в рамках трех областных целевых программ: "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Амурской области" (в том числе подпрограммы "Сахарный диабет", "Неотложные меры борьбы с туберкулезом", "Вакцинопрофилактика", "О мерах по развитию онкологической помощи населения от вирусных гепатитов"); "Противодействие злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту"; "Здоровый ребенок". В соответствии с установленными индикаторами результативности указанных программ достигнуты позитивные изменения в снижении показателей инвалидности и смертности населения. Смертность лиц трудоспособного возраста снизилась на 9,9%, младенческая смертность — на 6,9%, смертность от туберкулеза — на 4,3%. Впервые за последние 5 лет произошло снижение общего числа освидетельствованных на 11,2% в сравнении с 2006 г. первичный выход на инвалидность в 2007 г. снизился на 23,8%.

В 2007 г. на здравоохранение Амурской области за счет всех источников финансирования направлено 6456,6 млн руб., что превышает на 238,6 млн руб. (3,8%) объем выделенных в 2006 г. средств на здравоохранение. Расходы здравоохранения в расчете на 1 жителя в год составили 5365,33 руб., что выше федерального норматива на 862 руб. (РФ — 4503 руб.)³.

В рамках федеральной целевой программы "Экономическое и социальное развитие Дальнего Востока и Забайкалья на 1996—2005 и до 2010 года" продолжалось строительство 2 муниципальных объектов здравоохранения: хирургического корпуса на 45 коек с поликлиникой центральной районной больницы в г. Свободном и детской поликлиники на 450 посещений в день в г. Белогорске. Начато строительство Муниципального объекта — 3-этажного здания межрайонного лечебно-диагностического корпуса на 65 коек центральной районной больницы с. Ивановка и 8-этажного здания хирургического корпуса на 250 коек ОГУЗ Амурская областная детская клиническая больница.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 1734-р "О проектировании, строительстве и оснащении в 2008—2010 годах федеральных перинатальных центров" начато строительство перинатального центра в Благовещенске на 130 коек.

В настоящее время, кроме 3 областных целевых программ, в здравоохранении реализуются 2 федеральные программы: "Дети России на 2007—2010 годы" и "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007—2011 годы".

Министерством здравоохранения области разработана и утверждена постановлением Правительства Амурской области от 27 декабря 2007 г. № 44 "Концепция совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Амурской области на 2008—2012 годы. В этом направлении разрабатываются муниципальные целевые программы, реализация которых позволит существенно повысить ответственность фельдшеров, врачей общей практики (семейных врачей) за здоровье населения и выполнение своих функциональных обязанностей в полном объеме и качестве.

Главной целью современного здравоохранения Амурской области должно стать обеспечение такого объема и качества медицинских услуг, которые соответствовали бы высокому уровню развития медицинской науки. В этой связи перед здравоохранением стоит ряд практических задач: совершенствование управления отраслью; создание системы контроля качества медицинской помощи; модернизация системы обязательного медицинского страхования; формирование институтов защиты прав пациентов и страхования профессиональной ответственности медицинских работников; создание условий и стимулов для увеличения средств, инвестируемых гражданами и работодателями в улучшение состояния здоровья; обеспечение высокого приоритета здоровья в системе социальных ценностей общества.

Поступила 13.04.09

²Здравоохранение и здоровье населения: статистический сборник. — Благовещенск, 2006.

³Там же. — 2007.

ВКЛАД СМОЛЕНСКОЙ ОБЩИНЫ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ КРАСНОГО КРЕСТА В ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В КОНЦЕ XIX — НАЧАЛЕ XX ВЕКА

ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Росздрава

В статье рассматривается медико-социальная деятельность Смоленской общины сестер милосердия Российской общины Красного Креста. Освещены основные этапы становления и развития общины в мирное и военное время, ее значение для становления и развития системы губернского здравоохранения в конце XIX — начале XX века.

Ключевые слова: Смоленская губерния, община сестер милосердия, Российское общество Красного Креста

THE INPUT OF SMOLENSK RED CROSS COMMUNITY OF SISTERS OF CHARITY INTO PROVISION OF MEDICAL CARE

E.L. Konopleva

The article deals with the medical social activities of Smolensk Red Cross community of sisters of charity. The main stages of making and development of the community in peace and war time is covered. The significance of the community for making and development of Gubernia health care in late XIX - early XX centuries is emphasized.

Key words: Smolenskaya gubernia, community, sisters of charity, Russian Red Cross society

В дореволюционной России работу государственных и муниципальных учреждений здравоохранения существенно дополняла деятельность Красного Креста. Учреждения Красного Креста, связанные общими уставными задачами и объединенные главным управлением, работали "по всему пространству огромной Российской империи, начиная от Петербурга и кончая Владивостоком и Порт-Артуром"¹. На рубеже XIX и XX веков структура Российского общества Красного Креста (РОКК) включала помимо главного управления 7 окружных управлений, 88 местных управлений, 298 местных комитетов, 89 общин сестер милосердия².

Открытие Смоленской общины сестер милосердия состоялось 29 июня 1894 г. по инициативе местного управления Российского общества Красного Креста³. Согласно уставу, цель создаваемой общины — "приготовление опытных сестер милосердия для ухода за больными и ранеными в военное время, а в мирное время — для ухода за больными в военных госпиталях, лазаретах, больницах гражданского ведомства и в частных домах города Смоленска и уездов Смоленской губернии, а также для командирования в случае эпидемических болезней в уезды губернии и вне ее"⁴.

Первоначально община располагалась в наемном помещении, но уже 22 ноября 1898 г. состоялось торжественное открытие ее собственных зданий. Финансирование общины осуществлялось из средств главного и местного управлений Красного Креста, губернского и уездного земства, заработка сестер на дежурствах, членских взносов и добровольных пожертвований, платы вольнослушательниц за обучение.

Состав и структура общины были традиционными. В разные годы в общине состояли от 12 до 60 сестер. Управление общиной осуществляли попечительский и педагогический советы. Первой попечительницей общины стала графиня Е. П. Мусина-Пушкина, а с 1898 г. и в течение всех последующих лет — О. А. Вонлярлярская, представительница известного дворянского рода Вонлярлярских.

Попечительский совет признал целесообразным деление сестер на три разряда: штатных, испытываемых и учениц.

Ученицы, только поступившие в общину и изучавшие теоретический курс наук, освобождались от несения дежурств в ча-

стных домах. Теоретические дисциплины включали закон Божий, чтение и правописание, арифметику, анатомию, гигиену, фармацию с рецептурой. Через год ученицы сдавали экзамен по теоретическим наукам, и их переводили в испытываемые.

Главное назначение сестер этого разряда состояло в испытании их практического умения ухаживать за больными, в том числе на дежурствах у частных лиц. На 2-м году обучения сестры осваивали основы таких клинических дисциплин, как хирургия и десмургия, инфекционные, женские и детские болезни, уход за роженицами, массаж, рецептура. Практические занятия проходили в амбулатории и лечебнице общины под руководством постоянного врача общины, фельдшера и заведующего аптекой.

После экзамена и получения свидетельства на звание сестры милосердия Красного Креста сестры переходили в разряд штатных. Штатная сестра давала подписку об обязательном 2-летнем сроке службы в общине, после чего она имела право подать прошение об увольнении в запас. Обычно причинами увольнения были семейные обстоятельства, замужество, состояние здоровья, поступление на акушерские курсы или на службу в больницы.

Сестрам общины ежемесячно выдавали карманные деньги: штатным 5 руб. в месяц, испытываемым и ученицам — по 2 рубля. Сестра, проработавшая в общине 5 лет и более, имела право на прибавку жалованья 50%, через 10 лет — 100%, через 15 лет — 150%. Через 15 лет примерной службы сестры получали право ношения нагрудного креста. Нагрудный крест представлял собой серебряный крест, покрытый красной эмалью, с изображением образа Смоленской Божией Матери в центральном медальоне.

Штатные сестры милосердия работали в лечебных учреждениях и частных домах, а также командировались в помощь врачам в периоды эпидемий, военных кампаний и иных общественных бедствий. В отличие от других общин сестры Смоленской общины вполне осознанно стремились не к специализации (больничные, аптечные, амбулаторные, для работы в частных домах), а к универсальности знаний, умений и навыков, полной взаимозаменяемости на рабочем месте, что могло стать необходимым в условиях войн, стихийных катастроф и других экстремальных ситуаций.

Дежурства сестер состояли из платных и бесплатных; в среднем на 1 сестру приходилось от 260 до 290 дежурств в год. Платные дежурства сестры несли в военном лазарете, частных лечебницах, инфекционных бараках губернской земской больницы, психиатрической лечебнице, лечебнице благотворительного общества, амбулатории общества смоленских врачей, на дому. При этом в бесплатных лечебницах для населения труд сестер оплачивался в половинном размере. Бесплатные дежурства предусматривались в губернской земской больнице, собственной амбулатории общины, окулистических отрядах.

В 1897 г. местное управление Красного Креста и попечительский совет общины приняли решение об открытии в городе амбулатории для неимущих⁵. Амбулатория создавалась с целью удовлетворения потребности населения в доступной врачебной помощи, а также создания клинической базы для сестер милосердия, где те могли бы учиться практическому уходу за боль-

Е. Л. Коноплева — ст. преподаватель курса (konopleva-elen@list.ru).

¹РОКК. Исторический обзор деятельности. — СПб., 1902. — С. 78.

²Там же.

³Священник Н. Попов. Открытие Общины сестер милосердия в городе Смоленске. Речь при открытии Смоленской общины сестер милосердия // Смоленские епархиальные ведомости. — 1894. — № 13. — С. 581—587.

⁴Смоленское земство и здравоохранение. 1865—1918 годы: сборник материалов. — Смоленск, 2005. — С. 116.

ными и приобретать навыки в качестве помощников врачебного персонала.

Амбулатория состояла из четырех помещений: ожидальни на 40 пациентов, кабинета врача, перевязочной и аптеки. В отличие от других филантропических амбулаторий и амбулатории губернской больницы здесь прием вел постоянный врач. В 1-й месяц работы амбулатории ее посетили 500 больных, в дальнейшем их количество превышало 1000 в месяц. Помимо оказания медицинской помощи амбулатория вела профилактическую деятельность, активно занимаясь оспопрививанием, уделяя особое внимание тем, кто страдал незаразными инфекционными заболеваниями. На таких больных заполнялись особые "скорбные листы", для обследования вызывались члены их семей. К достоинствам амбулатории следует отнести высокие показатели повторных посещений для наблюдения и курсового лечения — почти 40% общего количества. Врач общины, помимо приема больных, был обязан руководить практическими занятиями сестер.

В 1901 г. при амбулатории начала функционировать платная лечебница на 8 коек⁵. С 1900 по 1914 г. в лечебнице работал постоянный врач общины В. А. Самсонов. На протяжении многих лет с лечебницей сотрудничал заведующий хирургическим отделением губернской земской больницы С. И. Спасокукоцкий. Первые две операции с перечислением гонорара в пользу лечебницы были произведены им уже в день ее открытия.

В задачи РОКК входила помощь пострадавшим от стихийных бедствий. Сестры милосердия командировались в зоны эпидемий и голода, а также принимали участие в борьбе с трахомой, собирали пожертвования. Например, в 1906 г. сестры общины лично раздали погорельцам Сызрани 72 тюка пожертвованных носильными вещами. В 1912 г. Смоленская община организовала сбор пожертвований в пользу голодающих Уфимской губернии, куда был командирован специальный врачебно-питательный отряд⁷.

Смоленская община сестер милосердия активно включилась в дело помощи пострадавшим во время русско-японской войны. В собственной лечебнице общины были выделены 20 мест для раненых. Для отправки желающих на Дальний Восток при общине были организованы 6-недельные медицинские курсы. Выполняя распоряжение главного управления РОКК о "сооружении бельевого отдела" Смоленского земского лазарета на 100 коек, сестры общины изрезали на бинты и рулоны 22 411 аршин марли, рассортировали 112 858 аршин холста, сшили различного белья 21 093 единицы, перестирали 25 204 штуки белья. Только за счет пожертвований, собранных общиной, был укомплектован всем необходимым госпиталь на 25 кроватей, содержание которого оплачивалось из средств местного управления Красного Креста. Для работы в дальневосточных госпиталях были командированы два медицинских отряда. Первый отряд из 15 сестер весной и осенью 1904 г. обслуживал раненых и больных в санитарных поездах, курсирующих между Ляояном и Мукденом⁸. Второй отряд из 4 врачей и 12 сестер под руководством С. И. Спасокукоцкого прибыл в пункт назначения — на станцию Мысовая Забайкальской железной дороги — 6 сентября 1904 г. Мысовский лазарет, будучи последним этапом перед Иркутском, снимал с поездов тяжелораненых, неспособных перенести дальнейшую транспортировку через Байкал, а также всех инфекционных больных. За год работы членами отряда была оказана медицинская помощь 1 387 больным и раненым, умерло 45 (3,3%)⁹.

⁵Отчет о деятельности лечебницы Общины сестер милосердия Красного Креста в г. Смоленске со 2 декабря 1897 года по 1-е января 1899 года (год первый) / Сост. врач Е. И. Яковенко. — Смоленск, 1899 г.

⁶Отчет о деятельности лечебницы Общины сестер милосердия Красного Креста в г. Смоленске за 1901 год (год третий) / Сост. врач В. А. Самсонов. — Смоленск, 1901.

⁷Отчет по Смоленской общине сестер милосердия Красного Креста за 1912 год. — Смоленск, 1913. — С. 8.

⁸Отчет по Смоленской общине сестер милосердия Красного Креста за 1906 год. — Смоленск, 1907. — С. 6.

⁹Кауфман П. М. Красный Крест в тылу армии в японскую кампанию 1904—1905 годов. — СПб., 1909. — Т. 1. Ч. 1. Сибирский район. — С. 14.

Смоленская община сестер милосердия принимала энергичное участие в первой мировой войне. Только в августе 1914 г. на железнодорожных вокзалах прифронтового Смоленска была оказана помощь почти 20 тыс. человек из 40 эшелонов. В отдельные дни число перевязанных доходило до 1000 и более¹⁰. Очевидец вспоминает: "Компетентные в этом деле лица высказывали мнение, что на какое бы число коек в городе не были открыты лазареты, все они, вследствие нахождения Смоленска на пересечении двух важнейших, идущих с театра войны, железнодорожных путей, будут использованы"¹¹. При общине были развернуты краткосрочные вечерние курсы по подготовке сестер милосердия и санитарок¹². В августе 1915 г. в еще недостроенном новом здании лечебницы Смоленской общины сестер милосердия был открыт лазарет для 7 офицеров и 113 нижних чинов, в том числе военнопленных¹³. Помимо работы в собственном лазарете сестры общины принимали участие в работе 200-коечного лазарета при Смоленской губернской больнице, 900-коечного лазарета Всероссийского земского союза и других. В августе 1914 г. в Варшаве в помещении гимназии был развернут госпиталь на 400 коек, полностью оборудованный на средства Смоленской общины сестер милосердия. Таким образом, за время ведения военных действий смоленские сестры милосердия оказали попечение тысячам раненых и больных солдат и офицеров.

После октябрьской революции специальным декретом СНК РСФСР от 4 января 1918 г. главное управление Красного Креста упразднилось, имущество Красного Креста было объявлено собственностью Российской республики. Судьба Смоленской общины сестер милосердия была решена на съезде сестер милосердия 5 августа 1918 г. во дворце труда в Смоленске, где была принята резолюция о несоответствии деятельности Красного Креста задачам рабоче-крестьянского государства и предложены принципы его реорганизации. Госпиталь сестер милосердия был национализирован и при переподчинении получил новое название "Госпиталь № 1 имени Смоленского Совдепа". В новых условиях перед ним была поставлена задача организации стационарного и амбулаторного лечения населения по принципу преимущественного обслуживания пролетариата и трудового крестьянства. Самостоятельная педагогическая, лечебная и социальная деятельность Смоленской общины сестер милосердия прекратилась, однако сестры по-прежнему проживали в общежитии на территории больницы и некоторое время работали в своей бывшей лечебнице.

Таким образом, Смоленская община сестер милосердия Красного Креста сыграла существенную роль в развитии здравоохранения Смоленской губернии. Учреждение общины сестер милосердия РОКК в 1894 г. стало одним из важных практических шагов в восполнении острой нехватки средних медицинских кадров в городе и губернии, благодаря этому была обеспечена профессиональная подготовка сестер на учебных курсах и в собственных лечебных заведениях. На одном из губернских земских собраний отмечалось, что община "дает работниц в высокой степени самоотверженных и честно исполняющих свои обязанности, а потому и поддержать ее необходимо"¹⁴. Сестры принимали участие в организации медицинской помощи жителям губернии, в русско-японской и первой мировой войнах. Построенная в 1914 г. на средства общины больница Красного Креста сегодня является крупнейшим многопрофильным лечебным учреждением Смоленска.

Поступила 12.02.10

¹⁰Смоленский Губернский Комитет Всероссийского Земского Союза помощи больным и раненым воинам. Обзор деятельности по оказанию помощи больным и раненым воинам по Смоленской губернии. — Вып. 1. — 1914. — С. 6.

¹¹Государственный архив Смоленской области (ГАСО), ф. 7, опт. 3, д. 90, л. 3. Журнал заседания Смоленского губернского комитета Всероссийского земского помощи раненым и больным воинам от 24 октября 1914 года.

¹²Смоленский вестник. — 1914. — № 171. — 1 августа. — С. 2.

¹³Там же. — 1915. — № 212. — 7 августа. — С. 3.

¹⁴Смоленское земство и здравоохранение. 1865—1918 годы: Сборник материалов. — Смоленск, 2005. — С. 183.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ВКЛАД ЗЕМСКОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА Н. И. ТЕЗЯКОВА В РАЗВИТИЕ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ В САРАТОВСКОЙ ГУБЕРНИИ

Саратовский государственный медицинский университет Росздрава

В статье в историческом аспекте представлены краткие биографические сведения о Н. И. Тезякове. Освещены основные вопросы, касающиеся развития санитарной службы в Саратовской губернии в начале XX столетия. Показан научно-практический вклад Н. И. Тезякова в развитие земской медицины и санитарного дела в России.

Ключевые слова: Н. И. Тезяков, земская медицина, санитарное дело, биография

THE SCIENTIFIC PRACTICAL INPUT OF ZEMSTVO PHYSICIAN N.I. TEZIAKOV INTO THE DEVELOPMENT OF SANITARY SERVICE IN SARATOVSKAYA GUBERNIA.

A.I. Zaviyalov

The article considers, in historical perspective, the short biographic data relating to Zemstvo physician N.I. Teziakov. The major issues concerning the development of sanitary service in Saratovskaya gubernia in the beginning of XX century are covered. The scientific practical input of N.I. Teziakov into the development of zemstvo medicine and sanitary work is demonstrated.

Key words: N.I. Teziakov, zemstvo medicine, sanitary work, biography



Исполнилось 150 лет со дня рождения Николая Ивановича Тезякова, одного из видных деятелей в области отечественной медицины, земского санитарного врача и общественного деятеля, внесшего существенный вклад в организацию и развитие санитарного дела в России в конце XIX — начале XX столетий.

Н. И. Тезяков родился 10 декабря 1859 г. на Урале в семье крепостного крестьянина. После окончания гимназии в Екатеринбурге в 1879 г. он поступил на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1884 г., получив звание лекаря. Большое влияние на выбор будущей профессии Н. И. Тезякова оказали заведующий кафедрой гигиены проф. И. П. Скворцов и руководитель Казанского общества врачей А. В. Петров. Будучи студентом, Николай Иванович проявил заметный интерес к санитарно-гигиеническим исследованиям статистического характера и практической деятельности в области общественной гигиены.

После окончания университета он работал участковым врачом в селе Аряше Осинского уезда Пермской губернии, где большую часть своего рабочего времени посвящал лечебной и

санитарно-эпидемиологической работе. Он занимался изучением быта сельскохозяйственных рабочих, проблемами движения населения, обследованием санитарного состояния школ, изучением причин распространения эпидемий (сыпной тиф, чума, сифилис, трахома, детские инфекции)¹.

В 1889 г. Николай Иванович перешел на службу в качестве заведующего санитарным бюро в Херсонской губернии, а с 1896 по 1903 г. возглавлял санитарное отделение Воронежской губернской земской управы. Наиболее ярко раскрылся незаурядный организаторский талант в период его деятельности в Саратовской губернии (1903—1920)².

Важным событием в области здравоохранения Саратовской губернии в 1902 г. явилось решение Саратовской губернской земской управы о создании санитарной организации и приглашение Н. И. Тезякова на должность заведующего санитарным бюро.

В середине 1903 г. Николай Иванович прибывает в Саратов и активно включается в работу по созданию губернской санитарной организации. Он организует совещание земских врачей, где рассматриваются вопросы об открытии летом в уездах на средства губернского земства яслей-приютов; об участии губернского земства в борьбе с эпидемиями, регистрации амбулаторных больных, выпуске журнала "Врачебная санитарная хроника".

Осенью 1903 г. по инициативе Николая Ивановича был созван VIII губернский съезд земских врачей и председателей земских управ Саратовской губернии, где обсуждались вопросы организации врачебно-санитарного дела в губернии, лечебно-продовольственных пунктов на рынках найма сельскохозяйственных рабочих, школьной гигиены, борьбы с инфекционными заболеваниями; работа детских яслей-приютов.

В этом же году он начинает редактировать журнал "Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии". Одновременно Н. И. Тезяков принимает активное участие в деятельности Физико-медицинского и Саратовского санитарного обществ.

Н. И. Тезяков первым из земских врачей провел демографическое исследование в Саратовской губернии, в котором на большом статистическом материале убедительно показал факторы, влияющие на состояние естественного движения населения в регионе. Много внимания он уделял проблеме детской смертности, высокие показатели которой связывал с бытовыми и экономическими условиями жизни населения, а также с особенностями ухода за детьми и их питанием. Так, по данным Н. И. Тезякова, общая смертность в губернии составляла 38,5%,

¹Идельчик Х. И. Н. И. Тезяков и его роль в развитии земской медицины и строительстве советского здравоохранения. — М., 1960; Тезяков Николай Иванович // БМЭ. — 1985. — Т. 24. — С. 1549—1550.

²Бойдык Э. И. // Врачебное дело. — 1955. — № 1. — С. 73—76; Моралев М. И. // Развитие советского здравоохранения в Саратовской области. — Саратов, 1959. — С. 11—20.

А. И. Завьялов — д-р мед. наук, доц. каф. (meduniv@sgmu.ru)

а среди детей в возрасте до 1 года — 27,7%; до 5 лет доживали 569 из 1000 родившихся.

Одним из приоритетных направлений в деятельности и научных трудах Николая Ивановича являлись эпидемиологические исследования, организация борьбы с инфекционными болезнями, так как в 1903—1904, 1907, 1910 гг. в Поволжье прокатилась волна эпидемий холеры, в 1908—1909, 1912 и 1915—1918 гг. — сыпного тифа, в 1910 г. — дифтерии и оспы.

Большое теоретическое и практическое значение имели его исследования, посвященные борьбе с дифтерией, которая была чрезвычайно распространенным заболеванием в губернии, унесившим тысячи детских жизней. Н. И. Тезяков одним из первых земских врачей начал применять в сельской местности Херсонской губернии противодифтерийную сыворотку для лечения больных. Обобщив многолетний опыт применения противодифтерийной сыворотки, он провел анализ результатов ее использования в различных губерниях (Херсонская, Воронежская, Саратовская). Материалы своих исследований он опубликовал в виде монографии "О распространении дифтерийных эпидемий в России за 25 лет с 1886 по 1910 г." (1914).

Заслуживает внимания активная деятельность Н. И. Тезякова в 1907 г. по борьбе с чумой. Неоднократные вспышки этого заболевания в поволжских губерниях обусловили тот факт, что проблемой борьбы с чумой в те годы на территории Саратовской и других близлежащих губерний систематически занимались многие выдающиеся деятели отечественной медицины — ученые-эпидемиологи Д. К. Заболотный, Н. Н. Клодницкий, И. А. Деминский, с которыми Н. И. Тезяков находился в тесном научно-практическом сотрудничестве. Возглавляемое им Отделение народного здоровья принимало участие в работе специальных отрядов, командированных Институтом экспериментальной медицины (Санкт-Петербург) в различные регионы Поволжья. Деятельностью этих отрядов руководил Д. К. Заболотный.

Н. И. Тезяков в 1912 г. вместе с проф. К. Д. Заболотным провел обследование района, пораженного чумой, вблизи Царицына. В результате было установлено, что земские врачи уделяют недостаточно внимания проведению противоэпидемиологических мероприятий по борьбе с чумой.

Саратовская санитарная организация явилась инициатором и активным участником областного противочумного съезда, состоявшегося в 1910 г., и Самарского областного съезда по борьбе с чумой, который состоялся в 1914 г. Саратовское земство вынесло решение о создании в Царицыне специальной противочумной лаборатории, вошедшей в общую сеть лабораторий Поволжья, а Отделение народного здоровья, возглавляемое Н. И. Тезяковым, внесло предложение об организации временных медицинских участков. Спустя многие годы их противочумная деятельность полностью оправдала себя на практике³.

Особое место в работе Н. И. Тезякова занимала организация продовольственной и лечебно-питательной помощи населению во время неурожая (1905, 1906, 1907, 1908, 1911 гг.). При активном участии Н. И. Тезякова были организованы питание больных и голодающих крестьян, горячие завтраки в школах, бесплатные столовые. В 1909 г. в губернии было открыто 3 врачебно-продовольственных пункта, а в 1913 г. их число возросло до восьми⁴.

Большое внимание Н. И. Тезяков и его близкие сотрудники В. Д. Ченькаев, П. Н. Соколов, Н. И. Ковалевский придавали госпитализации больных с инфекционными заболеваниями. Николай Иванович прилагал много усилий к строительству при больницах заразных барачков, хотя земство шло на это дело весьма неохотно.

В 1910 г. при непосредственном его участии во всех уездах были введены должности санитарных врачей. С этого времени фактически начался период планомерной и многообразной работы санитарной организации Саратовской губернии под руководством Н. И. Тезякова.

На протяжении всей земской деятельности Н. И. Тезякова в Саратовской губернии в сфере его интересов важное место занимали исследования условий труда и быта сельскохозяйственных рабочих и практические мероприятия по организации их медико-санитарного обслуживания. Этим вопросам Н. И. Тезяков посвятил около 50 научных работ.

Являясь товарищем председателя Саратовского физико-медицинского общества с 1908 г., Н. И. Тезяков внес существенный вклад в организацию высшего медицинского образования (открытие университета с медицинским факультетом) в Саратове. 8 мая 1909 г. законопроект по учреждению университета был принят Государственной Думой, а 10 июня 1909 г. Николай II утвердил закон об организации университета в Саратове.

³Идельчик Х. И. Ук. соч.

⁴Там же.

И. И. Тезяков принял активное участие в подготовке к открытию Императорского Николаевского университета (Саратов). На торжественном собрании 6 декабря 1909 г. он приветствовал новый университет от имени Саратовского физико-медицинского общества и губернского отделения народного здоровья. Уделяя большое внимание подготовке будущих врачей, губернное земство в 1912 г. вводит стипендию для отличившихся студентов Императорского Николаевского университета⁵.

Н. И. Тезяков был одним из активных участников съездов русских врачей в память Н. И. Пирогова начиная с V съезда (Петербург, 1893—1894). На съездах его избирали членом распорядительных собраний (V съезд, 1893—1894, XI съезд, 1910), председателем общих секционных заседаний (секция фабрично-заводской медицины VIII съезда, 1902; секция гигиены, общественной медицины, медицинской статистики и секция городской медицины XI съезда, 1913). Н. И. Тезяков выступал на съездах с рядом важных и интересных докладов, в частности об изучении санитарного состояния сельскохозяйственных рабочих, о губернских земских больницах (VII съезд, 1899), а также по вопросам борьбы с эпидемиями (VIII съезд, 1900, XI съезд, 1910, XII съезд, 1913).

Земская организация Саратовской губернии принимала участие в Международной гигиенической выставке, состоявшейся в Дрездене в 1911 г. Представленные материалы земской медицины и земской санитарной статистики вызвали большой интерес не только у соотечественников, но и у зарубежных посетителей выставки. «Особенно удачно и полно, — писал руководитель комиссии по устройству Отдела русской общественной медицины З. Г. Френкель в статье "Международная гигиеническая выставка в Дрездене", — освещена деятельность участковой земской медицины прекрасными коллекциями фотографий Саратовского губернского земства, составленными неутомимым доктором Н. И. Тезяковым и его сотрудниками». За участие в выставке Саратовское губернное земство было награждено выставочным комитетом дипломом.

В 1913 г. Саратовское земство приняло участие в работе Всероссийской гигиенической выставки, состоявшейся в Петербурге, куда представило для обозрения экспонаты, демонстрировавшиеся на Дрезденской выставке, значительно дополненные и расширенные за счет новых, накопленных за 1911—1913 гг. материалов. Среди них следует отметить сведения об оказании врачебной помощи по отдельным уездам, планы сельских водопроводов, построенных в Саратовской губернии при непосредственном участии врачей, а также материалы, характеризующие деятельность временных врачебных участков, лечебно-питательных пунктов, по гигиене земских школ и др. Н. И. Тезяков был награжден почетным дипломом "За содействие устройству Отдела земской медицины на выставке, за крупные заслуги по организации врачебно-санитарного дела в Саратовской губернии и за труды по разработке санитарно-статистических данных"⁶.

Санитарные врачи Саратовской губернии под руководством Николая Ивановича проделали огромную работу по детальному изучению состояния водоснабжения во всех уездах губернии как источника кишечных инфекций, а результаты этих исследований опубликовали отдельным изданием. Собранный врачами материал позволил провести мероприятия по улучшению водоснабжения, в частности помочь устройству около 30 сельских самотечных водопроводов. Это достижение санитарных врачей для того времени было исключительным.

Большое место в деятельности Н. И. Тезякова занимала пропаганда гигиенических знаний. Н. И. Тезякову удалось добиться в губернском земстве утверждения должности разъездного лектора, а впоследствии организовать передвижные санитарно-просветительные выставки в ряде уездов, которые получили высокую оценку медицинской общественности. Накопленный материал по санитарному просвещению земскими врачами в дальнейшем был широко использован в работе дома санитарного просвещения, впервые созданного в феврале 1919 г. в Саратове⁷.

Н. И. Тезяков был инициатором чтения курса школьной гигиены на педагогических курсах учителей и учительниц земских и церковно-приходских школ. С этой целью им были подготовлены и изданы в виде книги лекции "Беседы по гигиене в применении ее в народной школе", выдержавшие на протяжении 1899—1915 гг. 8 изданий. В лекциях он подчеркивает огромное значение гигиены как науки, конечной целью которой является "не лечение болезней, а их предупреждение".

⁵Тезяков Н. И. // Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии. — 1913. — № 1. — С. 63.

⁶Идельчик Х. И. Ук. соч.

⁷Моралев М. И. // Развитие советского здравоохранения в Саратовской области. — Саратов, 1959. — С. 11—20.

Врачебно-общественная деятельность Н. И. Тезякова в Саратовской губернии дважды прерывалась мобилизацией в армию во время русско-японской (1904—1905) и первой мировой (1915—1918) войн. Мобилизация руководителя санитарной организации губернии, а также уход в армию многих губернских участковых и санитарных врачей тяжело отразились на работе отделения народного здоровья.

В конце 1904 г. Н. И. Тезяков прибыл в действующую армию и был назначен на должность одного из помощников заведующего санитарно-статистическим бюро при управлении главного начальника санитарной части маньчжурских армий. В период службы в армии он обобщает статистические сведения об уровне заболеваемости инфекционными болезнями среди личного состава. Затем эти материалы публикует в статье "Краткий очерк заболеваемости и смертности маньчжурских армий за время русско-японской войны 1904—1905 гг." в "Журнале Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова", где указывает, что количество заболеваний в армии в несколько раз превышало количество ранений (на 1 раненого приходилось 3 больных). Среди заболеваний первое место занимали болезни органов пищеварения (19,3%), острозаразные болезни (18,2%), болезни органов дыхания (9,8%), венерические (6,1%) и кожные болезни (5,9%), нервные болезни (2%). Уровень заболеваемости среди офицеров (по данным госпиталей) превышал в 2—3 раза заболеваемость среди "нижних чинов".

В ноябре 1915 г. Н. И. Тезяков был назначен главным врачом расположенного в Саратове 139-го сводного эвакогоспиталя для военнопленных солдат и офицеров на 240 коек. Под его руководством и при постоянной практической помощи профессоров Императорского Николаевского университета В. И. Разумовского и С. И. Спасокукоцкого в госпитале осуществлялось оказание высококвалифицированной медицинской помощи раненым. Кроме того, в госпитале была создана протезная мастерская.

В конце 1915 г. Н. И. Тезяков проделал большую работу по борьбе с эпидемией сыпного тифа в одной из воинских частей, расположенных в Саратове. Своевременно проведенные профилактические мероприятия позволили в короткий срок ликвидировать начавшуюся эпидемию в 8-тысячном коллективе военнослужащих⁸.

В июне 1918 г. Н. И. Тезяков после демобилизации из армии возвратился в Саратов, где был назначен главным губернским санитарным врачом.

В период работы заведующим отделением народного здоровья Саратовской губернии Н. И. Тезяков издал ряд монографий, имевших научно-практическое значение: "Отхожие промыслы и рынки найма сельскохозяйственных рабочих в Саратовской губернии (к вопросу об организации врачебно-санитарного надзора за передвигающимися рабочими массами)" (1903), "Материалы по изучению детской смертности в Саратовской губернии с 1902 по 1904 г." (1908), "Заболеваемость населения Саратовской губернии в 1904 г.", "Временные врачебные участки в ряду других временных организаций по борьбе с недоеданием" (1912), "О распространении дифтерийных эпидемий в России за 25 лет с 1886 по 1910 г." (1914), "Сыпной тиф как народное бедствие и борьба с ним. Вниманию всех трудящихся" (1920)⁹.

В начале 1920 г. Николай Иванович по приглашению Н. А. Семашко и З. П. Соловьева переходит на работу в Наркомздрав РСФСР, сначала на должность заведующего отделом лечебных местностей, а затем — заведующего медико-санитарным отделом Главного курортного управления¹⁰.

Н. И. Тезяков относится к плеяде выдающихся русских врачей, занимавшихся чрезвычайно широким спектром проблем социальной гигиены и внесших существенный вклад в развитие земской медицины и санитарной службы в России. Н. И. Тезяков вошел в отечественную историю как один из лучших представителей санитарного дела земского периода медицины, оставив заметный след в самых разных областях медико-санитарного обслуживания сельского населения. Его перу принадлежит более 250 научных трудов, которые не утратили актуальности и научно-практической значимости до настоящего времени.

Поступила 28.05.09

⁸Идельчик Х. И. Ук. соч.

⁹Шустерман И. Б. // Гиг. и сан. — 1950. — № 5. — С. 41—45.

¹⁰Чикин С. Я. // Здравоохр. РФ. — 1975. — № 4. — С. 44—46.

Рецензии

© Ю. П. ЛИСИЦЫН, 2011

УДК 614.2(049.32)

О. П. Щепин, В. А. Медик. **Общественное здоровье и здравоохранение.** Учебник для системы послевузовского профессионального образования врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 592 с.

В последние годы вышли в свет учебники и учебные пособия по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранение" Ю. П. Лисицына (2002, 2010), В. А. Миняева и Н. И. Вишнякова (2009), В. А. Медик и В. К. Юрьева (2009), В. З. Кучеренко (2010) и др. Но все эти учебники предназначены для обучения студентов высших медицинских заведений, а для такого важнейшего этапа в системе непрерывного медицинского обучения, каким является послевузовское образование, учебника до сегодняшнего дня не было. Этот пробел восполнен учебником, написанным известными учеными-организаторами здравоохранения академиком РАНН О. П. Щепиными и членом-корр. РАНН В. А. Медик.

Учебник состоит из 22 глав и содержит всю необходимую новейшую информацию о законодательстве, экономике, управлении здравоохранением, медицинском страховании, организации медицинской помощи при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, экспертизе трудоспособности, обеспечении санитарно-эпидемического благополучия населения, информатизации здравоохранения, организации амбулаторно-поликлинической, больничной и специализированной медицинской помощи в Российской Федерации и др.

Уделив большое внимание изложению этих и других глав, авторы совершенно справедливо сделали акцент на современных подходах в изучении социальной обусловленности общественного здоровья и организации медицинской профилактики.

Для получения более полной картины о состоянии здоровья населения авторы предложили ряд новых показателей, характе-

ризующих социальную обусловленность общественного здоровья. Эти показатели аккумулируют группу социальных, культурных, психологических и информационных факторов, объективно влияющих на поведение индивидов в сфере здоровья и, следовательно, предопределяющих состояние и динамику общественного здоровья на уровне как отдельных социальных групп, так и популяции.

Статистический анализ социальной обусловленности общественного здоровья является принципиально новым для исследователей, практиков здравоохранения и выходит за рамки устоявшегося набора показателей государственной и ведомственной статистики. При этом оценка социальной обусловленности — это не просто дополнение к общепринятым статистическим показателям здоровья, а причинно-следственный анализ их природы. Это подход только начинают применять в статистике здоровья и здравоохранения, и его использование позволит в значительной степени объективизировать картину общественного здоровья и тем самым создать надежную информационную базу для принятия обоснованных управленческих решений по модернизации здравоохранения в Российской Федерации.

При отсутствии мотивированного и развитого ценностного отношения здоровье не воспринимается населением как необходимый жизненный ресурс. В связи с этим, как правило, отсутствует индивидуальное и корпоративное планирование в этой сфере. В то же время мировой опыт показывает, что наличие у человека развитого ценностного отношения к своему здоровью играет ведущую роль в снижении смертности от социально значимых заболеваний.

Следует признать, что система здравоохранения, опираясь лишь на свои возможности, не в состоянии изменить ценностное отношение населения к здоровью. Для решения этой задачи требуется включение других социальных институтов общества,

в первую очередь политической власти, законодательства, образования, СМИ. Эта мысль авторов представляется особо значимой.

У организаторов здравоохранения, на мой взгляд, большой интерес должна вызывать завершающая глава, в которой изложен комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения Российской Федерации. Авторы не только критически оценивают состояние здоровья и деятельность системы здравоохранения, но и излагают целостную концепцию модернизации системы охраны здоровья граждан РФ.

В заключение авторы предлагают основные, наиболее встре-

чающиеся в общественном здоровье и здравоохранении термины. Нельзя сказать, что этот перечень исчерпывающий, но само желание внести единообразие в терминологию заслуживает всяческих похвал.

В целом хочется отметить, что руководители органов управления и учреждений здравоохранения, преподаватели системы высшего медицинского образования получили достойный учебник, который может стать хорошей основой для совершенствования их знаний и роста профессионального мастерства.

Акад. РАМН Ю. П. Л и с и ц ы н

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Быков А. Т. (Сочи), *Васильева Т. П.* (Иваново), *Введенская И. И.* (Нижний Новгород), *Вишняков Н. И.* (Санкт-Петербург), *Галкин Р. А.* (Самара), *Герасименко Н. Ф.* (Москва), *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), *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 *А. В. Малахова*

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 09.02.11. Подписано в печать 23.03.2011. Формат 60×88¹/₈.

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

Уч. изд. л. 9,40.

Заказ 159.

ОАО «Издательство "Медицина"» 115088, Москва, Новоостاپовская ул., д. 5, стр. 14

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 320 экз.

ЛР № 010215 от 29.04.97.

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

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

При направлении статьи в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

Уважаемые читатели!

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

Наш адрес:

www.medlit.ru