

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

3

2011

МАЙ—ИЮНЬ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

БОРОДУЛИН В. И. — доктор мед. наук, проф., **ГАЙДАРОВ Г. М.** — доктор мед. наук, проф.,
ДЕНИСОВ И. Н. — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ЗАТРАВКИН С. Н.** — доктор мед. наук,
проф., **КАКОРИНА Е. П.** — доктор мед. наук, проф., **КОРОТКОВ Ю. А.** — доктор мед. наук, проф.,
КУЧЕРЕНКО В. З. — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ЛИНДЕНБРАТЕН А. Л.** — доктор
мед. наук, проф., **ЛИСИЦЫН Ю. П.** — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **МАКСИМОВА Т. М.** —
доктор мед. наук, проф., **МЕДИК В. А.** — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ПЕРХОВ В. И.** —
доктор мед. наук, **ПОДДУБНЫЙ М. В.** — канд. мед. наук, **СЕМЕНОВ В. Ю.** — доктор мед. наук,
проф., **СОН И. М.** — доктор мед. наук, проф., **СОРОКИНА Т. С.** — доктор мед. наук, проф.,
СТАРОДУБОВ В. И. — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ТРЕГУБОВ Ю. Г.** — доктор мед. наук,
проф., **ЩЕПИН В. О.** — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф.



СОДЕРЖАНИЕ

Поздравляем лауреатов премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники за 2009 г.

Здоровье и общество

- Щепин О. П., Петручук О. Е., Коротких Р. В., Давлетшин Ф. А.* Диспансеризация и современное здравоохранение России. Сообщение 2. Диспансерный метод как инструмент профилактического подхода в здравоохранении. 4
- Максимова Т. М., Лушкина Н. П.* Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи 8
- Щепин В. О.* Структурно-функциональный анализ посещений населением Российской Федерации врачей амбулаторно-поликлинических учреждений 11
- Чудинова И. Э., Голикова Д. В., Агамов З. Х.* К вопросу о медицинской активности пациентов ведомственной поликлиники 14
- Аскарлова З. Ф., Аскарров Р. А., Байкина И. М., Чуенкова Г. А.* Динамика заболеваемости населения в горнодобывающих районах Урала 17
- Нармухамедова Н. А.* Оценка отношения больных с артериальной гипертензией к болезни и степени следования рекомендациям врача. 22

Реформы здравоохранения

- Алексеева Н. Ю.* Системное преобразование регионального здравоохранения в целях повышения доступности и качества медицинской помощи населению. 25
- Махотин А. Е.* Доступность медицинской помощи больным с офтальмологическими заболеваниями при различных организационно-правовых формах ее оказания. 27
- Уткина Г. Ю., Францева В. О.* Межведомственный подход к оказанию социальной помощи несовершеннолетним 31
- Мысяков В. Б.* Результаты экспертной оценки качества акушерско-гинекологической и неонатальной помощи на различных этапах ее оказания 34
- Солодухина Д. П., Георгиева Л. Х.* Оценка потребности пожилых пациентов в медицинской и социальной помощи в период ремиссии 36
- Гаджиев Р. С., Бейбутова А. М.* Медико-социальная помощь беременным в городских женских консультациях 38

За рубежом

- Кудрявцев И. Ю.* Принципы онкологической помощи работникам Навоийского горно-металлургического комбината 41
- Хайдарова Т. С., Нурмуханбетова Р. Н.* Совершенствование профилактической деятельности в системе первичной медико-санитарной помощи 44

История медицины

- Сточик А. М., Затравкин С. Н.* Научные революции в медицине XVII—XIX веков: опровержение галенизма и возникновение естественнонаучных основ медицины. Сообщение 5. Формирование новых представлений о строении и механизмах функционирования нервной системы. 46
- Бородулин В. И., Ратманов П. Э.* Традиции "святого доктора" Гааза в отечественной клинике: А. Н. Казем-Бек и В. М. Казем-Бек (Казань—Харбин) 50
- Батоев С. Д.* Народная медицина в Забайкалье 53
- Гаджиева Л. А.* Вклад выпускников российских военно-медицинских академий в борьбу с острыми инфекционными заболеваниями в дореволюционном Дагестане 55
- Кузыбаева М. П.* Музей гигиены в культурной жизни Российского общества 57
- Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения и медицины 2011 года. 60

Хроника

- Поддубный М. В.* Международная конференция, посвященная 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова 62
- Гончарова С. Г.* Московское научное общество историков медицины в 2010 г. 63

CONTENT

Congratulations to the laureates of the Russian Federation Government Award in the field of science and technology 2009

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 dispensarization technique as a tool of prevention approach in public health 4
- Maksimova T. M., Lushkina N. P.* The characteristics of perception by patients from different countries the conditions of medical care provision 8
- Schepin V. O.* The structural functional analysis of population attendance of physicians of ambulatory polyclinic institutions in the Russian Federation 11
- Chudinova I. E., Golikova D. V., Agamov Z. H.* On the issue of medical activity of patients of departmental polyclinic 14
- Askarova Z. F., Askarov R. A., Baikina I. M., Chuenkova G. A.* The dynamics of population morbidity in the mining territories of Ural region 17
- Narmuhamedova N. A.* The evaluation of attitude of patients with arterial hypertension to the disease and degree of physician recommendations observation 22

Health reforms

- Alekseeva N. Yu.* The systemic modification of regional public health system for enhancing availability and quality of population medical care 25
- Mahotin A. E.* The medical care availability to ophthalmologic patients at various organizational and legal forms of its rendering 27
- Utkina G. Yu., Franzeva V. O.* The intersectoral approach to medical social care delivering to under-aged children 31
- Misyakov V. B.* The expertise of quality assessment of obstetric-gynecologic and neonatal care at different stages of its delivery 34
- Solodukhina D. P., Georgieva L. H.* The assessment of the elderly patients' need in medical and social care during remission period 36
- Gadjiev R. S., Beibutova A. M.* The medical social care to pregnant women in the municipal maternity welfare clinics 38

From abroad

- Kudryavtsev I. Yu.* The principles of oncologic medical care provided to workers of mining and smelting complex in city of Navoi 41
- Haidarova T. S., Nurmuhambetova R. N.* The role of preventive activities in the process of disease prevention as an integral part of primary medical sanitary care 44

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 5: The development of new conceptions about the structure and mechanisms of functioning of nervous system 46
- Borodulin V. I., Ratmanov P. E.* The traditions of "the saint Doctor" Gaas in Russian clinic: A. N. Kazem-Bek and V. A. Kazem-Bek (Kazan-Harbin) 50
- Batov S. D.* The traditional medicine in Transbaikalia 53
- Gadjieva L. A.* The input of graduates of Russian military medical Academies into fight against acute infectious diseases in pre-revolutionary Dagestan 55
- Kuzybaeva M. P.* The museum of hygiene and its role in the cultural life of Russian society 57
- Remarkable and jubilee dates of history of public health and medicine in 2011 60

Chronicle

- Poddubny M. V.* The international conference on bicentenary of N. I. Pirogov 62
- Goncharova S. G.* The Moscow scientific society of historians of medicine in 2010 63

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

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2011

Поздравляем!

23 декабря 2010 г. в Доме Правительства состоялась торжественная церемония вручения премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники за 2009 г. Среди лауреатов премии — авторский коллектив в составе: академика РАМН О. П. Щепина (руководитель работы), член-кор. РАМН В. А. Медика, канд. мед. наук А. М. Москвичева, академика РАМН Ю. П. Лисицына, академика РАМН А. И. Потапова, академика РАМН А. В. Шаброва, член-кор. РАМН В. О. Щепина, канд. техн. наук А. А. Бачманова.



академик РАМН О. П. Щепин (руководитель работы)



член-кор. РАМН
В. А. Медик



канд. мед. наук
А. М. Москвичев



академик РАМН
Ю. П. Лисицын



академик РАМН
А. И. Потапов



академик РАМН
А. В. Шабров



член-кор. РАМН
В. О. Щепин



канд. техн. наук
А. А. Бачманов

Столь высокого звания они удостоены за разработку и практическое применение мониторинга здоровья населения — основы совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации. В основу работы положены результаты многолетнего исследования здоровья населения и здравоохранения, проведенного в период 1987—2007 гг.

Редколлегия журнала поздравляет лауреатов и желает им дальнейших творческих свершений.

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

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И СОВРЕМЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ. СООБЩЕНИЕ 2. ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

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

Рассмотрены вопросы совершенствования медико-социальной профилактики на основе широкого применения диспансерного метода, доказавшего свою эффективность в деятельности государственных медицинских учреждений здравоохранения. В системе советского здравоохранения диспансеризация экономически активного населения применялась на промышленных предприятиях, в специальных диспансерах, женских и детских консультациях.

Перевод российской экономики в условия капиталистического рынка в начале 1990-х годов привел к катастрофическому снижению роли здравпунктов и медико-санитарных частей (МСЧ) в системе профилактической медицины. Общее число здравпунктов и МСЧ на предприятиях сократилось на 63%, их коечный фонд уменьшился на 73,8%, число занятых врачебных должностей сократилось в 3,1 раза. МСЧ утратили доступ к таким мощным финансовым институтам, как бюджеты ведомств и предприятий различных уровней, к системе ОМС. В последнее время происходит восстановление системы лечебно-профилактических учреждений, занятых обслуживанием работников промышленных предприятий, увеличение их числа происходит без учета опыта отечественного здравоохранения и вне координации с общей сетью медицинских учреждений Минздравсоцразвития РФ.

Внедрение диспансерного метода как организационной технологии профилактики является ключевой задачей создания современной модели профилактического здравоохранения.

Ключевые слова: профилактика, диспансеризация, здравоохранение, модель профилактического здравоохранения

THE DISPANSERIZATION AND PUBLIC HEALTH IN RUSSIA. REPORT 2: THE DISPANSERIZATION TECHNIQUE AS A TOOL OF PREVENTION APPROACH IN PUBLIC HEALTH

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

The issues of the development of medical social prevention based on the wide implementation of the dispensation technique, the tool approved its effectiveness in the activities of public medical institutions. In the Soviet public health system, the dispensation of economically active population implemented in the industrial enterprises, special dispensers and maternity and child welfare clinics. The abrupt transfer of Russian economics into the conditions of capitalist market occurred in early 1990s and resulted into the catastrophic decrease of the role of health units and medical sanitary units in the system of preventive medicine. Their totality at the enterprises decreased to 63%, their bed-space decreased to 73.8% and the number of employed physician appointments decreased to 3.1 times. The medical sanitary units lost their access to such powerful financial institutes as ministry and enterprises budgets and system of mandatory medical insurance. Actually, the system of medical institutions providing curative preventive care to the workers of industrial enterprises is in the process of restoration. Their numbers is augmenting without consideration of the experience of nation public health and with no coordination with the general net of medical institutions of Ministry of Health. The implementation of the dispensation as an organizational technique is a key target in development of model of preventive public health in modern Russia.

Key words: prevention, dispensation, public health, preventive public health model.

В современных условиях совершенствование медико-социальной профилактики должно быть основано на широком применении диспансерного метода, доказавшего свою эффективность в деятельности государственных медицинских учреждений здравоохранения (ГМУЗ). Важно повсеместное распространение и совершенствование этой наиболее прогрессивной формы медицинского обслуживания населения с учетом конкретных особенностей различных субъектов РФ [8].

В системе советского здравоохранения диспансеризация экономически активного населения проводилась на промышленных предприятиях, в

специальных диспансерах, женских и детских консультациях. Под диспансерным наблюдением находились больные туберкулезом, венерическими и психическими болезнями, больные со злокачественными опухолями, гипертонической болезнью I, II и III стадий, коронарной недостаточностью (стенокардия, инфаркт миокарда), ревматизмом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, профессиональными заболеваниями, сахарным диабетом и многими другими болезнями.

Эволюционным следствием этой деятельности явилась организация на промышленных предприятиях медико-санитарных частей (МСЧ), которые рассматривались как комплексные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) и включали амбулаторию или поликлинику, стационар и здравпункты, осуществлявшие обслуживание рабочих и служащих промышленных предприятий и других групп населения прикрепленных жилых кварталов

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).

города [1].

Успешное применение диспансерного метода, проходившее на фоне улучшения условий труда и быта рабочих, обусловило заметное снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ). Цеховая участковость наряду с повышением качества лечебно-профилактической помощи работающим позволяла врачам МСЧ учитывать условия производства, своевременно выявлять и устранять причины заболеваемости и травматизма. Цеховой принцип медицинского обслуживания позволял активно улучшать санитарно-гигиенические условия труда и снижать потери рабочих дней в связи с ВУТ. Работники промышленных предприятий, не обеспеченные собственными МСЧ, прикреплялись к городским поликлиникам, в которых организовывались дополнительные отделения соответственно числу производственных участков. Организация медицинской помощи рабочим по производственному принципу создавала оптимальные возможности для сочетания профилактической и лечебной работы [6].

Перевод российской экономики в условия капиталистического рынка в начале 1990-х годов привел к катастрофическому снижению роли здравпунктов и МСЧ в системе профилактической медицины, что крайне негативно отразилось на состоянии здоровья и показателях профессиональной патологии трудоспособного населения страны. В стране была практически разрушена служба МСЧ по участковому принципу, а массовый переход к системе общей (семейной) врачебной практики еще предстояло реализовать. Общее число здравпунктов и МСЧ на предприятиях сократилось на 63%, их коечный фонд уменьшился на 73,8%, число занятых врачебных должностей сократилось в 3,1 раза. МСЧ утратили доступ к таким мощным финансовым институтам, как бюджеты ведомств и предприятий различных уровней, а также к созданной системе ОМС [4].

Следствием произошедших изменений стало заметное увеличение средней продолжительности одного случая заболевания и количества осложнений (во многом в результате сокрытия недомогания от работодателя). Сохранение на многих предприятиях вредных и опасных условий труда и фактическое отсутствие мер их профилактики привели к росту травматизма и заболеваемости с ВУТ. Количество пострадавших со смертельным исходом возросло на 15,5%. Более 20% россиян стали трудиться в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Важным показателем, характеризующим здоровье работающих, являлась стойкая утрата их трудоспособности (инвалидность). За последние 15 лет в РФ произошло более чем двукратное увеличение числа лиц, состоящих на учете в органах социальной защиты населения. Хотя в последнее время происходит восстановление системы ЛПУ, занятых обслуживанием работников промышленных предприятий, увеличение их числа происходит без учета опыта отечественного здравоохранения и вне координации с общей сетью медицинских учреждений Минздравсоцразвития РФ.

В последнее десятилетие органы управления здравоохранением регионального уровня акцентировали внимание на деятельности центральных больниц и поликлиник в ущерб развитию первичной медицинской помощи местному населению, а

профилактический подход, выгодный и экономически, не учитывался при принятии управленческих решений [7].

Приоритетность мер по профилактике заболеваний в государственной политике здравоохранения определяется "Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" и другими правовыми документами различного уровня применения. Поэтому актуальной задачей является усиление в здравоохранении профилактической направленности. Помимо профилактических осмотров и диспансеризации различных контингентов экономически активного населения, заметную роль должно играть активное внедрение здорового образа жизни личности, семьи и популяции в целом на уровне первичного (муниципального) звена здравоохранения [3].

В современных условиях муниципальная система здравоохранения¹ стала оказывать первичную медицинскую помощь населению в наибольшем объеме. Для государственных медицинских учреждений здравоохранения происходящие изменения представляли очередную ступень эволюции в обеспечении качественно нового уровня первичной медицинской профилактики по территориальному (участковому) принципу, основанному на проведении массовой диспансеризации. Так, по официальным данным, на первом этапе реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" в 2006 г. была проведена дополнительная диспансеризация около 6,7 млн работающих граждан, обследовано на ВИЧ-инфекцию 21,6 млн лиц из группы риска, на вирусные гепатиты более 15 млн человек. Всего диспансерным наблюдением было охвачено 231 331 ВИЧ-инфицированных (76% от числа подлежащих диспансеризации) [9].

Опыт медицинских учреждений муниципального уровня Казани показал, что успех профилактического подхода в современном здравоохранении определяется, например, стратегией санитарного просвещения населения в сфере здорового образа жизни. Уровень медицинской грамотности пациентов являлся предпосылкой к активному восприятию профилактических программ и участию в них. На уровне первичного звена учреждений здравоохранения Казани проводилась адресная работа по профилактике социально значимых болезней с представителями различных ведомств и общественных организаций в рамках межведомственного (межсекторального) подхода. Кроме того, за 2004—2008 гг. охват городского населения периодическими профилактическими осмотрами превышал средние республиканские показатели и варьировал в пределах 96,5—99,6%.

В ходе реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" в Казани в 2006 г. дополнительной диспансеризацией работающего населения было охвачено 32 806 работников бюджетной сферы (образования, здравоохранения, научно-исследовательских учреждений, организаций, дея-

¹Муниципальная система здравоохранения — уполномоченные муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, организации материально-технического и медико-технического обеспечения [7].

тельность которых была связана с предоставлением социальных услуг). Из числа обследованных здоровыми были признаны только 8379 (25,5%) лиц. Таким образом, три четверти лиц, охваченных профилактическими осмотрами в ходе дополнительной диспансеризации, имели различные заболевания. В 2008 г. в Казани дополнительной диспансеризацией было охвачено 22 451 работающих. К категории "практически здоровые" было отнесено 4523 (20,1%) обследуемых. 12 977 (57,8%) человек были отнесены к группе "нуждаются в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторно-поликлинических условиях".

Таким образом, результаты дополнительной диспансеризации работающего населения Казани (2006—2008 гг.) свидетельствуют о высоком уровне заболеваемости горожан, который повышался с возрастом, и малом проценте здоровых в популяции. На протяжении 3 лет наблюдений процент здоровых последовательно снижался (2006 г. — 25,5, 2007 г. — 23,9, 2008 г. — 20,1). Все выявленные группы больных были перераспределены согласно месту их проживания и в соответствии с группой диспансерного наблюдения направлены либо в муниципальные поликлинические учреждения, либо высокоспециализированные клиники города для реабилитации.

Таким образом, опыт проведения диспансеризации населения в Казани показал, что в современной организационно-методической модели профилактического здравоохранения ключевой составляющей являются массовые медицинские осмотры с последующей реабилитацией выявленных больных.

Результаты социологического опроса жителей Казани показали значимость и заинтересованность в проведении профилактических медицинских осмотров как пациентов, так и медицинских работников. Считали себя ответственными за состояние своего здоровья 87,4% респондентов, и именно эта часть горожан требовала повышенного внимания в плане медицинского наблюдения и обеспечения. Хотя об усилении пропаганды здорового образа жизни заявляло до 73% опрошенных, 47,1% из них курили. Среди приверженцев здорового образа жизни 2/3 не соблюдали принципы питания и курили, а 70% не занимались физической культурой. Исследование подтвердило необходимость замены декларативной профилактической деятельности на целевую работу по коррекции факторов риска, пропаганде здорового образа жизни с акцентом на конкретизацию целей, стратегию и результаты [11].

В современных условиях на муниципальном уровне здравоохранения необходима коррекция организационно-управленческих технологий профилактики, основными элементами которых являются:

- информированность персонала ЛПУ о целевых региональных и отраслевых программах общественного здоровья;
- наличие в ЛПУ отделений медицинской профилактики;
- доступность для врачей и медицинских сестер инновационных технологий диспансеризации;
- создание интегрированного профилактического подразделения ЛПУ, включая диагностический, реабилитационный и учебно-методический комплексы для ведения первичной и вторичной

профилактики среди населения;

— обеспеченность методическими и нормативно-правовыми материалами по оценке функциональных и организационных резервов проведения профилактических мероприятий.

Применение диспансерного метода в рамках проекта "Здоровье" потребовало соответствующего материально-технического обеспечения ЛПУ (лечебно-диагностическая аппаратура, современные эффективные медикаменты). Успешность диспансерного метода в современных условиях зависит и от подготовленности медицинского персонала к этой работе. Специалисты, проводящие диспансеризацию, должны обладать высокой квалификацией, владеть основами гигиены труда и профессиональной патологии, иметь хорошую подготовку по экспертизе трудоспособности. При планировании диспансеризации населения на муниципальном уровне потребуются удовлетворение потребности населения в основных видах высококвалифицированной медицинской помощи.

Развитие и внедрение диспансерного метода не являются самоцелью для современного здравоохранения. Его применяют в интересах возможно более полного восстановления здоровья и трудоспособности граждан, предупреждения развития заболеваний и активного воздействия на факторы риска. Диспансеризация населения в настоящее время достигнет цели и будет эффективной лишь в том случае, если за ней будут следовать современные лечебные и широкие профилактические мероприятия, обеспеченные соответствующим финансированием.

Сравнительный анализ свидетельствует о том, что за период с 2002 по 2005 г. сложилась тенденция ухудшения здоровья детского населения, в том числе, как это ни парадоксально, и за счет Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. Так, в зависимости от возраста признаны здоровыми не более 3—10% детей. Связь очевидна: чтобы сформировать врачебные бригады для проведения выездных диспансерных осмотров детей, были сокращены объемы плановой работы узких специалистов-педиатров в поликлиниках, что объективно привело к росту заболеваемости и ухудшению общих показателей здоровья детского населения.

Поэтому использование выездных врачебных бригад для проведения диспансеризации взрослого населения может обернуться необратимыми процессами увеличения заболеваемости и инвалидизации населения. Планируемую диспансеризацию 4 млн экономически активного населения России в возрасте от 35 до 55 лет предполагается проводить рутинным бригадным методом. Для этого, по самым скромным подсчетам, придется задействовать двойной штат врачей, занятых в здравоохранении страны, что по меньшей мере трудно выполнимо.

Согласно этой организационной технологии, в ходе дополнительной диспансеризации взрослого населения от плановой текущей работы будут отвлечены основные силы узких врачей-специалистов. В итоге, как и в случае с Всероссийской диспансеризацией детского населения, можно ожидать роста заболеваемости и как следствие ухудшения популяционных характеристик здоровья взрослого населения. В результате при достижении положительной цели государство сталкивается с таким серьезным системным недостатком, как от-

существование современной, отвечающей вызовам времени, организационно-методической модели профилактического здравоохранения, ключевой составляющей которой и являются массовые медицинские осмотры.

Альтернативой бригадному методу может служить автоматизированный комплекс массовых медицинских (диспансерных) осмотров (АКДО), разработанный Санкт-Петербургским государственным научно-исследовательским, конструкторско-технологическим институтом биотехнических систем [5].

Так, в Новгородской области достоверность сканирования состояния здоровья человека с помощью АКДО составляла больше 80% в ходе проведения диспансерных осмотров населения. Согласно данным эксперимента, в 2005—2006 гг. в Великом Новгороде только за счет грамотного распределения работы врачей в ходе массовых диспансерных медосмотров с помощью АКДО городская детская поликлиника № 1 ежегодно экономила до 1 млн рублей. Врач-оператор АКДО не просто заменял бригаду узких врачей-специалистов, но и расширял спектр выявляемой патологии (по 31 профилю), повышал в 5—6 раз медицинскую эффективность, уходил от бумажного документооборота, что существенно снижало затраты на диспансеризацию населения.

Применение систем АКДО позволяет в перспективе получить следующие организационные преимущества:

— повысить медицинскую эффективность профилактических осмотров по основным профилям патологии и перейти к количественному контролю здоровья населения (в первый год применения АКДО уровень впервые выявленной патологии в среднем превышал 70%);

— ликвидировать затратную систему бригадных осмотров;

— оперативно обеспечивать объективными данными количественной оценки здоровья не только отдельных пациентов, но и коллективы по различным параметрам;

— формировать региональные нормативы здоровья на основе баз данных АКДО;

— контролировать качество последующих лечебных и реабилитационных мероприятий.

Внедрение в практическое здравоохранение России региональных систем АКДО позволит более эффективно использовать математические модели анализа тенденций здоровья населения на популяционном и территориальном уровнях по сравнению с методологией, используемой при медицинских статистических исследованиях [10].

Внедрение диспансерного метода как организационной технологии профилактики в современное здравоохранение является динамическим процессом, который предполагает соблюдение следующих требований:

1) оптимизацию соответствующей материально-технической базы здравоохранения в субъектах Федерации;

2) совершенствование целевых мероприятий в системе первичной медицинской профилактики на основе инновационных технологий АКДО;

3) оптимизацию подготовки медицинских спе-

циалистов высшего и среднего звена для реализации инновационных методов в ходе профилактических осмотров;

4) преемственность и взаимосвязь по вертикали и горизонтали всех заинтересованных институтов и общественных организаций для выполнения поэтапной программы качественной диспансеризации;

5) внедрение инновационных технологий диспансеризации, способствующих раннему выявлению заболеваний, наиболее часто приводящих к смертности, инвалидизации и потере трудоспособности экономически активного населения страны.

Профилактический подход в здравоохранении предполагает повышение уровня санитарно-гигиенических знаний населения, формирование у граждан ответственности за собственное здоровье и за здоровье окружающих, целевую подготовку медицинских работников по пропаганде и воспитанию здорового образа жизни. Сохранение общественного здоровья предусматривает координацию медицинских служб и служб социальной поддержки, развитие первичной медико-санитарной помощи с учетом потребностей населения. Ключевой задачей создания современной модели профилактического здравоохранения является переход от качественной диспансеризации населения к государственной системе охраны и укрепления здоровья населения Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алявтетдинов Р. И., Петручук О. Е., Щепин В. О. Обеспечение профилактики профессиональных заболеваний у экономически активного населения. — Казань, 2004.
2. Муниципальная система здравоохранения — полномочные муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, организации материально-технического и медико-технического обеспечения. "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", ст. 13). // Здравоохранение в терминах и определениях Российского законодательства / Под ред. Е. Д. Дедкова. — М., 2003.
3. Нечаев В. С., Вишнякова О. Н. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2007. — № 3. — С. 22—24.
4. Обеспечение профилактики профессиональных заболеваний экономически активному населению / Под ред. О. П. Щепина. — Казань, 2004.
5. От качественной диспансеризации к государственной системе охраны и укрепления здоровья населения России (под науч. редакцией акад. РАМН О. П. Щепина и проф. В. В. Шаповалова) // Аналит. вестн. (Аналит. управления Apparата Совета Федерации). — 2006. — № 1 (289). — С. 1—65.
6. Щепин В. О., Петручук О. Е., Соловова С. О. // Бюл. Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН. — 2009. — Вып. 2. — С. 165—169.
7. Щепин О. П., Габуева Л. А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении. — М., 2006.
8. Щепин О. П., Щепин В. О., Петручук О. Е. // Бюл. Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН. — 2009. — Вып. 1. — С. 161—168.
9. Щепин О. П., Коротких Р. В., Щепин В. О., Медик В. А. Здоровье населения — основа развития здравоохранения. — М., 2009.
10. Щепин О. П., Медик В. А., Щепин В. О., Петручук О. Е. // Бюл. Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН. — М., 2009. — Вып. 2. — С. 160—164.
11. Щепин О. П., Петручук О. Е., Давлетшин Ф. А. Профилактика здоровья населения в регионе. — Казань, 2010.

Поступила 29.12.10

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПАЦИЕНТАМИ РАЗНЫХ СТРАН УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Показано, что при меньших запросах российского населения в целом по сравнению с жителями Европы в отношении различных аспектов деятельности системы здравоохранения наиболее терпимы к имеющимся условиям пожилые люди, особенно из семей с низким уровнем материального положения. Это не является стимулом совершенствования соответствующих сторон деятельности системы здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская помощь, пациент, персонал, условия, удовлетворенность

THE CHARACTERISTICS OF PERCEPTION BY PATIENTS FROM DIFFERENT COUNTRIES THE CONDITIONS OF MEDICAL CARE PROVISION

Maksimova T.M., Lushkina N.P.

The article demonstrates that with lesser demands of Russian population concerning various aspects of public health system functioning, as compared with population of Europe, the most tolerant to the actual conditions are elderly people, especially dwelling in the families with lower material income. This fact can be considered as a stimuli to enhance the corresponding aspects of health care system functioning.

Key words: medical care, patient, personnel, conditions, satisfaction

Для определения эффективности деятельности системы здравоохранения необходима оценка не только доступности медицинской помощи населению и масштабов применения современных медицинских технологий в необходимых случаях, но и широкого спектра психологических аспектов во взаимоотношениях пациентов и медицинских работников, качества условий в медицинских учреждениях, где осуществляется предоставление медицинской помощи.

Во Всемирном исследовании здоровья (WHS)¹ были исследованы несколько аспектов взаимоотношений пациентов и персонала медицинских учреждений, мнение пациентов о качестве условий в учреждениях здравоохранения для выявления степени удовлетворенности населения, а также предпочтений и приоритетов у населения по следующим позициям²:

- уважительное отношение к пациентам в сфере здравоохранения;
- сохранение конфиденциальности личной информации;
- удобство проезда и длительность ожидания;
- выбор медицинского учреждения;
- участие пациентов в процессе принятия решений;
- качество условий в учреждении, где оказывается медицинская помощь;
- общение с внешним миром во время пребывания в больнице;
- ясность общения с медицинским персоналом и достаточность времени для уточнения неясных вопросов.

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

¹Проведено в 2003 г. под руководством ВОЗ в 70 странах мира, в том числе в России (опрошены 4424 человека, проживающие в европейской части страны).

²Полный текст анкеты размещен на сайте ВОЗ: www.who.int/whs.

Сравнение результатов опросов, проведенных по программе WHS в России и других странах мира, выявляет особенности в представлениях российского населения как в целом, так и в возрасте 60 лет и старше и соответствующих групп населения стран Европы (Германия, Великобритания, Франция, Израиль) и Азии (Индия, Китай) практически по всем позициям, что является отражением не только особенностей менталитета, но и реальных проблем отечественного здравоохранения (табл. 1).

Пожилые люди в России существенно отличаются от своих сверстников (как в Европе, так и в Азии) своими более низкими запросами в отношении условий их медицинского обеспечения. Если подавляющее большинство (до 90% и более) жителей Европы (при оценке не включали результаты опроса населения бывших союзных республик) считают крайне важными такие аспекты, как уважительное отношение к больным в сфере здравоохранения (94%), ясность общения при контактах с медицинским персоналом (93,5%), качество условий в учреждении, где оказывается медицинская помощь: наличие достаточного пространства, мест для сидения и свежего воздуха в местах ожидания, смотровых кабинетах и больничных палатах, чистота в помещениях, включая туалеты (91,9%), то пожилые жители России достоверно реже называли эти позиции крайне важными и очень важными.

Менее половины российских пожилых людей считают важными и крайне важными такие аспекты, как выбор медицинского учреждения, возможность выбрать специалиста, проконсультироваться со специалистом в случае необходимости. В европейских и азиатских странах этот показатель превышает 75%.

Так же пессимистично оценивают пожилые люди свое участие в принятии решений, в том числе решений о своем лечении: менее половины россиян отмечают, что для них это очень важно; в других странах этот показатель ниже, чем при оценке других аспектов, однако крайне важным его считают около 70% опрошенных.

Меньшие запросы проявляют российские по-

Доля (в %) опрошенных, считающих крайне важным и очень важным для себя обеспечение различных аспектов взаимоотношений пациентов и медицинского персонала и качества условий в медицинских учреждениях

Аспект	Страны Европы		Страны Азии		Россия	
	все население	население в возрасте 60 лет и старше	все население	население в возрасте 60 лет и старше	все население	население в возрасте 60 лет и старше
Уважительное отношение в сфере здравоохранения	92,5	94,0	90,4	88,7	78,6	77,7
Сохранение конфиденциальности личной информации	90,4	88,3	82,4	75,9	72,1	62,0
Удобный проезд и краткое время ожидания	87,2	85,8	82,5	81,6	72,5	75,7
Выбор медицинского учреждения	79,5	75,6	78,9	75,8	56,4	49,8
Участие в процессе принятия решений	77,7	71,1	72,4	69,8	55,8	49,8
Условия в учреждении, где оказывается медицинская помощь	90,7	91,9	86,4	84,7	73,8	71,0
Общение с внешним миром	87,2	87,9	70,0	68,7	64,1	59,6
Ясность общения	94,4	93,5	78,9	76,6	75,3	71,2

Примечание. В расчетах принимала участие В. М. Карпова.

жилые люди и в отношении такого аспекта взаимоотношений пациентов и персонала медицинского учреждения, как общение с внешним миром, в который включают посещения родственников и друзей пожилого пациента, другие формы общения с родственниками, получение информации о событиях, происходящих за стенами больницы. В России этот показатель составляет менее 60%; несколько выше он в странах Азии (68,7%), а среди пожилого населения европейских стран составляет 87,9%.

Таким образом, пожилые граждане России более часто, чем жители других стран, склонны мириться с различными проблемами, которые возникают во время их контактов с учреждениями здравоохранения. При этом, если особо приоритетным для жителей других стран являются такие аспекты, как уважительное отношение, хорошие условия в медицинских учреждениях и ясность общения с медицинским персоналом, когда персонал не только объясняет необходимые вещи так, чтобы пациент понимал, но имеется достаточно времени для того, чтобы переспросить, уточнить и т. п., то для пожилых жителей России (75,7%) на второе место выступает удобство проезда до медицинского учреждения и короткое время ожидания консультации или госпитализации. Такие аспекты, как ясность общения и хорошие условия в медицинском учреждении, отступают на третье место.

Если сравнивать особенности удовлетворенности различными аспектами оказания медицинской помощи пожилых людей в России и бывших союзных республиках (в исследование включены Казахстан, Латвия, Эстония, Украина), то окажется, что в оценке практически всех позиций пожилые люди из бывших союзных республик более близки к своим сверстникам из других стран, в ряде случаев европейских, чем к сверстникам из России.

По-видимому, установленные меньшие запросы россиян отражают не столько большую удовлетворенность их оцениваемыми аспектами медицинской помощи, сколько меньшую требовательность, готовность мириться с различными проблемами в здравоохранении, возникающими в ходе контактов, что, конечно, не способствует позитивным изменениям в этой сфере.

Оценки различных аспектов взаимоотношений учреждений здравоохранения с населением имеют свои особенности в разных группах населения, от-

ражая социальное расслоение и разные запросы различающихся по материальному положению групп населения.

Если рассматривать население в целом, без выделения возрастных групп, а только учитывать особенности материального обеспечения (в нашем случае по наличию в доме предметов длительного пользования), то жители европейских стран демонстрируют достаточную близость оценок в различающихся по материальному положению слоев населения. Можно лишь отметить, что более обеспеченные люди проявляют большую требовательность к выбору медицинского учреждения, чем менее обеспеченные (81,7 и 72,7% соответственно), а также к участию в принятии решений (80,6 и 70,3% соответственно) в отношении своего лечения.

Среди российских граждан социальное расслоение сказывается на большинстве оценок: крайне важным считают уважительное отношение 82,4% опрошенных с более высоким материальным обеспечением и 74,9% — с более низким, важность конфиденциальности личной информации — 77,6 и 64,6%, выбор медицинского учреждения — 62,6 и 49,5%, участие в принятии решений — 63,8 и 48%, качество условий в медицинском учреждении — 78,9 и 70,5%, общение с внешним миром — 68,8 и 60,8% и ясность общения — 79,8 и 70,1%.

Лишь в отношении оценки удобства проезда к медицинскому учреждению и длительности времени ожидания представители всех групп российского населения единодушны: 72—74% считают этот аспект очень важным.

Таким образом, очевидно, что в отличие от жителей европейских стран запросы и оценки нашего населения более дифференцированы и в большей мере связаны с материальным положением семьи.

Если сравнивать приоритеты пожилого населения в оценке разных аспектов взаимоотношений населения с медицинскими учреждениями в разных странах, то они достаточно близки и варьируют в пределах проявлений уважительного отношения, ясности общения и обеспечения качества условий в медицинских учреждениях. При этом в европейских странах это выявляется равномерно в разных по материальному положению группах населения. Определенный социальный градиент прослеживается по таким позициям, как выбор медицинского учреждения и участие пациента в принятии решений по его медицинскому обслуживанию;

Доля (в %) опрошенных в возрасте 65—80 лет в разных социально-экономических группах, считающих очень важными для себя некоторые аспекты медицинского обеспечения

Аспект	Страны Европы			Страны Азии			Россия		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Уважительное отношение в сфере здравоохранения	94,7	93,7	94,0	88,0	89,0	88,6	74,5	80,2	83,0
Сохранение конфиденциальности личной информации	87,9	88,4	88,4	73,3	71,1	74,2	59,9	62,0	71,1
Удобный проезд и краткое время ожидания	85,8	84,7	88,4	79,8	82,0	82,2	75,0	75,6	79,5
Выбор медицинского учреждения	72,7	73,1	81,7	69,8	76,8	77,9	46,7	51,2	58,9
Участие в процессе принятия решений	67,9	69,2	77,7	69,8	68,3	69,0	45,3	52,1	61,6
Условия в учреждении, где оказывается медицинская помощь	91,5	90,5	94,6	80,6	83,6	87,9	69,5	70,8	78,6
Общение с внешним миром	89,0	86,7	88,9	68,2	68,1	69,5	59,0	57,4	72,3
Ясность общения	92,6	93,7	94,3	65,5	76,3	82,4	70,3	76,3	83,9

Примечание. 1 — имеют в домохозяйстве не более 3 предметов длительного пользования; 2 — имеют в домохозяйстве 4—6 предметов длительного пользования; 3 — имеют в домохозяйстве 7 и более предметов длительного пользования.

при этом представители более обеспеченных слоев населения предъявляют большие требования (табл. 2).

В азиатских странах более обеспеченные пожилые люди чаще считают крайне важными выбор медицинского учреждения, качество условий в медицинских учреждениях и ясность общения. Среди российского пожилого населения ситуация принципиально другая: прежде всего более низкий уровень запросов по всем позициям, а также выраженный социальный градиент по большинству из них. Наконец, среди приоритетов нашего пожилого населения появляется, а среди наименее обеспеченной группы населения — выступают на первое место удобство проезда до учреждения здравоохранения, краткость времени ожидания, т. е. фактически сама возможность получения необходимой медицинской помощи.

Небольшие запросы пожилых жителей России проявляются и в том, что ни по одной позиции самая требовательная среди россиян наиболее обеспеченная в материальном отношении группа населения не приближается по уровню своих оценок к наименее обеспеченным пожилым людям, проживающим в странах Европы.

Разрыв в показателях, отражающих долю лиц, считающих крайне важным определенные элементы взаимоотношений с системой здравоохранения, между нашими более обеспеченными и европейскими наименее обеспеченными пожилыми людьми составляет 15—17%. Лишь при оценке возможности участия в принятии решений разрыв между нашими наиболее обеспеченными и их европейскими наименее обеспеченными сверстниками минимален — 6,3%, но именно по этому пункту среди европейских жителей отмечается выраженный социальный градиент и среди наиболее обеспеченных пожилых европейцев особую важность этого аспекта признают около 80% (77,7%), а среди наиболее обеспеченных жителей нашей страны — 61,6%.

Таким образом, можно констатировать, что наши пожилые люди менее требовательны к условиям медицинского обеспечения, чем жители Западной Европы, и имеют выраженные особенности своего спектра проблем. По таким аспектам, как возможность выбора поставщика медицинских услуг, участие в принятии решений, пожилые люди в нашей стране в значительной мере не ориентированы.

Важность выбора медицинского учреждения более актуальна для более молодого населения; в странах Европы наибольшую важность его отмеча-

ют лица в возрасте $48,8 \pm 0,2$ года, полное безразличие (ответ "совсем неважно") демонстрируют более старшие лица, возраст которых составляет в среднем $54,2 \pm 0,9$ года, в России тенденция такая же и эти показатели составляют соответственно $50,1 \pm 0,4$ и $55,4 \pm 0,8$ года. Крайне важным и очень важным участие в принятии решений считают более молодые люди ($48,2 \pm 0,2$ года) в Европе (средний возраст группы с противоположными оценками $56,5 \pm 0,8$ года), в России эти показатели составляют $50,0 \pm 0,4$ и $55,2 \pm 0,8$ года. Более молодым людям более важным аспектом представляется и конфиденциальность информации.

Средний возраст лиц с разными оценками ситуаций в здравоохранении среди пожилых (65—80 лет) достаточно близок и мало различается среди тех, кто имеет диаметрально противоположные оценки.

Достоверно различаются по среднему возрасту лишь российские граждане, имеющие разные оценки по поводу качества условий в учреждениях здравоохранения, а также те, кто считает почти не важным или совсем не важным такие категории, как общение с внешним миром и ясность общения с медицинским персоналом: более старшие наиболее неприхотливы. При этом наиболее высокий средний возраст (75 лет) отмечен среди указавших на то, что для них не важна ясность общения, что их не беспокоит качество условий в учреждениях здравоохранения; все они из группы с низким уровнем материального положения семьи.

Таким образом, различные варианты анализа подтверждают вывод о том, что при меньших запросах российского населения в целом по сравнению с жителями Европы в отношении разных аспектов деятельности системы здравоохранения наиболее терпимы к имеющимся условиям пожилые люди, особенно из семей с низким уровнем материального положения. Такое смирение не является стимулом совершенствования соответствующих сторон деятельности системы здравоохранения, не способствует ее развитию и гуманизации.

Таким образом, очевидна необходимость совершенствования системы здравоохранения на основе теоретических представлений гигиены, психологии, медицинской деонтологии и с учетом опыта других стран, а не только по обобщенным оценкам удовлетворенности населения медицинской помощью.

Поступила 09.12.10

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСЕЩЕНИЙ НАСЕЛЕНИЕМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Представлены результаты структурно-функционального анализа официальных статистических данных по обращаемости населения Российской Федерации за амбулаторно-поликлинической помощью в лечебно-профилактические учреждения для определения, в каких учреждениях, в каком объеме, какими специалистами, каким группам населения и с какой целью она оказывается.

Доказано, что число посещений на 1 жителя в год является условной средней величиной, а существенные различия объемов и структуры подушевого потребления амбулаторно-поликлинической помощи между взрослыми и детьми, жителями города и села свидетельствуют о различной степени потребности в этой помощи и ее доступности.

Показано, что в амбулаторно-поликлинических учреждениях в основном оказывается специализированная помощь по поводу заболеваний, что не в полной мере соответствует современным представлениям о задачах этого этапа оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *первичная медико-санитарная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, посещения врачей*

THE STRUCTURAL FUNCTIONAL ANALYSIS OF POPULATION ATTENDANCE OF PHYSICIANS OF AMBULATORY POLYCLINIC INSTITUTIONS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Schepin V.O.

The article deals with the results of the structural functional analysis of population attendance of ambulatory polyclinic institutions in Russia. The purpose of the study consisted in determining in what medical institutions, to what scope, by what kind of specialists, no what groups of population and with what purpose the medical care is provided. It is proved that the numbers of patients' attendance per one inhabitant per year is a conditional mean value. The significant differences in scope and structure of poll-consumption of the ambulatory polyclinic care between adults and children, townsmen and countrymen indicate the different degree in demand in this care and its accessibility. It is demonstrated that in ambulatory polyclinic institutions

Key words: *primary medical sanitary care, ambulatory polyclinic care, physician visit*

Задача приоритетного развития первичной медико-санитарной и амбулаторно-поликлинической помощи в целом неоднократно подчеркивалась в документах государственного и отраслевого уровня, в том числе в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (1997), Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (с 1998 г.), проекте отраслевой программы повышения структурной эффективности системы здравоохранения на 2004—2010 гг., Приоритетном национальном проекте в сфере здравоохранения (с 2006 г.), проекте Концепции развития системы здравоохранения до 2020 г. (2008), в разрабатываемых программах модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (2010) и в ряде других документов.

Объемы амбулаторно-поликлинической помощи огромны, а финансовые затраты на ее оказание исчисляются сотнями миллиардов рублей. Основным статистическим показателем, характеризующим ее развитие, является простой численный показатель объемов посещений врачей в поликлиниках, амбулаториях, амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) и подразделениях (АПП) больниц, диспансерах, консультациях в расчете на 1 жителя в течение календарного года.

Результаты структурно-функционального анализа официальных статистических данных по обращаемости населения Российской Федерации за амбулаторно-поликлинической помощью в лечеб-

но-профилактические учреждения (ЛПУ) позволили определить, в каких учреждениях, в каком объеме, какими специалистами, каким группам населения и с какой целью она оказывается.

В течение 2009 г. в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения было зафиксировано более 1,34 млрд посещений, что составило 9,5 врачебных посещений на 1 жителя.

Наибольшая доля посещений приходилась на АПП, входящие в состав больниц — 53,6% (5,1 посещения на 1 человека). Самостоятельные АПУ выполнили 30,7% посещений (2,9 на 1 человека), а диспансеры — 5,9% (0,6 на 1 человека). Количество посещений к стоматологам и зубным врачам составило 9,8% или 0,9 на душу населения. Каждое 4-е (25,1%) посещение осуществляется в центральных районных больницах, каждое 5-е (21,2%) — в самостоятельных поликлиниках для взрослых, каждое 6-е (17,2%) — в подразделениях городских больниц, что составляет соответственно 2,4, 2,0 и 1,6 посещения на 1 жителя в год. В самостоятельных детских поликлиниках выполняется 7,4% посещений, в стоматологических кабинетах ЛПУ — 4,9%, в стоматологических поликлиниках — 4% или 0,7, 0,5 и 0,4 посещения на 1 жителя соответственно. Доля посещений в АПП детских городских больниц составляет 3,4% — 0,3 посещения на 1 человека, а в кожно-венерологических диспансерах — 2% или 0,2 посещения.

На учреждения перечисленных выше типов приходится 85,2% всех посещений или 8,1 на 1 жителя в год.

Территориально амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается преимущественно в город-

В. О. Щепин — член-кор. РАМН, д-р мед. наук, проф., зам. дир. (495-917-12-60).

ских поселениях. Непосредственно в сельской местности было зарегистрировано 133,2 млн посещений (без стоматологической помощи), что составило 11% или 0,9 на 1 жителя страны. Поскольку в сельской местности за амбулаторно-поликлинической помощью в основном обращаются сельские жители, число таких посещений на 1 жителя села составило около 3,5 в год.

Доля посещений (без стоматологической помощи) в ЛПУ федерального подчинения невелика — 1,3% или 0,1 посещения, в ЛПУ подчинения субъекта РФ — 24,3% или 2,1. Основные объемы оказания амбулаторно-поликлинической помощи приходятся на учреждения муниципального подчинения — 77,4% или 6,3 посещения на 1 жителя.

В статистических формах нет разъяснений, почему в число посещений, формирующих значение показателя 9,5 на 1 жителя, входят и посещения на платной основе, количество которых составило почти 104 млн (7,7% или 0,7 на 1 человека), в том числе 57,8 млн посещений у врачей в поликлиниках, диспансерах, консультациях, 35,8 млн посещений в отделениях платных услуг и 9,9 млн посещений у стоматологов и зубных врачей. Без их учета

кратность бесплатных посещений составляет 8,8 на 1 человека в год. Следует отметить, что норматив числа посещений по Программе государственных гарантий составляет 9,2, а его выполнение в 2009 г. — 9,3 посещения на человека.

Результаты анализа структуры и частоты амбулаторно-поликлинических посещений у врачей основных специальностей населением в целом и его отдельных групп — взрослыми и детьми, горожанами и жителями села, представлены в сводной таблице.

Для достижения сравнимости результатов по группам населения, при невозможности проведения из-за отсутствия информации некоторых вычислений, в отдельную группу, вошедшую в строку "кроме того", были выделены посещения, связанные с оказанием стоматологической помощи, посещения на дому и посещения в отделениях (кабинетах) платных услуг. Таким образом, число посещений, принятых в расчетах за 100%, составило 1,079 млрд или 7,6 на 1 жителя.

Прочерк в таблице не указывает на отсутствие посещений у врача данной специальности. Число этих посещений не так значительно и включено в

Структура и частота амбулаторно-поликлинических посещений населением Российской Федерации врачей основных специальностей

Специалисты	Все население			Посещений на одного:			
	посещений, млн	доля, %	на 1 человека	взрослого (18 лет и старше)	ребенка (0—17 лет)	горожанина	сельского жителя
1	2	3	4	5	6	7	8
Все врачи	1079,393	100,0	7,607	6,476	12,644	8,278	5,786
Терапевты	226,792	21,01	1,598	1,935	—	1,731	1,239
В том числе:							
участковые амбулаторий	191,889	17,78	1,352	1,643	—	1,476	1,016
Педиатры	174,983	16,21	1,233	—	6,606	1,348	0,921
В том числе участковые	140,839	13,05	0,992	—	5,352	1,065	0,795
Акушеры-гинекологи	89,845	8,32	0,633	0,733	0,188	0,697	0,460
				1,337*	0,385*	1,285*	0,878*
Офтальмологи	64,681	5,99	0,456	0,393	0,734	0,504	0,324
Неврологи	64,106	5,94	0,452	0,395	0,705	0,501	0,319
Хирурги	58,526	5,42	0,412	0,458	0,209	0,427	0,373
Детские хирурги	—	—	—	—	0,450	—	—
Оториноларингологи	53,317	4,94	0,376	0,293	0,742	0,424	0,244
Дерматовенерологи	49,682	4,60	0,350	0,316	0,502	0,382	0,263
Врачи общей практики	39,406	3,65	0,278	0,294	0,203	0,189	0,519
Травматологи-ортопеды	34,708	3,22	0,245	0,201	0,441	0,299	0,097
Фтизиатры	25,119	2,33	0,177	0,148	0,307	0,177	0,176
Психиатры	22,657	2,10	0,160	0,185	—	0,161	0,156
Детские психиатры	—	—	—	—	0,138	—	—
Эндокринологи	19,838	1,84	0,140	0,167	—	0,161	0,082
Детские эндокринологи	—	—	—	—	0,129	—	—
Психиатры-наркологи	19,375	1,79	0,137	0,149	—	0,139	0,130
Онкологи	15,876	1,47	0,112	0,136	—	0,118	0,096
Урологи	—	—	—	0,108	—	—	—
Кардиологи	15,443	1,43	0,109	0,105	0,128	0,127	0,059
Физиотерапевты	—	—	—	—	0,148	—	—
Врачи спортивной медицины	—	—	—	—	0,117	—	—
По перечисленным специальностям	974,353	90,23	6,866	6,016	11,746	7,385	5,458
Прочие	105,041	9,73	0,741	0,460	0,898	0,893	0,328
Кроме того:							
посещения на дому	95,981	—	0,676	0,465	1,620	н/д	н/д
стоматологическая помощь	130,768	—	0,922	0,798	1,471	н/д	н/д
отделения платных услуг	35,830	—	0,252	н/д	н/д	н/д	н/д
Всего...	1341,973	—	9,457	7,739	15,735	—	—

Примечание. н/д — нет данных. * — количество посещений на одну женщину.

строку "прочие". В графах 2—8 значения указаны по 16 специальностям врачей, наиболее массово (суммарно более 90%) посещаемых населением в целом и его отдельными группами.

В графах 2 и 3 показано абсолютное число посещений и их доли по основным специальностям врачей. В графе 4 представлены значения подушевого потребления медицинской помощи в расчете на общую численность населения, без учета численности возрастано-половых групп (в частности, это касается терапевтов, педиатров и акушеров-гинекологов), что сделано сознательно для более четкого понимания формирования среднего показателя числа посещений на одного жителя страны в год. В графах 5 и 6 представлены значения подушевого потребления медицинских услуг в расчете на численность взрослых и детей, а в графах 7 и 8 — на численность городского и сельского населения, без учета возраста.

На 1 января 2009 г. в Российской Федерации проживало 141,9 млн человек, в том числе 65,6 млн (46,3%) мужчин и 76,3 млн женщин. Городское население составляло 103,7 млн (73,1%) человек, а сельское — 38,2 млн. Численность взрослого населения 115,9 млн (81,7%), детей в возрасте 0—17 лет — около 26 млн (18,3%).

Доля посещений врачей первичного звена (участковых терапевтов/педиатров, участковым, ВОП) составила около трети — 34,5% (2,622 на 1 человека), а к врачам-специалистам — 65,5% (4,985 на 1 человека), т. е. в 1,9 раза больше. Наиболее востребованы акушеры-гинекологи, офтальмологи, неврологи, хирурги, оториноларингологи и дерматовенерологи. Абсолютное число посещений АПУ взрослыми составило 750,5 млн (69,5%), детьми — 328,9 млн (30,5%).

Подушевое обеспечение посещениями детей почти в 2 раза больше, чем взрослых (графы 5 и 6). Дети значительно чаще посещают своего участкового врача (в 3,3 раза), оториноларинголога (в 2,5 раза), травматолога-ортопеда (в 2,2 раза), фтизиатра (в 2,1 раза), офтальмолога (в 1,9 раза), невролога (в 1,8 раза), дерматовенеролога (в 1,6 раза). Суммарное число подушевых обращений детей к врачам хирургам и детским хирургам в 1,4 раза больше, чем у взрослых. Взрослые женщины чаще, чем дети женского пола, обращаются к акушерам-гинекологам (в 3,5 раза) и все взрослые — к врачам общей практики (в 1,4 раза).

Доля посещений врачей первичного звена у детей составляет 43,9% (5,555 на 1 человека), у взрослых — 29,9% (1,937 на 1 человека). Подушевое число обращений в первичное звено АПУ у детей в 2,9 раза больше. Врачами АПУ и АПП было выполнено почти 96 млн посещений пациентов на дому, 43,9% из них составили посещения детей.

На участковых терапевтов приходится 43,2% посещений на дому, участковых педиатров — 39,9% и врачей общей практики — 7% (суммарно 90%). На остальных терапевтов и педиатров приходится по 2,3% от посещений на дому. Далее следуют посещения фтизиатров (1,1%), акушеров-гинекологов (0,9%), неврологов (0,8%), психиатров (0,6%) и хирургов (0,5%). Чаще всего на вызовы ходят участковые педиатры — 21,5% от всех посещений участкового педиатра, участковые терапевты — 17,7% и врачи общей практики — 14,5%.

Для всего населения подушевое число посещений на дому составило 0,676, при этом число по-

сещений на дому детей в 3,5 раза больше, чем взрослого населения. Подушевое посещение на дому ребенка участковым педиатром (1,466) в 4,1 раза больше, чем взрослого — участковым терапевтом (0,354), а врачи общей практики в 1,5 раза чаще посещают взрослых (0,050 на 1 человека), чем детей (0,033 на 1 человека). Посещения на дому выполняются врачами первичного звена на 86,9% при посещениях взрослых и на 92,5% — детей. При среднем подушевом потреблении стоматологических услуг 0,992 на 1 жителя детям она оказывается в 1,8 раза чаще, чем взрослым.

Из результирующей строки таблицы видно, что при среднем значении показателя 9,5 посещения на 1 жителя в год суммарное подушевое число посещений (без посещений в отделениях платных услуг) на 1 взрослого составило 7,7, а на 1 ребенка — 15,7, т. е. 2 раза больше.

Абсолютное число посещений АПУ и АПП горожанами составило 858,3 млн (79,5%), сельскими жителями — 221,1 млн (20,5%). В расчете на 1 человека горожане обращались к врачам в 1,4 раза чаще, чем жители села (см. таблицу, графы 7 и 8). Это относится к посещениям всех врачей-специалистов, в том числе: травматолога-ортопеда в 3,1 раза, кардиолога в 2,2 раза, эндокринолога в 2 раза, оториноларинголога в 1,7 раза, офтальмолога, невролога, дерматовенеролога в 1,6 раза, участкового терапевта и акушера-гинеколога (на 1 женщину) в 1,5 раза. Исключение составляет только врач общей практики, к которому сельские жители обращаются чаще, чем горожане, в 2,7 раза.

Доля посещений врачей первичного звена у горожан составляет 33% или 2,731 на 1 человека, у сельских жителей — 40,2% или 2,330 на 1 человека. С нашей точки зрения, эти различия, скорее, свидетельствуют не о большей активности участковых служб и ВОП по отношению к жителям села, а о меньшей доступности специализированной помощи жителям села, особенно в условиях сельской местности. При этом определенной части сельского населения ограничено доступна даже квалифицированная врачебная помощь, что вынужденно компенсируется посещениями среднего медицинского персонала на ФАПах, где в течение года выполнено 125,8 млн посещений.

Предполагая, что ФАПы посещают преимущественно сельские жители, их подушевое обращение к среднему медицинскому персоналу составило 3,291 посещения и, таким образом, суммарное число посещений сельских жителей для получения врачебной и среднемедицинской помощи составило уже 9,077 на 1 человека, что почти на 10% больше, чем обращения горожан к врачам.

Важным аспектом деятельности ЛПУ является профилактическая работа, которая возлагается в первую очередь на врачей АПУ и их первичного звена. По данным Минздравсоцразвития России, в 2009 г. из 9,5 посещений 5,3 (55,8%) было сделано по поводу заболеваний и 2,5 (26,3%) — с профилактической целью. Назначение прочих 1,7 посещений (17,9%) не уточняется.

Из доступных материалов можно рассчитать и проанализировать долю и частоту посещений, выполненных по поводу заболеваний, без дифференциации остальных посещений по их цели. Расчеты проведены по посещениям, выполненным непосредственно в АПУ и АПП. Отдельно проанализи-

рованы посещения детей на дому по поводу заболеваний.

Всего по поводу заболеваний было сделано 753,9 млн посещений, что составило 69,8% или 5,313 на 1 жителя. Среди посещений по поводу заболеваний 76,7% составили посещения взрослых и 23,3% — посещения детей. У взрослого населения доля посещений по поводу заболеваний достаточно велика — 77,1% или 4,990 посещения на 1 человека. И у участковых терапевтов, и у ВОП (по 84,7%) 5 из 6 посещений сделаны по поводу заболеваний. Наиболее же загружены лечебной работой кардиологи (95,6%), травматологи-ортопеды (95,5%), онкологи (92,7%), урологи (91,7%) и эндокринологи (90,6%). Доли посещений по поводу заболеваний меньше у хирургов (75,8%), фтизиатров (73,4%), неврологов (72%), офтальмологов (70,5%), оториноларингологов (70,5%), акушеров-гинекологов (69,1%) и дерматовенерологов (63,9%). Наименьшие доли таких посещений у психиатров (57,5%) и психиатров-наркологов (41,8%). Доля посещений по поводу заболеваний 53,4% или 6,753 посещения на 1 ребенка. В деятельности врачей первичного звена (участковый педиатр и ВОП) 42,1% посещений не связаны с заболеваниями детей.

Лечебной работой в большей степени загружены травматологи-ортопеды (68,6%), детские психиатры (72,7%), кардиологи (84,5%) и физиотерапевты (98,1%). Меньше средней составляет доля лечебной работы у детских эндокринологов (53,4%), фтизиатров (52,7%), оториноларингологов (51,5%), акушеров-гинекологов (49,7%), неврологов (48,7%), дерматовенерологов (46,3%), офтальмологов (44,6%), хирургов (45%), детских хирургов (40,9%) и врачей спортивной медицины (7,6%).

На дому доля посещений детей по поводу заболевания значительно больше — 81,4%, у врачей первичного звена — 81,7%, в том числе у участковых педиатров — 82,2% и у ВОП — 61,2%. Меньше среднего значения доля посещений на дому по поводу заболеваний у оториноларинголога — 80,4%, офтальмолога — 76%, акушера-гинеколога — 68,1% и фтизиатра — 34%. У остальных специалистов она составляет от 84 до 98%.

Выводы. 1. Действующие формы официальной статистики могут быть использованы для проведения отдельных блоков структурно-функционального анализа объемов амбулаторно-поликлини-

ческой помощи, в том числе и по представленной методике, однако нуждаются в совершенствовании.

2. Необходима более детальная дифференциация посещений по возрастно-половым группам населения, месту проживания, цели, кратности посещений, условиям оказания и др. В современных условиях требуется более подробная информация об объемах, назначении, месте оказания, потребителе медицинских услуг, выполненных на платной основе.

3. Число посещений на 1 жителя в год является условной средней величиной, которая позволяет лишь оценить макроуровневые изменения объемов деятельности АПУ.

4. Сложившиеся объемы амбулаторно-поликлинической помощи требуют научного медико-экономического обоснования, а существенные различия объемов и структуры подушевого потребления амбулаторно-поликлинической помощи между взрослыми и детьми, жителями города и села свидетельствуют о различной степени потребности в этой помощи и ее доступности.

5. Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослым остается преимущественно специализированной (70,1% посещений), а три четверти посещений (77,1%) связаны с заболеваниями.

6. Педиатрическая служба в большей степени ориентирована на первичную помощь и профилактическую работу — доля обращений к врачам-специалистам (56,1%) значительно меньше, чем у взрослых, а с заболеваниями связано немногим более половины (53,4%) посещений детей.

7. Доля посещений по заболеванию у врачей первичного звена больше, чем средние значения, и составляет у участковых терапевтов 84,7%, ВОП 81,7%, участковых педиатров 57,7%. На этих врачей ложится и основная нагрузка (90%) по посещениям на дому. 4 из 5 посещений детей на дому сделаны по причине болезни.

8. В целях оптимизации количества и повышения эффективности амбулаторно-поликлинических посещений необходимо ускорить переход на более объективные способы оплаты медицинской помощи по медико-экономическим стандартам, результатам деятельности, на новую систему оплаты труда, ориентированную на результат.

Поступила 04.02.11

И. Э. Чудинова¹, Д. В. Голикова², З. Х. Агамов¹

К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ВЕДОМСТВЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

¹Национальный НИИ общественного здоровья РАМН; ²ФГУ Поликлиника Минсельхоза России, Москва

Представлен анализ результатов социологического исследования, целью которого являлось изучение медицинской активности пациентов ведомственной поликлиники, проходящих ежегодную дополнительную диспансеризацию, их оценки качества предоставляемых профилактических услуг и потребности в этих услугах.

Ключевые слова: медицинская активность, пациент, качество медицинского обслуживания, потребность в профилактических услугах

ON THE ISSUE OF MEDICAL ACTIVITY OF PATIENTS OF DEPARTMENTAL POLYCLINIC

Chudinova I.E., Golikova D.V., Agamov Z.H.

The article deals with the analysis of results of the sociologic survey concerning the medical activity of patient of departmental polyclinic. The patients were investigated about organization of their early additional dispensation and the quality of provided preventive services and needs in them.

Key words: medical activity, patient, medical care quality, need in preventive services

Оптимизация деятельности учреждения амбулаторно-поликлинического звена по профилактике заболеваний связана не только с оснащением современным диагностическим оборудованием, повышением квалификации медперсонала и улучшением финансирования в целом, но и с доступом к информации об отношении потребителей медицинских услуг к деятельности самого учреждения, что существенным образом может влиять на управленческие решения по вопросам качества профилактической работы и совершенствование ее организации в ведомственном учреждении. В качестве инструмента получения такой информации может служить социологический мониторинг мнений пациентов, пользующихся услугами этого учреждения. В ФГУ Поликлиника Минсельхоза России (далее Поликлиника МСХ) такой мониторинг осуществляется с 2002 г. В рамках этого мониторинга в 2009 г. проводился социологический опрос пациентов с целью изучения медицинской активности пациентов, их оценки качества медицинского обслуживания и потребности в профилактических услугах для совершенствования профилактической работы Поликлиники МСХ.

Опрос проводился в форме анкетирования. Опрошены 604 пациента, проходивших диспансеризацию. Большую часть опрошенных составили женщины (57,6%). Выделено 5 возрастных групп: 25—35 лет (1-я), 35—45 лет (2-я), 45—55 лет (3-я), 55—65 лет (4-я), 65 лет и старше (5-я). По возрасту анкетированные распределились следующим образом: 1-я группа — 36,4%, 2-я — 13,9%, 3-я — 25,2%, 4-я — 23,2% и 5-я — 1,3%.

В специально разработанную анкету для пациентов были включены вопросы, касающиеся самооценки состояния здоровья, наличия хронического заболевания, обращения за медицинской помощью в медицинские центры, удовлетворенности организацией и качеством лечебно-профилактической работы Поликлиники МСХ, отношения медицинского персонала Поликлиники МСХ к пациентам, недостатков в ее работе, отношения респондентов к получению рекомендаций от врача и к целесообразности проведения ежегодных профилактических медицинских осмотров.

Самооценка состояния здоровья пациентами является психологическим показателем, имеющим субъективный характер, поскольку самооценка здоровья включает в себя не только наличие или отсутствие симптомов заболевания, но и психологическое благополучие индивида [3]. Как показал анализ анкет, зачастую пациенты, страдающие хроническим заболеванием, оценивали свое здоровье как "хорошее" или "относительно хорошее" и, наоборот, пациенты, у которых не было хронических заболеваний, характеризовали свое здоровье как "среднее", "довольно плохое" и "плохое". Было выявлено, что основной диапазон самооценки здоровья лежит в области "относительно хорошее" и "среднее". Как "хорошее" свое здоровье оценивает только 26% респондентов, при этом такая оценка встречается преимущественно в 1-й возрастной группе (25—35 лет). "Относительно хорошим" признали свое здоровье 35,3% от числа опрошенных,

36% респондентов считают, что у них "среднее здоровье", "плохое" (2,1%) и "довольно плохое" (0,6%).

Установлено, что хроническим заболеванием страдают 57% от числа опрошенных, т. е. более половины лиц, проходящих диспансеризацию в Поликлинике МСХ, которых фактически можно отнести к третьей группе здоровья [2]. При этом только половина лиц, страдающих хроническим заболеванием, постоянно наблюдаются у врача. 86,5% пациентов, нуждающихся в наблюдении врача, обслуживаются в Поликлинике МСХ, 13,5% — в поликлинике по месту жительства. Как правило, это пациенты, которые начали наблюдаться в районных поликлиниках до прикрепления к Поликлинике МСХ.

Анализ числа обращений за медицинской помощью в ведомственную поликлинику за последний год и числа обращений за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства за последний год позволил выявить предпочтения пациентов в выборе поликлиники: пациенты обращались за медицинской помощью в ведомственную поликлинику за последний год в среднем 6 раз, в поликлинику по месту жительства — 1,9 раза. При этом за медицинской помощью в Поликлинику МСХ от 1 до 5 раз обратилось 57,8% от числа опрошенных, от 6 до 19 раз — 11,4%, от 15 до 20 раз — 7,5%, постоянно обращаются именно в ведомственную поликлинику 6,1%. За медицинской помощью в поликлинику по месту жительства от 1 до 5 раз обращалось 17,2% от числа опрошенных. Основная причина обращения в поликлинику по месту жительства — сезонные простудные заболевания.

Листок временной нетрудоспособности каждый из опрошенных брал в среднем 1 раз в год. При этом 79,3% обратившихся за медицинской помощью листок временной нетрудоспособности был выдан в Поликлинике Минсельхоза, 16% — в поликлинике по месту жительства, 4,7% — в других ЛПУ.

Исследование показало, что за медицинской помощью в специализированные медицинские центры обратилось 39,1% от общего числа респондентов, при этом 79,3% от числа обратившихся получили направление от врача Поликлиники МСХ, а 20,7% — от врача поликлиники по месту жительства.

Выявлена высокая, в целом, удовлетворенность организацией и качеством лечебно-профилактической работы Поликлиники МСХ: 76% респондентов ответили, что они удовлетворены организацией и качеством лечебно-профилактической работы.

Недовольны отношением к ним персонала только 4,3% пациентов (отрицательно на этот вопрос ответили преимущественно респонденты-женщины из 1-й возрастной группы).

Согласование врача с пациентом тактики лечения является одной из характеристик отношения врача к пациенту и уважения его прав как личности. Анализ показал, что 62,5% от числа опрошенных пациентов сообщили, что врачи согласовывали с ними тактику лечения всегда, 19,3% посчитали, что врачи согласовывают тактику лечения не в полной мере, 18,2% от числа опрошенных пациентов заявили, врачи вообще не согласовывали с ними тактику лечения.

Недовольны отношением к пациентам среднего и младшего персонала 6,2% респондентов.

И. Э. Чудинова — канд. социол. наук, ст. науч. сотр. (chudinova-soc@mail.ru); Д. В. Голикова — зам. гл. врача (ledi-di8@yandex.ru); З. Х. Агамов — аспирант (8-495-917-05-55).

Нарекания этой части пациентов заслужили в основном сотрудники регистратуры Поликлиники МСХ.

Одним из компонентов качества лечебно-профилактической работы является доверие пациентов к квалификации врачей-специалистов. Доверяют им 78% от числа опрошенных, не доверяют — 21,3%.

Удовлетворенность работой Поликлиники МСХ и доверие к врачам-специалистам высказало приблизительно одинаковое число респондентов (76 и 78%), вероятно, главной причиной удовлетворенности пациентов работой Поликлиники МСХ является наличие высококвалифицированных "узких" специалистов.

Недостатки в работе Поликлиники МСХ, по мнению пациентов, распределены следующим образом: недостаточная квалификация врачей — 25%; недостаток специалистов нужного профиля — 22,2%, другое (очереди) — 52,8%.

Известно, что причиной основных хронических болезней являются поддающиеся коррекции факторы риска, которые обычно называют поведенческими (нездоровое питание, малоподвижный образ жизни, отсутствие физической нагрузки, курение, алкоголь), поэтому формирование здорового образа жизни — важный компонент профилактической работы с населением.

Помимо самооценки здоровья характерологическим показателем отношения к здоровью следует также считать заботу индивида о своем здоровье. Исследование показало, что заботятся о своем здоровье 86,1% от числа опрошенных, не заботятся 13,9%, в последнюю группу попали респонденты-мужчины возрастных групп 45—55 и 55—65 лет.

Тем респондентам, которые утвердительно ответили на вопрос о заботе о здоровье, было предложено выбрать наиболее приемлемое для себя понятие [1]. Ответы распределились следующим образом: забота о здоровье как выполнение всех рекомендаций врача — 39,1% респондентов, регулярное медицинское обследование (не реже 1—2 раз в год) — 22,5%, рациональное питание — 14,6%, занятия физкультурой и спортом — 14,2%, соблюдение режима работы и отдыха — 9,6%.

Сравнение ответов на предыдущий вопрос и на вопрос о рекомендациях врача по ведению здорового образа жизни показало, что советы по рациональному питанию получают 32,9% от числа опрошенных, но рационально питаются только 14,6%, рекомендации по соблюдению режима работы и отдыха получают 19,2% респондентов, а следуют им 9,6%. При этом 21,8% от числа опрошенных не получают рекомендаций от врачей, хотя в большинстве анкет было отмечено желание получать рекомендации от врача. Излишними подобные рекомендации считают только 4% от числа опрошенных.

Параметры целесообразности проведения ежегодных профилактических медицинских осмотров, необходимости прохождения ежегодной диспансеризации и оценки необходимости прохождения диспансеризации позволяют выявить степень медицинской активности пациентов.

За проведение профилактических осмотров высказалось большинство респондентов — 87,4%, против — 6,6% и затруднились ответить — 6%. Ана-

логичное распределение ответов наблюдается и по параметру необходимости прохождения ежегодной диспансеризации. Утвердительно ответили 87,4% от числа опрошенных, отрицательно — 6,3% и затруднились ответить — также 6,3% респондентов.

Респонденты, которые не считают необходимым для себя прохождение ежегодной диспансеризации, мотивируют это тем, что мероприятие занимает "слишком много времени" и "ничего не дает".

На необходимость диспансеризации для укрепления здоровья здорового человека указывают преимущественно мужчины 1-й возрастной группы (25—35 лет), для предупреждения хронизации заболеваний — женщины старших возрастных групп. Большинство респондентов (84,8% от числа опрошенных) считают, что диспансеризация необходима для выявления предрасположенности к заболеванию.

Таким образом, основной диапазон самооценки здоровья пациентов Поликлиники МСХ, проходящих диспансеризацию в этом ЛПУ, лежит в области двух оценок "относительно хорошее" и "среднее". Свое здоровье как "хорошее" оценивает чуть более четверти респондентов (такую оценку дают преимущественно мужчины 1-й возрастной группы). Больше половины опрошенных пациентов страдают хроническим заболеванием (третья группа здоровья), и только 50% постоянно наблюдаются у врача.

Анализ ответов выявил высокую удовлетворенность организацией и качеством лечебно-профилактической работы Поликлиники МСХ. Неудовлетворенность (очереди в диагностические кабинеты, отсутствие специалиста) высказали 6% респондентов.

Более 80% пациентов указали, что врачи согласовывают с ними тактику лечения. Респонденты, с которыми врачи тактику лечения не согласовывают, не страдают хроническим заболеванием и обращаются к врачу в основном по поводу ОРЗ и ОРВИ.

Подавляющее большинство респондентов считают, что заботятся о своем здоровье, однако понимание заботы о здоровье связано с половозрастными различиями. Так, мужчины 1-й возрастной группы заботу о здоровье видят преимущественно в занятиях физкультурой и спортом. Соблюдению режима работы и отдыха отдают предпочтение мужчины старших возрастных групп. Женщины от 35 до 55 лет высказывают мнение, о том, что забота о здоровье — это регулярное обследование в медицинском учреждении. Приоритет рациональному питанию отдают женщины 1-й возрастной группы (25—35 лет).

Отрицательно относятся к проведению профилактических осмотров и диспансеризации около 6% респондентов (мужчины из старших возрастных групп). Они мотивируют это тем, что мероприятие "занимает слишком много времени" и "ничего не дает". Однако большинство респондентов полагают, что диспансеризация необходима для выявления предрасположенности к заболеваниям. Представители 1-й возрастной группы (25—35 лет), преимущественно мужчины, считают, что диспансеризация призвана укреплять здоровье здорового человека, женщины же старших возрастных групп рассматривают

диспансеризацию с точки зрения предупреждения хронизации заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. — М., 2006.

2. Шепин В. О., Петручук О. Е. // Диспансеризация населения в России / Под науч. ред. О. П. Шепина. — М., 2005. — С. 19.
3. Tessler R., Mechanic D. // J. Hlth Soc. Behav. — 1978. — Vol. 19. — P. 254—262.

Поступила 29.12.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 614.2:312.6(470.5) «2000—2007»

З. Ф. Аскарлова¹, Р. А. Аскарров², И. М. Байкина³, Г. А. Чуенкова⁴

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ГОРНОДОБЫВАЮЩИХ РАЙОНАХ УРАЛА

¹Башкирский государственный медицинский университет; ²Академия наук Республики Башкортостан; ³Управление Роспотребнадзора по Республике Башкортостан; ⁴поликлиника № 32, Уфа

Проведен анализ динамики показателей общей и первичной заболеваемости населения в районах деятельности горнодобывающих комплексов Урала за 2000—2007 гг. Выявлен ряд неблагоприятных тенденций в заболеваемости по сравнению с данными в целом по республике.

Ключевые слова: население, заболеваемость, горнодобывающий район, воздействие вредных факторов

THE DYNAMICS OF POPULATION MORBIDITY IN THE MINING TERRITORIES OF URAL REGION

Askarova Z.F., Askarov R.A., Baikina I.M., Chuenkova G.A.

The dynamics of the indicators of general and primary disease incidence are analyzed relating to the population dwelling in the territories of functioning of mining complexes of Ural during 2000-2007. The study revealed a number of unfavorable trends in the morbidity as compared with the overall region data.

Key words: population, morbidity, mining territory, adverse determinant

Нами был проведен анализ отчетов по государственной медицинской статистике (форма № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения" за 2000—2007 гг.), годовых статистических отчетов Минздрава Республики Башкортостан (РБ) [1] и изучена общая и первичная заболеваемость населения Учалинского района (г. Учалы) и г. Сибай за 2000—2007 гг.

Численность населения Учалинского района (г. Учалы) на начало 2007 г. составляла 76 360 человек, г. Сибай — 68 495. По сравнению с 2000 г. она увеличилась соответственно на 3943 и 9442 человека (на 5,4 и 16%). При этом доля детского населения (до 14 лет) Учалинского района снизилась на 20,4% (с 17 657 до 14 051 человека), а удельный вес подростков (15—17 лет) и взрослого населения увеличился на 12,3 и 13,9% — соответственно с 4068 до 4569 и с 50 692 до 57 740. Доля детского населения г. Сибай увеличилась на 11,4% (с 12 680 до 14 123), подростков — на 6,3% (с 3489 до 3708), взрослого населения — на 18,1% (с 42 884 до 50 664).

В ходе работы выявлены выраженные различия показателей заболеваемости населения, проживающего в горнорудных районах, по сравнению с населением республики. Уровень общей заболеваемости всего населения Учалинского района в 2007 г. составил 204 016,5 на 100 тыс. населения, подростков и детей — соответственно 290 340,2 и 244 879,4 на 100 тыс. соответствующего возраста, что выше уровня 2000 г. на 1,8, 38 и 18,1% соответ-

ственно. Уровень общей заболеваемости среди взрослых в 2007 г. составил 188 200,5 на 100 тыс., что ниже уровня 2000 г. на 4,6% (табл. 1).

В 2007 г. по сравнению с 2000 г. отмечался рост показателей заболеваемости врожденными аномалиями (на 337,4%); болезнями крови, кроветворных органов (на 110,8%); глаза и его придаточного аппарата (на 92,2%); системы кровообращения (на 91,6%); уха и сосцевидного отростка (на 82,3%); мочеполовой системы (на 30,2%); костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 25,1%); симптомами, признаками и отклонениями от нормы, выявленными при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированными в других рубриках (на 14,7%); болезнями кожи и подкожной клетчатки (на 5,1%); при психических расстройствах и расстройствах поведения (на 4,7%). Необходимо отметить, что наряду с ростом отмечалось и снижение заболеваемости всего населения Учалинского района болезнями органов пищеварения (на 38,6%), эндокринной системы (на 3,5%), нервной системы (на 25,1%), инфекционными и паразитарными болезнями (на 24,8%), новообразованиями (на 10,6%), болезнями органов дыхания (на 18,7%), травмами, отравлениями (на 14,3%). Основную долю патологических состояний всего населения Учалинского района в 2007 г. составляют болезни органов дыхания (19%), системы кровообращения (14,1%), мочеполовой системы (9,6%), глаза (8%), органов пищеварения (7,9%), костно-мышечной системы (7,6%), кожи (6,6%), внешние причины (6,5%), нервной системы (4,8%), эндокринной системы (3%), инфекционные и паразитарные болезни (2%).

Заболеваемость взрослого населения Учалинского района достоверно превышает республиканские показатели как в целом, так и по новообразо-

З. Ф. Аскарлова — д-р мед. наук, проф. (zagira_a@mail.ru); Р. А. Аскарров — мл. науч. сотр. (3472-84-38-21); И. М. Байкина — зам. нач. отд. (3472-29-90-70); Г. А. Чуенкова — врач-терапевт (3472-63-19-14).

ваниям, болезням глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, болезням органов дыхания, системы кровообращения, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной, мочеполовой системы, вследствие внешних причин, врожденным аномалиям. В структуре заболеваемости взрослого населения 1-е место занимает болезни системы кровообращения (19,8%), 2-е — болезни мочеполовой системы (11,6%), 3-е — болезни органов дыхания (11,3%), далее следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9%), глаза и придаточного аппарата (8,6%). Представленная структура заболеваемости отличается от структуры заболеваемости взрослого населения республики, где на 2-м месте находятся болезни органов дыхания (13,1%), далее — органов пищеварения (8,9%).

За 2000—2007 гг. среди подростков Учалинского района выросли показатели заболеваемости практически по всем классам болезней. В то же время наблюдалось снижение общей заболеваемости болезнями эндокринной системы, органов пищеварения. Достоверных различий в уровнях общей заболеваемости среди подростков Учалинского района и республики не выявлено, однако этот показатель выше общероссийского ($p < 0,01$). В структуре общей заболеваемости подростков ведущее место принадлежит болезням органов дыхания (24,3%), 2-е — болезням нервной системы (11,9%), 3-е — болезням мочеполовой системы (11,2%). По РБ структура заболеваемости подростков выглядит следующим образом: болезни органов дыхания — 25,2%, болезни глаза и его придаточного аппарата — 10,4%, органов пищеварения — 10,1%.

Отмечается рост показателей общей заболеваемости среди детей Учалинского района (за исключением инфекционных заболеваний, болезней органов пищеварения, травм), однако в целом уровень заболеваемости по основным классам болез-

ней не отличается от республиканских показателей, за исключением болезней кожи и подкожной клетчатки, которые достоверно выше, чем по республике ($p < 0,05$) (табл. 2). Первое место в структуре общей заболеваемости детей в 2007 г. занимают болезни органов дыхания (41,7%), 2-е — болезни органов пищеварения (13%), 3-е — болезни кожи и подкожной клетчатки (7,5%) По РБ на 3-м месте находятся болезни нервной системы (5,8%).

В 2007 г. общая заболеваемость всего населения г. Сибай составила 172176,5 на 100 тыс., взрослого населения — 139341,5, среди подростков и детей — соответственно 286461,7 и 283637,5, что выше уровня 2000 г. на 10, 3,2, 13,1 и 6,5% соответственно. В 2007 г. по сравнению с 2000 г. отмечался рост показателей заболеваемости всего населения г. Сибай новообразованиями (на 72,8%), болезнями крови, кроветворных органов (в 6,2 раза), эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (в 2,1 раза), болезнями глаза и его придаточного аппарата (на 128,1%), уха и сосцевидного отростка (на 61,2%), болезнями нервной системы (на 8,4%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 28,9%). Увеличилась частота осложнений беременности, родов, послеродового периода (в 2,9 раза), врожденными аномалиями (на 61%), симптомами, признаками и отклонениями от нормы, выявленными при клинических и лабораторных исследованиях (в 11,3 раза).

Отмечено незначительное увеличение заболеваемости болезнями органов дыхания с 37266,6 до 37412,0 на 100 тыс., тем не менее они стабильно занимают 1-е ранговое место в структуре как общей (21,7%), так и первичной (29,8%) заболеваемости. В структуре общей заболеваемости всего населения г. Сибай в 2007 г. 2-е место занимали болезни системы кровообращения (10,3%), уровень заболеваемости по сравнению с 2000 г. увеличился на 58,3%. Третье ранговое место занимают болезни мочеполо-

Таблица 1

Динамика общей заболеваемости всего населения в горнодобывающих районах и в РБ (на 100 тыс. населения)

Класс болезней по МКБ-10	Учалинский район		Прирост, %	г. Сибай		Прирост, %	РБ		Прирост, %
	2000 г.	2007 г.		2000 г.	2007 г.		2000 г.	2007 г.	
Инфекционные и паразитарные болезни	5420,3	4076,7	-24,8	10636,8	6063,1	-43,0	7500,3	5825,9	-22,3
Новообразования	4163,2	3720,5	-10,6	2247,5	3884,3	72,8	2663,1	3636,6	36,6
Болезни крови, кроветворных органов	1725,4	3636,7	110,8	1124,4	6977,6	520,6	2205,9	3655,4	65,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6271,2	6054,2	-3,5	2955,5	6156,2	108,3	4174,7	5518,6	32,2
Психические расстройства	3750,3	3926,1	4,7	2689,7	0	-100,0	4842,2	5123,3	5,8
Болезни нервной системы	13146,5	9853,3	-25,1	6868,9	7447,9	8,4	8213,2	10891,1	32,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8505,8	16351,5	92,2	6279,2	14321,7	128,1	12188,9	13848,4	13,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	3655,3	6663,2	82,3	3206,7	5169,9	61,2	4152,0	4969,2	19,7
Болезни системы кровообращения	15046,1	28822,7	91,6	11260,1	17819,7	58,3	12955,4	26312,2	103,1
Болезни органов дыхания	47679,0	38778,2	-18,7	37266,6	37412,0	0,4	38784,7	37962,1	-2,1
Болезни органов пищеварения	26386,7	16206,1	-38,6	14828,1	14872,9	0,3	26928,2	17011,8	-36,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	12873,5	13530,6	5,1	17748,1	3473,5	-80,4	7747,4	8920,0	15,1
Болезни костно-мышечной системы	12335,3	15426,9	25,1	11129,7	14347,7	28,9	8464,0	13950,1	64,8
Болезни мочеполовой системы	15007,8	19545,6	30,2	11189,9	17274,6	54,4	10570,1	13765,4	30,2
Беременность, роды и послеродовой период	14653,0	10657,6	-27,3	5087,1	14787,3	190,7	5885,49	6069,3	3,1
Врожденные аномалии	295,5	1292,6	337,4	399,3	642,8	61,0	407,6	573,8	40,8
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	601,5	994,2	14,7	354,3	3995,7	1027,7	141,57	1568,8	1008,2
Травмы и отравления	15455,0	13242,5	-14,3	12958,3	7128,8	-45,0	10443,3	11501,9	10,1
Всего...	200432,7	204016,5	1,8	156564,3	172176,5	10,0	166178,9	188993,6	13,7

ловой системы (10%). За 2000—2007 гг. встречаемость болезней мочеполовой системы увеличилась на 54,4%, при этом у женщин в 4,4 раза выросла частота случаев расстройства менструаций, в 5,5 раза — женского бесплодия, у мужчин отмечено резкое увеличение числа случаев болезней предстательной железы (с 490,2 до 3458,2 на 100 тыс.). Заболевания органов пищеварения в структуре заболеваемости в 2007 г. занимали 4-е ранговое место (8,6%). Уровень заболеваемости повысился значительно (с 14828,1 до 14872,9 на 100 тыс. населения). При этом обращает на себя внимание резкое увеличение частоты болезней печени (в 4,5 раза), поджелудочной железы (в 4,8 раза).

Снижение заболеваемости всего населения г. Сибай отмечалось по классу психических расстройств и расстройств поведения, болезней кожи и подкожной клетчатки (на 80,4%), инфекционных и паразитарных болезней (на 43%), травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (на 45%).

Уровень общей заболеваемости взрослого населения г. Сибай не превышает республиканские показатели, однако по классу инфекционных и паразитарных болезней, новообразованиям, болезням органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, внешним причинам достоверно выше республиканских показателей. Структура общей заболеваемости взрослого населения г. Сибай аналогична структуре заболеваемости населения г. Учалы.

Снижение общей заболеваемости среди подростков г. Сибай наблюдается при болезнях крови, кровеносных органов, эндокринной системы, психических расстройствах, органов дыхания, пищеварения. Вместе с тем заболеваемость подростков остается на достаточно высоком уровне и показатели выше общероссийского и республиканского показателей ($p < 0,001$). В структуре общей заболеваемости

подростков в 2007 г. ведущее место занимают болезни органов дыхания (19,3%). Значительна доля болезней глаза и придаточного аппарата (18,5%), костно-мышечной (12,8%), мочеполовой (8,3%) системы, органов пищеварения (6,7%), эндокринной системы (6,1%), крови и кровеносных органов (5,1%), нервной системы (3,2%), травм (2,9%) и отличается от структуры заболеваемости подростков республики, где на 3-м месте находятся болезни органов пищеварения (10,1%).

За 2000—2007 гг. уровень общей заболеваемости у детей г. Сибай несколько снизился при болезнях органов пищеварения, психических расстройствах, болезнях уха и сосцевидного отростка, кожи и подкожной клетчатки, болезнях и состояниях, возникающих в перинатальном периоде (табл. 3). Вместе с тем заболеваемость детей достоверно выше, чем по РБ ($p < 0,001$), и в 1,5 раза превышает средне-республиканский уровень. Первое место в структуре общей заболеваемости детей в 2007 г. занимают болезни органов дыхания (33,3%), 2-е — болезни органов пищеварения (10,2%), 3-е — болезни нервной системы (8,4%), что не отличается от структуры заболеваемости детей республики.

За 2000—2007 гг. общая заболеваемость болезнями системы кровообращения всего населения Учалинского района выросла с 15046,1 до 28822,7 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие темпы увеличения показателей заболеваемости имели место при других формах острой ишемической болезни сердца (на 545,6%). При цереброваскулярных болезнях отмечалось увеличение на 126,7% (с 1497,2 до 3394,4 на 100 тыс. населения).

В целом заболеваемость ишемической болезнью выросла на 225,5% (с 3659,3 до 11912,0). В то же время заболеваемость стенокардией увеличилась на 114% (с 2416,7 до 5171,6), острым инфарктом миокарда — на 26,2% (с 106,9 до 134,9). Произошло увеличение заболеваемости гипертонической бо-

Таблица 2

Динамика общей заболеваемости детей и подростков Учалинского района (г. Учалы) по данным обрабатываемости (на 100 тыс. соответствующего возраста)

Класс болезней по МКБ-10	Дети		Прирост, %	Подростки		Прирост, %
	2000 г.	2007 г.		2000 г.	2007 г.	
Инфекционные и паразитарные болезни	7473,5	7401,6	-1,0	2374,2	3724,9	56,9
Новообразования	325,6	861,1	164,4	799,2	1117,5	39,8
Болезни крови, кровеносных органов	2882,0	7351,8	155,1	2421,3	5910,1	144,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1085,5	3337,8	207,5	2889,5	7474,5	-74,1
Психические расстройства	1530,5	1900,2	24,2	2867,9	3824,2	33,3
Болезни нервной системы	10084,1	14433,1	43,1	11824,2	34541,8	192,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8602,4	14241,0	65,5	12858,5	26893,5	109,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	4130,3	9721,7	135,4	4889,5	11398,1	133,1
Болезни системы кровообращения	1014,9	1245,5	22,7	3008,9	3551,0	18,0
Болезни органов дыхания	97883,3	102085,3	4,3	54019,7	70474,3	30,5
Болезни органов пищеварения	32873,8	31812,7	-3,2	34602,7	19667,2	-43,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	13101,8	18297,6	39,7	1810,1	17755,2	880,9
Болезни костно-мышечной системы	5655,4	6134,8	8,5	15279,7	24807,5	62,4
Болезни мочеполовой системы	3435,5	6376,8	85,6	17536,4	32530,4	85,5
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	11,2	14,2	26,7	1858,0	820,1	-55,9
Отдельные состояния перинатального периода	1774,8	2341,5	31,9			
Врожденные аномалии	797,8	5280,8	561,9	493,7	1688,6	242,1
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	1139,8	1601,3	40,5	869,8	1390,6	59,9
Травмы и отравления	13508,8	10440,5	-22,7	14927,1	23193,4	55,4
Всего...	207305,3	244879,4	18,1	210390,2	290340,2	38,0

лезнью на 174,3% (с 3694,9 до 10134,9).

Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения всего населения г. Сибай повысился с 11260,1 до 17819,7 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие темпы увеличения показателей заболеваемости имели место при гипертонической болезни — на 194,9% (с 2009,6 до 5927,2), цереброваскулярных болезнях — на 27,5% (с 3504,1 до 4469,0). Заболеваемость ишемической болезнью возросла на 85,5% (с 2252,5 до 4177,4). В то же время заболеваемость стенокардией снизилась на 47,2% (с 901,6 до 476,4), острым инфарктом миокарда — на 11,5% (с 87,9 до 77,9).

На долю новообразований в структуре заболеваемости населения Учалинского района в 2007 г. приходилось 1,8% общей заболеваемости. Абсолютное число заболевших в 2007 г. в 1,9 раза больше, чем в 2000 г. Численность онкологических больных, состоящих на учете на конец 2007 г., увеличилась на 36,4% и составила 1121,0 на 100 тыс. населения. Уровень заболеваемости новообразованиями всего населения составил в 2007 г. 3720,5 на 100 тыс. (снижение на 10,6% по сравнению с 2000 г.), среди взрослого населения — 4589,8 (снижение на 20,4%). Среди подростков и детей наблюдается рост заболеваемости новообразованиями — соответственно на 39,8 и 164,4% (с 792,2 до 1117,5 и 325,6 до 861,1 на 100 тыс. соответствующего возраста).

Доля новообразований в структуре заболеваемости всего населения г. Сибай увеличилась с 1,4 до 2,3%, уровень заболеваемости в 2007 г. составил 3884,3 на 100 тыс. (прирост на 72,8% по сравнению с 2000 г.), среди взрослого населения — 4557,5 (снижение на 26,8%). Среди подростков и детей наблюдается рост заболеваемости новообразованиями — соответственно в 4,3 и 3,1 раза (с 253,4 до 1078,7 и 574,7 до 1753,1 на 100 тыс. соответствующего возраста). Численность онкологических больных, состоящих на учете на конец 2007 г., увеличилась за 2000—2007 гг. на 36,4% и составила 1219,9 на 100 тыс. человек.

Заболеваемость по классу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин всего населения Учалинского района снизилась с 15455,0 на 100 тыс. в 2000 г. до 13242,5 в 2008 г., а их доля в общей структуре — с 7,7 до 6,5%. Среди детей и взрослых наблюдается аналогичная картина (снижение соответственно на 16,4 и 18,2%), однако среди подростков отмечается значительный рост уровня заболеваемости по данному классу с 14927,1 до 23193,4 на 100 тыс. соответствующего возраста (на 55,4%).

Заболеваемость по классу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин взрослого и всего населения г. Сибай снизилась соответственно на 45 и 36,9%, а среди детей и подростков рост уровня заболеваемости составил 13,7 и 50,5%.

Углубленный анализ общей заболеваемости всего населения Учалинского района и г. Сибай показал, что около 95% заболеваний в классе болезней крови приходится на анемию. В классе эндокринных болезней и расстройств питания соответственно около 62 и 52% обращений было по поводу сахарного диабета. Среди заболеваний нервной системы населения Учалинского района преобладают эпилепсия (около 7%), а г. Сибай — болезни периферической нервной системы (16,3%). В структуре болезней глаза и его придатков населения Учалинского района и г. Сибай приходится на близорукость соответственно более 30 и 17%, на катаракту более 10 и 8%, на глаукому около 4 и 6%. В классе болезней уха и сосцевидного отростка наибольший удельный вес занимает хронический отит (около 7 и 23%). Среди болезней кровообращения преобладают ишемическая болезнь сердца (соответственно 41,3 и 23,4%), гипертоническая болезнь (35,2 и 33,3%), цереброваскулярные болезни (11,8 и 25,1%), стенокардии (17,9 и 2,7%). В классе болезней органов пищеварения преобладают гастриты, дуодениты, болезни желчного пузыря и желчевы-

Таблица 3

Динамика общей заболеваемости детей и подростков г. Сибай по данным обращаемости (на 100 тыс. соответствующего возраста)

Класс болезней по МКБ-10	Дети		Прирост, %	Подростки		Прирост, %
	2000 г.	2007 г.		2000 г.	2007 г.	
Инфекционные и паразитарные болезни	4811,9	6068,5	26,1	2195,9	2238,4	1,9
Новообразования	574,7	1753,1	205,1	253,4	1078,7	325,7
Болезни крови, кроветворных органов	6229,4	17333,5	178,3	19172,3	14671,0	-23,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6658,5	17792,0	167,2	24380,6	17502,7	-28,2
Психические расстройства	4704,6	0,0	—	3491,0	0,0	-100,0
Болезни нервной системы	22887,1	23887,4	4,4	5320,9	9115,4	71,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	13194,4	18484,2	40,1	8896,4	53128,4	497,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	11593,0	10078,2	-13,1	2674,5	6877,0	157,1
Болезни системы кровообращения	490,4	3182,6	549,0	1858,1	6121,9	229,5
Болезни органов дыхания	91832,0	94336,1	2,7	120073,2	55339,8	-53,9
Болезни органов пищеварения	60815,3	29038,9	-52,3	37697,1	19174,8	-49,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	10857,4	2175,7	-80,0	1069,8	2265,4	111,8
Болезни костно-мышечной системы	9876,6	20965,6	112,3	2871,6	36758,4	1180,1
Болезни мочеполовой системы	3080,2	6365,2	106,6	16216,2	23840,3	47,0
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	15,6	36,0	130,3	2150,5	2231,2	3,8
Отдельные состояния перинатального периода	4061,0	2454,4	-39,6			
Врожденные аномалии	980,8	3173,6	223,6	534,9	1833,9	242,8
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	3133,9	14519,5	363,3	0,0	27022,7	—
Травмы и отравления	10550,9	11993,2	13,7	5518,0	8306,4	50,5
Всего...	266339,7	283637,5	6,5	253293,9	286461,7	13,1

водящих путей, поджелудочной железы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (34,2 и 48,5%). Ведущее место в классе заболеваний кожи и подкожной клетчатки занимают атонические и аллергические контактные дерматиты. Среди болезней костно-мышечной системы преобладают артрозы (8,4 и 13,5%). В классе болезней мочеполовой системы преобладают гломерулярные болезни почек (8,1 и 14,8%). У женщин в данном классе болезней значительный удельный вес приходится на эрозию шейки матки (10,9 и 14,1%), нарушения менструально-овариального цикла (14,9 и 12,5%), у мужчин — на болезни предстательной железы (8,3 и 20%). Отмечено увеличение уровня за-

болеваемости врожденными аномалиями (на 14,7 и 61%).

Первичная заболеваемость всего населения Учалинского района снизилась с 80 848 случаев в 2000 г. до 77 606 в 2004 г., а в 2007 г. вновь увеличилась до 106 690. Интенсивные показатели в 2007 г. увеличились по сравнению с 2000 г. по всем возрастным группам населения: у детей со 161525,1 до 200 654 (на 24,2%), у подростков — со 111424,5 до 226347,2 (на 103,1%), у взрослых — с 87236,5 до 119043,6 (на 36,5%), всего населения — с 106649,8 до 139719,7 (на 31%) (табл. 4).

В 2007 г. по сравнению с 2000 г. отмечался рост показателей заболеваемости всего населения болез-

Таблица 4

Динамика первичной заболеваемости населения в горнодобывающих районах РБ (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Класс болезней по МКБ-10	Учалинский район						г. Сибай					
	дети		подростки		взрослые		дети		подростки		взрослые	
	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	6165,5	7045,8	1316,4	3625,5	2413,0	3102,2	4781,2	5394,2	1013,5	1806,9	3989,1	4180,5
Новообразования	265,9	576,5	681,7	1043,0	1170,8	2079,5	314,2	584,4	56,3	701,2	490,1	2727,8
Болезни крови, кроветворных органов	1460,0	2853,9	1222,4	3054,4	335,0	1286,8	2942,3	4495,2	6447,1	2750,5	272,5	1462,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	645,9	1665,4	4513,4	3824,2	1308,2	734,4	2543,9	2670,1	12528,2	2481,1	920,6	519,1
Психические расстройства	526,5	227,7	399,6	124,2	489,4	399,8	911,8	0	816,4	0	675,5	0
Болезни нервной системы	7104,5	8732,5	3761,2	25204,9	2416,8	4905,5	12512,5	14996,0	2421,2	7146,7	5489,0	984,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	5270,0	3985,5	2679,8	6431,6	3805,9	10788,9	9646,8	13422,6	2871,6	16585,8	2413,6	6799,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	2643,1	8817,9	3338,0	9858,5	1775,0	4769,9	10803,8	9080,3	647,5	5771,3	4708,1	3104,8
Болезни системы кровообращения	407,1	612,1	1433,9	2259,7	4387,5	16552,3	344,8	476,5	591,2	3802,6	2317,4	6953,7
Болезни органов дыхания	82963,4	97423,7	32063,9	6267,9	16057,4	14249,7	88966,4	91647,9	115653,2	48435,8	25042,9	17158,1
Болезни органов пищеварения	20325,6	26667,1	22096,9	14675,9	16159,1	7791,4	14788,1	18502,2	17511,3	7254,6	3455,5	4670,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	11017,6	17514,8	1739,5	17159,2	6346,9	11571,3	9562,5	269,7	591,2	674,2	6860,7	3385,0
Болезни костно-мышечной системы	4260,5	4960,5	9449,9	21778,0	4227,5	9709,7	8459,1	11849,3	450,5	10113,3	4925,7	5546,3
Болезни мочеполовой системы	2013,6	5053,0	10131,6	28979,4	6655,6	15296,3	1900,2	4468,2	7629,5	12270,8	3293,0	13265,8
Беременность, роды и послеродовой период	11,2	28,8	1810,4	717,6	6244,1	3840,1	15,6	72,0	1980,8	1673,4	8045,0	6426,8
Отдельные состояния перинатального периода	1774,8	2341,5					4061,0	2454,4				
Врожденные аномалии	141,1	398,5	23,5	1018,1	33,9	156,1	291,2	287,7	28,2	0		
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	1025,8	1323,7	752,2	1092,6	103,5	336,3	1655,0	13431,6	0	26402,4	38,9	
Травмы, отравления	13508,8	10440,5	14927,1	23193,4	16172,3	13230,5	10550,9	11993,2	5518,0	8306,4	14843,5	5974,7
Всего...	161525,1	200654,8	111424,5	226347,2	87236,5	119043,6	185043,3	206059,5	175360,1	155393,7	84187,9	80392,4

нями крови, кроветворных органов (в 2,5 раза), инфекционными и паразитарными болезнями (на 18,1%), новообразованиями (на 89,3%), болезнями нервной системы (на 83,9%), глаза и его придаточного аппарата (на 127,1%), уха и сосцевидного отростка (на 178,9%), системы кровообращения (почти в 4 раза), кожи и подкожной клетчатки (на 79,4%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 109,2%), мочеполовой системы (на 147%), врожденными аномалиями (в 4,1 раза), симптомами, признаками и отклонениями от нормы, выявленными при клинических и лабораторных исследованиях (на 53,2%); увеличилась частота осложнений беременности, родов, послеродового периода (на 110,4%). Снижение отмечалось по классу психических расстройств и расстройств поведения (28,3%), болезней эндокринной системы (19,5%), органов пищеварения (33,6%), травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (на 14,3%). За 2000—2007 гг. уровень первичной заболеваемости взрослого населения, всего населения и подростков Учалинского района достоверно выше республиканских показателей ($p < 0,001$). Первое место в структуре первичной заболеваемости всего населения в 2007 г. занимают болезни органов дыхания (23%), 2-е — болезни мочеполовой системы (10,1%), 3-е — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (9,5%), 4-е — болезни системы кровообращения (9,2%), 5-е — органов пищеварения (8,3%).

Анализ первичной заболеваемости населения г. Сибай за 2000—2007 гг. свидетельствует, что заболеваемость всего населения увеличилась с 95203,9 до 105980,6, у детей — со 185043,3 до 206059,5 на 100 тыс. соответствующего возраста; у взрослых снизилась с 84187,9 до 80392,4 на 100 тыс., у подростков — со 175760,1 до 155393,7. В то же время уровень первичной заболеваемости во всех возрастных груп-

пах населения г. Сибай достоверно выше республиканского показателя. Анализ статистических отчетов показал, что по большинству групп болезней регистрируется рост числа заболеваний. В 2007 г. по сравнению с 2000 г. отмечался рост показателей первичной заболеваемости всего населения новообразованиями (на 168,3%), болезнями крови, кроветворных органов (в 5,4 раза), нервной системы (на 3,3%), глаза и его придаточного аппарата (в 2,7 раза), уха и сосцевидного отростка (на 107,7%), системы кровообращения (в 2,3 раза), органов пищеварения (на 63,5%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 5,2%), мочеполовой системы (на 41,6%), симптомами, признаками и отклонениями от нормы, выявленными при клинических и лабораторных исследованиях (в 11,3 раза); увеличилась частота осложнений беременности, родов, послеродового периода (на 110,4%). Вместе с тем за этот период снизились показатели по классу инфекционных и паразитарных болезней (на 126%), болезней эндокринной системы (на 19,5%), органов дыхания (на 7,4%), кожи и подкожной клетчатки (на 56,9%), психических расстройств и расстройств поведения (на 100%), врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений (на 5,8%), травм (на 14,3%).

Таким образом, анализ показателей общей и первичной заболеваемости свидетельствует о четкой тенденции к их увеличению, что необходимо учитывать при перспективном планировании лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные показатели медицинского обслуживания населения РБ по данным годовых статистических отчетов бюро медицинской статистики МЗ РБ. — Уфа, 2000—2007.

Поступила 01.04.09

Н. А. Нармухамедова

ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К БОЛЕЗНИ И СТЕПЕНИ СЛЕДОВАНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВРАЧА

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

Цель исследования — оценка степени следования пациентов с артериальной гипертонией (АГ) рекомендациям врачей, к которым относятся самоконтроль уровня артериального давления (АД), изменение образа жизни для снижения воздействия факторов риска, регулярный прием лекарственных препаратов. Чтобы оценить, насколько ответственно больные с АГ относятся к контролю уровня АД, их опрашивали о давности последнего измерения. В течение последних 6 мес АД измеряли 76% пациентов, в течение 6—11 мес — 19%, у 85% пациентов АД измерял врач, у 3% — фельдшер, у 12% — медсестра, 75% больных умели оказать себе помощь при подъеме АД. Больные с АГ информированы о мерах профилактики осложнений АГ, однако большинство из них не следуют полученным рекомендациям. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ необходимо рекомендовать каждому пациенту изменение образа жизни и снижение воздействия факторов риска, улучшить диспансерное наблюдение пациентов с АГ и работу патронажных медсестер.

Ключевые слова: артериальная гипертония, артериальное давление, факторы риска, немедикаментозное лечение

THE EVALUATION OF ATTITUDE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION TO THE DISEASE AND DEGREE OF PHYSICIAN RECOMMENDATIONS OBSERVATION

N.A. Narmuhamedova

The article deals with the issues of evaluation of to what degree the patients with arterial hypertension follow the recommendations of physicians concerning the self-control of arterial tension, the alteration of life-style to decrease the impact of risk factors, the regular intake of pharmaceuticals. The patients have been asked about how long ago they made the last measure on purpose to assess their responsibility concerning arterial hypertension control. The

arterial tension was measured during the last six months in 76% of patients and during 6–11 months in 19% of patients. The arterial tension was measured by physician in 85% of patients, by feldsher (medical assistant) in 3% of patients, by nurse in 12% of patients, and 75% of patients were able to self-care in case of increase of arterial tension. The patients with arterial hypertension were informed about the measures to prevent the complication of arterial tension. The most of them don't follow the given recommendations. To successfully prevent the adverse outputs of arterial hypertension in patients it is necessary to recommend to each patient changing life-style and decreasing the impact of risk factors. To provide better care of patients with arterial hypertension enhancing of both dispensation follow-up and functioning of health nurse is needed.

Key words: arterial hypertension, arterial tension, risk factor, non-medicinal treatment

В развитых странах смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) за последние 25 лет значительно снизилась. Это стало возможным благодаря проведению широкомасштабных мероприятий среди населения, направленных на изменение образа жизни, и внедрению мер профилактики [5]. Среди ССЗ артериальная гипертензия (АГ) занимает первое место по распространенности и является одной из основных причин инсульта и инфаркта [1, 3]. Сокращение смертности среди больных с АГ было достигнуто за счет снижения воздействия факторов риска, улучшения информированности населения о симптомах болезни, снижения и постоянного контроля уровня артериального давления (АД) путем изменения образа жизни, лекарственной терапии и качественного медицинского наблюдения [2, 6].

Вместе с тем объектом внимания медицинского персонала часто являются пациенты, обратившиеся в поликлинику, в то время как основную группу риска составляют лица с повышенным уровнем АД, но не знающие об этом, или больные с АГ, не предпринимающие шаги для регулярного лечения [4]. Повышение информированности пациентов о заболевании создает условия для активного вовлечения их в процесс лечения [6].

Целью этого исследования была оценка степени следования пациентов с АГ рекомендациям врачей, к которым относятся самоконтроль уровня АД, изменение образа жизни для снижения воздействия факторов риска, регулярный прием лекарственных препаратов.

В 2002 г. информационно-аналитический центр Минздрава РУз провел многофакторное исследование "Изучение здоровья населения Узбекистана" (ИЗНУ). В 2007–2008 гг. на основании вопросников ИЗНУ по АГ нами было повторно проведено исследование с целью оценки улучшения информированности пациентов об АГ: факторах риска, необходимости регулярного измерения АД, соблюдении принципов рационального питания, отношении пациентов к лечению, следованию рекомендациям врача. Для достоверности данных мы опрашивали пациентов с давностью АГ не менее 5 лет, чтобы сравнить полученные результаты с данными ИЗНУ и оценить степень изменений.

Характеристика выборки: больные с АГ, состоящие на диспансерном учете в сельском врачебном пункте (СВП), с давностью гипертензии не менее 5 лет. Критерии включения: прикрепленный к СВП контингент, диспансерные больные с АГ давностью более 5 лет. Критерий исключения: диспансерные больные с АГ давностью до 5 лет. Дизайн — исследование серии случаев.

Вопросник ИЗНУ по АГ заполняли врачи со слов пациентов в 5 областях республики, всего было опрошено 488 больных с АГ, среди них мужчин было 259 (53,1%), женщин — 229 (46,9%).

Для оценки ответственности отношения больных с АГ к контролю уровня АД их спрашивали о давности последнего измерения давления. В течение последних 6 мес АД измеряли 76% пациентов, в течение 6–11 мес — 19%. Давность измерения более 1 года была зафиксирована у 5% больных с АГ. Возможно, это связано с заинтересованностью самих пациентов в контроле уровня АД, с одной стороны, и улучшением оказания помощи больным медицинскими работниками СВП — с другой. Мы узнавали у пациентов, кто измеряет у них АД. Как показали результаты опроса, у 85% пациентов АД измерял врач, у 3% — фельдшер, у 12% — медсестра. Медицинские работники проинформировали 94% пациентов о повышенном АД, 6% больных не знали, какое у них АД.

Не менее важна была оценка информированности пациентов о болезни и обучения медицинским персоналом больных мерам первой самопомощи при подъеме АД. Как видно на рис. 1, пациенты в основном знали, как помочь себе: 75,8% пациентов получили информацию от врача, 10,7% — от фельдшера, 7% — от медсестры. Только 4% пациентов с АГ не знали, как оказать себе первую помощь при повышении уровня АД. То, что медицинский персонал обучает пациентов приемам первой самопомощи, очевидно, не оказывает существенного влияния на профилактику ССЗ, так как число больных с сердечно-сосудистыми осложнениями на фоне повышенного уровня АД продолжает расти.

Больных с АГ опрашивали относительно рекомендаций врачей по мерам профилактики для снижения воздействия факторов риска. Врачи советовали принимать таблетки для снижения уровня АД 81% больных. Следить за массой тела врачи реко-

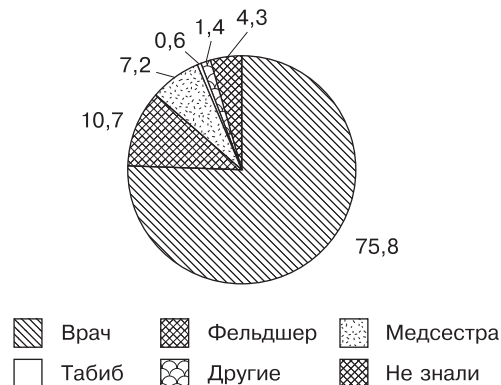


Рис. 1. Обучение больных с АГ разными категориями лиц (в %) оказанию себе первой помощи.

Н. А. Нармухамедова — канд. мед. наук, доц. (naragp@rambler.ru).



Рис. 2. Рекомендации врачей пациентам (%) по профилактике.

мендовали 58% пациентов, ограничить потребление соли — 71%. Занятия спортом рекомендовали 41% больных с АГ и ограничение приема алкоголя — 31%. Бросить курить врачи советовали 33% пациентов (рис. 2).

Главным в снижении влияния факторов риска на течение АГ, развитие поражений органов-мишеней и осложнений является выполнение больными этих рекомендаций. Между тем, как отметили сами больные в интервью, даже если им давали рекомендации, не все выполняли их в полной мере (рис. 3). Зная о необходимости постоянного приема лекарства, только 65% пациентов делали это. Более половины пациентов знают о важности снижения массы тела, но только 32% больных с АГ следят за нею. Две трети пациентов с АГ информированы о необходимости снижения потребления соли, а ограничивают потребление соли половина из них.

О выполнении физических упражнений или занятиях спортом информированы были немного менее половины опрошенных больных с АГ, но выполняли их только 1/3 пациентов. О необходимости не злоупотреблять алкогольными напитками и бросить курить знали 1/3 пациентов, но выполняли эту рекомендацию только половина из них. Результаты исследования свидетельствуют, что пациенты, информированные медицинскими работниками о необходимости снижения воздействия факторов риска и изменения образа жизни, не выполняют рекомендации врачей. Повышение информированности пациентов после проведенного исследования ИЗНУ незначительно улучшило выполнение рекомендаций врачей.

Таким образом, исследование показало, что для снижения частоты сердечно-сосудистых осложнений, приводящих к преждевременной смертности



Рис. 3. Следование рекомендациям врачей (% пациентов).

пациентов с АГ, необходимо повысить ответственность самих пациентов в плане выполнения рекомендаций врача. Медицинский персонал должен неоднократно информировать пациентов о болезни, возможном развитии осложнений в отсутствие лечения в поликлиниках и на дому, в школах гипертоников и через средства массовой информации (особенно телевидение).

Выводы

1. Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ необходимо рекомендовать каждому пациенту изменение образа жизни и снижение воздействия факторов риска.
2. Следует улучшить диспансерное наблюдение пациентов с АГ, 2 раза в год проводить обследования и коррекцию лечения.
3. Должна быть улучшена работа патронажных медсестер на дому: контроль уровня АД и лечения, информирование пациентов о болезни и снижении воздействия моделируемых факторов риска.
4. Необходимо повысить ответственность больных с АГ за выполнение рекомендаций медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов Ю. А. // Кардиология. — 2002. — № 10. — С. 62–66.
2. Кобалава Ж. Д., Виллевалде С. В. // Кардиология. — 2007. — № 10. — С. 75–82.
3. Оганов Р. Г., Галкин В. А., Масленникова Г. Я. // Тер. арх. — 2006. — № 1. — С. 6–9.
4. Ощепкова Е. В., Довгалецкий П. Я., Гриднев В. И. // Тер. арх. — 2007. — № 1. — С. 48–52.
5. Перова Н. В. // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 76–82.
6. Полятыкина Т. С., Александров М. В., Мишина И. Е., Геллер В. Л. // Тер. арх. — 2006. — № 1. — С. 13–15.

Поступила 25.06.10

Н. Ю. Алексеева

СИСТЕМНОЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет

Освещены основные направления по модернизации здравоохранения Иркутской области на 2011—2012 гг. и показатели для оценки интегральной результативности и эффективности разработанной программы модернизации. Предлагаемые мероприятия будут способствовать системному решению накопившихся в сфере здравоохранения проблем региона, повышению доступности и улучшению качества медицинской помощи населению области.

Ключевые слова: *региональное здравоохранение, модернизация, программа, медицинская помощь, качество, доступность*

THE SYSTEMIC MODIFICATION OF REGIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM FOR ENHANCING AVAILABILITY AND QUALITY OF POPULATION MEDICAL CARE

Alekseeva N. Yu.

The article deals with the main directions in modernization of public health system of Irkutskaya oblast in 2011–2012. The major indicators to evaluate the overall effectiveness and efficacy of the proposed modernization program are discussed. The measures proposed can promote the systemic settlement of regional public health problems, increase the availability and enhance quality of medical care to population.

Key words: *regional public health, modernization, program, medical care, quality, availability*

Наиболее важными составляющими социальной политики нашего государства являются укрепление здоровья населения, обеспечение его качественным медицинским обслуживанием, решение демографических проблем. Благодаря успешной реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" наметилась положительная динамика показателей здоровья населения и улучшение демографической ситуации. Выступая с отчетом о деятельности Правительства Российской Федерации в Государственной Думе в апреле 2010 г., Владимир Путин предложил программу модернизации здравоохранения, являющуюся продолжением системных преобразований, начатых в рамках национального проекта "Здоровье".

В соответствии с этим в Иркутской области с нашим участием была разработана Программа модернизации здравоохранения Иркутской области на 2011—2012 гг. (далее — Программа). Целью Программы является повышение доступности и качества медицинской помощи населению Иркутской области, задачами — укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение стандартов оказания медицинской помощи и современных информационных систем в здравоохранение.

Программа включает в себя паспорт системы здравоохранения Иркутской области и ряд разделов, посвященных планируемым мероприятиям. Паспорт здравоохранения Иркутской области содержит основные фактические за 2005—2009 гг. и прогнозные на период 2010—2012 гг. показатели состояния регионального здравоохранения.

Первый раздел Программы представляет собой

Н. Ю. Алексеева — канд. мед. наук, доц. (fkstat@yandex.ru).

вводную часть и включает данные о медико-демографической ситуации в области, основные показатели здоровья населения, характеристику кадрового потенциала и финансовой обеспеченности здравоохранения региона. В этом разделе обозначены ключевые проблемы системы здравоохранения Иркутской области: существенное недофинансирование Территориальной программы государственных гарантий (45% от установленного федерального норматива) и неэффективное использование ресурсов системы здравоохранения.

Во втором разделе Программы представлены основные мероприятия, направленные на реализацию задачи укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения:

— реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений, в том числе сокращение коечного фонда и приведение его в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи (на основе анализа смертности, заболеваемости и половозрастной структуры населения и существующих нормативов Территориальной программы государственных гарантий);

— регионализация сети учреждений здравоохранения, предусматривающая подразделение территории Иркутской области на зоны обслуживания 7 межмуниципальных региональных медицинских центров и пяти межмуниципальных районных центров по оказанию медицинской помощи различного профиля с учетом транспортной доступности, характера расселения населения и среднего радиуса обслуживания;

— координация и интеграция медицинского и медико-социального обслуживания в области.

Всего для улучшения материально-технического обеспечения в рамках Программы для завершения

строительства ранее начатых объектов было отобрано 12 учреждений здравоохранения, для оснащения оборудованием — 69, для проведения текущего и капитального ремонта — 156 учреждений.

Внедрение современных информационных систем в здравоохранение (раздел 3 Программы) предусматривает ряд мероприятий:

- персонифицированный учет оказанных медицинских услуг путем создания регионального информационного ресурса, единого центра обработки данных, наполняемого на основе первичных данных об оказанных медицинских услугах;

- ведение электронной медицинской карты гражданина путем внедрения во всех лечебно-профилактических учреждениях Иркутской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), типового сервиса единой медицинской информационной системы для учета первичных данных;

- реализация записи к врачу в электронном виде путем создания единого Интернет-портала системы здравоохранения Иркутской области, единого call-центра и установки терминалов самозаписи (информационных киосков) в доступных зонах;

- обмен телемедицинскими данными путем развертывания в ведущих лечебных учреждениях региона консультативных телемедицинских центров, в ведущих лечебных учреждениях муниципальных образований — абонентских телемедицинских пунктов с внедрением единого областного электронного регламента по планированию и проведению телемедицинских сеансов;

- внедрение системы электронного документооборота с образованием ведомственного удостоверяющего центра, позволяющего верифицировать передаваемые документы электронной цифровой подписью;

- ведение единого регистра медицинских работников, предполагающего внедрение в работу лечебно-профилактических учреждений области информационно-аналитической системы Минздравсоцразвития России "Федеральный регистр медицинских работников";

- ведение электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

В разделе 4 Программы обозначены основные перспективные направления для решения задачи внедрения стандартов оказания медицинской помощи. Прежде всего в учреждениях стационарного типа в 2011 и 2012 гг. планируется внедрение федеральных стандартов оказания медицинской помощи по 8 наиболее распространенным группам

нозологий, охватывающим 30% госпитализаций, в амбулаторно-поликлинических учреждениях — по 7 группам нозологий, охватывающим 22,3% обращений.

В связи с запланированным на 2013 г. включением в тариф ОМС ряда дополнительных статей в 2011—2012 гг. предусмотрены анализ фактических расходов на текущее содержание муниципальных учреждений здравоохранения и оценка объемов планируемых расходов на 2013—2014 гг. с учетом расчетных нормативов коечного фонда, оснащения, площадей и внедрения энергосберегающих технологий и способов эффективного использования оборудования. В соответствии с этими оценками в консолидированном бюджете Иркутской области будут выделены средства для дотаций территориального фонда ОМС, в том числе за счет ассигнований, предусмотренных на увеличение тарифов страховых взносов на неработающее население.

С целью повышения квалификации медицинских работников предусмотрены меры по повышению квалификации и переподготовке кадров для межмуниципальных региональных медицинских центров и межмуниципальных районных центров по оказанию медицинской помощи разного профиля, планируется также внедрение системы непрерывного медицинского образования и использование электронной медицинской библиотеки.

Для обеспечения потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий в регионе предполагаются повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала на 15% ежегодно и доведение его к 2013 г. до уровня среднемесячной начисленной заработной платы в целом по Иркутской области, а также переход на новую систему оплаты труда всех бюджетных учреждений здравоохранения.

С учетом включения с 2013 г. в Территориальную программу ОМС дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения и дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей в возрасте 14 лет в 2011—2012 гг. в регионе будут определены:

- потребности в заработной плате в соответствии с численностью медицинских работников соответствующего профиля и предусмотренной динамикой роста заработной платы;

Показатели интегральной результативности и эффективности Программы модернизации здравоохранения Иркутской области к 2013 г.

Показатель	2009 г.	Целевое значение к 2013 г.
Общий коэффициент смертности населения (на 1000 населения)	13,9	Снижение до 13,2
Смертность населения от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	685	Снижение до 635,8
Смертность от внешних причин смерти (на 100 тыс. населения)	209,3	Снижение до 193,7
Коэффициент младенческой смертности (на 1000 рожденных живыми)	10,1	Снижение до 8,99
Смертность трудоспособного населения (на 1000 трудоспособного населения)	8,0	Снижение до 7,03
Удовлетворенность населения медицинской помощью, % от всего населения	31,4	Повышение до 35
Эффективность вложений в здравоохранение: соотношение общего коэффициента смертности и затрат на здравоохранение в Иркутской области в сравнении с аналогичным соотношением в среднем по Российской Федерации	2	Более 1
Уровень удовлетворенности населения региона в высокотехнологичной медицинской помощи, % от нуждающихся в ней	77	96

— потребности в объемах медицинской помощи и численность соответствующего контингента на диспансеризацию детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей в возрасте 14 лет.

Систематизированный перечень программно-целевых мероприятий и механизм реализации и контроля их выполнения представлены в разделах 5 и 6 Программы.

Согласно произведенным расчетам, необходимый объем финансового обеспечения Программы модернизации здравоохранения Иркутской области (раздел 7) на 2011—2012 гг. составляет около 8451 млн руб., в том числе на 2011 г. 4176 млн руб., на 2012 г. 4275 млн руб. На укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения предусмотрено 39,6% от общего объема средств (из них 25% на учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам и детям), на внедрение современных информационных

систем в здравоохранение — 5%, на внедрение стандартов оказания медицинской помощи — 55,4%.

В разделе 8 Программы представлены показатели для оценки эффективности и результативности Программы. Главные результаты в улучшении состояния здоровья населения Иркутской области отражены в показателях интегральной результативности Программы к 2013 г. (см. таблицу).

Таким образом, модернизация здравоохранения Иркутской области будет способствовать системному решению накопившихся в этой сфере проблем региона. Это в свою очередь позволит переориентировать отрасль на реальные потребности населения, а за счет повышения доступности и качества медицинской помощи — сохранить жизни граждан региона, повысить уровень их здоровья и социального благополучия.

Поступила 30.12.10

© А. Е. МАХОТИН, 2011
УДК 614.2:617.7-082

А. Е. Махотин

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМАХ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

ООО офтальмологический центр "Взгляд", Тверь

Рассмотрены вопросы доступности офтальмологической медицинской помощи в Тверской области. Представлены сравнительный анализ деятельности медицинских организаций различных форм собственности, оказывающих офтальмологическую помощь, и результаты социологического опроса пациентов, которые свидетельствуют об особенностях функционирования и доступности системы оказания офтальмологической помощи в субъекте РФ, позволяют конкретизировать наиболее актуальные проблемы в данной сфере, определить возможные пути их преодоления.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, офтальмологическая медицинская помощь, медицинские организации различных форм собственности

THE MEDICAL CARE AVAILABILITY TO OPHTHALMOLOGIC PATIENTS AT VARIOUS ORGANIZATIONAL AND LEGAL FORMS OF ITS RENDERING

Mahotin A.E.

The article deals with the issues of ophthalmologic medical care availability in Tverskaya oblast. The comparative analysis is made of activities of medical organizations of various forms of property in the field of ophthalmologic care. The data of sociologic survey testifies the features of functioning and availability of the ophthalmologic care system in Russian region. The data permits to elicit the most urgent issues in this area and to determine the possible directions of overcoming.

Key words: availability, ophthalmologic medical care, medical organization, form of property

Доступность медико-социальной помощи в Российской Федерации законодательно рассматривается как один из основных принципов охраны здоровья населения Российской Федерации (статья 2 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан), обеспечивающих условия для реализации каждым установленного статьей 41 Конституции Российской Федерации конституционного права на охрану здоровья.

Доступность медицинской помощи определяется сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны; наличием и уровнем квалификации медицинских кадров; наличием на территориях необходимых медицинских технологий; возможно-

стью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации; имеющимися транспортными возможностями; уровнем общественно-образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Ключевым концептуальным подходом, обеспечивающим возможность осуществления комплексного анализа детерминант доступности медицинской помощи, является модель, предложенная L. Aday и R. Andersen [7, 8], в соответствии с которой использование и доступ к услугам здравоохранения в основном определяются двумя группами факторов: параметрами системы предоставления медицинских услуг и характеристиками потребителей медицинской помощи. В числе первых, в частности, рассматриваются структурные показатели учреждений здравоохранения (территориальная доступность, наличие медицинского персонала, своевременность и удобство предоставления услуг)

А. Е. Махотин — зам. гл. врача (8-4822-74-12-72).

и индикаторы, характеризующие процесс оказания медицинской помощи (взаимоотношение врача и пациента) [1].

Доступность качественной офтальмологической медицинской помощи в настоящее время является одной из важных социально-ориентированных задач отечественного здравоохранения, что обусловлено целым рядом объективных характеристик этого вида медицинской помощи.

Известно, что патология органов зрения имеет высокую распространенность, вследствие чего офтальмологическая помощь всегда являлась одним из самых массовых видов помощи, а решение проблем офтальмологического обслуживания населения — одной из актуальных задач отечественного здравоохранения.

Говоря о доступности данного вида медицинских услуг, чрезвычайно важным является то, что в современных условиях стремительно развивается сектор офтальмологической медицинской помощи, альтернативный государственному, т. е. сегодня потребителям могут предлагаться как различные медицинские технологии, так и различные условия оказания медицинской помощи, разные способы, уровень оплаты медицинских услуг и др.

Вышесказанное свидетельствует об особой важности проведения сравнительного анализа доступности и качества оказанной офтальмологической помощи в организациях различных организационно-правовых форм собственности, в том числе в контексте таких объективных параметров и характеристик, как материально-техническая доступность, информационная доступность, финансовая доступность, организационные технологии реализации доступности и др.

Целью проведенного нами научного исследования является разработка предложений по повышению доступности офтальмологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности.

В ходе исследования на основе сравнительного анализа ресурсного обеспечения, объемов и показателей деятельности негосударственного офтальмологического центра Твери (ООО "Взгляд") и отделения микрохирургии глаза (МХО) Тверской областной клинической больницы (ОКБ), существующей нормативно-правовой базы, а также комплексного изучения мнения пациентов о доступности офтальмологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности выявлены и конкретизированы наиболее актуальные проблемы в данной сфере, определены возможные пути их преодоления.

В отделении МХО развернуто 55 коек, в том числе 7 детских, на которые госпитализируют пациентов из районов Тверской области. Следует отметить, что в ООО "Взгляд" обращаются больные с заболеваниями органов зрения также практически из всех районов области, причем их число растет из года в год. Так, например, за период с 2006 по 2009 г. число оперированных в клинике по поводу глаукомы и катаракты увеличилось в 2,7 раза (с 423 больных в 2006 г. до 1135 в 2009 г.).

Проведенный анализ свидетельствует о том, что в структуре госпитализированных как в государственные, так и негосударственные офтальмологические медицинские организации преобладают пациенты старше 60 лет с патологией хрусталика, глаукомой и заболеваниями сетчатки.

В отличие от ОКБ в клинике "Взгляд" не оказывают медицинскую помощь больным с тяжелыми травмами глаз, отслойкой сетчатки, полиаллергией. Данный контингент лиц направляют в ОКБ. Напротив, в клинике "Взгляд" больше, чем в ОКБ, доля пациентов и проведенных им операций по поводу аномалий рефракции.

Было выявлено, что оснащение негосударственной медицинской организации превосходит таковое в государственной.

Использование современного медицинского оборудования позволяет внедрять новейшие медицинские технологии, что в свою очередь обуславливает принципиальные различия в тактике ведения пациентов в государственных и негосударственных медицинских организациях, способствует уменьшению риска осложнений и др.

Основной объем оперативных вмешательств, производимых в клинике "Взгляд" — это операции с использованием лазерного оборудования (лазерное удаление сетчатки при дистрофических изменениях, диабете, нарушении кровообращения в сосудах сетчатки; лазерная экстракция катаракты; лечение глаукомы и др.).

Несмотря на отсутствие принципиальных различий в стаже работы врачей, их квалификационной категории в сравниваемых организациях, результаты оперативного лечения больных, в основном зависящие от опыта и квалификации хирурга, существенно различаются. Так, например, доля больных с катарактой, острота зрения которых после операции превышает 0,7, в среднем на 20% выше в негосударственной организации по сравнению с государственной.

В то же время конкуренция на рынке офтальмологических медицинских услуг способствует процессу переоснащения государственных медицинских организаций, внедрению ими новейших технологий, что положительно сказывается на качестве оказанной медицинской помощи, ее доступности для широких слоев населения.

В частности, в 2008 г. на базе ОКБ организован лазерный центр, внедряются новые операции (витректомия, блефаропластика и др.). Это способствует ежегодному снижению средней длительности пребывания больного на койке, предоперационного и послеоперационного периода.

В МХО ОКБ средняя длительность лечения до операции по поводу катаракты в течение последних 3 лет имела тенденцию к снижению и составляла 1,9 дня в 2008 г. против 2,5 дня в 2006 г., в то же время в клинике "Взгляд" больного с катарактой оперируют непосредственно в день госпитализации. Средняя длительность послеоперационного лечения данного контингента лиц в ОКБ составляла в 2008 г. 4,4 дня (в 2006 г. 8,5 дня), а в клинике "Взгляд" — одни сутки.

Известно, что оценка доступности медицинской помощи представляет определенные сложности. В связи с этим проведение социологических опросов в разных группах населения позволяет получить полезную информацию непосредственно от потребителя медицинских услуг и оценить степень доступности этих услуг [1—6].

С целью изучения доступности офтальмологической медицинской помощи для жителей Тверской области было проведено анкетирование пациентов прежде всего для того, чтобы установить и

сравнить степень их удовлетворенности медицинским обслуживанием в медицинских учреждениях с различной организационно-правовой формой собственности.

Опрос проводили среди пациентов двух выше-названных медицинских организаций. В ходе проведения исследования использовали бесповторную случайную выборку: один респондент заполнял анкету только один раз.

В социологическом исследовании приняли участие 1103 респондента, 53,3% из них являлись пациентами государственного учреждения и 46,7% получали медицинскую помощь в частной медицинской организации. Анализ гендерной принадлежности лиц, ответивших на вопросы анкеты, показал, что в опросе участвовали представители обоих полов, из них 53,1% женщин и 46,9% мужчин.

При оценке социального статуса респондентов было выявлено, что большинство (93,9%) опрошенных — пенсионеры, 4,5% составляли лица, работающие в частном бизнесе, и всего 1,6% являлись работниками в государственных учреждениях. Группа пенсионеров включила в себя как работающих, так и неработающий (26,6 и 67,2% соответственно от общей совокупности) контингент.

При этом было выявлено, что неработающие пенсионеры получают специализированную медицинскую помощь как в государственном, так и в коммерческом лечебном учреждении, кроме того, очевидно их преобладание в структуре пациентов коммерческого офтальмологического центра (70% относительно 64,7%). Выбор же работающих пенсионеров был в пользу государственного ЛПУ: среди респондентов, пролеченных в отделении ОКБ, они составили 32,4%, а из числа воспользовавшихся услугами коммерческого офтальмологического центра эта когорта не превышала 20%.

Очевидно, что каждый пациент, обращаясь за той или иной услугой в медицинское учреждение, имеет определенные потребности и ожидания, на реализацию которых он вправе рассчитывать.

По мнению респондентов центра "Взгляд", предварительно обращавшихся в различные государственные ЛПУ, основными негативными моментами медицинского обслуживания в них являются большие очереди к специалистам и отсутствие современного медицинского оборудования (по 40%). Несколько реже они высказывали неудовлетворенность по поводу квалификации и отношения медицинского персонала в данных ЛПУ (по 10%).

Среди основных мотивов обращения населения за медицинской помощью в коммерческую медицинскую организацию были следующие: наличие высококвалифицированного медицинского персонала (74,1 на 100 опрошенных); уверенность пациентов в том, что лечение проводится с помощью современного медицинского оборудования (46,7) и будет достигнут желанный результат (36,4); доверие к конкретному врачу, работающему в данном медицинском учреждении (43,3).

Основным фактором, удерживающим респондентов ОКБ от обращения за медицинской помощью в коммерческие медицинские организации, по мнению большинства, является высокая цена предлагаемых медицинских услуг (52,9 пациента на 100 опрошенных). Треть анкетированных (30,4) принципиально отказываются от услуг частных ме-

дицинских организаций, в большей степени доверяя государственному сектору здравоохранения. Значительное число респондентов (70,6) вообще не рассматривали для себя варианты лечения в коммерческих медицинских организациях, причем у 44,1 на 100 опрошенных это связано с тем, что их вполне удовлетворяют условия оказания медицинской помощи в государственных ЛПУ, 20,6 на 100 опрошенных были нацелены на конкретного лечащего врача ОКБ, а 5,9 на 100 опрошенных не обладали информацией об офтальмологических коммерческих организациях.

В свою очередь опрос пациентов коммерческого офтальмологического центра выявил ряд причин, по которым они вынуждены были отказаться от обслуживания в МХО ОКБ: недостаточный уровень оснащенности офтальмологического отделения ОКБ (46,7 на 100 опрошенных); длительное ожидание госпитализации; недостаточный уровень медицинского обслуживания пациентов, в частности не устраивают оперативность и качество оказания медицинской помощи; недоверие к профессионализму врачей (по 30); отсутствие комплексности в медицинском обслуживании в ОКБ (13,3) и др.

Также в анкету был включен ряд вопросов, касающихся доступности медицинских услуг в медицинских организациях с различными формами собственности.

Исследование показало, что у подавляющего числа (90%) респондентов коммерческой организации организационный момент ожидания и контакта с администратором центра потребовал совсем немного времени.

Результаты анализа ответов пациентов офтальмологического отделения ОКБ свидетельствует о том, что абсолютное большинство (97,1%) респондентов вынуждены затрачивать время на ожидание очереди в регистратуру ОКБ. Так, 70,6% респондентов потребовалось около 1 ч, у 5,9% больных время ожидания составило более 2 ч, а минимально возможное время ожидания — около 30 мин (у каждого пятого респондента).

Таким образом, время, затраченное на ожидание приема врача в государственных ЛПУ, часто сопоставимо со временем на дорогу в ЛПУ, а иногда и значительно превосходит его.

Так, например, до 30 мин ожидали приема врача 30,4% опрошенных, до 15 мин — 21,8%, до 1 часа — 31,1%, до 2 часов — 13,8%. Особенно долго — более 2 ч — ожидали приема 3% респондентов.

В то же время выявлено, что в негосударственных медицинских организациях прием всегда проводят в соответствии с заранее назначенным временем.

Для проведения всех необходимых диагностических процедур и постановки диагноза в коммерческом медицинском центре респондентам в 80% случаев требовался один день, и в этот же день назначали дату офтальмологической операции, проводившейся, как правило, уже при повторном посещении больного.

Пациентам ОКБ только в половине (53,9%) случаев было достаточно одного дня для подготовки к госпитализации, а остальным респондентам для этого требовалось 2—3 дня.

Из-за отсутствия талонов в районной поликлинике у 66,7% респондентов центра возникали трудности с записью на консультацию к офтальмологу

на ближайшие 1—2 дня, в результате чего 30% смогли попасть на прием к врачу-специалисту в течение недели после записи, 23,3% ожидали больше недели, 6,7% — в течение месяца, 6,7% так и не смогли попасть на прием.

Таким образом, проведенное сравнение временных потерь пациентов демонстрирует одно из явных преимуществ коммерческого медицинского обслуживания перед государственным. В частности, при необходимости оно дает возможность пациенту с ограниченным зрением как избежать необоснованных дополнительных временных и физических нагрузок (неоднократные поездки в ЛПУ и обратно, очереди к врачам и др.), так и добиться сокращения сроков подготовительного и лечебного периода.

Для подавляющего большинства (86,7%) респондентов центра и половины респондентов в отделении ОКБ (58,8%) стоимость назначенных врачом лекарств при лечении после выписки из стационара была вполне приемлемой. Каждый третий (32,4%) пациент МХО и десятый (10%) пациент центра считает ее высокой, а 5,9 и 3,3% опрошенных соответственно оценивают ее как очень высокую, поскольку деньги для покупки необходимых им лекарств приходится откладывать. Цену на лекарства как не приемлемую для себя определили 2,9% респондентов ОКБ.

Важно отметить тот факт, что врачи центра при выписке дорогих лекарств обсуждали их примерную стоимость абсолютно с каждым пациентом, принявшим участие в опросе, а респонденты государственного ЛПУ в 38,2% случаев узнавали о цене офтальмологического препарата только в аптеке.

Результаты опроса свидетельствуют о том, что для большинства (69,8%) респондентов центра стоимость коммерческих медицинских услуг является в разной степени высокой. Так, около половины (46,6%) респондентов центра считают ее просто высокой, 16,7% характеризуют ее как очень высокую, в связи с чем деньги на лечение им приходится занимать либо откладывать, для 6,7% пациентов она слишком высокая.

Возможность оплаты без значительного сокращения своего либо семейного бюджета существует у 8,8% пациентов офтальмологического отделения, у каждого третьего (33,3%) опрошенного пациента центра, и только для 10% респондентов центра сумма оплаты не составляет особых для них проблем. Большинство же ответивших при возникшей необходимости такую возможность имеют, но при условии сокращения других собственных расходов (44,1% в отделении больницы и 46,7% в центре).

Таким образом, результаты проведенного нами исследования на базе государственного учреждения и негосударственной офтальмологической медицинской организации Твери свидетельствуют о том, что пациенты, обращающиеся в негосударственные медицинские организации, обычно более требовательны к своему здоровью. Они достаточно информированы о способах операций, о врачах, их выполняющих, об используемых во время операций материалах и др. Пациенты, обращающиеся в государственные учреждения, менее требователь-

ны к своему здоровью, они, как правило, не проявляют должного интереса к способам операции и к репутации врача. В основном — это сельские жители из малонаселенных пунктов области с низким и очень низким уровнем дохода.

Кроме этого, исследование, проведенное с использованием социологического метода, позволило определить ряд факторов различного характера, не влияющих на выбор пациентом медицинской организации той или иной формы собственности, а именно возраст, социальный статус, материальное положение, удаленность медицинской организации от места жительства пациента и транспортная доступность.

С другой стороны, значимыми факторами, определившими выбор пациентами медицинской организации, являлись желание лечиться у конкретного врача, желание следовать рекомендациям знакомых, большее доверие государственному (или коммерческому) сектору здравоохранения.

Сравнительный анализ распределения мнений пациентов о доступности специализированной офтальмологической медицинской помощи, предоставляемой государственными и негосударственными медицинскими организациями, показал ряд отличий, основными из которых являются следующие: организация оказания медицинской помощи, в том числе организация записи на прием к врачам-специалистам и длительность ожидания дня приема, длительность ожидания у окна регистратуры, в очереди у кабинетов врачей-специалистов, очереди на госпитализацию, сроки подготовительного и лечебного периода и др.; уровень удовлетворенности пациентов качеством и результатами медицинской помощи, условием ее оказания и др.

В целом полученные результаты позволили выявить особенности функционирования и доступности системы оказания офтальмологической помощи в Тверской области, конкретизировать наиболее актуальные проблемы в данной сфере, определить возможные пути их преодоления, разработать и научно обосновать предложения по улучшению доступности офтальмологической помощи, которые могут быть использованы в различных государственных и негосударственных медицинских организациях в целях нивелирования выявленных проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизова Б. Г. Улучшение доступности и качества медицинской помощи в муниципальном диагностическом центре: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008.
2. Болоняева Н. А., Скворцова М. П. // Мед. диагн. Управл. и качество. — 2007. — № 2. — С. 46—49.
3. Князюк Н. Ф. // Мед. диагн. Управл. и качество. — 2007. — № 2. — С. 18—20.
4. Наваркин М. В., Кочеткова И. О., Комаров С. Г. и др. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2007. — № 5. — С. 27—30.
5. Решетников А. В. Методология исследований в социологии медицины. — М., 2002.
6. Хабриев Р. У., Серегина И. Ф. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2007. — № 6. — С. 31—45.
7. Aday L. A., Andersen R. // Hlth Serv. Res. — 1974. — Vol. 9, N 3. — P. 18—21.
8. Aday L. A., Andersen R. Access to Medical care: Development of Indices. — Ann-Arbor, 1975.

Поступила 28.12.10

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

Ставропольская государственная медицинская академия

На модели правонарушений, безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних показано, что в сложившейся сегодня динамической картине нашего общества залогом успешного решения проблем молодого поколения является именно межсекторальное партнерство. Сегодня особенно важно привлечение к этому самих молодых людей.

Ключевые слова: здоровье, несовершеннолетние, здравоохранение, юстиция, межведомственное взаимодействие

THE INTERSECTORAL APPROACH TO MEDICAL SOCIAL CARE DELIVERING TO UNDER-AGED CHILDREN

Utkina G. Yu., Franzeva V. O.

The model of infringements among neglected and homelessness under-aged children is used to demonstrate that in actual pattern of Russian social society the intersectoral partnership is the essential condition in overcoming the problems of youth generation. Nowadays, the most important target is the involvement in this process the youths themselves.

Key words: health, under-aged children, public health, justice, intersectoral interaction

Очевидно, что проблема правонарушений, безнадзорности и беспризорности может быть решена активным и согласованным взаимодействием многих заинтересованных ведомств, органы и учреждения которых образуют систему, направленную на борьбу с безнадзорностью, беспризорностью и правонарушениями несовершеннолетних, деятельность которых включает³:

— выявление неблагополучных семей с детьми (малообеспеченных, многодетных, неполных, конфликтных, с жестоким обращением и насилием над детьми и другими членами семьи, оставшихся без кормильца), асоциальных семей, бездомных детей, детей-жертв насилия;

— создание банка данных о семьях и детях, находящихся в опасной социальной ситуации и нуждающихся в помощи государства;

— взятие на учет этих контингентов органами опеки и попечительства, уточнение конкретных нужд и организация необходимой помощи;

— создание системы мониторинга и контроля за оказанием медико-психолого-педагогической и правовой помощи нуждающимся в государственной поддержке семьям и детям;

— создание специализированных учреждений стационарного типа, работающих непосредственно с детьми, нуждающимися в диагностике медико-психолого-педагогических нарушений и их коррекции;

— транспортировку детей, нуждающихся в социальной защите и медико-психолого-педагогической помощи, в стационарные социально-реабилитационные учреждения;

— разработку и внедрение в деятельность учреждений социально-реабилитационного плана оз-

доровительных, психокоррекционных и социальных программ;

— разработку индивидуальных программ, методов преподавания и обучения детей, которые в силу обстоятельств временно или вообще не посещали школу;

— привлечение к работе по организации досуга детей и семей с детьми работников молодежных организаций;

— привлечение к работе с детьми и семьями, находящимися в социально опасном положении, спонсоров, волонтеров, церкви, СМИ, общественных организаций и объединений;

— деятельность по обучению детей трудовым навыкам и их профориентации, а также последующее трудоустройство;

— организацию жизнеустройства детей, нуждающихся в защите государства (возврат в семью, усыновление, помещение в дома ребенка, интернаты, патронатные семьи, семейные воспитательные группы);

— подготовку специалистов для медико-психолого-социальной работы с дезадаптированными детьми и семьями;

— контроль за соблюдением прав несовершеннолетних.

В системе профилактики безнадзорности, беспризорности и правонарушений существует три уровня взаимодействия заинтересованных органов и служб:

— основные участники (органы социальной защиты, здравоохранения, образования, внутренних дел; учреждения культуры, спорта и туризма, службы занятости);

— управляющие и контролируемые структуры (комиссия при администрации территории по делам несовершеннолетних и защите их прав, прокуратура);

— добровольные участники вспомогательного процесса профилактики и коррекции, жизнеустройства и реабилитации детей и семей, находящихся в трудной и опасной жизненной ситуации.

Особую роль в этой системе должны играть цен-

Г. Ю. Уткина — канд. мед. наук, доц. каф (sotnikova78@mail.ru); В. О. Францева — канд. мед. наук, доц. каф. (uzstav@mail.ru).

³В соответствии с Федеральным Законом от 24.06.99 г. № 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних".

Типовое разделение функций ГУ Социально-реабилитационный центр и других органов и учреждений системы профилактики детской безнадзорности, беспризорности и правонарушений

Специалисты ГУ Социально-реабилитационный центр	Органы и учреждения системы профилактики детской безнадзорности, беспризорности и правонарушений
<p>Выявляют факты жестокого обращения с детьми, вовлечения в преступления и антиобщественные действия Корректируют поведение несовершеннолетних Восстанавливают утраченные семейные связи Осуществляют доставку к месту проживания</p>	<p>Органы внутренних дел: выявляют несовершеннолетних, оказавшихся в социально опасном положении, доставляют в учреждения; устанавливают личность несовершеннолетнего; принимают участие в предупреждении правонарушений несовершеннолетними; в установленном порядке уведомляют родителей или законных представителей несовершеннолетних о доставлении несовершеннолетних в подразделения органов внутренних дел и (или) в специализированные учреждения в связи с безнадзорностью и беспризорностью</p>
<p>Готовят несовершеннолетних к помещению в детские дома Организуют семейные воспитательные группы Посещают, информируют, консультируют семьи</p>	<p>Органы опеки и попечительства: участвуют в пределах своей компетенции в проведении индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, если они являются сиротами либо остались без попечения родителей или законных представителей (ст. 5 ФЗ № 120); изымают детей из социально опасных семей; решают вопросы жизнеустройства; осуществляют мероприятия по защите личных и имущественных прав несовершеннолетних</p>
<p>Формируют мотивацию к обучению Ликвидируют причины школьной дезадаптации Развивают интеллектуальные способности</p>	<p>Органы управления образованием: организуют обучение несовершеннолетних, обеспечивают целостность общеобразовательного процесса; совершенствуют психолого-педагогическую помощь детям со школьной дезадаптацией (посредством развития системы коррекционно-развивающего обучения); повышают уровень охраны жизни, физического, умственного и психологического здоровья детей средствами учебно-воспитательного процесса</p>
<p>Оказывают комплексную (правовую, психолого-медико-педагогическую, социальную) помощь семьям и несовершеннолетним в процессе профилактической, коррекционной и социальной адаптации детей; Осуществляют социальный патронаж семей группы риска Проводят подбор и подготовку приемных и патронажных семей для определения в них детей, утративших семейные связи Оказывают семьям, принявшим на воспитание чужого ребенка, необходимую помощь в воспитании и социальной адаптации детей Снимают последствия психотравмирующих ситуаций; оказывают помощь своим воспитанникам в дальнейшем жизнеустройстве Разрабатывают комплексные и специальные реабилитационные программы для социального сопровождения несовершеннолетних и их дальнейшего жизнеустройства Организуют работу по первичной профилактике стойких нарушений здоровья Способствуют формированию и поддержанию стремления детей и подростков к позитивным изменениям в образе жизни через обеспечение их достоверными медико-гигиеническими и санитарными знаниями Обеспечивают профилактику наркомании, токсикомании и алкоголизма, социальной дезадаптации лиц, имеющих эти нарушения (после проведения курса лечения) Оказывают социальную медицинскую помощь</p>	<p>Органы социальной защиты: выявляют детей из семей группы риска, несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; обеспечивают им при необходимости временное проживание на полном государственном обеспечении психолого-педагогической поддержкой, с оказанием социально-медицинской помощи; организуют социальный патронаж семей группы риска; оказывают помощь детям, пострадавшим от разных форм насилия, экологических и техногенных катастроф, членам семей беженцев и вынужденным переселенцам в дальнейшем жизнеустройстве; разрабатывают региональные стандарты социального обслуживания и социальных услуг в области профилактики детской безнадзорности</p>
	<p>Органы управления здравоохранением организуют: выявление, учет, обследование, при наличии показаний медицинского характера, и лечение несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные или одурманивающие вещества, а также осуществление других входящих в их компетенцию мер по профилактике алкоголизма, наркомании и токсикомании несовершеннолетних с этими нарушениями в их поведении; круглосуточный прием несовершеннолетних, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, для оказания им медицинской помощи при наличии показаний медицинского характера; медицинское обследование и лечение несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей или законных представителей, и подготовку рекомендаций по их устройству с учетом состояния здоровья; оказание консультативной помощи работникам органов и учреждений системы профилактики и правонарушений несовершеннолетних, а также их родителям или законным представителям несовершеннолетних; создание соответствующих мотиваций и отношения к здоровью, предупреждению заболеваний, организация активных действий по профилактике заболеваний и укреплению здоровья подрастающего поколения</p>
<p>Организуют досуг и занятость, осуществляют информационно-просветительную работу в ходе индивидуальной профилактической работы с воспитанниками учреждения и несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении (отделение реализации социальных программ, отделение экстренной помощи) Создают условия для развития потенциала ребенка; содействуют развитию способностей, профессиональной адаптации в современных социально-экономических условиях Оказывают помощь в профориентации, в дальнейшем трудоустройстве</p>	<p>Органы управления по делам молодежи: оказывают содействие в осуществлении мер по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних; участвуют в организации отдыха, досуга и занятости несовершеннолетних</p> <p>Органы службы занятости: участвуют в профессиональной ориентации несовершеннолетних; содействуют трудовому устройству несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства</p>



тральные территориальные стационарные социально-реабилитационные государственные учреждения — специализированные центры республиканского, краевого, областного значения. Они должны нести главную нагрузку по профилактической и реабилитационной работе и одновременно выполнять системообразующую — координационную, информационно-методическую и обучающую — функцию в отношении других социально-реабилитационных учреждений данной территории (см. таблицу).

На схеме представлено межведомственное взаимодействие государственных органов, учреждений и общественных организаций и объединений — субъектов системы профилактики безнадзорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних, направляющая роль комиссии по делам несовершеннолетних при Администрации субъектов Федерации и контролирующая роль прокуратуры. Наряду с этим показана ведущая (координирующая и системообразующая) роль в субъекте Федерации ГУ Социально-реабилитационный центр, который участвует в образовании сети подобных учреждений в регионе.

В социальной реабилитации безнадзорных и беспризорных несовершеннолетних одним из направлений является организация волонтерского движения и групп поддержки, благодаря чему происходит расширение реабилитационного пространства. Значимость привлечения волонтеров обусловлена прежде всего необходимостью коррекции круга общения детей, который вне центра неблагоприятен для их социального развития [1—4].

Волонтерами могут быть школьники, студенты, работники различных учреждений, любые сочувствующие граждане.

Работа в социально-реабилитационном центре с несовершеннолетними дает студентам-волонтерам возможность применять свои знания на практике,

раскрыть свой личностный и творческий потенциал, что очень важно в будущей профессиональной деятельности. С другой стороны, помощь студентов в развитии, образовании и воспитании беспризорных очень важна для воспитанников центра.

Участие молодежи позволяет решить одновременно несколько задач: привлечь множество добровольных помощников; облегчить установление контакта между волонтерами и детьми за счет небольшой разницы в возрасте; сформировать как у самих волонтеров, так и у детей, с которыми они работают, устойчивые социально-позитивные установки и навыки, важные для последующей жизни, развить в них чувство самоуважения и ответственности.

Особое внимание студенты-волонтеры должны уделять детям, находящимся в отделении круглосуточного приема и временного содержания несовершеннолетних. Это самая сложная категория подростков, имеющая за плечами опыт проживания на улице. С такими детьми работать сложно, но в то же время интересно.

Ребенок может обратиться к знакомому студенту, рассказать о своих проблемах, получить совет. Незнакомые подростки могут получить карточку-визитку с адресом центра, номером телефона доверия. Результатом такого взаимодействия будет тот факт, что число несовершеннолетних, поступивших в отделение, возрастет.

Студенты-волонтеры могут работать по нескольким направлениям.

Работа на улице:

- выявление подростков, находящихся в социально опасном положении;
- налаживание контакта с уличными детьми для выяснения причин ухода из дома, учреждения;
- посредническая роль студентов между уличными детьми и социально-реабилитационным центром (распространение среди беспризорников

карточек и визиток, беседы с детьми).

Работа в центре:

- проведение профилактических бесед;
- организация досуговой деятельности;
- помощь в оформлении отделений;
- диагностика (помощь специалистам центра);
- написание на базе центра курсовых, дипломных работ;
- гуманитарная помощь.

Развитие сети социальных контактов детей за счет привлечения более широкого круга людей к взаимодействию с ними способствует повышению эффективности реабилитационного процесса.

Не менее важно и создание групп поддержки из числа самих безнадзорных. У некоторых детей процесс реабилитации в отделении будет проходить успешнее, чем у остальных. Эти дети пересматривают свой взгляд на прошлые события своей уличной жизни и, уже находясь дома или в учреждении, рассказывают о центре — о том, как с ним (или с ней) работал психолог, как первый раз выехал в театр или как ему впервые в жизни справили день рождения.

Такой несовершеннолетний, попадая вновь в уличную среду, будет информировать подростков о тех социальных услугах, которые предлагаются в отделении, о принципах взаимоотношений взрослых и детей. Безнадзорный ребенок может не поверить информации, предлагаемой взрослым, а своему сверстнику он, как правило, доверяет. В результате работы таких волонтеров увеличится число обращений несовершеннолетних в социально-реабилитационный центр за помощью.

Создание групп поддержки осуществляется в

интересах самих обездоленных детей. У маленьких волонтеров развивается чувство социальной ответственности, толерантности, они приобретают новые навыки взаимодействия с окружающим их миром.

Эффективной поддержкой для воспитанников центра являются добровольные помощники из числа служителей церкви и прихожан, которые становятся крестными детей, проявляют по отношению к своим крестникам индивидуальное внимание, ласку, заботу, что особенно важно для детей, не познавших тепла семейных отношений, обездоленных социальных сирот.

Таким образом, в сложившейся сегодня динамической картине нашего общества залогом успешного решения проблем молодого поколения является именно межсекторальное партнерство. Сегодня особенно важны диалог и взаимосвязанное сотрудничество субъектов, работающих с молодым поколением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитический обзор действующего зарубежного и отечественного законодательства, регламентирующего правосудие по делам несовершеннолетних (восстановительные процедуры). — М., 2008.
2. Косолапова Н. В., Уткина Г. Ю. // Сборник информационно-аналитических и медицинских материалов. — М., РИО ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава 2009. — С. 3—13.
3. Межсекторальное партнерство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения: Сборник науч. трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. — М., 2009.
4. Разработка методики и технологии в области предупреждения социального сиротства. Метод. рекомендации. — М., 2009.

Поступила 22.10.09

© В. Б. МЫСЯКОВ, 2011
УДК 614.2:618.11.2-082

В. Б. Мысяков

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕОНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей

Приведены результаты социологического опроса акушеров-гинекологов и неонатологов, работающих в различных лечебно-профилактических учреждениях Пензенской области, оказывающих медицинскую помощь беременным, роженицам, гинекологическим больным и новорожденным. Дана экспертная оценка качества специализированной помощи на каждом из этапов ее оказания. По мнению специалистов, акушерско-гинекологическую и неонатальную помощь более высокого качества оказывают в перинатальном центре.

Ключевые слова: поэтапная акушерско-гинекологическая и неонатальная помощь, качество помощи, экспертная оценка

THE EXPERTISE OF QUALITY ASSESSMENT OF OBSTETRIC-GYNECOLOGIC AND NEONATAL CARE AT DIFFERENT STAGES OF ITS DELIVERY

Misyakov V.B.

The results of sociologic survey of obstetrician-gynecologists in various medical organizations of Penzenskaya oblast are discussed. The issues of delivering medical care to pregnant women, parturient women, gynecologic patients and newborns are considered. The expertise is made concerning the quality of secondary medical care at every stage of its delivering. The study demonstrated that obstetric-gynecologic and neonatal care of higher quality is delivered in perinatal center.

Key words: obstetric-gynecologic care, neonatal care, quality of medical care, expertise

Реализация приоритетного национального проекта "Здоровье" требует совершенствования орга-

В. Б. Мысяков — канд. мед. наук, ст. преподаватель (center-med@sura.ru).

низационных форм и повышения качества медицинской помощи, оказываемой различным группам населения. Нуждаются в разработке и научном обосновании новые организационные формы оказания доступной акушерско-гинекологической и

неонатальной помощи на ее различных этапах.

В Пензенской области реализуется трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным.

Первый уровень оказания акушерско-гинекологической помощи представлен центральными районными больницами (ЦРБ), второй уровень — четырьмя межрайонными центрами. Третий уровень оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи представлен Перинатальным центром ГУЗ Областная детская больница им. Н. Ф. Филатова и МУЗ Городской родильный дом № 1.

В основу реорганизации акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным положен принцип централизации, предусматривающий выведение с первого уровня всех беременных из группы высокого и среднего перинатального риска, а также с антенатальной гибелью плода для родоразрешения в Перинатальный центр ГУЗ Областная детская больница им. Н. Ф. Филатова.

С целью изучения качества и эффективности поэтапного оказания акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам и родильницам и неонатальной помощи новорожденным нами по специально разработанной программе были опрошены врачи акушеры-гинекологи и неонатологи лечебно-профилактических учреждений различных уровней. Всего в анкетировании приняли участие 252 респондента.

Большая часть (78,3%) выборочной совокупности была представлена врачами межрайонных центров и городских родильных домов, 11,8% — врачами ЦРБ, 9,9% — специалистами перинатального центра.

Лечащие врачи составили 90,1% опрошенных, руководители лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений — 9,9%.

Общий стаж работы в здравоохранении у 45,9% респондентов составил более 25 лет, у 31,1% опрошенных — от 15 до 25 лет, у 17,6% — от 5 до 15 лет, каждый двадцатый врач (5,4%) на момент опроса имел стаж работы менее 5 лет. При этом стаж работы по специальности у большинства (39,6%) респондентов также составил более 25 лет, стаж работы по специальности от 15 до 25 лет имели 34,2% врачей, от 5 до 15 лет — 18,1%, менее 5 лет — 8,1% опрошенных.

Распределение опрошенных врачей по полу и возрасту было следующим. Мужчины среди респондентов составили 12,5% от числа опрошенных, женщины — 87,5%. Среди опрошенных преобладали лица в возрасте 40—49 лет (35,5% от общего числа). На долю специалистов в возрасте 50—59 лет пришлось 27,6%, 30—39 лет — 13,3%, до 30 лет и 60 лет и старше — по 11,8%.

39,6% респондентов имели высшую врачебную квалификационную категорию и 42% — первую. На наличие второй или отсутствие категории вообще указали по 9,2% врачей.

По мнению врачей, качество медицинской помощи в первую очередь характеризуют доступность и своевременность (90,8 и 89,5 на 100 опрошенных врачей соответственно). Следующими по значимости критериями врачи считают результативность — 78,9, безопасность процесса лечения — 68,4 и ориентированность на пациента — 52,0 на 100 опро-

шенных. Соответствие стандартам и преемственность как критерий качества медицинской помощи отметили соответственно 47,4 и 22,4 на 100 опрошенных специалистов.

В ходе анализа анкетных данных установлено, что три из четырех опрошенных специалистов (74,6%) весьма положительно оценивают качество оказываемой медицинской помощи в их лечебно-профилактических учреждениях.

Как помощь хорошего качества ее характеризуют 49,3% респондентов, высококачественную — 25,3%, как удовлетворительную — 24,7%. Неудовлетворены качеством специализированной помощи 0,7% опрошенных.

Необходимо отметить, что руководящий состав оценивает качество акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, оказываемой в их лечебно-профилактических учреждениях, более высоко по сравнению с врачами. Различия в ответах лечащих врачей и руководителей статистически достоверны ($p < 0,05$).

В части вопросов анкеты было предложено отдельно оценить по 5-балльной шкале качество акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, оказываемой в лечебно-профилактических учреждениях, в которых трудятся респонденты.

Так, большая часть врачей ЦРБ (44%) оценили качество акушерско-гинекологической помощи, оказываемой в их лечебно-профилактических учреждениях, в 3 балла, 22,7% — в 4, 16% — в 2. Необходимо отметить, что минимально возможную оценку (1 балл) поставили 13,3% респондентов, тогда как максимальную — только 4%. Анализ анкетных данных показал, что качество медицинской помощи новорожденным, оказываемой в ЦРБ, было оценено более низко. Так, оценку 4 и 5 поставили соответственно 19,1 и 1,7% специалистов, в то время как на долю оценок в 2 балла пришлось 18,9% ответов, в 1 балл — 24,1%.

Более оптимистичной выглядит оценка качества акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, оказываемой в межрайонных центрах и городских родильных домах. В структуре оценок качества акушерско-гинекологической помощи удельный вес отличных и хороших отметок составил 5,7 и 53,4% соответственно, тогда как на долю более низких оценок в сумме пришлось 40,9%.

Структура оценок качества неонатологической помощи, оказываемой в межрайонных центрах и городских родильных домах, выглядит следующим образом: оценку 1 балл поставили 1,3% респондентов, 2 балла — 10,1%, 3 балла — 35,4%, 4 балла — 44,3%, 5 баллов — 8,9%.

Качество акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, оказываемой в перинатальном центре, по мнению специалистов данного лечебно-профилактического учреждения, было оценено наиболее высоко.

Так, шесть из десяти респондентов (58,9%) оценили качество акушерско-гинекологической помощи в условиях перинатального центра в 5 баллов, каждый третий (34,4%) — в 4 балла и только 6,7% — в 3. Еще более высоко оценили специализированную медицинскую помощь новорожденным, оказываемую в перинатальном центре: 5 баллов поставили 66,7% врачей, 4 балла — 29,7%, 3 балла —

3,6%. При этом ни один врач перинатального центра не оценил качество акушерско-гинекологической и неонатологической помощи на 1 и 2 балла.

Таким образом, врачи лечебно-профилактических учреждений всех уровней критично подошли к оценке качества специализированной медицин-

ской помощи, оказываемой в их учреждениях. При этом, по мнению экспертов, медицинскую помощь наиболее высокого качества (как акушерско-гинекологическая, так и неонатологическая) оказывают на уровне перинатального центра.

Поступила 04.02.11

© Д. П. СОЛОДУХИНА, Л. Х. ГЕОРГИЕВА, 2011

УДК 614.2:364.41-053.9

Д. П. Солодухина¹, Л. Х. Георгиева²

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

¹Курский государственный медицинский университет; ²Медицинский университет Варны, Болгария

В статье приведены результаты медико-социологического обследования пожилых больных с хронической терапевтической патологией и оценки обеспеченности их медицинских и социальных потребностей в период ремиссии. Была изучена выборка из 212 пациентов в возрасте 65 лет и старше, получающих медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях в Курске и Липецкой области. Определен социально-демографический портрет пациента, выявлены недостатки в обеспечении непрерывной медикаментозной терапии, соблюдении диеты, организации сестринской и социальной помощи на дому и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *пожилые пациенты, потребность в медицинской и социальной помощи, обеспечение медико-социальной помощи*

THE ASSESSMENT OF THE ELDERLY PATIENTS' NEED IN MEDICAL AND SOCIAL CARE DURING REMISSION PERIOD

Solodukhina D.P., Georgieva L.H.

The article considers the results of medical sociological survey of elderly patients with chronic therapeutic pathology. The issues of assessing the degree of provision of their medical and social needs during remission period are discussed. The sampling included 212 patients aged 65 years and older receiving medical and social care in health institutions of City of Kursk and Lipetskaya oblast. The social demographic profile of patient is defined. The shortcomings in rendering continuous pharmaceutical treatment, diet maintenance, organization of nursing and social care at home, rehabilitation activities.

Key words: *elderly patients, need in medical and social care, care provision*

В течение последних десятилетий во всем мире наблюдается старение населения. В 2008 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше в России составляла 18,5%, в отдельных регионах, в частности в центральных областях и особенно в сельской местности, она устойчиво превышает 20% от общей численности населения [8].

Рост населения пожилого и старческого возраста непременно сопровождается увеличением числа пациентов этой возрастной группы [5]. Перечень и распространенность соматических заболеваний свидетельствуют о наличии сочетанного поражения двух или трех систем у большинства лиц пожилого возраста. Заболевания протекают на протяжении многих лет, не поддаются излечению, и главным критерием эффективности лечения становится сохранение способности к самообслуживанию, независимому от других лиц проживанию [6].

С ухудшением здоровья в пожилом возрасте связаны и социальные проблемы — одиночество, прекращение трудовой занятости, ухудшение материального положения [2]. У многих пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, время от времени возникает потребность в сестринской медицинской помощи или уходе [9]. В связи с этим спецификой лиц старших возрастных групп явля-

ется взаимосвязь и взаимозависимость оказания им медицинской, медико-социальной и социальной помощи [3].

Между тем известно, что лица пожилого и старческого возраста не всегда обращаются к врачу в случае недомогания, расценивая свои болезни как возрастные особенности. Хронически больные часто думают, что сами хорошо знают свои болезни, и даже при обострении проблемы занимаются самолечением. Многие, получив назначения врача, выполняют их неточно или не в полном объеме, игнорируют рекомендации, касающиеся образа жизни, а также реабилитационные или профилактические мероприятия [4]. Эффективность амбулаторного или домашнего лечения во многом зависит от степени выполнения больными предписаний врача, т. е. от того, насколько полно пациент получает назначенную терапию [1]. В условиях недостаточно развитого сектора медико-социальной и первичной амбулаторной помощи пациенты старшего возраста имеют тенденцию к необоснованным обращениям за скорой медицинской помощью с последующими необоснованными госпитализациями [7].

Цель исследования — разработать рекомендации по оптимизации медико-социального обслуживания пожилых людей с множественной патологией для определения направлений развития и совершенствования амбулаторно-поликлинических, стационарзамещающих, патронажных и паллиа-

Д. П. Солодухина — канд. социол. наук, доц. каф. (solodin_kursk@mail.ru); Л. Х. Георгиева — ст. преподаватель (lorahg@abv.bg).

тивных технологий. Для этого были изучены социально-демографические характеристики пациентов старшего возраста, оценены потребности больных в медицинской и социальной помощи в период ремиссии, а также реальная обеспеченность ими.

Мы исследовали выборку пациентов старшего возраста с хронической патологией в период ремиссии, проведе случайный отбор амбулаторных больных в поликлинике № 1 Курска и санатории "Лесная сказка" Липецкой области, Россия. Численность выборки составила 212 человек в возрасте 65—85 лет. Основные классы заболеваний пациентов включали болезни органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы, эндокринной и костно-мышечной систем. 75% больных страдали двумя и более заболеваниями. 87 человек (41% выборки) имели группу инвалидности. Время проведения исследования — 2008—2009 гг. Инструментом исследования пациентов служила анкета, которая предварительно была апробирована на аналогичной малой выборке. Потребность в медицинской помощи была оценена врачом-экспертом, обеспеченность ею и необходимость социальной помощи регистрировали со слов самих пациентов. При определении потребности в уходе критерием являлась зависимость хотя бы в одной из шести базовых ежедневных активностей — передвижении, приеме пищи, одевании/раздевании, туалете, гигиенических процедурах, контроле мочеиспускания и дефекации (индекс Катца) [11]. При оценке потребности в помощи в быту по шкале Лоутона в случае зависимости от посторонних лиц хотя бы в одной из восьми инструментальных активностей мы относили пациента к категории нуждающихся в помощи в быту (при уборке дома, стирке, приготовлении пищи, приеме лекарств, покупке продуктов питания, оплате коммунальных услуг, пользовании общественным транспортом) [10]. Число хронических заболеваний определялось врачом-экспертом и регистрировалось по данным пациента согласно международным рекомендациям для изучения хронических заболеваний [12]. Было выявлено полное совпадение информации, но некоторые пациенты сообщали о большем числе болезней.

Полученные данные были систематизированы и обработаны с помощью компьютерной программы SPSS (статистический пакет для социальных наук) версия 11.0 для Microsoft Windows.

Средний возраст опрошенных составил 71 год (стандартное отклонение 4,2). В выборке преобладали женщины (62,7%) со средним (53,3%) или среднеспециальным образованием (20,8%), городские жители (73,1%). Большинство (40,6%) проживали с супругом/супругой, почти 1/3 (30,1%) были одинокие люди. Подушевой доход более чем у половины опрошенных (63,2%) не превышал 5 тыс. руб. в месяц (прожиточный минимум пенсионера в 2009 г. в регионе составил 3445 руб., Госкомстат РФ). На финансовые трудности пожилых больных указывали и другие факты. В частности, 20,8% респондентов считали, что у них неполноценное питание. 36,8% пожилых отметили удовлетворительные жилищные условия и потребность в косметическом ремонте, а 21,7% и вовсе назвали их плохими в связи с необходимостью капитального ремонта или отсутствием удобств.

Потребности больных в лекарственной терапии,

диетическом питании, реабилитационно-восстановительном лечении, некоторых сестринских и социальных услугах и реальная обеспеченность ими представлены в таблице. Из нее видно, что у хронически больных старшего возраста особенно высока потребность в медикаментозной терапии (98,1%), контроле артериального давления (98,6%), диетическом питании (64,1%). Многим периодически требуется сестринская помощь на дому, чтобы получить инъекционную терапию (60,8%), внутривенное вливание лекарственных препаратов (49,1%).

Более 1/3 пациентов регулярно нуждаются в физиотерапевтическом лечении (40,6%), массаже (38,2%), лечебной физкультуре (46,2%). Эти меры могут быть обеспечены как на дому, так и амбулаторно или в условиях дневного стационара.

Среди хронически больных пожилых пациентов 15—17% требуют регулярной помощи в быту, 8,5% нуждаются в ней время от времени. Для 12,3% больных важно обеспечить социальную активность и разнообразить досуг, тем самым улучшить их психологическое состояние, что, несомненно, будет способствовать и улучшению самочувствия.

Анализируя обеспеченность пожилых больных необходимыми услугами, мы видим, что она явно недостаточна. Лекарственную терапию регулярно получают лишь около 60% нуждающихся в ней. Мы выяснили, что из всех респондентов только половина (52,8%) приобретают рекомендованные врачом препараты независимо от стоимости, 27,9% прибегают к народным средствам, а 19,3% выбирают самые дешевые аналоги.

Контролируют артериальное давление около 60% пациентов, причем делают это в основном самостоятельно либо с помощью членов семьи, соседей.

Рекомендованную диету соблюдают не более половины респондентов (45,6%). В целом, выбирая продукты питания, только 1/3 (32,5%) руководствуются критерием пользы для здоровья. Для большинства опрошенных (53,3%) важнее всего вкусовые качества, для 18,9% играет роль авторитет фирмы-производителя, 17,5% респондентов стараются покупать наиболее дешевые продукты пита-

Потребности пожилых пациентов в медицинских и социальных услугах в период ремиссии

Вид потребности	Нуждающиеся в помощи		Получающие помощь		
	абс.	% от выборки	абс.	% от выборки	% от потребности
Медикаментозная терапия	208	98,1	135	63,7	64,9
Рациональное питание	136	64,1	62	29,2	45,6
Лечебная физкультура	98	46,2	21	9,9	21,4
Физиотерапия	86	40,6	29	13,7	33,7
Массаж (периодически)	81	38,2	28	13,2	34,6
Инъекции (периодически, на дому)	129	60,8	43	20,3	33,3
Капельницы (периодически, на дому)	104	49,1	17	8,0	16,3
Измерение АД	209	98,6	128	60,4	61,2
Покупка продуктов, лекарств	36	17	16	7,5	44,4
Помощь в быту	32	15,1	12	5,7	37,5
Общение, организация досуга	26	12,3	5	2,4	19,2
Сезонная уборка	18	8,5	6	2,8	33,3

ния.

Инъекции, массаж и физиотерапию получают только 1/3 нуждающихся. Лечебную физкультуру выполняет лишь каждый пятый. Капельницы на дому доступны 16,3% респондентов, в основном тем, у кого члены семьи или знакомые сами являются медицинскими работниками.

Временная социальная помощь, необходимая в период ухудшения самочувствия многим одиноким и инвалидизированным пациентам, и вовсе представляется необеспеченной исследованному нами контингенту, так как большинство обследованных пенсионеров сами за ней не обращались и не представляют, как они могут ее реально получить. Отсутствие представителей службы социальной деятельности и патронажных сестер в первичном звене здравоохранения определяет низкую преемственность учреждений, оказывающих медицинскую и социальную помощь. Пациенты в нашей выборке получали поддержку в быту исключительно от родственников и знакомых.

Таким образом, мы выявили недостаточную обеспеченность как медицинских, так и социальных потребностей пожилых больных. Контроль врачом общей практики адекватности и своевременности приема пациентом назначенных медикаментов, коррекция рациона питания, обеспечение сестринских услуг в первичном звене здравоохранения, помощь в выполнении реабилитационных мероприятий или организация их на дому для па-

циентов старшего возраста позволят повысить эффективность лечения, уменьшить количество осложнений с последующими госпитализациями, увеличить продолжительность жизни хронически больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В. В. Введение в доказательную медицину. — М., 2001.
2. Дворецкий Л. // Врач. — 2000. — № 7. — С. 4—8.
3. Какорина Е. П., Роговина А. Г., Чемякина С. Н. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2006. — № 2. — С. 32—37.
4. Максимова С. Г., Литвинова С. А. // Клинический геронтолог. — 1999. — № 3. — С. 36—40.
5. Преображенская В. С., Михневич Н. Н. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 1995. — № 5. — С. 12—15.
6. Пушкова Э. С., Едакова М. А. // Клинический геронтолог. — 1996. — № 3. — С. 64—66.
7. Салеев В. Б., Аръев А. Л., Азин А. Л., Смирнов А. В. // Клинический геронтолог. — 2007. — № 3. — С. 76—79.
8. Сафарова Г. Л. // Современные проблемы старения населения в мире: тенденции, перспективы, взаимоотношения между поколениями. — М., 2004. — С. 121—130.
9. Darton-Hill I. Culture, Aging and the Quality of Life. Quality of Life of the Elderly. (WHO-CC Monograph N 2). — Sundai, 1993.
10. Lawton M. P., Brody E. M. // Gerontologist. — 1969. — Vol. 9. — P. 179—186.
11. McDowell I., Newell C. The Index of Independence in Activities of Daily Living in Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. — 2nd Ed. — New York, 1996.
12. Robine J. M., Jagger C., Romieu I. Selection of a Coherent Set of Health Indicators for the European Union Phase II: Final Report. — Montpellier, 2002.

Поступила 28.07.10

© Р. С. ГАДЖИЕВ, А. М. БЕЙБУТОВА, 2011

УДК 614.2:618.2-084

Р. С. Гаджиев, А. М. Бейбутова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ В ГОРОДСКИХ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ

ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Изучено качество медико-социальной помощи по материалам экспертной оценки 565 индивидуальных карт беременных в 4 женских консультациях Махачкалы Республики Дагестан.

Установлены существенные недостатки: в 25,9% случаев имело место неполноценное обследование, не выполняются стандарты ведения беременности, дородовой патронаж 15,3% беременных проводился не во всех случаях, часть беременных несвоевременно была взята на учет, лечение 22,1% беременных с экстрагенитальными заболеваниями было начато несвоевременно и в 14,4% случаев было неполноценным.

Разработаны рекомендации по улучшению качества медико-социальной помощи беременным.

Ключевые слова: качество, медико-социальная помощь, диспансерное наблюдение, дородовой патронаж

THE MEDICAL SOCIAL CARE TO PREGNANT WOMEN IN THE MUNICIPAL MATERNITY WELFARE CLINICS

Gadjiev R.S., Beibutova A.M.

The article deals with issues of quality of medical social care based on the analysis of expertise of 565 individual records of pregnant women four municipal maternity welfare clinics of Makhachkala of the Republic of Dagestan. The significant shortcomings were established. In 25.9% the pregnant women were examined incompletely. The standards of pregnant women monitoring are not implemented. The pre-delivery home nursing was not carried out in 15.3% and large part of pregnant women was not registered timely. The treatment of pregnant women with extra-genital diseases in 22.1% was applied untimely and in 14.4% was inadequate. The guidelines were developed to enhance the quality of medical social care to pregnant women.

Key words: quality, medical social care, health monitoring, pre-delivery home nursing

Проблема качества медицинской помощи в новых экономических условиях является одной из са-

Р. С. Гаджиев — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (8-8722-67-61-83); А. М. Бейбутова — аспирант (8-8722-62-17-18).

мых актуальных в здравоохранении. Репродуктивное здоровье женщин не может рассматриваться в отрыве от медико-демографической ситуации. Состояние здоровья беременных, новорожденных, исходы родов во многом определяются возрастным

и половым составом населения, миграционными процессами общества, естественным движением населения, социально-гигиеническими условиями, активным участием женщин в производстве, а также зависят от социальной политики, организации здравоохранения и других факторов.

Диспансерное наблюдение беременных является главной задачей женской консультации, от качества его во многом зависит исход беременности и родов.

Вопросам изучения социально-гигиенических факторов риска для репродуктивного здоровья посвящены немногочисленные исследования [1–4], которые лишь фрагментарно отражают состояние проблемы.

Целью настоящего исследования явилась разработка системы мероприятий по повышению качества медико-социальной помощи беременным в условиях городских женских консультаций.

Исследование проведено в 2007–2008 гг. на базе четырех (№ 1, 2, 3, 4) женских консультаций Махачкалы Республики Дагестан. Были применены методы экспертных оценок, социологический, выкопировки сведений из первичной медицинской документации.

Для сбора материала разработана специальная "Карта экспертной оценки качества диспансеризации беременных в городских женских консультациях", которая включала следующие разделы:

- своевременность взятия беременной на учет;
- наличие индивидуального плана ведения беременной;
- качество обследования и выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- качество консультативной помощи;
- физиопсихопрофилактическая подготовка;
- обоснованность и своевременность диагноза;
- качество оказания медико-социальной помощи;
- регулярность наблюдения беременных;
- качество ведения медицинской документации и другие вопросы.

Качество медицинской помощи изучено по материалам экспертной оценки 565 индивидуальных карт беременных. За единицу наблюдения была принята беременная, состоящая на диспансерном учете.

Известно, что одним из важных показателей работы женской консультации является ранний охват беременных врачом наблюдением. Это позволяет своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию, обеспечить оздоровление беременной и установить степень риска. По материалам исследования выявлено, что 32,8% беременных были взяты на учет несвоевременно, для 7,1% отсутствовал индивидуальный план ведения беременности и в 22,3% случаев он был неполноценным.

Своевременное и полное обследование определяет возможность вынашивания беременности, степень риска, а также план ведения беременности. По мнению экспертов, несвоевременное обследование имело место в 25,9% случаев и неполное — в 36,5% случаев. Причинами неполного обследования, по мнению экспертов, в 74,1 была недисциплинированность беременных, в 32,3% — перегруженность лабораторных и диагностических кабинетов, в 28,4% — особенность течения беременно-

сти, в 19,3% — отсутствие диагностического оборудования и в 16,4% — недостаточная квалификация врача (врач не назначил соответствующего исследования).

Важным условием полноценного наблюдения является регулярность посещения беременной женской консультации и наблюдение ее узкими специалистами. По материалам экспертной оценки, регулярность посещения составила 68,2%. Терапевтом однократно осмотрены 98,7% беременных, стоматологом — 92,8%, окулистом — 89,8%, оториноларингологом — 78,7% беременных. Причинами такой ситуации, по мнению экспертов, в 69,8% случаев явилась недисциплинированность беременной, в 49,3% — перегруженность врачей, в 14,6% — отсутствие специалиста и в 12,6% случаев — недостаточная квалификация врача (отсутствие контроля за посещением и наблюдением).

При первом посещении беременной женской консультации для определения факторов риска неблагоприятного исхода беременности важно правильно установить срок беременности, определить предполагаемый срок родов, собрать акушерско-гинекологический анамнез, установить наличие экстрагенитальной патологии. Однако экспертная оценка показала, что неправильный срок беременности был определен в 12,1% случаев, неточный срок родов — в 14,3%, неправильно определены перинатальные факторы риска в 11,6% случаев.

Известно, что дородовой патронаж в антенатальном периоде имеет важное значение для исходов родов, контроля за выполнением назначенного режима, проведения санитарно-просветительной работы, знакомства с жилищно-бытовыми условиями и характером взаимоотношений в семье. Однако в ходе экспертной оценки было установлено, что дородовой патронаж в 15,2% случаев не проводился, в 21,3% случаев он был несвоевременным и в 16,4% случаев — неполноценным. Физиопсихопрофилактическая подготовка не проводилась в 10,6% случаев, в 25,9% случаев она была несвоевременной и в 47,1% случаев неполноценной. Причинами неполноценного проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в 38,9 % случаев явилось отсутствие лечебных средств и аппаратуры, в 32,4% случаев — недисциплинированность беременной, в 15,3% — недостаточный контроль со стороны заведующей консультацией и в 13,4% случаев — особенность течения беременности.

В соответствии с Положением о женской консультации особое внимание должно уделяться оказанию социально-правовой помощи беременным. Она выражается в правовом регулировании труда беременных, мероприятиях, связанных с охраной их здоровья, обеспечении установленных законом льгот и др. По мнению экспертов, в социально-правовой помощи нуждались 18,2% беременных, однако она была оказана не во всех случаях.

Известно, что правильная диагностика патологии — один из основных моментов, обеспечивающих эффективное ведение беременных родоразрешение. Экспертное исследование установило, что в 6,5% случаев имело место расхождение диагнозов. Диагноз сопутствующей патологии в 22,6% был установлен несвоевременно и в 7,8% необоснованно. Основными причинами несвоевременного и ошибочного диагноза, по мнению экспертов, в 29,5% случаев были несвоевременное обращение и нере-

гулярное посещение беременной женской консультации, в 25,4% случаев — неполноценное обследование, в 15,3% случаев — особенность течения беременности, в 13,2% — неудовлетворительная организация консультативной помощи, в 9,3% — недостаточная квалификация врача (врач своевременно не назначил соответствующее обследование), в 7,3% случаев — недостаточный контроль со стороны заведующего консультацией.

Важными показателями качества медицинской помощи беременным являются своевременность и полноценность проведения лечебно-оздоровительных мероприятий. По мнению экспертов, лечение беременных с экстрагенитальными заболеваниями в 22,1% случаев было начато несвоевременно и в 14,4% случаев было неполноценным (неадекватно подобрана тактика лечения, не указана дата отмены лекарств и т. п.). Это часто имело место у беременных с анемией (28,7%), диффузным зобом (16,9%) и токсокозами (13,4%). Причинами неполноценного лечения, по мнению экспертов, явились в 39,4% случаев недисциплинированность беременной, в 24,1% недостаточный контроль за лечебным процессом, в 23,2% неправильная и несвоевременная диагностика и в 13,3% случаев особенность течения заболевания.

Другим качественным показателем диспансерного наблюдения за беременными с экстрагенитальной и акушерской патологией является своевременная госпитализация в соответствующие стационары (родильный дом, перинатальный центр и др.). Это позволяет снизить материнскую и перинатальную смертность. По данным экспертов, подлежали дородовой госпитализации 58,9% беременных, а госпитализированы 37,6%. Основными показаниями к госпитализации явились в 32,1% случаев угроза прерывания беременности, в 30,3% токсокозы беременности, в 19,4% случаев анемия, в 13,9% изоиммунная конфликтная беременность и в 4,3% случаев прочие причины (гипоксия и асфиксия плода, врожденные аномалии развития, патология пуповины). Причинами негоспитализации, по мнению экспертов, были в 38,4% случаев отказ беременной от госпитализации, в 35,6% ее недисциплинированность, в 14,7% случаев недостаточная квалификация врача (несвоевременное и неполноценное обследование), в 11,3% отсутствие контроля со стороны заведующего консультацией.

Немаловажное значение в улучшении качества медицинской помощи беременным имеет своевременная консультативная помощь врачей-специалистов. Установлено, что в 18,4% случаев консультации специалистов были несвоевременными и в

9,8% случаев — неполноценными.

Одним из основных условий благоприятного течения беременности, родов, развития плода и новорожденного является полноценное, рациональное питание беременной. По материалам экспертной оценки диетическое питание не было назначено в 12,3% случаев и не соблюдалось в 24,5% случаев. Основными причинами несоблюдения диеты явились в 47,1% случаев недисциплинированность беременной, в 38,7% социальный фактор и в 14,2% врач не назначил диетическое питание.

По материалам экспертных оценок, в 78,5% случаев имелись дефекты в ведении индивидуальной карты беременной и родильницы (форма №111/у). В частности, недостаточное описание акушерского анамнеза (13,6%), некачественное оформление титульного листа (13,1%), отсутствие рекомендаций и советов (12,8%), отсутствие или неполноценное ведение гравидограммы (12,3%), отсутствие записей заведующего консультацией по контролю за лечением (8,3%), контрольных анализов (9,8%), данных о патронаже (6,4%).

Выявленные дефекты в организации и качестве медико-социальной помощи беременным свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих систем ведомственного и вневедомственного контроля за качеством медицинской помощи.

На основе материалов исследования нами разработаны рекомендации и предложения по совершенствованию организации и повышению качества медико-социальной помощи беременным, которые включают вопросы организации медико-социальной помощи беременным, критерии и показатели качества работы врача акушера-гинеколога, информационное обеспечение врача на приеме, предложения по совершенствованию взаимодействия акушеров-гинекологов и врачей узких специалистов, повышение роли семьи в улучшении медико-социальной помощи беременным, вопросы планирования семьи, антенатальной охраны плода, психопрофилактической подготовки женщины к родам, программу непрерывного повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агафонова О. В.* // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2002. — № 3. — С. 44—46.
2. *Воробцова Е. С., Мартыненко А. В.* // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2006. — № 3. — С. 47—50.
3. *Пенжоян Г. А.* Реформирование акушерско-гинекологической службы региона. — Краснодар, 2003.
4. *Шемаринов Г. А., Клименко Т. Я.* // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2005. — № 3. — С. 52—54.

Поступила 07.10.09

И. Ю. Кудрявцев

ПРИНЦИПЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ НАВОЙСКОГО ГОРНО-МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА

Медико-санитарный отдел Навоийского горно-металлургического комбината, г. Навои, Республика Узбекистан

Представлены основные результаты изучения заболеваемости, распространенности и смертности населения Навоийской области Республики Узбекистан и работников Навоийского горно-металлургического комбината (НГМК) в 1992–2004 гг. Показано, что Навоийская область по уровню заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) занимала одно из ведущих мест в Республике Узбекистан, что обусловлено наличием на территории области факторов дополнительного канцерогенного риска, источниками которых является НГМК. Представлены основные положения разработанной Целевой комплексной программы противораковой борьбы на НГМК, положенной в основу совершенствования работы онкологической службы МСО НГМК. Показано, что в результате реализации первого этапа данной Программы, включая создание здоровых и безопасных условий труда на предприятии, формирование здорового, социально эффективного образа жизни, разработку и внедрение алгоритмов действий врачей общей лечебной сети для раннего выявления онкологической патологии, развитие социального партнерства, совершенствование системы проведения целевых и периодических медицинских осмотров работников НГМК и эпидемиологического исследования с целью оценки состояния здоровья, снизились темпы роста заболеваемости и смертности от ЗНО среди населения, обслуживаемого МСО НГМК.

Ключевые слова: заболеваемость, злокачественные новообразования, фактор риска

THE PRINCIPLES OF ONCOLOGIC MEDICAL CARE PROVIDED TO WORKERS OF MINING AND SMELTING COMPLEX IN CITY OF NAVOI

Kudryavtsev I. Yu.

The article deals with the main results of study of morbidity, prevalence and mortality of population in Navoi oblast of the Republic of Uzbekistan and Navoi mining and smelting complex in 1992-2004. It is demonstrated that in Navoi oblast the oncologic neoplasm morbidity took one of the first places in the Republic of Uzbekistan due to the additional carcinogenic risk factors produced by mining and smelting complex. The results of the first stage of the target comprehensive anti-oncologic program implemented in the mining and smelting complex in city of Navoi permitted to elaborate the major directions of improvement of population oncologic health, including more healthy and safe workplaces.

Key words: oncology, morbidity, prevention, carcinogenic risk factor

Успех борьбы со злокачественными новообразованиями (ЗНО) в техногенных провинциях определяется использованием комплексного подхода, включающего как раннюю и активную диагностику заболеваний, так и меры первичной профилактики, направленные на снижение интенсивности воздействия экзогенных факторов канцерогенеза. Это в свою очередь требует обеспечения необходимого уровня и качества оказания первичной медицинской помощи, специализированной онкологической помощи, а также повышения ответственности работодателей за состояние здоровья населения [1].

Несмотря на то что для Республики Узбекистан (РУ) в целом характерен низкий уровень ЗНО, в ряде ее регионов показатели существенно выше республиканских, что, по мнению авторов, определяется географическими и климатическими особенностями местности, высоким уровнем инсоляции, этническими вариациями, а также последствиями техногенного воздействия на среду обитания [2–4]. Так, заболеваемость ЗНО в Навоийской области, отличительной особенностью которой является длительное функционирование Навоийского горно-металлургического комбината (НГМК), спе-

циализирующегося на добыче урана и ряда других ископаемых, в 2009 г. была в 1,5 раза выше, чем в РУ в целом, и составила 99,2 на 100 тыс. человек, но в 2,7 и 3,3 раза ниже, чем в странах СНГ (268,3) и в Российской Федерации (327,9) соответственно. При этом стандартизованные показатели заболеваемости ЗНО мужчин среди работников НГМК и населения, проживающего в зоне его влияния, превышали в 2,6 раза показатели заболеваемости мужчин среди остального населения Навоийской области, а женщин — в 3,6 раза.

Таким образом, целью исследования являлось научное обоснование региональной комплексной программы противораковой борьбы, направленной на снижение заболеваемости и смертности от ЗНО работников НГМК Навоийской области РУ.

Медицинская помощь населению Навоийской области оказывается территориальными лечебно-профилактическими учреждениями Минздрава РУ и медико-санитарным отделом (МСО) НГМК, обслуживающим работников комбината и членов их семей, пенсионеров, ранее работавших на НГМК, а также лиц, проживающих в непосредственной близости от объектов комбината, с отдельным ведением всей системы учета и отчетности. Исходным материалом при изучении особенностей заболеваемости, распространенности и смертности от

И. Ю. Кудрявцев — канд. мед. наук, зав. отд-нием (i-kudryavtsev@mail.ru).

ЗНО являлись учетно-отчетные формы, содержащие сведения о заболевших и умерших от ЗНО, а также статистические данные о половозрастном составе населения Навоийской области РУ и населения, обслуживаемого МСО НГМК, за период с 1992 по 2004 г. Численность населения Навоийской области в 1992 г. составляла 739 тыс. человек, а населения, обслуживаемого МСО НГМК, — 126 тыс. человек.

В исследовании были рассчитаны экстенсивные, интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости и смертности от ЗНО с применением метода косвенной стандартизации при расчете относительного риска развития ЗНО среди контингентов населения, обслуживаемых МСО НГМК, по сравнению с остальным населением области.

В 1992 г. в Навоийской области было зарегистрировано 1959 больных ЗНО, распространенность ЗНО составила 217,7 на 100 тыс. населения. При этом среди обслуживаемого МСО НГМК населения абсолютное число лиц с установленным диагнозом ЗНО было в 3 раза меньше, а показатель распространенности ЗНО — в 4 раза выше по сравнению с соответствующими показателями по области (882,2 на 100 тыс. населения). Начиная с 1998 г. от ЗНО в области ежегодно умирали в среднем 209 мужчин и 179 женщин, что в совокупности за анализируемый период составило 2717 человек, при этом уровень смертности составил 56 на 100 тыс. населения.

В структуре ЗНО населения Навоийской области в 1992 г. первые 3 места приходились на рак кожи (18%), молочной железы (10%) и лимфопролиферативные заболевания (9%), а следующие 5 мест занимали новообразования желудка, шейки матки, пищевода, легкого, костей и мягких тканей.

В структуре ЗНО больных МСО НГМК 1-е и 2-е места также приходились на рак кожи (24%) и молочной железы (16%), 3-е и 4-е места занимали рак шейки матки и желудка, а рак легкого и тела матки — только 5-е и 6-е места, что подтверждает неоднородность комплекса экзогенных факторов, действующих на две анализируемые части популяции.

У онкологических больных в Навоийской области и МСО НГМК в последние 5 лет наблюдения преобладали визуальные формы опухолей — ЗНО кожи (24%), молочной железы (12%), шейки матки (7%), а также лимфопролиферативные заболевания (10%).

Распространенность ЗНО по большинству локализаций среди населения, обслуживаемого МСО НГМК, в течение всего периода была многократно выше, чем среди остального населения Навоийской области. Так, среди контингентов МСО НГМК общее число зарегистрированных случаев ЗНО молочной железы и тела матки в 6 раз превышало показатели в области, кожи и легкого — в 5 раз, а шейки матки — в 4 раза. Вместе с тем распространенность ЗНО основных локализаций, таких, как рак тела матки, кожи, полости рта, гортани, а также лимфопролиферативных заболеваний, среди населения, обслуживаемого МСО НГМК, увеличилась за 13 лет в среднем в 1,5—2 раза, для остальных локализаций этот показатель не превышал 20—50%.

При анализе заболеваемости наиболее высокий СОР ЗНО выявлен в возрастной группе 60—69 лет

— стандартизованный показатель заболеваемости работников комбината и обслуживаемого МСО населения в этой возрастной группе превышал в 10 раз показатель заболеваемости остального населения Навоийской области, что соответствовало чрезвычайно высокому риску развития ЗНО. Для возраста 50—59 лет СОР был высоким и составил 3,5. В возрастных группах 40—49 и 70 лет и старше стандартизованные показатели заболеваемости были выше показателя области в 2—3 раза, что соответствовало градации среднего риска.

При оценке вероятности заболевания ЗНО той или иной локализации установлено, что у мужчин, работающих на комбинате, наиболее высок риск развития таких ЗНО, как рак гортани (в 18 раз), легкого (в 12), меланомы (в 10), языка (в 9), соединительной ткани (в 7), органов полости рта (в 6), причем он в 6—18 раз выше, чем у мужчин области. У женщин, работающих на комбинате, и населения, обслуживаемого МСО, значительно выше риск развития ЗНО соединительной ткани (более чем в 20 раз), а также почек и желудка (в 6 раз), чем среди остального населения. У контингента МСО НГМК чрезвычайно высок риск развития ЗНО почек и желудка, лимфо- и ретикулосарком, а также заболеваний кожи — в 4-6 раз выше, чем населения Навоийской области.

По летальности наблюдаемые контингенты — население Навоийской области и обслуживаемые в МСО НГМК — значимо не различались. В целом наиболее высокие значения летальности были зарегистрированы среди больных раком пищевода (80%), желудка (44%), легкого (38%) и прямой кишки (16%), а минимальные — менее 1% — среди больных раком кожи. При этом доля больных ЗНО, характеризующихся высокой летальностью, была относительно низкой и составляла 3% при раке прямой кишки, по 2% при раке пищевода и легкого и 1% при лейкемии.

Полученные результаты обусловили необходимость разработки и реализации в условиях НГМК специальной системы превентивных мер, включающих первичную профилактику онкологических заболеваний и повышение эффективности вторичной профилактики. Разработанная Программа противораковой борьбы включала пять основных разделов: организационно-технические и санитарно-гигиенические мероприятия для работников комбината; совершенствование системы оказания медицинской помощи в МСО комбината; лечебно-диагностические и оздоровительные мероприятия; научное и информационное обеспечение программы; формирование здорового образа жизни.

Первый блок Программы включал такие мероприятия, как развитие социального партнерства путем взаимодействия органов исполнительной власти, работодателя, органов медицинского и социального страхования, профсоюзов и иных государственных и общественных организаций; создание здоровых и безопасных условий труда на предприятии, включая обеспечение работников НГМК достаточным количеством современных эффективных средств коллективной и индивидуальной защиты; проведение аттестации рабочих мест; реализация рациональных режимов труда и отдыха. Сюда же были включены вопросы совершенствования системы компенсаций за работу во вредных и неблагоприятных условиях труда, обеспечения работ-

ников биологически полноценным питанием, создания материальных и организационных условий для систематических занятий работников физической культурой и спортом.

Второй блок Программы касался непосредственно системы медицинского обеспечения работников НГМК и включал вопросы обоснования структуры и штатов службы оказания первичной и специализированной онкологической помощи с учетом повышенного риска развития ЗНО у работников НГМК, а также создание специального структурного подразделения по оказанию онкологической помощи в структуре МСО НГМК; открытие на базе медсанчасти МСО кабинета психологической реабилитации для больных с ЗНО; модернизацию материально-технической базы МСО НГМК и обеспечение службы оказания онкологической помощи кадрами с учетом необходимости их подготовки и повышения квалификации. Целью данного блока Программы являлось улучшение работы онкологической службы МСО НГМК и общей лечебной сети по раннему выявлению ЗНО, предраковых и фоновых заболеваний с последующим созданием и ведением единого регистра ЗНО работников НГМК и разработкой подсистемы "Состояние здоровья работников НГМК и риск развития ЗНО".

Самостоятельным разделом второго блока Программы были вопросы совершенствования системы проведения целевых и периодических медицинских осмотров работников НГМК, подвергающихся повышенному риску развития ЗНО, а также разработка регионального медицинского стандарта диагностики, лечения и профилактики ЗНО.

Для работников основных производств НГМК основано проведение целевых осмотров, ориентированных на выявление ЗНО и предраковых заболеваний, не реже двух раз в год: в процессе специально организованного целевого осмотра и в ходе обязательного периодического медицинского осмотра (ПМО) всех работников, подвергающихся воздействию вредных факторов производства. Работникам вспомогательных производств комбината осмотры, предназначенные для выявления онкологической патологии, проводятся один раз в год: либо в процессе ПМО, если работник входит в группу лиц, подвергающихся воздействию вредных факторов производства, либо в рамках специально организованного целевого осмотра. Остальные работники НГМК, не подвергающиеся в процессе труда воздействию канцерогенных факторов, проходят целевые осмотры не реже одного раза в год.

Для совершенствования системы оказания онкологической помощи в МСО комбината разработаны алгоритмы действий врача общей лечебной сети по раннему выявлению онкологической патологии с учетом величины повышенного риска развития ЗНО, положенные в основу ежегодных целевых и периодических медицинских осмотров работников НГМК. Алгоритм профилактического обследования был индивидуальным в каждом конкретном случае с учетом фактической интенсивности воздействия вредных производственных факторов. В связи с тем что в структуре онкологической заболеваемости работников комбината преобладали рак легкого, молочной железы, немеланомные злокачественные новообразования кожи и рак желудка, первостепенное внимание при организации

целевых осмотров было уделено именно этим локализациям. Для женщин, работающих на комбинате, организованы обязательные ежегодные осмотры в смотровом кабинете, которые проводит акушерка, прошедшая специальную подготовку в онкологическом диспансере.

Для больных предраковыми и фоновыми заболеваниями (клиническая группа 1Б) организована специальная система диспансеризации. Кратность и объем обследования разработаны с учетом вида заболевания и проводящего осмотра специалиста.

Третий блок Программы предусматривал совершенствование системы диагностики, профилактики и лечения ЗНО, а также медицинской, психологической, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных. В рамках Программы организована регулярная работа выездных бригад специалистов РУ и России (в рамках договорных отношений) с целью оказания специализированной консультативной и лечебно-диагностической онкологической медицинской помощи работникам НГМК.

Следующий блок Программы направлен на совершенствование организации и проведения эпидемиологического исследования с целью оценки состояния здоровья работников НГМК и населения, обслуживаемого МСО НГМК, по показателям заболеваемости ЗНО и смертности от них.

Пятый блок Программы посвящен вопросам формирования здорового, социально эффективного образа жизни и повышения у населения и работников НГМК первичного уровня знаний об основных средствах и методах, направленных на профилактику ЗНО, путем разработки и издания научно-популярной литературы по вопросам профилактики рака, создания постоянно действующих школ общественного здравоохранения для подготовки руководящих работников НГМК и школ здоровья для сотрудников комбината по вопросам сохранения и укрепления здоровья. Данный блок предусматривал разработку и реализацию системы экономического стимулирования здоровьесберегающих технологий, рациональных режимов труда и отдыха и соблюдения здорового образа жизни на коллективном (для структурных подразделений НГМК) и индивидуальном (для работников) уровне, активизацию деятельности профессиональных союзов по вопросам формирования здорового образа жизни, привлечение средств массовой информации к проблемам формирования здорового образа жизни. Важное место в данном блоке Программы принадлежало созданию для работников НГМК и населения единой информационной системы по вопросам формирования и воспитания культуры здоровья и здорового образа жизни.

Таким образом, за период реализации первого этапа Программы (2000—2004 гг.) стандартизованный показатель смертности от ЗНО среди населения, обслуживаемого МСО НГМК, снизился с 239,4 до 208,1 на 100 тыс. населения, что привело к предотвращению 366 случаев смерти от ЗНО за 5 лет, они могли произойти, если бы уровень смертности сохранился прежним. При этом вероятная величина предотвращенного ущерба с учетом доли потерянных человеко-лет в активном возрасте составила 23,2 млн руб. Вместе с тем уровень смертности от ЗНО остального населения области снизился с 56 до 43 на 100 тыс. населения или на 23%. Однако, если

Распространенности злокачественных новообразований среди населения Навоийской области Республики Узбекистан и контингентов лиц, обслуживаемых МСО НГМК в 1992 и 2004 гг.

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

за 13 лет число онкологических пациентов в области возросло в 1,62 раза, достигнув значения 3176 человек, а показатель распространенности — в 1,82 раза — до 398 на 100 тыс. населения, то среди работников комбината прирост распространенности в абсолютных значениях составил только 9,3%, а в относительных — 73% (см. таблицу).

Таким образом, Навоийская область по уровню заболеваемости ЗНО занимает одно из первых мест в Республике Узбекистан, что обусловлено наличием на территории области факторов дополнительного канцерогенного риска, источниками которых является Навоийский горно-металлургический комбинат (НГМК).

Распространенность ЗНО среди населения, обслуживаемого МСО НГМК, в 4 раза превышала со-

ответствующие показатели у населения, проживающего на остальной территории Навоийской области. При этом у мужчин, обслуживаемых МСО НГМК, риск развития таких ЗНО, как рак гортани, легкого, языка, соединительной ткани и органов полости рта, меланома, а у женщин ЗНО соединительной ткани, почек и желудка значительно превышал риск развития ЗНО у остального населения области.

Научно обоснована и внедрена разработанная Целевая комплексная программа противораковой борьбы на НГМК, положенная в основу совершенствования работы онкологической службы МСО НГМК, включая алгоритмы действий врачей общей лечебной сети для раннего выявления онкологической патологии. В результате реализации первого этапа Программы снизились темпы роста заболеваемости и смертность от ЗНО среди населения, обслуживаемого МСО НГМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И. // Мед. кафедра. — 2005. — № 5. — С. 4–14.
2. Мун С. А., Ларин С. А., Зинчук С. Ф. и др. // Бюл. СО РАМН. — 2005. — Т. 118, № 4. — С. 69–72.
3. Муратходжаев Н. К., Маджидов У. В. Динамика онкологических показателей в Узбекистане за последние десятилетия. — Ташкент, 2005.
4. Юсупов Б. Ю., Кутлумуратов А. Б. // Эпидемиология, диагностика и лечение больных раком полости рта и глотки. — Ростов н/Д, 1999. — С. 45–48.

Поступила 28.01.11

© Т. С. ХАЙДАРОВА, Р. Н. НУРМУХАНБЕТОВА, 2011
УДК 614.2:616-084-058

Т. С. Хайдарова, Р. Н. Нурмуханбетова

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Минздрава Республики Казахстан, Алматы

Данное исследование показало, что недостаточная эффективность профилактической работы медицинских работников ПМСП является результатом неудовлетворительной организации профилактической работы на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), нехватки врачей-специалистов, медицинского персонала среднего звена (МПСЗ), их низкой квалификации и загруженности на приеме, низкого соотношения врачебных должностей и МПСЗ. Для реализации профилактической направленности в здравоохранении необходимо усилить кадровый потенциал ПМСП. Коренные изменения в кадровой политике в области здравоохранения возможны при осуществлении научно обоснованных подходов к планированию, подготовке и использованию кадров, эффективного управления персоналом, обеспечения рационального соотношения и партнерства между врачами и сестринским персоналом.

Ключевые слова: профилактика, интеграция, первичная медико-санитарная помощь

THE ROLE OF PREVENTIVE ACTIVITIES IN THE PROCESS OF DISEASE PREVENTION AS AN INTEGRAL PART OF PRIMARY MEDICAL SANITARY CARE

Haidarova T.S., Nurmuhambetova R.N.

The article deals with the study results related to preventive activities in the primary medical sanitary care system. It is demonstrated that the prevention activities of physicians are lacking of both proper organization and adequate involvement into the process. The medical personnel in the primary medical sanitary system need enhancing of professional qualification especially in the field of health promotion and disease prevention. The study proved the necessity of including the prevention into the actual health policy and health care planning.

Key words: prevention, primary medical sanitary system, integration

В соответствии с Государственной программой реформирования системы здравоохранения в Ка-

Т. С. Хайдарова — д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр (KHAIDAROVA@ncphld.kz); Р. Н. Нурмуханбетова — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (7272-918-415).

захстане (2005—2010 гг.) приоритетным направлением реформирования является усиление первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с акцентом на ее профилактической направленности. Особое значение приобретают заболевания терапевтического профиля, включенные постановлением

Правительства № 468 от 30 марта 2000 г. в "Перечень социально значимых заболеваний". В своем послании Президент Республики Казахстан подчеркнул: "Необходимо сосредоточиться на профилактике, диагностике и лечении туберкулеза, астмы, сердечно-сосудистых и других социально значимых заболеваний" [2].

Проблема кадровой политики выходит за пределы компетенции только системы здравоохранения и непосредственно связана с текущими проблемами социально-экономического развития государства. Так, в современных условиях Казахстана серьезной проблемой является отсутствие адекватных законодательно-нормативных документов по оказанию медицинской помощи сельскому населению, касающихся планирования, кадрового нормирования и ресурсного обеспечения. Несмотря на существенные перемены в здравоохранении вследствие перехода в другую социально-экономическую формацию, принцип профилактической направленности в медицине сохраняет свою актуальность. Однако решение проблем развития здравоохранения, в частности кадровых, недостаточно и больше ориентировано на экстенсивный путь развития.

В сложившейся ситуации, когда отраслевые показатели нормирования труда врачей амбулаторного приема отменены, а главным врачам предоставлено право устанавливать индивидуальные нормы нагрузки врачей, большинство учреждений продолжало использовать отмененные приказом нормы нагрузки врачей амбулаторного приема из-за отсутствия новых нормативов и методических рекомендаций. Штатные нормативы (нормативы численности, утвержденные еще при советской системе здравоохранения) изначально предназначались для определения на территориальном уровне численности медицинского персонала лечебно-профилактических организаций (ЛПО). Однако их многолетнее использование в практике здравоохранения показало, что они не обеспечивают равномерное распределение медицинских кадров по территориям страны. Доступность медицинской помощи по-прежнему характеризуется крайней несправедливостью, в Казахстане наблюдается недостаточное укомплектование кадрами сельских районов по сравнению с городами.

ВОЗ определила пороговую величину удельной плотности распределения кадровых ресурсов, ниже которой высокий уровень охвата основными медико-санитарными мероприятиями, в том числе теми, которые необходимы для достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, весьма маловероятен [1].

Целью данного исследования явилось изучение кадровых и ресурсных возможностей усиления профилактической деятельности в организациях ПМСП по вопросам интегрирования профилактической работы, уровня подготовки медицинских работников по профилактике наиболее распространенных неинфекционных заболеваний (НИЗ) и ведения здорового образа жизни (ЗОЖ).

Нами были изучены особенности кадровой укомплектованности ЛПО Алматы и Алматинской области методом анализа статистических данных "Мединформ" за 2005—2006 гг. На основе разработанной карты экспертной оценки норм профилактического обслуживания населения в ЛПО прове-

ден анализ нагрузки врачей и медицинского персонала среднего звена (МПСЗ) на приеме. В качестве экспертов выступили 20 компетентных специалистов — представителей практического здравоохранения, а также научных сотрудников НИИ кардиологии и внутренних болезней.

Также была составлена анкета по изучению базового уровня знаний медицинских работников, уровня подготовленности медицинских работников и обслуживаемого населения по вопросам профилактики НИЗ и ведения ЗОЖ. В тест-анкету включены вопросы, касающиеся основных терминов — профилактическая медицина, первичная профилактика, поведенческие и связанные с ними факторы риска НИЗ, содержание понятия ЗОЖ, факторов риска НИЗ, параметров "профилактической информированности" — о методах оздоровления и поддержания здоровья пациентов; определение уровня параметра "организационная информированность". Анкетирование уровня подготовленности врачей по внедрению профилактической работы проводилось дважды: первый раз в январе 2007 г. — для определения базовых знаний и навыков профилактики НИЗ, второй раз после проведения обучающих профилактике и организации школ здоровья — семинаров — для заключительного тестирования знаний и навыков врачей и медицинских сестер.

Анализ состояния кадров в системе здравоохранения Республики Казахстан по данным исследований, проведенных в Национальном центре проблем формирования ЗОЖ, показал следующее:

1. По данным исследования установлено, что отсутствует регламентация профилактической работы медицинских работников, нет нормативов профилактики заболеваний, формирования ЗОЖ, не налажена система мониторинга профилактики и отсутствует система стимулирования профилактического труда, причем это в равной степени относится как к медицинским сестрам, так и к врачам.

2. Обеспеченность врачами выше в городской местности по сравнению с сельской в 4,5 раза (2006 г.), что снижает доступность медицинской помощи сельскому населению и обеспечение профилактической направленности.

3. Отмечается неравномерность распределения кадров по специальностям (акушеров-гинекологов, кардиологов, эндокринологов, психиатров, окулистов и др.) по регионам, что также снижает обеспечение профилактической работы в ЛПО. Наиболее высокая обеспеченность врачами-кардиологами, эндокринологами, акушерами-гинекологами, психиатрами, онкологами, окулистами в Астане и Алматы, на уровне среднереспубликанских показателей обеспеченность врачами-кардиологами в Актюбинском, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Мангыстауской областях.

4. Соотношение МПСЗ и врачей составляет 1:2, что является препятствием для усиления профилактической направленности ПМСП. В мире соотношение врачей и среднего медицинского персонала колеблется от 1:1 до 1:7. Величина коэффициента зависит от возлагаемых на специалистов сестринского дела задач, уровня обеспеченности медицинскими кадрами (как врачебными, так и средними медицинскими), условий и системы оплаты труда и других причин. При этом считается, что

большая величина отношения МПСЗ: врачи с медико-экономических позиций более выгодна для государства (меньшие затраты на подготовку, освоение врача от рутинной работы, большой охват населения профилактической помощью и др.).

5. Малую эффективность профилактической работы можно объяснить недостаточным уровнем управленческих знаний и навыков руководителей амбулаторно-поликлинических организаций. К примеру, только 7,5% главных врачей и их заместителей смогли полностью определить задачи поликлиник в диспансеризации. Особое внимание в анкете уделялось вопросам выявления групп риска и своевременного проведения оздоровительных мероприятий.

6. Исследования показали, что на профилактическую деятельность отводится 9,3% рабочего вре-

мени у терапевтических и 9,7% у педиатрических медсестер, на санитарное просвещение — 2,4 и 0,3% соответственно.

7. Завышенные нормативы, действующие в ЛПО, не позволяют врачам ПМСП осуществлять должным образом профилактику заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье — 21: Политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ — 21 задача на 21 столетие // ВОЗ. Европейский региональный комитет. 48 сессия, Копенгаген, 14—18 сент. 1998 г. — Копенгаген, 1998. — С. 56—63.
2. Назарбаев Н. А. Казахстан — 2030: Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев: Послание Президента страны народу Казахстана. — Алматы, 1998. — С. 61—66.

Поступила 29.01.09

История медицины

© А. М. СТОЧИК, С. Н. ЗАТРАВКИН, 2011

УДК 612.8:001.81:93

А. М. Сточик, С. Н. Затравкин

НАУЧНЫЕ РЕВОЛЮЦИИ В МЕДИЦИНЕ XVII—XIX ВЕКОВ: ОПРОВЕРЖЕНИЕ ГАЛЕНИЗМА И ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ ОСНОВ МЕДИЦИНЫ. Сообщение 5¹. Формирование новых представлений о строении 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 второй научной революции в медицине.

Ключевые слова: нервная система, рефлекс, Белл, Мажанди, Сеченов, нервная клетка, электрофизиология, регуляция функций

THE SCIENTIFIC REVOLUTIONS IN MEDICINE IN XVII-XIX CENTURIES: DISCLAIMER OF GALENISM AND INITIATION OF NATURAL-SCIENTIFIC FOUNDATIONS OF MEDICINE. REPORT 5. THE DEVELOPMENT OF NEW CONCEPTIONS ABOUT THE STRUCTURE AND MECHANISMS OF FUNCTIONING OF NERVOUS SYSTEM

Stochik A.M., Zatravkin S.N.

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: nervous system, Bell, Majandi, Sechenov, nervous cell, electrophysiology, functions regulation

"Огромным происшествием", произведшим "чрезвычайное впечатление" и "перевернувшим все прежние представления", назвал открытия Белла и Мажанди обычно сдержанный в оценках И. П. Павлов [7]. И в этих словах выдающегося российского физиолога не было ни малейшего преувеличения, поскольку в оценке роли открытий Белла и Мажанди для изучения нервной системы невозможно что-либо преувеличить.

Всего открытий было три. Первые два датированы началом 1810-х годов и принадлежат английскому врачу сэру Чарльзу Беллу (Charles Bell, 1774—1842), третье относится к 1822 г. и совершено французским врачом Франсуа Мажанди (François Magendie, 1783—1855).

¹Сообщение № 1, 2, 3, 4 см.: Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. — 2010. — № 5. — С. 53—57; № 6. — С. 37—42; 2011. — № 1. — С. 51—53; № 2. — С. 47—51.

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

Как это часто бывает в науке, первое открытие Белла оказалось случайной находкой. Экспериментируя на нервной системе крупных животных, он обнаружил, что спинномозговой нерв представляет собой не один нерв, как полагали все предшествовавшие исследователи, а пучок нервов (нервных волокон), причем одни волокна "входят в спинной мозг" через передние корешки, а другие — через задние.

Поставив серию опытов, предусматривавших раздельное раздражение каждого из волокон, Белл пришел ко второму важнейшему открытию: при раздражении "волокон, входящих в спинной мозг через передние корешки", всегда наблюдались мышечные сокращения, а раздражение "волокон задних корешков" не вызывало никакой ответной реакции. Причем эта закономерность не нарушалась в зависимости от места раздражения того или иного волокна, что позволило ему сделать вывод не только об анатомической, но и функциональной независимости отдельных волокон, составляющих нерв. Однако вопреки данным, содержащимся в отечественной историко-медицинской литературе, установить истинное функциональное различие этих волокон Беллу не удалось. Он пришел к убеждению, что оба волокна являются чувствительными, а обнаруженные отли-

чия в ответных реакциях на их раздражение объяснил различиями в местах их окончания в ЦНС¹.

Основной причиной этой неудачи послужили личностные особенности Белла. Он не мог сознательно причинять боль живому существу, а потому, во-первых, экспериментировал на предварительно оглушенных животных, а во-вторых, ограничился лишь раздражением нервных волокон, воздержавшись от их перерезки [10].

Белл опубликовал материалы своих исследований в 1811 г., но по достоинству оценить их важность смог только Мажанди. Он не испытывал никаких внутренних проблем с проведением виссекций и, устранив методические недоработки Белла, экспериментально доказал, что нервные волокна, "входящие в спинной мозг через задние корешки", являются по своей функциональной специфике только чувствительными, а "волокна передних корешков" — исключительно двигательными.

Открытие Мажанди произвело эффект разорвавшейся бомбы². До этого момента, говорил почти век спустя И. П. Павлов, "не знали, что существуют особые нервы чувствительные и особые — двигательные, а думали, что все идет по одним и тем же нервам. Никакого доказательства, что нервы бывают различные, не было. Теперь установлены сотни различных нервов, а тогда не было разделения нервов даже на два рода. Поэтому открытие это было огромным, чрезвычайным для науки событием" [7].

"Огромное событие" имело столь же огромные последствия. Уже в первой половине 20-х годов XIX века развернулись исследования, направленные на выяснение функциональной специфики отдельных нервов, которые привели к масштабной ревизии сложившихся к этому времени представлений в отношении принципов устройства и функционирования нервной системы.

Во-первых, было установлено, что подавляющее большинство известных к тому времени нервов представляют собой пучки волокон, имеющих различную функциональную специфику. Осознание этого факта позволило внести ясность во многие спорные вопросы и, в частности, окончательно определиться с количеством черепно-мозговых нервов, выделив и детально описав все двенадцать пар, изучить зоны их иннервации, "разветвления, переплетения и ход их волокон". Наиболее показательными в этом плане стали исследования по изучению лицевого нерва, в результате которых удалось установить, что он является сугубо двигательным, а отмечаемая прежними исследователями "способность этого нерва проводить ощущения" связана с тем, что составе его "ствола" проходит одна из веточек тройничного нерва, являющегося только чувствительным [2].

Во-вторых, руководствуясь положением о том, что функциональная специфичность нервных волокон не меняется на всем их протяжении, удалось уточнить и расширить представления о топографии многих висцеральных нервов и сделать значительный шаг вперед в разрешении одной из самых болезненных проблем XVII—XVIII вв. — установить "места их начала и окончания" в ЦНС. Так, например, было выяснено, что чувствительные (афферентные) висцеральные нервы "оканчиваются в боковых рогах спинного мозга", а двигательные (эфферентные) "выходят" либо из продолговатого мозга, либо из спинного в составе его передних корешков. Причем и симпатические нервы, и веточки блуждающего нерва были отнесены к категории двигательных (эфферентных) [2].

В-третьих, возникло представление о существовании в ЦНС проводящих путей, и началось их прямое опытно-экспериментальное изучение, которое уже в 20-х годах XIX века привело к выделению в составе спинного мозга передних двигательных и задних чувствительных столбов. Однако в этом направлении прогресс довольно скоро остановился, так как перед естествоиспытателями встала "неразрешимая" проблема "природы и предназначения" скоплений серого вещества в ЦНС (рога спин-

ного мозга, ядра ствола мозга, подкорковые структуры) и периферических ганглиях, в которых ход нервных волокон очевидно прерывался. Объяснить роль ганглиев и скоплений серого вещества и уже с учетом этого знания развить представления о проводящих путях удалось лишь в 40—50-х годах XIX столетия после открытия клеточного строения нервной системы.

Первые описания нервных клеток, а точнее сказать, их тел относятся к 1824 и 1833 гг. и принадлежат соответственно французскому естествоиспытателю Рене Дютроше (Rene Joachim Henri Dutrochet, 1776—1847) и немецкому зоологу Христиану Эрэнбергу (Christian Gottfried Ehrenberg, 1795—1876). Однако эти первые наблюдения не вызвали особого интереса со стороны исследователей нервной системы. Нервные клетки были описаны как шарики внутри серого вещества висцеральных ганглиев вне какой-либо их связи с нервными волокнами, образующими периферические нервы, т. е. собственно с нервной системой. Установить эту связь удалось лишь в конце 30-х годов XIX века усилиями главным образом Роберта Ремака (Robert Remak, 1815—1865), показавшего, что нервные волокна представляют собой осевоцилиндрические отростки (аксоны) нервных клеток [2].

И хотя нейрон со всеми его многочисленными отростками будет впервые полностью визуализирован только в 1890-х годах, а тончайшие механизмы межнейронных взаимодействий станут понятными еще позднее, того, что удалось сделать Ремаку в конце 1830-х годов, оказалось вполне достаточно для обеспечения следующих крупных прорывов в вопросах изучения строения и функционирования нервной системы.

Было установлено и доказано, что серое вещество ЦНС и периферических ганглиев представляет собой не просто скопление нервных клеток, а место их непосредственных контактов, обеспечивающих переход нервного возбуждения с одних нервных волокон на другие. Это в свою очередь не только сообщило дополнительный импульс исследованиям в области изучения проводящих путей, но и привело к формированию устойчивого представления о том, что разнообразие и комплексность ответных реакций нервной системы на внешние раздражения определяются в первую очередь сложнейшей комбинаторикой возможных переходов нервного возбуждения между множеством нервных клеток и их отростков.

Другим важнейшим последствием открытия Ремака стало полное опровержение всех существовавших версий в отношении природы нервного возбуждения, построенных на представлениях о передвижении чего-либо по полым трубочкам нервных волокон. Оказавшись протоплазматическими отростками клеток, нервные волокна перестали считаться полыми трубочками, что в свою очередь автоматически возвело в ранг основной версии природы нервного возбуждения — электрическую, которая уже в 40-х годах XIX века получила прямые экспериментальные доказательства.

Основная заслуга в этом принадлежала знаменитому немецкому физиологу и философу Эмилю Дюбуа-Реймону (Emil Du Bois Reymond, 1818—1896), справедливо считающемуся основоположником электрофизиологии. Прекрасная подготовка в области физики и талант изобретателя позволили ему значительно усовершенствовать электроизмерительные приборы, с помощью которых он экспериментально установил, что в спокойном состоянии нервов и мышц между их "продольной поверхностью и поперечным сечением" существует разность электрических потенциалов ("ток покоя"), которая изменяется при переходе нервов и мышц в "деятельное состояние" ("отрицательное колебание тока покоя"), что и составляет природу нервного возбуждения. В 1850 г. Герман Гельмгольц (Hermann von Helmholtz, 1821—1894) измерил скорость проведения нервного возбуждения по нерву лягушки³, которая оказалась равна 30 м/с, тем самым опроверг существовавшие представления о том, что она близка к скорости света⁴. Это открытие значительно укрепило уверенность исследователей в возможности опытно-экспериментального изучения интимных механизмов возникновения и проведения нервного возбуждения. В 1867 г. ученик Дюбуа-Реймона Лудимар Германн (Ludimar Hermann, 1838—1914) выдвинул так называемую альтерационную теорию, согласно которой электрический ток в живой ткани в покое отсутствует и возникает только при ее повреждении или возбуждении ("ток дейст-

¹Согласно его гипотезе, волокна, "входившие в спинной мозг через задние корешки", оканчивались в мозжечке, который в его представлениях не имел никакой связи с двигательной активностью, а волокна, "входящие в спинной мозг через передние корешки", заканчивались в головном мозге "рядом с центром движения".

²Одновременно с публикацией Ф. Мажанди совершенного им открытия между ним и Ч. Беллом развернулась острая полемика о приоритете в установлении функциональной специфичности нервов. Особую остроту полемике придавало извечное противостояние Англии и Франции. Идея ввести в научный оборот понятие "закон Белла—Мажанди" (определяющего основную закономерность распределения двигательных и чувствительных волокон в нервных корешках спинного мозга) преследовала в первую очередь цель добиться компромисса и погасить излишние страсти.

³В 1867 г. Г. Гельмгольц совместно с российским врачом Н. И. Бакстом измерили скорость проведения возбуждения в нервах человека. Тогда же профессор Московского университета А. И. Бабухин и В. Кюне установили, что возбуждение в нервных волокнах может распространяться в обе стороны от участка раздражения (закон двухстороннего проведения).

⁴И. Мюллер был настолько ошеломлен результатами, полученными Г. Гельмгольцем, что не поверил им и запретил своему ученику их публикацию в научных изданиях.

вия"), а Ю. Бернштейн в 1871 г. доказал, что генерируемый нервами электрический ток имеет прерывистый импульсный характер, и сформулировал первые представления о нервном импульсе [2, 4, 6].

Обнаружение бесспорных доказательств электрической природы нервно-мышечного возбуждения определило широкое внедрение в исследовательскую практику метода электрического раздражения тканей организма, что в свою очередь привело к новым крупным научным открытиям в области изучения животных функций. Так, использование этого метода в сочетании с графической регистрацией мышечных сокращений определило существенный прогресс в физиологии мышечной деятельности. В частности, были изучены основные биомеханические и биофизические параметры мышечных сокращений — зависимость силы сокращения от длины и площади поперечного сечения мышцы, скорость распространения волны сокращения и т. д. Было также установлено, что в зависимости от характера раздражения может возникнуть либо одиночное сокращение мышечных волокон, либо длительное — тетаническое. Тетанус возникает в случае поступления в мышцу серии раздражений с такой частотой, при которой каждое последующее раздражение застаёт мышцу в состоянии сокращения, вследствие чего происходит суммирование сократительных волн (Карло Маттеуччи, 1838; Г. Гельмгольц, 1854).

Кроме того, в ходе проведения экспериментов по электрическому раздражению мышц было также обнаружено, что в мышцах при их сокращении происходит увеличение теплообразования (Г. Гельмгольц, Р. Гейденгайн, В. Я. Данилевский), а мышечная ткань приобретает кислую реакцию (Э. Дюбуа-Реймон). Эти открытия повлекли за собой целый комплекс разнообразных исследований, в результате которых было установлено, что мышечное сокращение представляет собой сложнейший физико-химический процесс превращения химической энергии распада органических соединений (в первую очередь углеводов) в механическую работу мышц. В процессе этого превращения происходят либо укорочение мышечных волокон (если концы мышцы подвижны), либо их напряжение (если концы мышцы неподвижны), а также выделение теплоты и образование молочной и угольной кислоты (Ю. Либих, А. Фик, К. Фойт, Э. Вебер и др.). В 1863 г. Иоганн Ранке (Johannes Ranke, 1836—1916) в опытах с введением в сосуды не работавшей мышцы вытяжек из утомленных мышц экспериментально доказал, что именно образование кислот является основной причиной развития мышечного утомления.

На результатах использования метода прямого электрического раздражения для изучения нервной системы мы остановимся чуть ниже при рассмотрении проблем нервной регуляции функций. Здесь упомянем лишь об исследованиях Густава Фритча (Gustav Fritsch, 1838—1927) и Эдуарда Гитцига (Eduard Hitzig, 1838—1907) по раздражению больших полушарий головного мозга, позволивших выделить двигательную зону коры (1870). В 1874 г. киевский анатом Владимир Алексеевич Бец (1834—1894) обнаружил в этой зоне гигантские пирамидные клетки, аксоны которых, не прерываясь, идут к мотонейронам спинного мозга (пирамидный путь).

Отмеченные значительные успехи в разработке проблем строения и функционирования нервной системы и нервно-мышечных взаимодействий сыграли решающую роль в постепенном превращении умозрительной идеи рефлекса в один из основополагающих принципов работы нервной системы.

Этот процесс начался вскоре после революционных открытий Белла и Мажанди, которые легли в основу первой экспериментально доказанной рефлекторной концепции, разработанной английским врачом и физиологом Маршаллом Холлом (Marshall Hall, 1790—1837) и крупнейшим немецким физиологом первой половины XIX века Иоганном Мюллером (Johannes Peter Müller, 1801—1858) и получившей в литературе название концепции Холла—Мюллера⁵ [4, 9].

Согласно этой концепции, в ЦНС выделяли два отдела — верхний (головной и продолговатый мозг) и нижний (спинной мозг). Верхний отдел являлся сосредоточением сознания, воли, "чувствований", находился во власти души и обеспечивал все произвольные двигательные акты; нижний — действовал всецело по принципу рефлекса. Структурно-функциональной основой протекания автоматизированных рефлекторных ответов на

⁵М. Холл и И. Мюллер работали поначалу параллельно и независимо друг от друга. М. Холл опубликовал первые результаты своих исследований и размышлений в 1832 и 1833 гг., И. Мюллер — в 1833 г. По многим частным вопросам их мнения не совпадали, но в главном их точки зрения оказались едины, что в свою очередь и позволило историкам говорить о возникновении в 30-х годах XIX века рефлекторной концепции Холла—Мюллера.

внешние раздражения служила рефлекторная дуга ("дуга рефлекса"). Этот термин для обозначения "неизменной связи нервных путей" ввел Холл. Он же выделил три обязательных компонента рефлекторной дуги: первый — чувствительный нерв, проводящий возбуждение от периферии к спинному мозгу; второй — сам спинной мозг, третий — двигательный нерв, выходящий из спинного мозга и проводящий возбуждение к мышцам. Характерными особенностями рефлексов признавались их постоянство и независимость от сознания⁶.

Рефлекторная концепция Холла—Мюллера, трансформировавшая картезианский дуализм души и тела в дуализм головного и спинного мозга, вызвала неоднозначную реакцию научного сообщества. Натуралисты отнеслись к ней, мягко говоря, негативно, а врачебное сообщество, напротив, встретило ее с нескрываемым энтузиазмом, поскольку с ее помощью удалось добиться существенного прогресса в изучении целого ряда нервных болезней.

Концепция рефлекса как уникального принципа работы спинного мозга властвовала над умами врачей вплоть до второй половины 40-х — начала 50-х годов XIX века, когда под влиянием новых открытий стала очевидной необходимость ее радикального пересмотра, причем в отношении принципов деятельности как верхнего, так и нижнего отдела ЦНС.

В 1853 г. Эдуард Пфлюгер (Eduard Friedrich Wilhelm Pflüger, 1829—1910) подверг уничижительной критике схему рефлекса как простой трехкомпонентной дуги, обеспечивающей стандартные ответные мышечные реакции на раздражение афферентных нервов. Обезглавив лягушку и лишив ее тем самым "органа сознания и психики", он помещал ее в различные условия и наблюдал поведение этого оставшегося фрагмента целостного организма. Нервно-мышечные реакции "спинальной лягушки" менялись при изменении внешней среды: в воде она плавала, а на столе ползала, обходя препятствия. Пфлюгер не смог дать естественнонаучного объяснения обнаруженным им фактам и прибег к старому проверенному приему, предположив существование особой "спинномозговой души". Это объяснение вызвало бурю негодования и привело к разрыванию масштабных исследований в области изучения спинномозговых рефлексов, важнейшим результатом которых стало возникновение уже в XX веке учения о координации рефлекторных реакций [4, 9].

Другое направление критики рефлекторной концепции Холла—Мюллера складывалось под влиянием исследований, доказывавших, что принцип рефлекса следует распространить на деятельность не только спинного, но и головного мозга.

Первую такую попытку предпринял профессор практической медицины Эдинбургского университета Томас Лейкок (1812—1876). В 1844 г. он выступил в Британском обществе с сообщением, в котором прямо заявил, что "нервные узлы, заключающиеся в черепе, ... управляются относительно своей реакции против внешних агентов законами, тождественными с теми, которые управляют узлами спинного мозга". В подтверждение этого вывода приводился большой, у которого конвульсивные движения глотки вызывались не только непосредственным раздражением водой, но и видом и звуком воды, т. е. раздражителями, адресованными исключительно высшим нервным центрам. Центрами рефлексов головного мозга Лейкок назвал скопления серого вещества и сформулировал представление об иерархии уровней рефлекторной деятельности ЦНС (1859) [9].

Однако Лейкок, а вслед за ним и ряд других исследователей распространили принцип рефлекса лишь на бессознательные психомоторные акты, осуществляемые головным мозгом под влиянием внешних раздражений. Что же касается сознательной деятельности, то она по-прежнему осталась объектом влияния души. Первый решительный шаг, направленный на опровержение подобной точки зрения, предпринял выдающийся отечественный физиолог Иван Михайлович Сеченов (1829—1905).

В 1863 г. он опубликовал книгу "Рефлексы головного мозга", в которой высказал и попытался доказать положение о том, что "все акты сознательной и бессознательной жизни по способу происхождения суть рефлексы". Основные аргументы И. М. Се-

⁶Важным дополнением к концепции Холла—Мюллера стало указание Р. Грейнджера (1837) на то, что переход возбуждения с чувствительного нерва на двигательный осуществляется в сером веществе спинного мозга.

Идеи о том, что головной мозг следует считать рефлекторным аппаратом, высказывались и ранее (И. Прохаска, К. Фогт, Я. Молешот, Л. Бюхнер). Однако все они носили умозрительный характер и не имели фактических доказательств. Более того, например, И. Прохаска, работы которого Т. Лейкок перевел на английский язык, прямо говорил, что морфо-функциональные основы рефлекторной деятельности ЦНС не могут быть найдены в принципе.

ченова состояли в следующем. Все без исключения проявления психической деятельности, как бессознательные, так и сознательные-волевые, могут быть обусловлены и обуславливаются (либо прямо, либо опосредованно) только внешними воздействиями ("первоначальная причина всякого поступка лежит всегда во внешнем чувственном возбуждении, потому что без него невозможно никакая мысль") и в конечном итоге всегда реализуются через движения. "Все бесконечное разнообразие внешних проявлений мозговой деятельности сводится окончательно к одному явлению — к мышечному движению, — писал И. М. Сеченов. — Смеется ли ребенок при виде игрушки..., дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге — везде окончательным фактом является мышечное движение".

Внешние чувственные воздействия и мышечные движения представляют собой ни что иное, как начальные и конечные звенья рефлекса, а пластичность, целесообразность и комплексность возникающих рефлекторных реакций определяют "его средним звеном", в качестве которого выступают ядра серого вещества спинного и головного мозга.

Внешнее раздражение приводит к немедленной ответной мышечной реакции в случае возникновения простейших рефлексов на уровне спинного мозга. Если же центром рефлекса является головной мозг, то ответная реакция всегда сложнее. Сложные временные и силовые отношения между внешним стимулом, психическим актом и движением И. М. Сеченов объяснил наличием в головном мозге механизмов удлинения (угнетения) и укорочения (усиления) рефлексов.

Укорочение рефлексов возникает в случае "суммации возбуждений", что приводит к более "бурным ответным реакциям" (эмоциональным актам). Для объяснения механизма удлинения рефлексов И. М. Сеченов использовал открытый и экспериментально доказанный им феномен "центрального торможения". В 1862 г., работая в лаборатории К. Бернара, он обнаружил, что химическое раздражение продолговатого мозга и зрительных бугров кристалликами поваренной соли задерживает рефлекторную двигательную реакцию конечности лягушки. Эти опыты были продемонстрированы не только К. Бернару, но также Э. Дюбуа-Реймону, К. Людвигу и Э. Брюкке, после чего таламический центр торможения рефлекторной реакции был назван "сеченовским центром", а феномен центрального торможения — "сеченовским торможением". Статья, в которой И. М. Сеченов описал явление центрального торможения, появилась в печати в 1863 г. и, по свидетельству Ч. С. Шеррингтона, с этого момента предположение о тормозящем влиянии одной части нервной системы на другую стало общепринятой доктриной⁸.

Опираясь на это открытие, И. М. Сеченов постулировал, что "запуск механизма центрального торможения" может "отодвинуть" завершение рефлекторного ответа — мышечного действия на любой период времени, вплоть до полного обрыва рефлекса. Когда рефлекс "обрывается, не перейдя в движение", то, по Сеченову, это не означает, что первые две трети рефлекса "оказались зрящими". Не получив внешнего выражения, завершающая часть рефлекса "уходит вовнутрь", превращается в мысль, хотя и незримую, но продолжающую служить организатором поведения⁹. В качестве доказательства этого положения И. М. Сеченов привел данные о развитии психики в фило- и онтогенезе. Он, в частности, обратил внимание, что, наблюдая за развитием ребенка, можно проследить, как его автоматизированные простейшие реакции постепенно превращаются в высокоспециализированные (в том числе речевые), а непосредственный ответ сменяется отсроченным во времени или ребенок обучается его подавлять [1, 8, 9].

"Рефлексы головного мозга" стали третьей (после Р. Декарта и Д. Гартли) выдающейся попыткой объяснить жизнедеятельность целостного организма с позиций рефлекса. Эта попытка

⁸В дальнейшем развернулась полемика в отношении конкретных механизмов развития центрального торможения. Сеченов полагал, что в ЦНС существуют специальные "центры торможения". М. Шифф и Ф. Гольц обнаружили, что всякое сильное раздражение центростремительных нервов или нервных центров вызывает торможение эффектов более слабых раздражений. По мнению Ф. Гольца, торможение может развиваться в любом отделе ЦНС и не требует существования специальных тормозящих центров. В XX веке было доказано существование обоих механизмов развития центрального торможения

⁹Этот процесс преобразования внешнего во внутреннее получил название интериоризации. Понятие об интериоризации оказалось весьма продуктивным и было в дальнейшем использовано многими психологами, в том числе П. Жане и З. Фрейдом.

привлекла к себе внимание, однако число противников объяснения психической деятельности с позиций рефлекса оказалось больше числа сторонников. Тем не менее выход в свет книги И. М. Сеченова справедливо считается рубежом событием в истории изучения рефлекса, ознаменовавшим завершение очередного этапа становления рефлекторного учения. Сам факт появления такой работы и ее широкого обсуждения означал окончательное признание рефлекса как одного из основополагающих принципов работы нервной системы.

Завершая рассмотрение проблем изучения нервной системы в ходе второй научной революции, необходимо отдельно остановиться на возникновении и успешной разработке в 40—60-х годах XIX века представлений о нервной регуляции растительных функций.

Исследования, направленные на выявление роли отдельных висцеральных нервов, проводили и ранее, начиная с XVII века, однако они не внесли особой ясности в этот вопрос. Полученные результаты либо были крайне противоречивы, либо естественновиспытатели попросту не могли найти им естественнонаучного объяснения. На протяжении XVII — начала XIX веков продолжала господствовать версия о том, что основной функцией висцеральных нервов является доставка до внутренних органов "животного духа", необходимого для реализации их природных специфических способностей.

Дать строгое естественнонаучное объяснение результатам опытов с перерезкой и/или раздражением висцеральных нервов оказалось возможным лишь после создания клеточной теории, открытия электрической природы нервного возбуждения, разработки рефлекторного учения и ясного осознания того, что висцеральные нервы представляют собой пучок нервных волокон, имеющих различную функциональную специфичность.

В качестве иллюстрации сказанному приведем два примера, связанные с изучением иннервации сердца и сосудов. В 1838 г. немецкий исследователь Альфред Фолькман (Alfred Wilhelm Volkmann, 1800—1877) обнаружил, что при раздражении у лягушки периферического конца перерезанного блуждающего нерва наблюдается сначала замедление, а затем ускорение ритма сердца. Кроме того, он отметил, что систолы во время замедления были ослаблены, а в последствии усилены по сравнению с исходными. Описание проведенного им опыта и полученных результатов содержало практически все наиболее существенное из того, что известно в настоящее время о влиянии центральных нервов на сердце. Однако современники не придали никакого значения этим данным. Они справедливо сочли их крайне противоречивыми и совершенно не раскрывающими главного — роли блуждающего нерва в работе сердца.

Установить эту роль, а заодно представить первые бесспорные доказательства нервной регуляции сердечной деятельности удалось братьям Вебер Эрнсту (Ernst Heinrich Weber, 1795—1878) и Эдуарду (Eduard Wilhelm Weber, 1804—1891). Произошло это только в 1845 г., когда стало окончательно понятно, что Фолькман раздражал не только блуждающий нерв, но и находящуюся с ним в одном пучке веточку симпатического нерва. Выбрав точку раздражения блуждающего нерва выше места присоединения к нему симпатических волокон, братья Вебер зафиксировали только замедление биений сердца и ослабление силы сердечных сокращений [5].

Также долгое время не получали должной оценки результаты экспериментов с перерезкой шейного симпатического нерва, в ходе которых П. дю Пти (1727), И. Кример (1825), Г. Мэйю (1833) и ряд других исследователей фиксировали покраснение уха и конъюнктивы глаза на стороне перерезки. Правда, в 30-х годах XIX века была высказана гипотеза о том, что шейный симпатический нерв "управляет просветом соответствующих сосудов", однако она не получила признания, поскольку никто из исследователей не мог ответить на вопрос о том, как именно нервы могут повлиять на просвет сосудов. Только после того, как в 1840 г., сначала Фридрих Генле (F. G. J. Henle, 1809—1885) установил наличие гладкой мускулатуры в сосудистых стенках, а затем Бенедикт Штилинг (Benedict Stilling, 1810—1879) описал в них тончайшие разветвления нервов, Клод Бернар (Claude Bernard, 1813—1878), повторив опыты с перерезкой шейного симпатического нерва, смог в 1851 г. представить бесспорные доказательства существования "вазомоторных нервов".

1851 г. датировано еще одно важнейшее открытие в этой области. Карл Людвиг (Carl Friedrich Wilhelm Ludwig, 1816—1895) обнаружил, что перерезка chordae tympani (барабанной струны) обрывает секрецию из подъязычной и подчелюстной слюнных желез, а раздражение ее периферического конца приводит к обильному току слюны. Однако даже столь конкретные экспериментальные данные не сразу получили признание. Поскольку в тот период секрецию слюнных желез рассматривали как процесс фильтрации секрета из кровяного русла, а К. Бернар уже успел открыть сосудосуживающие нервы, от К. Людвига требовали доказательств того, что установленные им факты явля-

ются результатом прямого влияния нерва на функцию желез.

В том же 1851 г. К. Людвиг блистательно решил эту задачу, поставив свой знаменитый опыт с одновременным измерением давления в артериальной системе и в протоке подчелюстной слюнной железы. Оказалось, что при слюноотделении, вызванном раздражением барабанной струны, давление в протоке значительно превышает кровяное давление в крупных артериях, а тем более в капиллярах, из которых "должна была осуществляться фильтрация слюны". Эти факты сделали абсолютно бесспорной точку зрения К. Людвиг и определили всеобщее признание существования секреторных нервов [5].

После открытия сосудодвигательных и секреторных нервов новые данные о нервной регуляции растительных функций посыпались как из рога изобилия. В 1856—1858 гг. Мориз Шифф (Moritz Schiff, 1823—1896) и К. Бернар доказали существование сосудорасширяющих нервов. В 1856—1860 гг. К. Людвиг, К. Бернар и Конрад Экхард (Konrad Eckhard, 1822—1905) показали, что деятельность подязычной слюнной железы управляется не только барабанной струной, но и шейным симпатическим нервом. Причем, если раздражение chordae tympani сопровождается обильным отделением жидкой, бедной органическими компонентами слюны, то шейный симпатический нерв вызывает очень умеренное отделение слюны с большим содержанием органических веществ. Для объяснения этих фактов в 1868 г. Рудольф Гейденгайн (Rudolf-Peter-Heirich Heidenhain, 1834—1897) создал "учение" о двух типах волокон, управляющих работой желез: "секреторных" волокон, вызывающих выведение железистыми клетками воды и солей, и "трофических", определяющих выработку и выведение специфических органических продуктов.

В 1863 г. Фридрих Бецольт (Friedrich Bezold, 1842—1908) открыл "ускоряющие нервы сердца" в ветвях, идущих к сердцу от спинного мозга, а в 1866 г. К. Людвигом и Ильей Фаддеевичем Ционом (1842—1912) были найдены афферентные волокна, идущие от сердца и аорты, раздражение которых приводит к рефлекторным изменениям работы сердца и тонуса сосудов.

В этот же период были опубликованы и получили признание исследования, доказывавшие влияние нервной системы на деятельность желудочно-кишечного тракта, дыхательные движения, половые функции, слезоотделение (Э. Пфлюгер, И. Чермак, К. Экхард, Ф. Керер, У. Герценштейн и др.) [2].

Отдельным направлением исследований в рамках изучения нервной регуляции функций стала разработка проблем влияния нервной системы на обмен веществ, причем как в организме в целом, так и в отдельных органах и тканях. В середине 1850-х годов К. Бернар наглядно продемонстрировал уже упоминавшиеся нами в предыдущих сообщениях изменения углеводного обмена (гипергликемию и гликозурию) после укола в дно четвертого желудочка ("сахарный укол"). М. Шифф наблюдал атрофию костей через 3—6 мес после перерезки бедренного и седалищного нервов. Симон Самуэль (Simon Samuel, 1833—1899) повторил и объяснил опыты Ф. Мажанди, который еще в 1824 г. описал патологические изменения в тканях глаза после перерезки тройничного нерва [2].

Возникновение и разработка в 40—60-х годах XIX века представлений о нервной регуляции деятельности внутренних органов, связавших воедино растительные и животные функции, оказали огромное влияние на развитие медицины и по праву считается одним из главных завоеваний второй научной революции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Избранные труды. — М., 1979. — С.100—187.
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 XX века. — М., 1972.
5. Вегетативная нервная система // БМЭ. — 1-е изд. — Т. 4. — С. 479—558.
6. Мень И. История медицины: Пер. с франц. — М., 1926.
7. Павлов И. П. Полн. собр. соч. — 2-е изд. — М.; Л., 1951—1952. — Т. 1—6.
8. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Основы теоретической психологии. — М., 19..
9. Ярошевский М. Г. История психологии. — М., 1976.
10. Charles Bell@ www.whonamedit.com

Поступила 25.10.10

© В. И. БОРОДУЛИН, П. Э. РАТМАНОВ, 2011

УДК 614.25:93

В. И. Бородулин¹, П. Э. Ратманов²

ТРАДИЦИЯ "СВЯТОГО ДОКТОРА" ГАЗА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛИНИКЕ: А. Н. КАЗЕМ-БЕК И В. А. КАЗЕМ-БЕК (КАЗАНЬ — ХАРБИН)

НИИ истории медицины РАМН¹, Москва; Дальневосточный государственный медицинский университет², Хабаровск

В статье прослежено, как в конце XIX — начале XX веков сохранялись и передавались гуманистические традиции отечественной медицины, заложенные доктором Ф. П. Гаазом. Представлены биографии казанских врачей: выдающегося терапевта профессора А. Н. Казем-Бека (представителя клинической школы Н. А. Виноградова), работавшего в Казанском университете, и его сына доктора В. А. Казем-Бека, практиковавшего в Харбине.

Ключевые слова: Гааз, научные школы, гуманистические традиции

THE TRADITIONS OF "THE SAINT DOCTOR" GAAS IN RUSSIAN CLINIC: A.N. KAZEM-BEK AND V.A. KAZEM-BEK (KAZAN-HARBIN)

Borodulin V.I., Ratmanov P.E.

The article retraces the process of maintaining and passing on the humanistic traditions of Russian medicine founded by Doctor F.P. Gaas in the late XIXth - early XXth centuries. The biographies of Kazan physicians are presented, including eminent therapist professor A.N. Kazem-Bek (the representative of N.A. Vinogradov clinical school) from Kazan University and his son, Doctor V.A. Kazem-Bek, who practised medicine in Harbin.

Key words: Gaas, scientific school, humanistic traditions

В отечественной литературе начало устойчивой традиции подвижнического — беззаветного и бескорыстного — служения больному человеку принято связывать с деятельностью Ф. П. Гааза, главного врача московских тюрем (с 1829 г.). Учи-

тающей России конца XIX века он приобрел исключительную популярность после выхода в 1897 г. книги выдающегося судебного оратора и ученого-юриста А. Ф. Кони (до 1914 г. эту книгу издавали 5 раз)¹. Впоследствии вышло множество других посвя-

В. И. Бородулин — д-р мед. наук, проф. (454-31-06); П. Э. Ратманов — канд. мед. наук, доц. каф. (ratmanov@gmail.com)

¹Кони А. Ф. Федор Петрович Гааз: Биографический очерк. — СПб., 1897.



Рис. 1. А. Н. Казем-Бек.



Рис. 2. В. А. Казем-Бек.

шенных ему книг и статей². У Гааза было два имени — Фридрих Иозеф и Федор Петрович: он был немец и католик, его крестили в купели собора в Бад-Мюнстеральфеле, но почти полвека (1806—1853) он прожил в православной Москве, стал одним из самых известных и любимых городом москвичей; его называли "святым доктором". Когда он умер (конечно же "совершенно немущим"), то соединил обе эти нити, упокоившись на московском Немецком (теперь Введенском) кладбище, куда его провозжали и русские, и немцы, и плакала вся Москва: около 20 тыс. человек шли за его гробом, в церквах с разрешения митрополита (хоронили католика) служили панихиды. Девиз всей его жизни — "Спешите делать добро" — выбит на постаменте памятника, который поставлен в Москве в 1909 г.³

Многие отечественные врачи шли путем Гааза. Один из лидеров клиники внутренних болезней в СССР и блестящий историк медицины Д. Д. Плетнев назвал имена самых известных из них: харьковские детский врач Владислав Андреевич Франковский (1819—1895) и профессор-офтальмолог Леонард Леопольдович Гиришман (1839—1921)⁴. Были, конечно, и другие видные носители филантропического начала в медицине: профессор Киевского университета терапевт Феофил Гаврилович Яновский⁵, "минский Гааз" доктор Гинденбург и многие другие. Мы не знаем, какими критериями руководствовались История, когда так своеобразно распорядилась посмертной их славы — одних канонизировала, других предала забвению. Сегодня это не так уж и важно. В условиях XXI века, с иными ценностными установками общества, иной моралью, с тотальной специализацией, технизацией и коммерциализацией медицины важнее другое — не утратить окончательно гуманное начало врачевания.

Среди тех известных медиков, кого можно отнести к наследникам гаазовской традиции, — семья казанских врачей: Алексей Николаевич и Владимир Алексеевич Казем-Беки (рис. 1, 2). Блестящий клиницист, талантливый исследователь, профессор кафедры факультетской терапии Казанского университета (с 1904 г.) А. Н. Казем-Бек (1859—1919) был в числе самых заметных терапевтов России в первые десятилетия XX века. Его предки были владетельными персидскими князьями, потому его фамилия полностью читалась как Мирза Казем-Бек (так он и фигурирует в изданиях его времени). Отец и дед его жили в России, отличались исключительным умом и разносторонними способностями⁶.

А. Н. Казем-Бек был представителем боткинского направления в отечественной медицине. С. П. Боткин, по общему мнению терапевтов и историков медицины, создал самую круп-

ную и влиятельную научную клиническую школу в истории клиники внутренних болезней в России⁷. Многие его ученики (В. А. Манассеин, М. В. Яновский, Н. Я. Чистович и др.) основали собственные "дочерние" школы; первой от основного ствола боткинской школы ответвилась казанская школа Н. А. Виноградова. Самым выдающимся учеником Н. А. Виноградова был выпускник Казанского университета А. Н. Казем-Бек. Его клинические и экспериментальные исследования посвящены раку легких, микседеме и другим проблемам внутренней патологии, но главным образом — вопросам физиологии и патологии сердца. Он изучал его иннервацию, вслед за А. А. Остроумовым искал в эксперименте ответ на вопрос о происхождении I тона сердца и установил преобладающую роль мышечного компонента (1889). Первым среди отечественных клиницистов (1896) он описал прижизненно диагностированную аневризму передней стенки левого желудочка сердца с характерным несоответствием между усиленной разлитой пульсацией в области сердца и малым пульсом на лучевой артерии (симптом Казем-Бека) и появлением пресистолического шума. Он — автор трудов по диагностике пороков сердца и лечению сердечной недостаточности строфантином.

Вероятно, первым из ведущих клиницистов России он оценил перспективы применения электрокардиографического метода во врачебной практике. Клиника Казем-Бека сыграла свою роль в истории отечественной электрокардиографии: именно здесь основоположник отечественной электрокардиологии, врач и физиолог — ученик И. М. Сеченова, профессор Казанского университета А. Ф. Самойлов в 1909 г. записал первую в истории отечественной клиники электрокардиограмму у больной, страдавшей пороком сердца. "Покойный профессор Казем-Бек, — вспоминал А. Ф. Самойлов, — человек очень просвещенный, имевший всегда открытый глаз и ухо для всего нового, насколько возможно снабжал меня случаями"⁸. Он был известен и как крупный деятель общественной медицины, возглавлял Всероссийскую лигу борьбы с туберкулезом. Среди его учеников — известные профессора Н. К. Горяев — один из пионеров отечественной гематологии, предложивший сетку для подсчета форменных элементов крови (камера Горяева), и М. Н. Чебоксаров — один из основоположников отечественной эндокринологии, автор приоритетного исследования иннервации надпочечников.

Талантливый врач, к которому приезжали лечиться не только из различных местностей европейской части России, но и из далеких уголков Сибири, А. Н. Казем-Бек соединял глубокие врачебные знания с редкими душевными качествами. Он был добрейшим человеком, деликатным, чутким, самоотверженным, бескорыстным. На своей, известной всей Казани, паре се-

²Копелев Л. З. Святой доктор Федор Петрович. — СПб., 1993.

³Бородулин В. И. Святой доктор Гааз // Марка. — 2005. — № 2—3. — С. 28—31.

⁴Плетнев Д. Д. Избранное. — М., 1989. — С. 299.

⁵Аронов Г. Е. Феофил Гаврилович Яновский. — К., 1988.

⁶Врачи-подвижники, гуманисты: Ф. П. Гааз, Н. И. Пиров, В. А. Казем-Бек. Биографические очерки для юношества // Хлеб небесный. — Прил. 2. — Харбин, 1932. — С. 37.

⁷Сиротинин В. Н. С. П. Боткин // Курс клиники внутренних болезней проф. С. П. Боткина, 3-е изд. — Т. 1. — СПб., 1912. — С. 63; Бородулин Ф. Р. С. П. Боткин и неврогенная теория медицины. — М., 1949. — С. 120.

⁸Григорян Н. А. Александр Филиппович Самойлов. — М., 1963. — С. 118.

рых лошадей он посещал и богатых жителей прекрасных особняков, и бедняков, живущих на окраинах города. Один день в неделю он принимал только неимущих больных. Бедняки-казанцы и крестьяне окрестных деревень активно пользовались его бесплатной лечебной помощью.

Осенью 1918 г. политические события — в стране шла Гражданская война — принудили Казем-Беков покинуть Казань. Профессор А. Н. Казем-Бек с семьей переехал в Томск, чтобы устроиться в большом городе, но его здоровье было подорвано, он заметно угасал и 9 июля 1919 г. скончался на руках своего сына, тоже врача, В. А. Казем-Бека⁹.

В 1920—1922 гг. из России в Северо-Восточный Китай хлынул поток беженцев. После поражения Колчака только в Маньчжурию из Сибири бежали десятки тысяч офицеров, солдат, казаков, гражданских лиц. В послереволюционной волне эмиграции была широко представлена интеллигенция, в том числе и врачи. Так, в начале 1920 г. в Харбине, самом русском городе Северо-Восточного Китая, центре Китайской Восточной железной дороги оказался ряд преподавателей и ординаторов Казанского университета. Самым известным среди них был бывший ординатор факультетской хирургической клиники университета доктор В. А. Казем-Бек.

В. А. Казем-Бек родился в Казани 14-го февраля (27-го по новому стилю) 1892 г. Его мать, Александра Владимировна, урожденная Бечко-Друзина, принадлежала к старинной дворянской семье. В Казани она была известна необычайной своей красотой, добрым, отзывчивым сердцем, радушием и гостеприимством. Володя был третьим ребенком в семье, у него было два брата и две сестры. В возрасте 6 лет он упал, ушиб ногу, после чего на ноге появилась опухоль, и вскоре врачи определили туберкулез кости; решено было сделать операцию, которая прошла удачно, но на всю жизнь нога осталась короче другой. В 1910 г. он окончил с серебряной медалью гимназию и поступил на медицинский факультет университета. Императорский Казанский университет в конце XIX — начале XX веков был одним из ведущих научных центров страны, профессора которого имели европейскую известность. Ближайшим учителем В. А. Казем-Бека был профессор Н. А. Геркен. У него молодой доктор учился хирургии.

Осенью 1914 г., не сдавая государственных экзаменов, В. А. Казем-Бек уехал на фронт зауряд-врачом, в 1915 г. он приехал в Казань, блестяще сдал государственный экзамен и снова уехал на фронт, где заведовал летучим госпиталем Красного Креста. В 1917 г. он вернулся с фронта в Казань. В это время тяжело болела и вскоре скончалась его мать. Зимой 1917—1918 гг. В. А. Казем-Бек работал в Казани в военном госпитале. Он был способным спортсменом, поступил учеником в Гатчинскую авиационную школу, когда она переместилась в Казань, и вскоре научился летать самостоятельно. Летом 1919 г. В. А. Казем-Бек работал врачом при Академии Генерального штаба, вместе с которой в начале 1920 г. он прибыл в Харбин.

В Харбине молодой врач работал в госпитале Заамурского округа Отдельного корпуса пограничной стражи, где занимал должность ординатора хирургического отделения и завоевал глубокие симпатии не только больных, но и всех служащих; вскоре он прославился как талантливый хирург и гуманный врач, отличающийся бескорыстием, добротой, отзывчивостью. Он прослужил в госпитале до его расформирования в 1922 г., затем работал в хирургическом и гинекологическом отделениях городской больницы Харбина. Здесь молодой врач начал проводить операции по пересадке кожи, добиваясь замечательных результатов. В городской больнице Харбина он прослужил до

1924 г.¹⁰. Слава доктора В. А. Казем-Бека как искусного врача и гуманиста крепла с каждым днем. Через 3 года пребывания в Харбине он имел огромную практику, работал с утра и до поздней ночи. Значительную часть больных он лечил бесплатно, землякам-казанцам он предлагал расплатиться по возвращении на родину.

Будучи разносторонне одаренным врачом, помимо хирургии, В. А. Казем-Бек специализировался в оториноларингологии и фонологии. Работая фонологом, В. А. Казем-Бек снискал особую популярность среди артистов и получал за свою работу высокие гонорары. Несмотря на перегруженность работой, он продолжал интересоваться медицинской литературой. Имея блестящее образование, свободно владея тремя европейскими языками, в 1925 г. В. А. Казем-Бек уехал из Харбина в Европу с целью посвятить себя научной деятельности по хирургии верхних дыхательных путей. В течение 10 мес он проводил научную работу в Германии, Австрии, Венгрии, Франции; в Харбин вернулся в сентябре 1926 г. и снова стал одним из самых признанных и прославленных врачей города.

Доктор В. А. Казем-Бек умер 4 августа 1931 г. в возрасте 39 лет, заразившись от больной дифтерией девочки, которую он спас от смерти. 5 августа 1931 г. по улицам Харбина от Иверской церкви по направлению к Новому кладбищу двигалась многотысячная траурная процессия. Хоронили В. А. Казем-Бека — врача, имя которого уже при его жизни стало легендой, символом профессионализма и доброты к людям¹¹. Вот как это событие было освещено в харбинском журнале "Рубеж": "У Харбина — репутация жесткого, бездушного города. Но то, что произошло 5 августа, в день похорон доктора В. А. Казем-Бека, опровергает это ходячее мнение. Эти похороны вылились в небывалую траурную демонстрацию любви и уважения, где принял участие буквально весь город. За более чем 30-летнее существование Харбина не было еще такого массового объединения в общей скорби по человеку, ставшему добычей смерти"¹².

После его смерти выяснилось, сколько добрых дел, милосердных услуг он оказывал тайно, какими деликатными способами он помогал неимущим и страждущим. В Харбине не было его родных, кто бы мог посетить могилу на Успенском кладбище (из семьи Казем-Бек в начале 1930-х годов в живых остались только его брат, проживавший в России, и сестра, которая жила в Париже), но могила всегда была покрыта цветами. При входе в дом, где раньше жил доктор (на Пекарской улице в районе Пристань) была установлена мраморная доска с надписью: "Здесь жил, работал и умер доктор В. А. Казем-Бек — жертва долга и друг бедноты". Имя доктора В. А. Казем-Бека было знакомо каждому харбинцу, потому что его носили два лечебных учреждения в городе: Монастырская больница имени доктора В. А. Казем-Бека и Благотворительная и общедоступная больница и амбулатория в память доктора В. А. Казем-Бека. Обе больницы оказывали медицинскую помощь на льготных условиях до конца 1940-х годов. После исхода русского населения Маньчжурии в 1950-х годах и начала "культурной революции" в Китае русские кладбища в Харбине были разрушены. Памятник В. А. Казем-Беку поврежден и перенесен на кладбище Хуан-Шан; новый крест на памятнике был поставлен на средства Л. Б. Косицына и Г. П. Косицина (Сидней, Австралия), бывших харбинцев, после их поездки в Харбин в 1998 г.¹³.

Поступила 28.12.10

⁹Врачи-подвижники, гуманисты: Ф. П. Гааз, Н. И. Пиров, В. А. Казем-Бек. Биографические очерки для юношества // Хлеб небесный. — Прил. 2. — Харбин, 1932. — С. 45.

¹⁰Газета "Вечерняя заря" (Харбин). — 1924. — 23 января.

¹¹Живлевич Т. В. В память об усопших в земле маньчжурской и харбинцах. — Мельбурн, 2000. — С.47; Газета "Заря" (Харбин). — 1931. — 5 августа.

¹²Журн. "Рубеж" (Харбин). — 1931. — № 34. — С. 14—15.

¹³Живлевич Т. В. Указ. соч. — С. 247.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА В ЗАБАЙКАЛЬЕ

Детская республиканская клиническая больница, Улан-Удэ

Освещены обычаи, приемы лечения и защиты от болезней, составившие народную медицину бурят.

Ключевые слова: *врачевание, гигиенические знания, заболевание, обряд, профилактика*

THE TRADITIONAL MEDICINE IN TRANSBAIKALIA

Batoyev S.D.

The article covers the customs, the modes of treatment and safeguarding against diseases as integral components of Buryat traditional medicine.

Key words: *healing, disease, health knowledge, prevention, rite*

Считается, что общая численность бурят-монголов в XVIII веке составляла 130 000 человек. В 1709 г. численность пришлого населения Сибири возросла до 229 000 человек¹. Из общего числа русского населения около 50% составляли крестьяне, переселившиеся "по воеводским вызовам", свыше 17% — военные люди и казаки, 10,6% — ссыльные, 8,6% — промышленные и посадские люди, 4,3% — ямщики и 9,5% — духовенство, боярские люди, чиновники и пр. По историческим данным, если в отношении русского населения еще можно говорить о недостаточности медицинской помощи, то в отношении туземного населения можно констатировать отсутствие таковой. Между тем быт и утраченные санитарно-гигиенические условия жизни породили неимоверное распространение заразных и эпидемических заболеваний, что в конечном итоге грозило вымиранием коренного населения.

Такое положение коренных народностей Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера дало основание журналу "Православный благовестник" писать в 1914 г. "...и ныне на поверхности земного шара находится еще немало таких племен и наций, дни которых уже сочтены, которые находятся, можно сказать, уже в последней стадии своего вымирания или, иначе сказать, накануне своего полного и окончательного исчезновения. К таким современным нам вымирающим нациям следует отнести прежде всего некоторые племена из австралийских и американских аборигенов а затем также и многих из наших сибирских инородцев"².

Уход за детьми, особенно за новорожденными, лечение детских болезней и их посильное предупреждение — один из древнейших видов медицинской деятельности. Акушерство и педиатрия раннего возраста возникают исторически вместе в неразрывной связи. Педиатрия развивается как глава акушерства и в дальнейшем отпочковывается от него. Медицинская помощь женщине и ребенку в течение тысячелетий оставалась в руках женщины — хранительницы и носительницы опыта, который накапливался из поколения в поколение.

"...Рядом со знахарем выделяется все яснее лечительница — повивальная бабка, так как наиболее частые заболевания родильные, детские и женские были всецело в руках женщины"³. Лечение детей уделялось не меньше, а иногда больше внимания, чем лечению взрослых. Но только вопросы эти часто оставались за пределами собственно медицинской профессионально-врачебной деятельности.

Зачатки врачевания и гигиенических знаний родились из наблюдений и опыта на самых ранних стадиях существования человека и закрепились в обычаях и приемах лечения и защиты от болезней, составивших народную медицину. Значительную роль среди предупредительных и лечебных мер играло использование сил природы (солнца, воды, воздуха, минеральных источников), эмпирически найденных лекарственных средств растительного и животного происхождения. Уход за скотом, в

частности помощь животным при родах, травмах и других заболеваниях, наблюдение за лечебными свойствами разного вида трав и иных растений постепенно вырабатывали навыки и приемы лечения.

В народной медицине бурят применялись различные средства для лечения детских заболеваний. При язвенных стоматитах рекомендовалось смазывание полости рта раствором медвежьей желчи. Для лечения мокнувших экзем у "золотушных" детей применяли наружно отвар из корневища ириса-касатика. При опрелости у детей все кожные складки припудривали порошком из листьев зеленого чая или из сердцевин гнилой березы. Корневища ириса, содержащие 0,1—0,2% пахучего эфирного масла, видимо, оказывали противовоспалительное и дезинфицирующее действие. Для профилактики детских инфекционных заболеваний буряты практиковали полную изоляцию новорожденного в первый год его жизни. Хозяин дома, где родился ребенок, прикреплял у дверей свежую ветку сосны (цэрт) — символ долголетия и знак, запрещающий посторонним входить в жилище. Эта своеобразная традиция, в которой отражался многовековой опыт, оберегала младенца от контакта с инфекцией. При родовспоможении, кроме акушерского искусства, повивальной бабке необходимо было знать сложный церемониал, связанный с рождением ребенка, наречением имени, тайным ритуалом захоронения детского места — тонто тайха. При осложненных родах в качестве чисто магического средства давали внутрь настой или порошок из шкур змей, собранных весной после линьки, сопровождая это следующим благопожеланием: "Змея весной без труда выползает из старой шкурки, пусть плод из твоего лона выходит для жизни под солнцем". При рождении ребенка в состоянии асфиксии повивальная бабка, очистив дыхательные пути от слизи, быстро растирала спинку ребенка, слегка ударяя его по ягодицам, раскачивала и сильно дула на него, брызгала водой. Такими манипуляциями удавалось вывести ребенка из состояния асфиксии. Конечно, принцип асептики и антисептики на тот период практически не существовал.

В народной медицине бурят нашли отражение и религиозные воззрения. С этим связано применение ряда нерациональных колдовских приемов лечения, порой вредных для здоровья. Конечно, нельзя представлять себе народную медицину как соединение одних суеверий и "диких" обычаев. Нелепость подавляющего большинства распространенных в прошлом представлений об уходе за детьми очевидна. Гораздо важнее установить, выделить те рациональные моменты, которые имеют место в народной медицине.

При острых воспалительных процессах тонкой и толстой кишки, сопровождающихся поносами, рвотой и болью в животе, широко применяли отвар из корневища бадана, теплые компрессы на живот из горячей золы, голодную диету и обильное питье. Корни и листья бадана, богатые дубильными веществами и арбутином, оказывают вяжущее и дезинфицирующее действие, быстро останавливают понос. Наряду с баданом при поносах применяли сушеные ягоды черемухи, голубицы и черники. Хоринские буряты при гастроэнтеритах применяли густой отвар сердцевин гнилой березы (по-бурятски шульга) или крепкий зеленый чай. Использовали отвар из корня ревеня и иногда порошок, изготовленный из этого корня. Ревень компактный (гешуна) широко распространен в Прибайкалье, по берегам рек, в лесах, на черномземных горных склонах. При кровавых поносах лечились отваром из корня черноголовника кровохлебкового, богатого танинами и оказывающего бактерицидное действие.

С. Д. Батоев — врач-анестезиолог (drbol@buryatia.ru)

¹ Федотов Н. П., Медрина Г. И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. — Томск, 1975. — С. 14.

² Чикин С. Я. Охрана здоровья народностей Севера. — М., 1978. — С. 36.

³ Конюс Э. М. Истоки русской педиатрии. — М., 1946. — С. 19—22.

При хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта буряты с древнейших времен охотно пользовались минеральными водами — "аршанами". Широкой известностью пользовались аршаны — Ямаровка, Кука, Дарасун, Тункинский, Шиванда, Шумакский. Паломничества к этим источникам совершались летом, часто за многие сотни километров. Воды углекислых гидрокарбонатно-кальциевых и магниевых источников не только принимались внутрь, но нередко использовались для ванн после подогрева в деревянных бочках и кадках раскаленными камнями. Для лечения хронических катаров с пониженной кислотностью широко применялись национальные кисло-молочные продукты, приготовленные на специальных заквасках, особенно хурунга, по вкусу близкая к кефиру. При хронических катарах желудка охотники-буряты пили по 200—300 г теплой крови только что убитого марала или изюбра-самца. К этому средству рекомендовалось прибегать только в сезон спаривания (гона), когда кровь животных, богатая гормонами, ферментами и витаминами, по-видимому, оказывает некоторое целебное действие на весь организм.

Воспалительные и хронические заболевания желудка бурятская народная медицина подразделяла на три вида: катар с повышенной кислотностью — шара, катар с пониженной кислотностью — боро и рак желудка — бадатан. Последний считался неизлечимым наследственным заболеванием. Антисанитарные условия жизни скотоводов, употребление непроваренного мяса и тесный контакт с животными способствовали высокому проценту заражения различными глистами. Для изгнания кишечных глистов (уша хорхой) буряты применяли прогорклое топленое масло и холодную кипяченую воду.

Народная медицина различала 3 вида заболевания легких — ханядан. Хэжик ханядан — острый катар верхних дыхательных путей, связанный с простудой, сопровождающийся повышением температуры, лечили горячим молоком с природной содой — хужиром, смесью молока со снеговой водой в горячем виде и отваром плодов или листьев боярышника. В качестве жаропонижающего средства применяли отвар горькой полыни и корни софоры желтой.

При хи ханядан — хроническом бронхите — рекомендовали отвар богородской травы, отвар листьев боярышника и настойку медвежьей желчи на тарасуне или водке. Летом применялись ванны хвойные и ароматические из богородской травы и листьев шиповника.

При ушхиин ханядан — туберкулезе легких — для лечения применяли кумыс, степной сухой воздух и обильную пищу. Монголо-тюркские племена умели готовить кумыс из кобыльего молока и были знакомы с его целебными свойствами. При туберкулезе костей и лимфатических желез буряты применяли кашичу из растертых метелок озерного камыша, собиравшихся в конце лета, когда они приобретали красно-бурую окраску.

При заболевании печени и почек практиковали обкладывание больного теплыми внутренними органами только что убитого барана, причем почки прикладывались к почкам, печень к печени. Народной медицине Забайкалья были известны следующие кожные заболевания: грибковые поражения кожи — ильдин, опоясывающий лишай — гал намафан, рожистое воспаление кожи — ёлма, проказа — муу убшэн, кожная форма сибирской язвы — бома, фурункулез — хатхя, гнойничковые заболевания кожи — сатхя, чесотка маажур, крапивница — шонын хульбоодээн. Грибковые заболевания кожи лечили мазью из березового дегтя, основой которого служил топленый конский жир. Опоясывающий лишай лечили топленным жиром нерпы или обертыванием больного ее шкурой. В западных аймаках в этих случаях применяли теплую кровь черной овцы или козы, густо смазывая ею пораженные участки кожи. При кожной форме сибирской язвы прикладывали примочки из национального молочно-кислого продукта — арса. Но такого рода лечение успеха не имело. Буряты, природные скотоводы, имели достаточные навыки в диагностике сибирской язвы у домашних животных, хорошо понимали степень опасности этой грозной инфекции, знали простейшие приемы и методы профилактики, но лечить ее еще не умели.

Проказа считалась неизлечимым заразным заболеванием. Гнойничковые кожные заболевания и рожистое воспаление лечили смазыванием пораженного участка кожи густым экстрактом из корневища ириса-касатика 2—3 раза в день, чесотку — березовым дегтем, сосновой смолой или смолистыми веществами других хвойных деревьев. Крапивница встречалась у бурят довольно редко. Для лечения прибегали к обертыванию больного волчьим мехом, а при затяжном течении обмывали отваром крапивы и назначали молочную диету на 2—3 дня. При фурункулезе применяли компрессы из теста и сырого курдюка. После вскрытия фурункула для лучшего отторжения омертвевшей ткани и гноя прикладывали сырую селезенку животного либо шкуру с ноги овцы или козы. Для лучшей грануляции и заживления ранку присыпали порошком нашатыря (дунца), прикладывали смолу лиственницы.

При костно-суставных заболеваниях, особенно при ревматических процессах, с успехом применяли ванны из щелочной гидрокарбонатной воды степных солончаковых озер. Использовали грязь со dna сульфатных или соленых озер для аппликаций. Подогретую до 40—45°C грязь прикладывали к больным конечностям, и сверху их тепло укутывали меховой одеждой. При отсутствии целебной грязи применяли ванны из целебных трав (табан аршан): можжевельника каменного (цаган дали), полыни белоземельной (цаган ая), багульника болотного (соргар), таволги иволжистой (балга модон) и хвойника эфедра (зэргэнэ). Растения собирали в июне и июле, высушивали в тени. Из них готовили на костре густой отвар, а затем разводили его теплой водой. Такие ванны рекомендовалось принимать ежедневно в течение двух недель. При заболеваниях суставов широко пользовались летом обычными хвойными ваннами, а в начале осени — настоем из листьев шиповника. Бурятское население пользовалось в течение многих веков листьями и ягодами шиповника в качестве лечебного чая при цинге и хронических истощающих заболеваниях.

В народной медицине весьма широко практиковалось кровопускание как метод лечения при многих хронических заболеваниях. Отличие от кровопускания, практикуемого научной медициной, заключалось в том, что кровь пускалась из мелких вен и артерий, а не из одних венозных сосудов. Этим занимался профессиональный костоправ — барячин, определявший место кровопускания и дату этой процедуры. Благоприятным временем считались начало и конец лета и начало осени; зимой и весной к нему не прибегали, считая, что в это время в человеческом организме преобладает холодное слизистое начало и поэтому кровопускание может нарушить тепловое равновесие организма.

Кровопускание практиковалось при гипертонической, глазных, костно-суставных болезнях, при заболеваниях зубов, полости рта, почек и печени. При гипертонической болезни кровопускание производилось из поверхностной височной, лобной, затылочной артерий и тыльной артерии носа, при заболеваниях зубов и полости рта — из наружной челюстной и подъязычной артерий. При хронических заболеваниях костей, мягких тканей и суставов нижней конечности кровь пускали из задней лодыжковой, внутренней лодыжковой артерий, из мелких веточек артерии стопы. Объем выпускаемой крови при кровопускании не превышал 250—300 мл, после чего больного поили крепким чаем или бульоном и назначали усиленное питание, обычно свежее мясо и крепкий бульон.

До конца XIX века барячины были единственными профессиональными представителями народной медицины среди бурятского населения. Искусство врачевания травматических повреждений костей, суставов, мягких тканей и нервной системы передавалось от отца к сыну или дочери. Профессия барячина была наследственной, приемы лечения различных травм оставались секретом семьи на протяжении многих поколений⁴.

Также в Забайкалье существовала тибетская медицина, главным образом у бурят. Активное распространение буддизма на территории Забайкалья началось с 1712 г., когда в связи с ойрато-халхасскими войнами, в смутный период правления Бошукто-хана, из Монголии бежали 150 тибетских и монгольских монахов. Известно, что все эти прибывшие ламы были в высшем духовном сане гелунов. Таким образом, в начальном распространении буддизма среди бурят существенную роль играли монахи из Монголии, и приобщение бурят к тибетской медицине началось через "монгольскую" ветвь, уже адаптированную к условиям и культурным традициям, близким для бурят. В дальнейшем некоторые монгольские монахи высокого ранга возглавляли монастыри Бурятии и стояли у истоков духовного и медицинского образования.

Врачи-монахи Монголии систематизировали опыт собственной народной медицины, в результате в ассортименте лекарственных средств происходит постепенное замещение привозного сырья местным.

Становление медицинского образования в дацанах Бурятии началось еще до середины XIX века, т. е. до появления первых монастырей с медицинскими факультетами — манба-дацанов. При дацанах не было специальных учреждений для приема пациентов, тем более больниц для тяжелобольных. Ламы вели прием на территории монастыря, у себя дома или в доме больного, если он по состоянию здоровья не мог прийти сам. В "Положении о ламской вере" предусматривались и периодические очередные командирования эмчи-лам в отдаленные кочевья. После установки диагноза по пульсу, моче, осмотру и опросу лама обычно сразу назначал лечение, давал лекарства и рекомендовал необходимый образ жизни и питание⁵.

⁴Очерки истории культуры Бурятии. — Улан-Удэ, 1972. — Т. 1. — С. 89—96.

⁵Аюшеева Л. В. Тибетская медицина в России. — Улан-Удэ, 2007. — С. 40.

Интересно отметить, что медицинский вопрос становится одним из факторов борьбы с шаманами. Их называют "ловкими плутнями", "околдовывающими обманщиками", которые заставляют верить невежественных и простодушных людей, уверяя, что могут излечить больных своими "онгонами" (духами) и вымогают большие вознаграждения. Согласно изменениям некоторых постановлений, населению запрещалось обращаться к шаманам в случае болезни или несчастий. При необходимости следовало пригласить ламу. Нарушение запрета наказывалось штрафом в 10 руб.

У русского населения были свои врачеватели, например "знахари" у семейских (старообрядцев), лечившие травами; култари, лечившие внушением, колдовством, и шептуны, на вооружении которых было одно средство на все случаи — молитва. И, безусловно, они же проводили лечение детей и женщин, живущих на территории Забайкальской области⁶.

Таким образом, вопрос о тибетских медиках для населения Забайкалья в тот период имел большое практическое значение,

и одной из важных сфер деятельности дацанов была подготовка эмчи-лам (монахов-лекарей). Следовательно, народная медицина в совокупности с тибетской, безусловно, имела положительное значение на этом этапе исторического развития и поддерживала необходимый минимальный уровень медицинских знаний и объем оказания медицинской помощи населению, в том числе в области охраны материнства и детства.

Научная медицина в своем многовековом развитии позаимствовала немало знаний и методов народной медицины, усовершенствовав их на основе изучения анатомии и физиологии человека.

Поступила 16.11.09

⁶Батоев Д. Б. Сподвижники здравоохранения. — Улан-Удэ, 1982. — С. 14.

© Л. А. ГАДЖИЕВА, 2011
УДК 614.2:93]:616.9-022-082(470.67)

Л. А. Гаджиева

ВКЛАД ВЫПУСКНИКОВ РОССИЙСКИХ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ АКАДЕМИЙ В БОРЬБУ С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДЕРЕВОЛЮЦИОННОМ ДАГЕСТАНЕ

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Популяционное исследование позволило установить роль русских военных врачей в организации медицинского дела в Дагестане.

Изучена распространенность острых заразных эпидемических заболеваний в дореволюционном Дагестане. Установлено, что массовому распространению инфекций способствовали отсталость, антисанитарное состояние в населенных пунктах и уклад жизни горцев. Традиция посещать больного односельчанином приводила к повальной заболеваемости, а иногда и к гибели населения целых горных поселений (аулов).

С присоединением Дагестана к России возникли условия для развития медицинского дела. Деятельность русских военных медиков на Кавказе совпала с разгаром эпидемий различных инфекций среди солдат и местных жителей. Благодаря мерам, принятым русскими военными врачами, эпидемии были ликвидированы.

Ключевые слова: медицинское дело, эпидемические заболевания, военные врачи

THE INPUT OF GRADUATES OF RUSSIAN MILITARY MEDICAL ACADEMIES INTO FIGHT AGAINST ACUTE INFECTIOUS DISEASES IN PRE-REVOLUTIONARY DAGESTAN

Gadjieva L.A.

The population study permitted to establish the role of Russian military physicians in organization of medical business in Dagestan. The prevalence of acute epidemiologic diseases in pre-revolutionary Dagestan is examined. It is derived that mass propagation of infections was supported by cultural and economic backwardness, non-sanitary conditions in cities, lifestyle of mountain dwellers. The tradition to visit ill fellow villager resulted into mass morbidity and even in death collapse of entire population of mountain settlements (auls). The positive conditions to develop medical business developed after Dagestan joined Russia. The activities of Russian military physicians in the Caucasus coincided with the full swing of various infection epidemics among soldiers and residents. The measures undertaken by Russian military physicians permitted to liquidate the epidemics.

Key words: medical business, epidemic, military physician

Значительные сдвиги в развитии здравоохранения Дагестана во второй половине XVIII — начале XIX веков главным образом характеризуются вовлечением Дагестана в торговые и экономические связи с Россией, что обусловило развитие экономики и культуры. Коренное население Дагестана стало постоянно пользоваться медицинской помощью как гражданских врачей, так и врачей лазаретов. Гражданских медицинских учреждений почти не было. В отчете военного губернатора о состоянии Дербентской губернии за 1855 г. указано: "Учреждений общественного призрения в губернии нет и только неимущие больные пользуются в военных госпиталях и полковых лазаретах на счет местных приказов общественного призрения"^{1, 2}.

Врачи госпиталей, являясь выпускниками Военно-меди-

цинской академии или столичных университетов (медицинских факультетов), активно внедряли новейшие достижения медицины того времени. С деятельностью многих передовых врачей госпиталей были связаны начало борьбы с эпидемическими и социальными болезнями, первые шаги в становлении клинической медицины и специализированной помощи.

В 50-х годах XIX столетия впервые был проведен учет народонаселения Дагестана; инициаторами были русские военные врачи. Данные учета заносили в графы ведомости состояния движения народонаселения по Дербентской губернии за 1855 г.³ Всего в то время в губернии насчитывалось 469 152 человека. Родились за год 18 147, умерли 14 437 человек. Однако ни в одном округе не было медицинских работников гражданского ведомства, и население могло поль-

Л. А. Гаджиева — ассистент каф. (8-8722-67-06-17)

¹И ноземцева Е. И. // Народная медицина как предмет этнографических исследований. — Махачкала, 2004. — С. 205—209.

²Отчет военного губернатора о состоянии Дербентской губернии за 1855 г. ЦГА МВД ДАССР. — ф. 3. — оп. 2. — С. 20; ед. хр. 7. — С. 28—29.

³Кавказский календарь на 1855 г. — Тифлис, 1856. — С. 540—541.

зоваться медицинской помощью в местных лазаретах, предназначенных для военных⁴.

Из-за отсутствия организованного учета заболеваемости мы не располагаем достаточным статистическим материалом о заболеваемости и смертности населения Дагестана и можем в основном судить о ситуации по данным отчетов врачей военных госпиталей.

Ввиду отсутствия какой-либо организованной медицинской службы русские военные врачи ставили перед властными структурами вопрос об улучшении условий жизни сельского населения. Между тем и проекты, и предложения, направленные на создание минимальных условий для оказания элементарной медицинской помощи местному населению, отвергались и встречали непреодолимое сопротивление.

Все основные медицинские силы были сосредоточены в военных медицинских учреждениях, доступ в которые был ограничен для местного населения. На санитарные мероприятия казна отпускала лишь незначительное количество денег, считая, что борьба с эпидемиями должна вестись на местные средства. Это было почти невозможно, так как утверждение дополнительных расходов из средств Российского войска проходило долгий путь обсуждения в соответствующих высоких инстанциях. Эпидемии чумы на Кавказе 1798, 1818 и 1843 гг. значительно сократили население Дагестана. Во время эпидемии холеры местная власть не принимала никаких мер для борьбы с болезнью, пока эпидемия сама не прекратилась с наступлением холодов. Такая политика явилась причиной распространения холеры, от которой на Кавказе заболели 162 000 человек, из них умерли 84 000⁵. Такие болезни, как малярия, туберкулез и трахома, преследовали каждую дагестанскую семью.

Малярия издавна имела широкое распространение на территории Дагестана. По описанию окружных врачей XIX столетия перемежающаяся лихорадка являлась одним из мучительных заболеваний, уносивших тысячи жизней. Здесь она принимала форму жестоких эпидемий, во время которых в отдельных случаях гибли огромные массы населения, иногда больше, чем рождалось. От таких заболеваний, как оспа, дифтерия, скарлатина и корь, ежегодно умирали 35—40% от числа всех умерших.

С 1857 г. в Дагестане снова появляется холера. Первые случаи заболевания были обнаружены 25 июня 1857 г. в Кюринском округе. Вскоре эпидемия захватила Самурский округ, а в сентябре проникла в Дербент и Дербентский уезд. Это обстоятельство чрезвычайно осложнило положение не только горцев, но и войск, а также находящегося здесь царского Управления⁶.

В начале 1858 г. были открыты Кумухский и Ахтынский госпитали при Ахтынских водах. О принятых санитарно-противоэпидемических мерах свидетельствуют приказы, направляемые в отряды русских войск. В одном из них (1858) сказано: "Воспрещается мытье белья или поить лошадей сверху речки и перенести оттуда ротные кухни вниз, так как здесь должно брать для питья воду людям. Для наблюдения за этим иметь караул от 3-го батальона Апшеронского полка, поить лошадей ниже того места, где берется вода для питья людям, а еще ниже мыть белье. Также воспрещается строго быть внутри лагеря скоту"⁷. За нарушение установленных санитарно-противоэпидемических порядков виновные подвергались строжайшим взысканиям, вплоть до телесного наказания. Это было вызвано чрезвычайно высокой заболеваемостью в русских войсках, действовавших

против Шамиля. Особенно свирепствовали перемежающаяся лихорадка, дизентерия, цинга и оспа.

Больше всего страдали войсковые соединения, впервые прибывшие в Дагестан из Центральной России, не имевшие благоустроенного жилья и не успевшие акклиматизироваться.

До прибытия русских медиков в горные аулы (Аварский округ) постоянным бичом населения была оспа. Заболевшим медицинская помощь не оказывалась. Больных оставляли в нежилых саклях, а пищу подавали через окна. Имеются сведения, что иногда все население оставляло на время аулы с больными оспой и уходило на хутора или в другие поселения. По прибытии в округ военные медики стали широко применять оспопрививание. Местные жители охотно приняли это предложение, особенно в отношении детей. В течение 3 лет только одним фельдшером Н. Львовым было проведено оспопрививание 710 детям⁸.

Тяжелый физический труд в условиях горной войны при строительстве дорог в каменистых горах, при рубке леса и расчистке его, скудное питание, безусловно, ослабляли физические силы населения и вызывали пониженную сопротивляемость различным заболеваниям. Такое положение заставляло царское правительство направлять в Дагестан для обслуживания войск врачей и других медицинских работников.

О том, что русские военные врачи пользовались здесь большой популярностью, свидетельствует тот факт, что в 1853 г. в Хасавюрт приезжал лечиться Л. Н. Толстой, находившийся в то время на Кавказе. В своем дневнике писатель 1 ноября 1853 г. сделал следующие записи: "После обеда выехал с Зуевым в Хасавюрт с тем, чтобы лечиться...". О поездке в Хасавюрт Л. Н. Толстой мечтал еще 2 года назад, 4 июля 1851 г. он писал: "...Завтра поеду в аул и Грозный. Переговорю с братом о деньгах и решу о поездке в Дагестан"⁹.

Большой вклад в оздоровление населения, снижение смертности внесли врачи — выпускники военно-медицинских академий: Э. О. Гольмблат, И. С. Костемеровский, Э. С. Андреевский, И. И. Годзиевский, фельдшер Н. Львов. Основным местом их пребывания были поселения, в которых дислоцировались воинские части. Несмотря на запрещение мусульманского духовенства обращаться за медицинской помощью к русским, около их квартир днем и ночью толпились люди, которым с раннего утра до поздней ночи оказывалась медицинская помощь. Такая тяга горцев к русским медикам являлась результатом их настойчивой борьбы не только против основного зла горцев — темноты и бескультуры, но и против знахарства, колдовства и суеверия, сохранивших свои корни в жизненном укладе многих горцев того времени. Их позитивная роль неоспорима прежде всего в ознакомлении населения Дагестана с русской медициной. Они организовывали при штабах полков аптеки, специальные школы для подготовки фельдшеров из среды горцев. Выпускники школ впоследствии стали активными пропагандистами русской грамоты, науки и культуры среди многонационального населения Дагестана. Они же являлись первыми организаторами борьбы со знахарством и оказывали рациональную медицинскую помощь больным в горах. Военные медики регулярно публиковали в медицинской периодической печати статьи и отчеты о санитарном состоянии горцев¹⁰. Вся деятельность военных медиков является ярким выражением патриотизма русских врачей, приехавших на Кавказ и оставшихся зачастую до конца своей жизни в Дагестане.

Поступила 21.05.10

⁴Отчет военного губернатора о состоянии Дербентской губернии за 1855 г. ЦГА МВД ДАССР — ф. 3. — оп. 2. — С. 20. — ед. хр. 7. — С. 28—29.

⁵Кавказский календарь на 1855 г. — Тифлис, 1856. — С. 540—541.

⁶Отчет военного губернатора о состоянии Дербентской губернии за 1855 г. ЦГА МВД ДАССР — ф. 3. — оп. 2. — С. 20. — ед. хр. 7. — С. 28—29.

⁷Кыштымов В. В. Медицинское обеспечение русских войск в Дагестане в войне 1834—1859 гг. Дис. ... канд. мед. наук. — Махачкала, 1952. — С. 215—219.

⁸Там же.

⁹Толстой Л. Н. Полн. собр. соч. — М., 1937. — Т. 2. — С. 66; 354.

¹⁰Сборник сведений о кавказских горцах. Рукописный фонд Института истории, археологии и этнографии ДНЦ РАН: Петровское укрепление. — 1856, № 72. — С. 61; Вести из Дагестана. — 1958, № 1. — С. 28; Салаватия. — 1858, № 1. — С. 34; Темир-Хан-Шура. — 1858, № 4. — С. 54; Вести из Дагестана (Салаватская экспедиция). — 1858, № 88. — С. 49; Дневник из Салаватского зимнего похода. — 1858, № 6. — С. 57.

МУЗЕЙ ГИГИЕНЫ В КУЛЬТУРНОЙ ЖИЗНИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

НИИ истории медицины РАМН, Москва

На большом историческом материале рассматриваются вопросы возникновения и развития гигиенических музеев в России. На примере деятельности Музея гигиены Городского центра медицинской профилактики Санкт-Петербурга показана значимость такого общественного института, как гигиенический музей, в настоящее время. Отмечена роль видных ученых-гигиенистов в развитии музейного дела в стране. Впервые музей гигиены представлен как одно из учреждений профилактической медицины России.

Ключевые слова: выставка гигиеническая, экспонаты, актуальные проблемы гигиены и санитарии, история коммунальной гигиены, Музей гигиены Губернского отдела здравоохранения, гигиенический музей как социальный институт, Городской центр медицинской профилактики Санкт-Петербурга

THE MUSEUM OF HYGIENE AND ITS ROLE IN THE CULTURAL LIFE OF RUSSIAN SOCIETY

Kuzybaeva M.P.

The considerable historical material was used to consider the issues of origin and development of museums of history in Russia. As an example the museum of hygiene of municipal medical prevention center of St. Petersburg was taken. The article proves the nowadays significance of such public institution as museum of hygiene. The role of prominent hygienists in the development of museum business in Russia is emphasized. For the first time the museum of hygiene is presented as one of institutions of preventive medicine of Russia.

Key words: hygiene exhibition, exhibit, hygiene and sanitation, museum of hygiene, social institution, public, municipal medical prevention center

Один из старейших гигиенических музеев нашего Отечества — Ленинградский музей гигиены (ныне — Музей гигиены Городского центра медицинской профилактики Санкт-Петербурга) — основан в 1918 г. Предпосылки с созданием музея обусловлены многими событиями и фактами. Так, в 1875 г. в Санкт-Петербурге состоялась Всероссийская гигиеническая выставка, которая, по словам проф. А. П. Доброславина, удалась с "большим успехом". Вторая гигиеническая выставка была организована там же в 1889 г. Материалы выставки показали, что в этот период проводились различные исследования, например воздушной среды (определяли влажность, температуру воздуха, его газовый состав, содержание в воздухе вредных веществ на производстве и т. д.). Были представлены специально подготовленные врачами статистические данные по заболеваемости и смертности населения в отдельных районах страны.

Важной вехой в борьбе за здоровье населения России стало учреждение особой комиссии по распространению гигиенических знаний, которое состоялось на V Пироговском съезде (1894). Комиссия издавала популярные брошюры, составляла программы для лекций, собирала коллекции диапозитивов. Среди профессоров, возглавивших работу комиссии, был Альфред Владиславович Мольков — видный гигиенист и организатор отечественного здравоохранения. Участники Пироговских съездов принимали деятельное участие в борьбе с эпидемиями, особенно с холерой. Под эгидой съездов были учреждены комиссии по изучению малярии и туберкулеза. С 1910 г. в России стала действовать Лига борьбы с туберкулезом. Широко используя статистический метод исследования, члены Пироговского общества подготовили много оригинальных и образцово выполненных работ по социальной гигиене (труды А. И. Шингарева, Н. И. Тезякова, Д. Н. Жбанкова и др.).

На фоне такого развития гигиенических знаний в обществе родилась идея создания музея гигиены. В 1892 г. магистр ботанических наук ИМУ В. Д. Мешаев обращается с докладной запиской к московскому губернатору об устройстве в Москве музея гигиены и санитарной техники. В 1896 г. был утвержден Устав музея, который с 1898 г. стал называться Музеем гигиены и санитарной техники. Как на одну из задач музея, указывалось на распространение в обществе сведений по гигиене. Подчеркивалась необходимость знакомить публику со средствами охраны здоровья и улучшения условий жизни¹. Трудно проходило становление нового музея. Более 4 лет он не имел собственного помещения для развертывания экспозиций. До закрытия в 1918 г.

музей издал несколько отчетов о своей деятельности, ставших единственным свидетельством его непродолжительного существования. Деятельность этого музея была первой попыткой представить тематический материал по гигиене и охране труда населения страны.

Сообщения в периодической печати того времени свидетельствуют, например, о том, что в открытой в 1876 г. на средства П. Г. фон Дервиза больнице им. Св. Владимира (Рубцовско-Дворцовая ул., 3) применено новшество в сфере гигиены: устройство изолированных инфекционных отдельных палат для каждого пациента. Проект больницы, выполненный архитектором Р. А. Гедике при участии петербургского педиатра К. А. Раухфуса и реализованный в Москве, был признан образцовым на Парижской выставке 1876 г. и на Всероссийской в 1882 г. Газета "Зодчий" сообщила, что на Парижскую выставку 1904 г., проходившую с 1 июля по 1 октября в Большом Елисейском дворце, были приглашены все иностранные государства. Русский отдел представлял пожарное дело, спасение на водах, промышленную и торговую гигиену, гигиену жилища, санитарные устройства и пр.². "Русское слово" напоминало своим читателям, что в Риме 1 сентября 1911 г. открывается Международная выставка социальной гигиены³. В "Голосе Москвы" объявляли о Дрезденской гигиенической выставке. Планировалось, что российская экспозиция будет представлена в собственном павильоне, и экспонаты русского отдела затем перевезут на Всероссийскую гигиеническую выставку⁴. К открытию выставки в Дрездене были подведены итоги всему, что сделано в России общественной медициной по изучению санитарного состояния страны и по организации врачебно-санитарного дела.

Захария Григорьевич Френкель — известный ученый в области социальной гигиены и демографии — способствовал укреплению позиций профилактической медицины в России, используя для этих целей богатые возможности санитарно-гигиенического музея и выставки. В 1918 г. он возглавил отдел коммунальной и социальной гигиены в Музее истории Петрограда. В течение 15 последующих лет с присущей ему обстоятельностью он пополнял его экспонатами, совершенствовал экспозицию, проводил лекции и занятия со студентами и специалистами, готовил к публикации статьи и научные труды на основе собранного материала. Свидетельства, оставленные З. Г. Френкелем в специальных публикациях, его мемуары дополняют уже известные факты и расширяют наши представления о сложном процессе создания и работы первых санитарно-гигиенических музеев и отделов советского периода. Музей истории Петрограда располагался в центре города. Создание его экспозиции в

М. П. Кузыбаева — науч. сотр. (kuzibaeva@inbox.ru)

¹Арифулова Л. Н. История медицинских музеев Европы и России. Краткий очерк. — Батуми, 2001. — С. 40.

²Зодчий. 1904. — С. 292.

³Русское слово. 1911. — № 127. — С. 3.

⁴Голос Москвы. 1912. — № 212.



Рис. 1. Общий вид здания Музея гигиены. Санкт-Петербург, 2009 г.

Аничковом дворце шло постепенно. Основные цели и задачи создаваемого отдела были сформулированы предельно просто: "Когда само трудовое население стало хозяином всего городского дела, необходимо ознакомить его с основными нуждами городского благоустройства. Именно для этого нужно развернуть все имеющиеся наглядные материалы и пользоваться ими как наглядными пособиями для просвещения широких народных масс. Также это необходимо для подготовки технических работников городского хозяйства"⁵.

Переподчинение музея города отделу коммунального хозяйства Петросвета расширило сферу деятельности его сотрудников, которым поручалось готовить справки к докладам в исполкоме, консультировать по сложным вопросам, участвовать в заседаниях комиссий по разработке проектов городского благоустройства. По инициативе работников музея при отделе Петросвета стали издавать журнал "Вопросы коммунального хозяйства", на страницах которого освещалась работа музея. При музее города были открыты курсы, которые затем переросли в Институт коммунального хозяйства со специальным отделением для иногородних лиц, ответственных работников данного профиля. На основе материалов музея З. Г. Френкель подготовил лекционный курс по вопросам благоустройства городов, коммунальной и социальной гигиене. Постоянный рост консультативно-справочной работы отдела, который возглавлял З. Г. Френкель, превратил его в своеобразный научно-методический центр Ленинграда по коммунальной и социальной гигиене. Тесно была связана с его работой и деятельность ленинградского отделения Всероссийского общества социальной и экспериментальной гигиены. Собрания и заседания Совета общества проходили в отделе⁶. Активная деятельность профессора З. Г. Френкеля на музейном поприще привела к тому, что "в отделе были собраны обширные материалы, отображавшие предпосылки возникновения в городах социальных болезней, мероприятия в области социальной профилактики и борьбы с ними", а также по благоустройству городов, улучшению условий труда и быта населения. Город и его население стали главным предметом изучения и представления публике. Социально-экономическая и коммунально-хозяйственная организация города преобладали среди других тем в экспозиции. Материалы по Ленинграду дополняли сведения о последних достижениях советских и иностранных городов в области санитарного благоустройства и гигиены.

21 февраля 1919 г. в Петрограде во дворце, построенном по проекту С. И. Чевакинского для выдающегося государственного деятеля России XVIII века графа И. И. Шувалова, был торжественно открыт Музей гигиены. Среди целей и задач, поставленных государством перед коллективом молодого музея, при-

оритетной была популяризация медицинских знаний среди населения. Гигиенический музей Губздравотдела Ленинграда, в котором главным объектом показа и изучения был человеческий организм и его здоровье, и отдел социальной гигиены музея истории города, руководимый З. Г. Френкелем, составляли в 1930-е годы уникальный комплекс медицинских музеев гигиенического профиля, не имеющий до настоящего времени аналогов в музейной практике нашей страны.

Таким образом, можно сделать вывод, что организация Гигиенического музея Губздравотдела в Ленинграде и отдела "Население города, охрана и обслуживание его здоровья" в музее истории города была обусловлена политикой молодого советского государства в области сохранения здоровья народа и самой историей развития профилактического направления в медицине. Актуальнее и важнее для общества задача была блестяще решена благодаря участию в ней видных социал-гигиенистов России А. В. Молькова, З. Г. Френкеля, Н. А. Семашко, З. Г. Соловьева и др.

Воспитание культуры здоровья — одно из важнейших направлений в деятельности Музея гигиены Городского центра медицинской профилактики Санкт-Петербурга (рис. 1) в настоящее время. Главными и самыми многочисленными посетителями экспозиций, расположенных в самом центре города, являются дети. Немало среди гостей музея и профессионалов-медиков, собирающихся в Центре медицинской профилактики, при котором сегодня функционирует музей, на семинары и конференции. Еще одну группу посетителей составляют многочисленные гости города и туристы, в том числе и иностранные, что вполне естественно, так как во многих странах мира существуют и активно работают гигиенические музеи и выставки. Посещаемость Петербургского музея гигиены составляет несколько десятков тысяч человек в год, что не может сравниться с таковой в других музеях города, но для музея медицинской направленности является хорошим результатом деятельности.

Социологический анализ посетителей музея позволил сделать главный акцент в работе с публикой на молодежной аудитории. Экскурсионно-лекционная деятельность, как проверенная временем и устоявшаяся форма популяризации знаний, остается предпочтительной формой коммуникации для энтузиастов — врачей и историков, работающих в музее, — Н. Н. Литвиновой, Т. М. Голубевой, Н. Н. Сиренек и др.

В 1950—1960-е годы экспозиция музея была перегружена большим количеством стендов, документов, наглядных пособий, различных турникетов и витрин с материалами. Сегодня избирательно представленные на суд публики коллекции открывают широкую возможность их интерпретации экскурсоводом-лектором, роль которого в общении с посетителем возросла (рис. 2, 3). Профессиональное медицинское образование сотрудников позволяет быстро оценить степень подготовленности аудитории и выбрать наиболее верный стиль общения с группой. Дидактика и назидание как способ ведения экскурсии не всегда решают главную задачу — заставить задуматься об увиденном и услышанном. Сотрудник, ведущий обзор по залам музея или тематическую экскурсию, как правило, тонкий психолог и одновременно внимательный врач, умело вовлекает слушателя в дискуссию по той или иной проблеме, акцентирует внимание на главных экспонатах раздела. Конечно, заядлый курильщик не бросит свою вредную привычку, ознакомившись с разделом о вреде курения, но задумается. Этот же материал, представленный школьнику, может предостеречь его от столь опасной, но популярной сегодня забавы.

Несколько разделов экспозиции освещают острые проблемы наркомании и СПИДа. Вопросы распространения и лечения этих социальных недугов, а главное, профилактика заболеваний — завершающая тема при осмотре музея.

Важную информацию посетитель получает, осматривая залы, где в доступной как для ребенка, так и для взрослого посетителя форме рассказано об основных правилах личной гигиены, гигиены полости рта, особенностях анатомии и физиологии человека, о функционировании различных систем организма, правильном питании и полезных продуктах. Очень интересен, на наш взгляд, раздел музея, отражающий особенности клима-

⁵Френкель З. Г. // *Вопр. истории*, 2007. № 2. — С. 69.

⁶Френкель З. Г. // *Вопр. истории*. 2007. № 3. — С. 76.



Рис. 2. Фрагмент экспозиции Музея гигиены. Санкт-Петербург, 2009 г.

тической зоны российского Северо-Запада. В нем демонстрируются правила поведения в лесу и на воде, приемы оказания скорой помощи при экстренных ситуациях в туристическом походе или на отдыхе.

За 90 лет существования гигиенический музей в Санкт-Петербурге не прекращал свою важную и разностороннюю деятельность. В ознаменование столь значимой даты сотрудники подготовили специальную экспозицию, которая рассказывает о жизни музея на различных этапах его развития (рис. 4). Воссоздана витрина кругового осмотра материалов с подвижным турникетом, как проверенный временем удачный образец выставочного оборудования, разработанный и использовавшийся в предшествующие годы. Эта витрина и материалы, представленные в ней, стали центральным объектом в зале, где рассказывается о юбилее музея.

Увидел свет новый путеводитель по залам и выставкам Музея гигиены, который является хорошим подспорьем для посетителей. Разработан еще один путеводитель с вопросами и пред-

ложениями найти ответы в экспозиции — специально для младших возрастных групп посетителей, который позволяет детям и их родителям в форме увлекательной игры ознакомиться с музеем. Получили развитие и другие формы интерактивного общения сотрудников с посетителями. Продолжением знакомства с музеем могут служить фильмы и сюжеты для домашнего просмотра, которые доступны на DVD и предлагаются посетителям наряду с разнообразной рекламной и санитарно-просветительной литературой. В залах, переживших свое второе рождение после ремонтных и восстановительных работ, частичной реэкспозиции, появились мультимедийные средства работы с публикой, что расширило возможности коммуникации. Поскольку музей является неотъемлемой частью городского центра медицинской профилактики (директор А. И. Фролова), то и в Интернете он

представлен на его сайте (www.gcmpr.ru).

Коллектив Музея гигиены в Санкт-Петербурге постоянно находится в поиске новых оригинальных способов популяризации санитарно-гигиенических знаний среди населения, реализует свою основную социальную функцию как важного общественного института не только в масштабах города и области, но и всей страны.

Многие вопросы и проблемы, которые затрагивает экспозиция Музея гигиены в Санкт-Петербурге, важны не только для жителей города и всего региона, они волнуют людей не только в России, но и во многих уголках мира. Сегодня музей — приемник и продолжатель благородных начинаний первых гигиенических выставок, обращается ко всему российскому обществу, к массам с призывом сделать здоровый образ жизни естественной нормой, сохранить генофонд нации, актуализирует в сознании граждан и представителей власти вопросы общественного здоровья.

Естественно, решить столь масштабные задачи только гигиеническому музею, как социальному институту, невозможно. Однако исторический опыт отечественного здравоохранения и музейно-выставочная работа Народного комиссариата здравоохранения в первой половине XX века свидетельствуют о больших возможностях гигиенического музея в сфере актуализации



Рис. 3. В зале Музея гигиены. Санкт-Петербург, 2009 г.



Рис. 4. Фрагмент экспозиции к 90-летию деятельности Музея гигиены в Санкт-Петербурге. 2009 г.

и доступной для населения интерпретации демографической проблемы в России, профилактики СПИДа и наркомании, ряда других актуальных проблем общественного здоровья. Потенциал музея в настоящее время задействован недостаточно. По нашему мнению, лишь соединив усилия ученых-медиков, гигиенических музеев, средств массовой информации, Интернета и получив государственную поддержку, можно успешно реализовать выдвинутые временем задачи. Комплексный подход к решению актуальных вопросов общественного здоровья, дальнейшему реформированию отечественного здравоохранения в соответствии с новыми социально-экономическими условиями, на наш взгляд, сможет обеспечить успешную реализацию поставленных задач. Приоритет гигиенического музея в проводимых мероприятиях очевиден. Национальный проект в области здравоохранения, воплощающийся в последнее время, частично затрагивает ряд вопросов поддержания и сохранения здоровья граждан, однако в масштабах страны эта деятельность должна быть более интенсивной и всеобъемлющей.

В Москве в настоящее время не существует гигиенического музея. Управление образования администрации Южного административного округа Москвы выразило намерение создать передвижную выставку, которая могла бы рассказать молодежи (прежде всего учащимся старших классов городских школ и студентам техникумов) о вреде курения и алкоголя здоровью человека, в частности подростка. Важными экспонатами выставки стали фотографии аномалий в развитии плода у курящей и пьющей матери, статистические данные о смертности от алкогольных отравлений среди подростков, панно с изображениями необратимых патологических изменений в организме курильщиков и алкоголиков, ряд препарированных внутренних органов человека в норме и патологии, вызванной вредными привычками. Необходимо отметить оригинальное композиционное решение передвижной выставки, предложенное авторами. Мобильность перемещения экспонатов помогла за непродолжительный период показать их во многих школах и техникумах района. Неоднозначную оценку получила эта работа энтузиастов у преподавателей, которые, осознавая важность борьбы с проблемами и необходимость воспитывать здоровое молодое поколение, сочли слишком экспрессивными все представленные материалы и предложили трактовать тему более мягко, без экспонатов, шокирующих неподготовленного человека. Однако молодежь, для которой и была под-

готовлена выставка, отнеслись к ней с большим вниманием и интересом.

В Музейно-выставочном центре Железнодорожского Красноярска (2006—2007 гг.) сотрудники подготовили и провели две выставки, посвященные чрезвычайно важным для нашего общества проблемам — аборт, наркомания и СПИД. Финансирование этих проектов было осуществлено при поддержке губернатора Красноярского края, что позволило привлечь художников и создать выразительное образное решение экспозиции, получившей одобрение со стороны Русской православной церкви. Интерес публики к выставкам был чрезвычайно высок. Они были освещены региональной периодической печатью и местным телевидением. Начинания работников просвещения и музейных сотрудников в популяризации культуры здоровья, его сохранении, борьбе с вредными пристрастиями в молодежной среде завоевывают большую поддержку в обществе. Деятельность энтузиастов — людей с активной гражданской позицией вновь поднимает вопрос об активизации деятельности музеев санитарно-гигиенического характера, создании государственной программы их поддержки и дальнейшего развития.

Гигиенический музей в Санкт-Петербурге в настоящее время не единственный в России. Аналогичные музеи существуют в Волгограде и Тюмени, большие разделы по истории здравоохранения и профилактическому направлению в медицине есть в музеях медицины Алтая (Рубцовск), Астрахани и Владивостокского государственного медицинского университета. В каждом из названных музеев специалисты доступными средствами популяризируют санологию, гигиену, санитарно-гигиеническое место в экспозициях и фондах краеведческих и исторических музеев занимают экспонаты о влиянии на здоровье человека природных, социальных и бытовых условий. Музейные работники воспитывают у молодого поколения культуру здоровья, учат заботиться о его сохранении, соблюдать регулярность и умеренность во всем, что формирует фундамент долгой и здоровой жизни.

Музей гигиены как социальный институт, решающий такие задачи, обращен к широкому массам населения. Его деятельность имеет самую разнообразную направленность и характер. В контексте культурной жизни современного российского общества он занимает свое особое место, востребован обществом и важен в настоящее время как никогда прежде.

Поступила 20.03.09

УДК 614.2:061.75 «2011»

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ 2011 ГОДА*

Историко-медицинские события

1850 лет — в связи с эпидемией чумы в Римской империи было предписано городским советам содержать за счет городской казны так называемых народных врачей, которые должны были оказывать медицинскую помощь беднякам (император Марк Аврелий, 161—180).

350 лет — эпидемия оспы в Европе (1661—1675).

250 лет — 10 лучших выпускников русских медицинских учебных заведений направлены для усовершенствования в университеты Европы (1761).

150 лет — принято "Положение о горнозаводском населении" (1961).

125 лет — создана "Комиссия по вопросу об улучшении санитарных условий, уменьшении смертности в России" (Под председательством С. П. Боткина, 1886).

125 лет — создана "Комиссия народных медицинских чтений при Обществе киевских врачей" (По инициативе Н. А. Хржонщевского, 1886).

125 лет — впервые в России организован патронаж психически больных при Рязанской психиатрической больнице (1886).

100 лет — принят первый в Англии закон о государственном страховании на случай болезни, старости и безработицы (1911).

100 лет — открытие Международной Дрезденской гигиенической выставки (1911).

75 лет — Постановление ЦИК и СНК СССР "Об образовании Народного комиссариата здравоохранения СССР (1936, 20 июля).

*Составитель: Н. П. Воскресенская — ст. науч. сотр. отдела истории медицины и здравоохранения Национального НИИ общественного здоровья РАМН (тел. 917-89-39). Под ред. проф. М. Б. Мирского.

75 лет — Постановление СНК СССР "О подготовке средних медицинских, зубо-врачебных и фармацевтических кадров" (1936, 8 сентября).

75 лет — Постановление ЦИК и СНК СССР о запрещении абортов без медицинских показаний (1936).

75 лет — Постановление СНК СССР о работе ведущего научного центра страны — Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ, 1936, 15 июля).

75 лет — Постановление СНК РСФСР "О колхозных родильных домах" (1936, 26 марта).

Научно-медицинские открытия

100 лет — первые русские короткометражные фильмы медицинской тематики ("Глаз", "Кровообращение", 1911).

50 лет — создание автоматизированной системы научно-технической информации Science Citation Index (SCI) в Институте научной информации в Филадельфии (США, 1961).

Выход в свет трудов

900 лет — "Шэнь-цзы цзунь лу" (одна из первых) императорская медицинская энциклопедия в 200-х томах, содержащая большое количество иллюстраций (Китай, 1111).

400 лет — "Ценное руководство восточных врачей: в 25-ти томах" (Корея, 1611).

250 лет — "О сохранении и размножении российского народа, в чем состоит величество, могущество и богатство всего государства" (М. В. Ломоносов, 1761).

200 лет — "Organon der Heilkunst" ("Органон врачебного искусства", S. Ch. F. Hahnemann, 1811).

150 лет — "Пятигорский край и Кавказские Минеральные Воды: в 2-х томах" (Ф. А. Баталин, 1861).

150 лет — "Сведения о распространении зоба и кретинизма в пределах Российской империи" (Н. И. Кашин, 1861).

150 лет — "Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris" ("Медицинская клиника Отель-Дьё в Париже", А. Trousseau, 1861—1862).

125 лет — "Русские врачи писатели": Библиогр. словарь: в 5-ти ч. Л. Ф. Змеев, 1886—1889).

100 лет — "Крепостное право и общественная медицина" (С. Н. Игунов, 1911).

100 лет — "Старинные памятники медицинской письменности" (М. Ю. Лахтин, 1911).

100 лет — "Материалы по оздоровлению России: Санитарное описание городов Астрахани, Самары, Саратова и Царицына с указанием мер, необходимых для их оздоровления" (Г. В. Хлопин, 1911).

75 лет — "Социальная гигиена" (Г. А. Баткис, 1936).

75 лет — "От Гераклита до Дарвина: Очерки по истории биологии". Том 1—3. (В. В. Лункевич, 1936—1943).

75 лет — "Учет и статистика здравоохранения" (А. В. Шевелев, 1936).

75 лет — "The British encyclopaedia of medical practice: V. 1-12" (Британская медицинская энциклопедия (1936)).

50 лет — "Теория и организация советского здравоохранения" (Г. А. Баткис, Л. Г. Лекарев, 1961).

50 лет — "История медицины. Избранные лекции" (Ф. Р. Бородулин, 1961).

50 лет — "Материалы о здоровье населения" (Под ред. А. М. Меркова, 1961).

50 лет — "Военно-полевая терапия: Руководство" (Н. С. Молчанов, 1961).

50 лет — "История медицины" (М. П. Мультиановский, 1961).

50 лет — первый выпуск "Популярной медицинской энциклопедии" (1961—1969).

Основание журналов

200 лет — "Всеобщий журнал врачебной науки" (Петербург, ВМА, 1811—1816) — первый в России периодический медицинский печатный орган.

150 лет — "Медицинский вестник" — еженедельная газета (Я. А. Чистович, Петербург, 1861—1885).

150 лет — "Медицинские прибавления к Морскому сборнику" (Санкт-Петербург, 1861, с 1911 г. издание стало выходить под названием "Морской врач" (второй в мире {после французского} специальный морской медицинский журнал).

100 лет — American Journal of Public Health (Вашингтон, США, 1911).

Основание учреждений

400 лет — Новый аптекарский двор (Москва, 1661).

350 лет — Университет во Львове (1661).

200 лет — учреждение в губерниях и уездах России специальных оспенных комитетов, явившихся организаторами оспопрививания на местах (действовали более 100 лет) (1811).

200 лет — университет в Осло (Норвегия, 1811).

150 лет — Харьковская государственная научно-медицинская библиотека (Харьков, 1861).

150 лет — Академия медицинских, физических и естественных наук (Гавана, Куба, 1861).

125 лет — санитарно-статистическое отделение в составе Московского губернского санитарного бюро (возглавил П. И. Куркин, 1886).

125 лет — Королевский институт (общество) общественного здоровья и гигиены (Лондон, 1886).

125 лет — Ассоциация американских врачей (США, Кливленд, 1886).

125 лет — Норвежская медицинская ассоциация (1886).

125 лет — Женский университет (Сеул, Южная Корея, 1886).

100 лет — Университет в г. Оporto (Португалия, 1911).

100 лет — Университет в Рейкьявике (Исландия, 1911).

100 лет — Университет им. Кьюшу (Япония, 1911).

100 лет — Национальный музей истории санитарии (Рим, Италия, 1911).

100 лет — Музей истории медицины Медицинской академии штата Нью-Джерси (Блумфилд, США).

75 лет — Государственный научно-исследовательский институт витаминов (1936).

50 лет — Музей истории медицины в Хельсинки (Финляндия, 1961).

150 лет — Общество русских врачей в Москве (Ф. И. Иноземцев, 1861).

150 лет — Харьковское медицинское общество (1861).

150 лет — Ярославское медицинское общество врачей (1861).

150 лет — I в России съезд естествоиспытателей и врачей (Киев, 1861).

75 лет — I съезд врачей Казахстана (Алма-Ата, 1936, 3—9 января).

1 января — 150 лет со дня рождения Дмитрия Дмитриевича БЕКАРЮКОВА (1861—1934, родился в деревне Васильевке Волчанского уезда Харьковской губернии), российского гигиениста. С 1907 г. председатель Московской организации школьных врачей. В 20-е годы XX века (до 1931 г.) заведовал Московским школьно-санитарным бюро; участвовал в разработке проектов оздоровительных учреждений и благоустройства школ в Москве. В 1931—1934 гг. работал в Институте гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана. Автор одного из первых российских руководств по школьной гигиене (1906).

Соч. и лит.: см. БМЭ. 2-е и 3-е изд.; БСЭ. 3-е изд.

17 января — 100 лет со дня рождения Ежи ШТАХЕЛЬСКОГО (J. Sztachelski, 1911—1975), польского врача, организатора здравоохранения. Был первым заведующим городским отделом здравоохранения Вильнюса (с 1940 г. до нападения фашистской Германии на СССР). В течение многих лет (1950—1956, 1961—1968) был министром здравоохранения ПНР. Научные работы посвящены вопросам организации здравоохранения.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 2-е и 3-е изд.

20 января — 125 лет со дня рождения Григория Леонтьевича КУЧАИДЗЕ (1886—1944, родился в Кутаиси), первого наркома здравоохранения Грузии (1921—1934). В 1920 г. директор Управления курортами Кавказских Минеральных Вод. Директор Центрального государственного научного контрольного института сывороток и вакцин им. Л. А. Тарасевича (1935—1938), Центрального института курортологии (1938—1943). С февраля 1943 г. — заместитель директора Всесоюзного института экспериментальной медицины. Один из организаторов санитарно-эпидемиологической службы в Грузии и противомаларийных мероприятий в Закавказье. С 1929 г. — председатель Закавказского малярийного комитета. Автор ряда работ о строительстве здравоохранения в Грузии.

Соч. и лит.: см. БМЭ, 2-е изд.; Шашикашвили Н. Р. Г. Л. Кучаидзе — первый нарком и организатор здравоохранения в Грузии. Батуми: Сабчота Аджара, 1970.

22 января — 400 лет со дня рождения Фрэнсиса БЭКОНА (F. Bacon, 1561—1626), английского философа и государственного деятеля, родоначальника английского материализма. Не будучи врачом, во многом определил пути дальнейшего развития медицины. Его учение оказало огромное влияние на развитие науки, в том числе медицины. В основном философском трактате "Великое восстановление наук" (1620) сформулировал три основные цели медицины: первая — сохранение здоровья, вторая — излечение болезней, третья — продление жизни. Наука представлялась ему основным средством решения социальных проблем общества. Ф. Бэкон писал о необходимости изучения анатомии не только здорового, но и больного организма и важности анализа "следов и отпечатков болезней". В противовес схоластике призывал к экспериментальному изучению природы и выдвинул важный педагогический принцип, согласно которому цель образования — не накопление возможно большей суммы знаний, а умение пользоваться методами их приобретения. Способствовал созданию научных организаций (Лондонское королевское общество и др.).

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Сорокина Т. С. История медицины: Учебник. 6-е изд. М., 2007. С. 276—277, 351.

25 января — 125 лет со дня смерти Жюлья ГЕРЕНА (J. Guérin, 1801—1886), французского хирурга. В 1848 г. опубликовал свою концепцию "социальной медицины", под которой подразумевал все аспекты, касающиеся многочисленных связей между медициной и общественной деятельностью. Считал, что расплывчатые и несогласованные понятия, известные под терминами "медицинская полиция", "общественное здравоохранение" и "судебная медицина", должны быть заменены понятием "социальная медицина", которое объединяет в единое целое социальные аспекты медицинской деятельности, лучше и четче выражает цели и значение этой деятельности. Руководил журналом Gazette medicale de Paris.

Лит.: см. БМЭ. 3-е изд. Т. 14. С. 112, 140; Т. 24. С. 28.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ 200-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Н. И. ПИРОГОВА

Событием большой значимости явилась состоявшаяся 25—27 ноября 2010 г. в Санкт-Петербурге в стенах Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (ВМедА) научная конференция с международным участием "Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее", посвященная 200-летию со дня рождения великого ученого.

Форум проходил под эгидой Минобороны и Минздравсоцразвития РФ, РАН и РАМН. В число его организаторов вошли Военно-медицинский музей, Николо-Богоявленский кафедральный Морской собор, Российская ассоциация клинических анатомов и др. Всего присутствовало более 800 ученых и практиков врачей России, Беларуси, Украины и др.

В первый день участники конференции возложили цветы к памятникам Н. И. Пирогову в Санкт-Петербурге, представители федеральных и региональных СМИ на пресс-конференции получили ответы на вопросы о жизни и творчестве ученого. Руководители комитетов Государственной Думы РФ В. А. Черешнев (Комитет по науке и наукоёмким технологиям) и В. М. Заварзин (Комитет по обороне), президент РАМН М. И. Давыдов, заместитель председателя Законодательного собрания Санкт-Петербурга С. А. Анденко, председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Ю. А. Шербук, советник Президиума РАН Ю. В. Наточин, заместитель начальника ВМедА В. Е. Парфенов, начальник научно-исследовательского отдела ВМедА В. Н. Цыган рассказали о служении Н. И. Пирогова в Медико-хирургической академии и Военно-сухопутном госпитале Санкт-Петербурга, о "пироговских" традициях в сегодняшней Академии.

После вступительного слова начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ начальника ВМедА генерал-майора медицинской службы А. Б. Белевтина была проведена церемония вручения медалей и дипломов лауреатам премии РАМН им. Н. И. Пирогова профессорам Академии А. Б. Белевтину, А. А. Боченкову, В. Е. Парфенову, В. Н. Цыгану.

Пленарное заседание открывал доклад академика РАН и РАМН М. И. Давыдова "Николай Иванович Пирогов — гений русской медицины". Президент РАМН назвал ВМедА "меккой российской военной медицины", а Н. И. Пирогова — величайшим представителем медицинской науки и практики, подвижником, благодаря которому сделаны многие и поныне не утраченные актуальности открытия.

Акад. РАН и РАМН В. А. Черешнев проанализировал значение трудов Н. И. Пирогова в развитии современных представлений о системных реакциях организма на травму. Говоря о вкладе Пирогова в учение о травме и о его знаменитых 20 постулатах, которые легли в основу организационных, методических и тактических принципов военной медицины, докладчик напомнил о важнейшем выводе великого ученого и практика, согласно которому "война есть травматическая эпидемия".

М. В. Поддубный — канд. мед. наук, зав. отд. национально-го НИИ общественного здоровья РАМН (тел. 917-90-41)

Не менее интересным был доклад советника Президиума РАН, акад. РАН Ю. В. Наточина "Член-корреспондент Петербургской АН Н. И. Пирогов и его вклад в фундаментальную науку".

Заведующий кафедрой нормальной физиологии ВМедА и историк медицины член-корр. РАМН В. О. Самойлов в докладе исследовал деятельность Н. И. Пирогова в Императорской медико-хирургической академии.

Выступивший затем генеральный директор Национального музея-усадьбы Н. И. Пирогова в Вишне П. М. Гунько отметил, что с 1947 г. музей-усадьбу посетили около 8 млн человек из 108 стран мира.

В период работы конференции проходила презентация таких произведений Пирогова, как атлас "Хирургическая анатомия артериальных стволов", "Дневник старого врача", "Севастопольские письма". Перечисленные книги, спецвыпуск журнала "Вестник Российской военно-медицинской академии" (как и юбилейная медаль, а также различная сувенирная продукция) были выпущены ВМедА к юбилейным дням и получили высокую оценку участников конференции.

В тот же день участники конференции присутствовали на церемонии открытия мемориальной доски Н. И. Пирогову на кафедре оперативной хирургии ВМедА, познакомились с экспозициями историко-мемориального зала академии, экспонатами выставки академической фундаментальной библиотеки.

В рамках конференции работали 15 секций, 2 из которых были посвящены преимущественно историко-медицинским проблемам. На секции "Пироговедение" (сопредседатель В. О. Самойлов) наибольший интерес вызвали доклады о рукописях Н. И. Пирогова в фундаментальной библиотеке ВМедА (П. Е. Руденко) и коллекции открытых писем с изображением Пирогова (В. Г. Палагнюк). Секция "Н. И. Пирогов в истории медицины" (сопредседатели А. А. Будко, Г. Л. Микиртчян, Т. С. Сорокина), проходившая в конференц-зале Военно-медицинского музея, включала доклады "Н. И. Пирогов в историко-медицинской литературе Великобритании" (Т. С. Сорокина), "Этические взгляды Пирогова" (Г. Л. Микиртчян), "Екатеринославский госпиталь времен Крымской войны" (А. А. Демин), "Из истории вишенского имения Н. И. Пирогова" (П. М. Гунько, М. И. Юкальчук, К. Ф. Антошук) и др. В ходе заседания последней секции состоялась презентация изданного Военно-медицинским музеем "Иллюстрированного каталога" пироговской коллекции музея.

На конференции обсуждались вопросы о вкладе Н. И. Пирогова в совершенствование военно-медицинской администрации и на этой базе анализировались современные проблемы организации медицинского обеспечения войск (сил). Поучительными оказались заседания "круглых столов", интересными были экскурсии и выставки в Военно-медицинском музее, музее Академии, научной библиотеки, кафедры оперативной хирургии ВМедА.

М. В. Поддубный (Москва)

МОСКОВСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ В 2010 Г.

Московское научное общество историков медицины (МНОИМ; председатели — проф. М. Б. Мирский, канд. мед. наук М. В. Поддубный) существует с 1949 г. и регулярно, один раз в месяц, проводит свои заседания. За это время проведено более 530 заседаний. В настоящее время в Обществе состоит более 150 членов.

В 2010 г. проведено 10 заседаний, на которых заслушано 25 научных докладов и сообщений. Члены МНОИМ приняли ак-

тивное участие в Международном симпозиуме "Традиции и новаторство в истории отечественной медицины", посвященном 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова, 12 ноября 2010 г.

Январское заседание МНОИМ было посвящено 50-летию основания Российского университета дружбы народов. Своими воспоминаниями о становлении университета поделилась проф. Т. С. Сорокина — бывшая студентка медицинского факультета первого выпуска, в настоящее время заведующая курсом истории медицины. О содержании сборника "Знаменательные даты истории медицины 2009 г." сделала сообщение ответственный исполнитель Н. П. Воскресенская.

Февральское заседание Общества было посвящено видному

С. Г. Гончарова — ст. науч. сотр. национального НИИ общественного здоровья (тел. 916-04-22)

российскому социал-гигиенисту, специалисту в области санитарной и демографической статистики, историку медицины, члену-корр. РАМН, участнику Великой Отечественной войны В. К. Овчарову (1925—2005). С докладом о творческом наследии В. К. Овчарова выступила его ученица проф. Т. М. Максимова. Она показала, что каждая научная работа В. К. Овчарова — это новая идея, новое слово в статистике. Как ученик и последователь школы проф. А. М. Меркова и Е. А. Садвокасовой он на практике доказал значение метода выборочного обследования, достоверность статистических данных при малобюджетности затрат по сравнению с проведением массовых обследований населения. Обладая широкими познаниями в развитии зарубежного и отечественного здравоохранения, В. К. Овчаров всегда работал на перспективу и поэтому его работы, в частности по методике социально-гигиенического мониторинга, Международной классификации болезней и др., актуальны и в наше время. С воспоминаниями, в которых была раскрыта многогранная деятельность проф. В. К. Овчарова, выступили профессора Л. Г. Подунова, М. Б. Мирский, Т. С. Сорокина, канд. мед. наук В. В. Степанов, канд. мед. наук Д. Н. Чемякина, Т. В. Журавлева и др.

Большой интерес у слушателей вызвал доклад проф. Н. Б. Коростелева "Природа историко-медицинских ошибок", в котором на примере ряда историко-медицинских работ, докладчик показал влияние субъективных и объективных факторов на достоверность сведений и выводов в опубликованных монографиях, статьях и других материалах. В обсуждении доклада приняли участие профессор Т. М. Максимова, Т. С. Сорокина, кандидаты мед. наук Б. А. Нахапетов, канд. мед. наук Н. Н. Блохина, врач-психиатр З. М. Агеева и др.

На мартовском заседании общества с докладом "С. Г. Зыбелин (1735—1802) — профессор Московского университета (к 275-летию со дня рождения)" выступила доктор мед. наук В. С. Беляева. Докладчик проанализировала труды С. Г. Зыбелина, в которых он большое значение придавал влиянию внешней среды и образу жизни на возникновение и развитие болезней, связывая причины болезни и смерти не только с физическими, но и социальными факторами. Докладчик подчеркнула актуальность его высказываний в пользу здорового образа жизни. Акад. РАМН Ю. П. Лисицын (фактически в содокладе) показал, какие изменения произошли в процессе эволюции в определении понятия "здоровый образ жизни" и как современная наука определяет значение факторов, от которых зависит здоровье человека. В обсуждении доклада приняли участие профессор М. Б. Мирский, проф. Н. Б. Коростелев, доктор мед. наук Н. А. Григорян, кандидаты мед. наук А. В. Белолопоткова, В. Р. Николаев и др.

Затем состоялся пленум правления Конфедерации историков медицины (международной) — КИММ, на котором обсуждался план работы на 2010 г. (докладчики — президент акад. РАМН Ю. П. Лисицын, ген. секретарь — доц., канд. мед. наук Т. В. Журавлева). Акад. РАМН Ю. П. Лисицын ознакомил присутствующих с программой мероприятий, посвященных 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова. Т. В. Журавлева представила план работы КИММ на 2010 г.

На апрельском заседании Общества был заслушан доклад канд. мед. наук В. Д. Тополянского "Доктор Г. А. Захарьин. Легенды и реальность" и состоялось презентация его книги о Г. А. Захарьине, в которой он представил знаменитого в XIX веке московского профессора как "одного из основоположников безудержной коммерциализации врачебных услуг и связанной с этим дегуманизации медицины", нанесший вред престижу официальной медицины. В обсуждении доклада приняли участие профессор М. Б. Мирский, В. И. Бородулин, канд. мед. наук Н. Н. Блохина, М. И. Кречмер и др. Все выступавшие неоднозначно оценивали личность Г. А. Захарьина, однако не умаляли его значение как профессионала и благотворителя.

В сообщении канд. мед. наук Л. П. Капкова на основе новых архивных данных была показана роль медицинской общественности в предотвращении развития эпидемии туберкулеза в годы Великой Отечественной войны (1941—1945). В обсуждении сообщения приняли участие профессор М. Б. Мирский, проф. Н. Б. Коростелев, М. П. Кузыбаева и др.

Майское заседание МНОИМ было посвящено 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова. В докладе "Он внес нравственные начала в русскую хирургию" проф. С. П. Глянцев остановился на малоизвестной стороне мировоззрения Н. И. Пирогова, а именно на его отношении к религии на разных этапах жизни великого ученого. В обсуждении доклада приняли участие профессор М. Б. Мирский, проф. Н. Б. Коростелев, доктор мед. наук Н. А. Григорян, канд. мед. наук Б. А. Нахапетов, канд. мед. наук Т. В. Журавлева и др.

В сообщении "Выдающиеся деятели в искусстве малых форм (фалеристика)", посвященном памяти проф. Э. Д. Грибанова, доктор мед. наук Р. А. Толмачев остановился на наиболее

значимых экспонатах (памятных и юбилейных медалях) из его многочисленной коллекции. На заседании демонстрировалась выставка медицинских памятных медалей из коллекции Р. А. Толмачева. В обсуждении доклада приняли участие профессор Т. С. Сорокина, Н. Б. Коростелев, Т. Д. Большакова и др.

В связи с трагической гибелью в автокатастрофе председателя МНОИМ проф. М. Б. Мирского на заседании общества выступили его соратники, сотрудники и ученики: акад. РАМН Ю. П. Лисицын, проф. Т. С. Сорокина, проф. Н. Б. Коростелев, проф. С. П. Глянцев, канд. мед. наук Т. В. Журавлева, канд. ист. наук И. В. Егорышева и др. Они вспоминали наиболее яркие эпизоды из жизни проф. М. Б. Мирского и совместной деятельности. Известный историк медицины и журналист М. Б. Мирский — автор более 600 публикаций по истории отечественной и зарубежной медицины и здравоохранения, истории хирургии, в числе которых около 30 монографий.

На июньском заседании Общества с докладом "Роль врача-бактериолога Н. М. Берестнева в борьбе с заразными болезнями в Российской империи в конце XIX — начале XX в. (К 100-летию со дня смерти)" выступила канд. мед. наук Н. Н. Блохина. Она осветила малоизвестные страницы из биографии Н. М. Берестнева и его научно-практический вклад в борьбу с чумой, в частности его службу в форте Александра I в Кронштадте. В обсуждении доклада приняли участие проф. Т. С. Сорокина, В. Р. Николаев, М. И. Кречмер и др.

Канд. мед. наук Б. А. Нахапетов в сообщении, посвященном 150-летию со дня основания кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии, осветил основные этапы деятельности кафедры и вклад каждого из заведующих.

На сентябрьском заседании был заслушан доклад доктора мед. наук С. А. Кабановой "Не предавать забвению благородные деяния: к 200-летию Странноприимного дома графа Шереметьева". В кратком очерке по истории московской больницы докладчик показала основные этапы становления и развития Странноприимного дома, приоритеты известных врачей больницы в области хирургии (первая операция по поводу удаления рака матки, операции по трансплантации и др.). В обсуждении доклада приняли участие кандидаты мед. наук М. В. Поддубный, Н. Н. Блохина, канд. ист. наук И. В. Егорышева, М. И. Кречмер и др.

С сообщением о выдающемся немецком офтальмологе Альбрехте фон Грефе выступила канд. пед. наук Н. А. Емельянова. Она показала приоритет А. Грефе в разработке метода удаления катаракты (1867), в изобретении глазного тонометра (1863). А. Грефе основал первый в мире офтальмологический журнал (1854). Среди его многочисленных учеников были отечественные офтальмологи Л. Л. Гиршман и Э. А. Юнге. В прениях приняли участие проф. С. П. Глянцев, З. М. Агеева и др.

На октябрьском заседании проведены выборы нового председателя МНОИМ. Присутствовали 40 членов Общества. На пост председателя были выдвинуты две кандидатуры: проф. Т. С. Сорокиной и канд. мед. наук М. В. Поддубного. Большинство голосов (14 против 11) председателем МНОИМ избран М. В. Поддубный.

С обзором некоторых докладов на 42-м конгрессе Международного общества историков медицины, проходившем в Египте (Каир, 9—13 октября 2010 г.), выступила проф. Т. С. Сорокина. С информацией о защите докторской диссертации П. Э. Ратмановым на тему "Вклад российских врачей в медицину Китая (XX век)" выступила канд. ист. наук И. В. Егорышева.

В ноябре заседание МНОИМ не проводили. Члены Общества принимали участие в подготовке и работе международного симпозиума "Традиции и новаторство в истории отечественной медицины", посвященного 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова. Симпозиум был организован Национальным НИИ общественного здоровья РАМН совместно с Пленумом КИММ и МНОИМ историков медицины 12 ноября 2010 г. в помещении института. В симпозиуме приняли участие более 50 человек из разных регионов России, а также из ближайшего зарубежья — Украины и Белоруссии. На симпозиуме было заслушано 25 докладов, в том числе 16 докладов членов МНОИМ. В докладах были освещены различные аспекты научной, общественной и педагогической деятельности Н. И. Пирогова. Основной доклад сделал акад. РАМН Ю. П. Лисицын. Впервые в докладах Ю. Л. Шевченко, М. Н. Козовенко, Н. А. Григорян, Г. Л. Микиртичан, Н. Н. Блохиной и др. были освещены религиозно-философские взгляды и нравственно-этическая позиция Н. И. Пирогова. О научной школе Н. И. Пирогова доклад от группы авторов сделал М. В. Поддубный. Вкладу Н. И. Пирогова в военно-полевую хирургию и развитие сестринского дела были посвящены доклады М. Ш. Кнопова, К. А. Пашкова, Т. С. Сорокиной, И. В. Лебедевой

и др. Взгляды Н. И. Пирогова на профилактику и развитие предохранительной медицины нашли отражение в докладах Л. Г. Подуновой, И. В. Егорышевой, А. И. Завьялова, Р. В. Коротких и др. Деятельность Н. И. Пирогова в области высшего медицинского образования нашла отражение в докладе, озвученном от имени группы авторов Ю. К. Сальниковым. Ряд докладов были посвящены истории развития отечественного здравоохранения (С. А. Кабановой, Е. В. Шерстневой, С. А. Шер, А. У. Киньябулатова, Н. Т. Ерегиной, С. Г. Гончаровой, Е. М. Смирновой, Л. Н. Грибиной, В. И. Долгинцева и др.) Акад. РАМН Ю. П. Лисицын, подводя итоги, дал высокую оценку организаторам симпозиума, посвященного великому русскому хирургу Н. И. Пирогову, и всем историкам медицины, выступившим с докладами.

На декабрьском заседании члены МНОИМ почтили память участника Великой Отечественной войны, известного историка медицины проф. М. К. Кузьмина (1920—2010). Акад. РАМН Ю. П. Лисицын, проф. Н. Б. Коростелев, д-р мед. наук Н. А. Григорян в своих выступлениях тепло вспоминали о совместной учебе в аспирантуре у проф. Ф. Р. Бородулина, рассказали о работе М. К. Кузьмина в качестве заведующего кафедрой истории медицины МГМУ им. И. М. Сеченова, подчеркнув его вклад в разработку проблемы героизма медиков в

годы Великой Отечественной войны.

Обзорный доклад о научной конференции "Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее" (Петербург, 25—27 ноября 2010 г.) сделал канд. мед. наук М. В. Поддубный. Докладчик показал, что заключительная юбилейная конференция, проведенная на базе Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, являлась наиболее представительной, а доклады, посвященные глубине и широте охвата всех аспектов деятельности выдающегося русского хирурга Н. И. Пирогова, — наиболее значимыми. В обсуждении доклада приняли участие проф. Т. С. Сорокина, проф. С. П. Глянцев, доктор мед. наук Н. А. Григорян, проф. Б. Ш. Нувахов, М. П. Кузыбаева.

Видному российскому ученому и организатору здравоохранения С. С. Андреевскому было посвящено сообщение канд. ист. наук И. В. Егорышевой. С. С. Андреевский вошел в историю медицины как крупный организатор и инициатор создания Медико-хирургической академии и местных органов управления здравоохранением (врачебных управ). Как ученый он внес вклад в исследование сибирской язвы, доказав в опытах на себе ее "заразительность". В обсуждении доклада приняли участие проф. Т. С. Сорокина, канд. мед. наук Н. Н. Блохина и др.

С. Г. Гончарова (Москва)

*Исполнилось 70 лет заслуженному деятелю науки
Российской Федерации,
доктору медицинских наук, профессору,
заведующему отделом социальной педиатрии
Научного центра здоровья детей РАМН
Валерию Юрьевичу АЛЬБИЦКОМУ.*

*Редколлегия журнала поздравляет юбиляра
и желает ему здоровья и дальнейших творческих успехов
в решении задач отечественного здравоохранения.*

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

При направлении статьи в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Быков А. Т. (Сочи), *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 11.04.11. Подписано в печать 30.05.2011. Формат 60×88¹/₈.

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

Уч. изд. л. 9,58.

Заказ 236.

ОАО «Издательство "Медицина"»

115088, Москва, Новоостاپовская ул., д. 5, стр. 14

ЛР № 010215 от 29.04.97.

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 323 экз.

Типография: ООО "Подольская Периодика"

142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15

Уважаемые читатели!

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

Наш адрес:

www.medlit.ru