

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

4

2011

ИЮЛЬ—АВГУСТ

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.



Здоровье и общество

- Потапов А. А., Потапова Н. А., Лихтерман Л. Б.* К изучению социально-экономических последствий нейротравмы. 3
- Голева О. П., Сабаяев А. В.* Динамика показателей смертности населения Омской области в результате острых отравлений химической этиологии за 2001—2010 гг. 10
- Сайед Камруззаман.* Медико-демографические данные как основа планирования развития здравоохранения. 13
- Виноградова Т. В.* Зависимость демографических показателей от социально-экономических индикаторов развития в Удмуртской Республике. 15
- Погодина В. А.* Социальная структура поведения врачей и пациентов при формировании образа жизни пациентов. 17

Реформы здравоохранения

- Шепин О. П., Растегаев В. В.* Пути повышения роли диспансеризации населения в профилактике заболеваний в условиях муниципального здравоохранения. 20
- Алексеева Н. Ю.* Сокращение неэффективных расходов как показатель оценки деятельности системы здравоохранения субъекта Российской Федерации. 23
- Белякин С. А., Казакова Т. В., Брескина Т. Н., Азбаров А. А., Ковальчук М. М.* Социально-психологическое обеспечение системы менеджмента качества в медицинской организации. 26
- Калининская А. А., Шарифутдинов М. А., Меньшиков А. М.* Качество медицинской помощи при урологических заболеваниях в стационарах Республики Башкортостан. 31
- Садраддинова Н. О., Гаджиев Р. С.* Качество работы медицинских сестер в стационарах. 34
- Агранович О. В.* Совершенствование организации оказания медико-социальной помощи пациентам с эпилепсией. 36
- Гасанова А. З.* Качество диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках. 38
- Огуль Л. А.* Медико-социальный мониторинг деятельности родильного дома. 41
- Болотникова Н. И.* Структура вызовов бригад интенсивной терапии скорой медицинской помощи в зависимости от возраста обратившихся за экстренной медицинской помощью. 44

Образование и кадры

- Кучеренко В. З.* Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения России за рубежом. 46

За рубежом

- Ефремов Д. В., Жилыева Е. П.* Современные проблемы финансирования здравоохранения за рубежом. 52

История медицины

- Шерстнева Е. В.* Научные общества и съезды хирургов в России. 55
- Шер С. А.* История оспопрививания в Императорском московском воспитательном доме. 58
- Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения и медицины 2010 г. 61

Юбилей

- Александр Александрович Баранов. 63
- Владимир Захарович Кучеренко. 64

Health and society

- Potapov A. A., Potapova N. A., Likhтерman L. B.* On studying the social economic aftermath of neurotrauma. 3
- Goleva O. P., Sabayev A. V.* The dynamics of the indicators of population mortality in Omskaya oblast as a result of acute chemical intoxications in 2001-2010. 10
- Sayed Kamruzzaman.* The medical demographic data as a basis for planning of health system development. 13
- Vinogradova T. V.* The dependence of demographic indicators from social economic indicators of development of the Republic of Udmurtia. 15
- Pogodina V. A.* The social structure of behavior of physicians and patients in development of healthy life-style of patients. 17

Public health reforms

- Schepin O. P., Rastegayev V. V.* The means of increasing the role of dispensarization of population in diseases prevention in municipal health care. 20
- Alekseyeva N. Yu.* The reduction in non-effective expenditures as the indicator of evaluation of functioning of public health system of the subject of the Russian Federation. 23
- Belyakin S. A., Kazakova T. V., Breskina T. N., Azbarov A. A., Kovaltchuk M. M.* The social psychological support of the system of quality management in medical organization. 26
- Kalininskaya A. A., Sharafutdinov M. A., Menshikov A. M.* The quality of medical care in case of urological diseases in hospitals of the Republic of Bashkortostan. 31
- Sadraddinova N. O., Gadjiyev R. S.* The quality of medical nurses' caring in hospitals. 34
- Agranovitch O. V.* The development of organization of medical social care of patients with epilepsy. 36
- Gasanova A. Z.* The quality of dispensarization of working population in municipal polyclinics. 38
- Ogul L. A.* The medical social monitoring of maternity hospital activities. 41
- Bolotnikova N. I.* The structure of emergency calls of the intensive care team depending on age and gender of patients appealed for urgent medical aid. 44

Education and personnel

- Kutcherenko V. Z.* The role of medical personnel training in public health development from abroad. 46

International health

- Efremov D. V., Jilyaeva E. P.* The actual issues of health financing in foreign countries. 52

History of medicine

- Sherstneva E. V.* The scientific societies and surgeons' congresses in Russia: the second-half of XIXth – the early XXth centuries. 55
- Sher S. A.* The history of smallpox vaccination in the Imperial Moscow foster house. 58
- The memorable and jubilee dates of history of medicine and public health in 2010. 61

Jubilees

- Aleksandr Aleksandrovitch Baranov. 63
- Vladimir Zakharovitch Kuteherenko. 64

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

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2011

А. А. Потапов¹, Н. А. Потапова², Л. Б. Лихтерман¹

К ИЗУЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ НЕЙРОТРАВМЫ

¹НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко РАМН; ²ЗАО "Вердант", Москва

Для проведения зондажных медико-статистических исследований нейротравмы осуществлено группирование регионов РФ с применением методов кластерного анализа. При этом учитывали характеристики социального климата, демографические и экономические показатели, а также уровень медицинского обслуживания.

Выделены 11 кластеров, которые сведены в 4 группы. Тем самым (благодаря возможной адекватной экстраполяции) могут быть облегчены и удешевлены эпидемиологические исследования распространенности черепно-мозговых и позвоночно-спинномозговых повреждений и их последствий и уточнено влияние на экономику, демографию и социальный климат страны.

Ключевые слова: нейротравма, кластерный анализ, эпидемиологическое исследование

ON STUDYING THE SOCIAL ECONOMIC AFTERMATH OF NEIROTRAUMA

Potapov A.A., Potapova N.A., Likhterman L.B.

To implement probing medical statistic studies on neuro-trauma the cluster analysis technique was applied to classify the regions of the Russian Federation. The characteristics of social climate, demographic and economic indicators and level of medical service are considered. The eleven clusters are selected and combined into four groups. Thereby, due to possible appropriate extrapolation, the epidemiologic studies concerning the prevalence of cranio-cerebral and backbone cerebrospinal injuries and their aftermath can be simplified and made cheaper to facilitate the assessment of the impact on economy, demography and social climate of the country.

Key words: neuro-trauma, cluster analysis, epidemiologic study

Нейротравма является одной из основных причин смерти и инвалидизации населения в большинстве стран мира, причем среди населения в возрасте до 44 лет она занимает лидирующие позиции по летальности и инвалидизации, а также по количеству недожитых лет, обгоняя соответствующие показатели по сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям [5, 21, 22]. Нейротравма признана одной из важнейших проблем здравоохранения ввиду значительной распространенности и тяжести медицинских, социальных, демографических и экономических последствий [9, 22].

По данным проведенных Институтом нейрохирургии эпидемиологических исследований, распространенность черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в России составляет 4:1000, или около 600 тыс. пострадавших в год. При этом количество в стране только официальных инвалидов вследствие нейротравмы превышает 2 млн [5, 7, 9]. Очевидно, что необходим системный подход к проблеме, наилучшим образом реализуемый через комплексную федеральную программу.

В настоящее время чрезвычайно актуальна научно обоснованная оценка социально-экономических последствий нейротравмы и предлагаемых профилактических и лечебных мероприятий.

Одной из преград на пути реализации этой задачи является отсутствие полноценной и детализированной медико-социальной статистики в отно-

шении распространенности нейротравмы и ее последствий в России.

Частично сбор информации можно осуществлять непосредственно в лечебном учреждении, в которое поступил травмированный (пол, возраст, причины получения травмы, социальное положение пострадавшего, его сфера деятельности и т. д.), однако информация о периоде временной нетрудоспособности, полученной в результате травмы, степени инвалидности, количестве лет, прожитых после получения ЧМТ, и т. д. "распылена" среди ряда учреждений медико-социального характера и ее сбор крайне затруднен.

Целью проведенной нами работы была разработка подходов к организации зондажных медико-социальных статистических исследований, основанных на формировании групп регионов, однородных по медико-демографическим и социально-экономическим показателям. Применение подобных подходов позволит минимизировать материальные и временные затраты на получение указанной статистической информации при минимальных искажениях в ходе экстраполяции полученных результатов на генеральную совокупность.

Макроэкономические региональные показатели в Российской Федерации и их кластерное распределение

Группирование регионов РФ с применением методов кластерного анализа широко распространено. Так, например, в последнее время изучали типологию регионов по уровню экономического [1], экономико-демографического [13] развития, по состоянию механизмов управления и финанси-

рования здравоохранения [2] и т. д. На основании этого делали выводы о степени однородности российских регионов по соответствующим показателям и указывали на необходимость дифференцированного подхода к социально-экономической политике в различных сферах с учетом специфики конкретного региона [3, 11, 12].

Результаты кластеризации и состав выявляемых групп регионов определяются набором показателей, по которым проводится анализ. Чем лучше отобранные показатели соответствуют конечной цели исследования, тем более содержательным является результат. В связи с этим при проведении исследований, охватывающих медицинскую, социальную, демографическую и экономическую сферы, представляется недостаточным использование ранее полученных результатов типологизации российских регионов.

Необходимо отметить, что при проведении региональных зондажных исследований в сфере сбора медико-социальных данных доминирует подход — "по одному региону-представителю от каждого федерального округа" (ФО), что представляется не вполне адекватным. Деление на ФО отражает географическую, климатическую, иногда историческую близость регионов, удобную с административной точки зрения при внедрении новых медико-профилактических мероприятий. Однако в одном ФО часто соседствуют регионы, существенно отличающиеся по уровню социально-экономического развития, демографической структуре, качеству медицинских услуг и т. д.

Эти отличия не заканчиваются на традиционном и вполне очевидном выделении Москвы и Санкт-Петербурга. Так, например, представляется, как минимум, неточным совместное рассмотрение в контексте социально-экономических последствий ЧМТ и методов снижения ее частоты Республики Марий Эл и Самарской области, Республики Тыва и Томской области, Чукотского автономного округа и Еврейской автономной области и т. д. Эти и многие другие регионы РФ, объединенные в один ФО, имеют существенные различия в характеристиках состава населения, социальной среды, уровня медицинского обслуживания, доходов и общего социально-экономического развития. Сложно представить, что распространенность ЧМТ, последствия нейротравмы и методы ее снижения в таких социально-экономически и медико-демографически неоднородных группах окажутся одинаковыми. Это свидетельствует о том, что получаемые при применении указанного выше стандартного подхода статистические данные не позволяют реализовать адекватные оценки социально-экономических потерь от нейротравмы и мероприятий, направленных на сокращение частоты и тяжести ее последствий. Предлагаемый подход к проведению группировки регионов призван устранить данную проблему.

В соответствии с поставленными задачами однородность внутри группы регионов должна проявляться по целому ряду показателей:

— характеристикам социального климата (стабильность семейных связей, уровень криминализации, алкоголизации, степень расслоения общества и т. д.). Социальный климат во многом определяет особенности эпидемиологии нейротравмы в данном регионе (общее количество, основные виды

травм, степень их тяжести, возрастной состав травмированных и т. д.);

— уровню медицинского обслуживания (степень оснащенности медицинскими учреждениями, количество и профессиональный уровень медицинских кадров, уровень финансирования отрасли и т. д.). Качество медицинского обслуживания региона существенно влияет на уровень и соответственно исходы лечения нейротравмы;

— демографическим и экономическим характеристикам региона, определяющим текущее и будущее социально-экономическое влияние ЧМТ.

Наиболее существенными социально-гигиеническими факторами риска нейротравмы являются пол пострадавших, алкогольное опьянение, уровень криминализации общества, степень безопасности дорожного движения, а также имеющие наибольшую значимость для эпидемиологии детского травматизма факторы семейного климата, жилищных условий, материальной обеспеченности родителей, уровня их образования и т. д. Для выявления наиболее существенных для группирования регионов факторов был проведен корреляционный анализ между показателями, описывающими социальный климат в регионе, и показателями заболеваемости и смертности от внешних причин. (Случаи заболевания и смерти от нейротравмы учитываются среди прочих случаев заболевания и смерти от внешних причин. К сожалению, отдельной статистики по заболеваемости и смертности от нейротравмы по регионам не ведется).

В табл. 1 представлены показатели, отобранные для последующих расчетов в ходе корреляционного

Таблица 1
Отобранные показатели, характеризующие социальный климат региона

Коэффициент корреляции 1	Коэффициент корреляции 2	Показатель	Значение показателя
-0,19	0,42*	Удельный вес городского населения к общей численности населения, %	Характеризует соотношение городского и сельского населения в регионе
0,27*	-0,25*	Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от численности населения региона)	Описывает долю наиболее социально уязвимого населения
0,15	0,43*	Число зарегистрированных разводов на 1000 зарегистрированных браков	Характеризует стабильность семейных отношений
0,59*	0,48*	Число зарегистрированных преступлений на 100 000 человек	Характеризует степень криминализации общества
0,53*	0,37*	Заболеваемость алкоголизмом, алкогольным психозом, наркоманией и токсикоманией на 100 000 человек	Характеризует степень алкоголизации общества
0,28*	0,17	Число дорожно-транспортных происшествий на 100 000 человек	Характеризует степень безопасности дорожного движения

Примечание. Здесь и в табл. 2: * — показатели статистически значимы при $p < 0,05$.

Таблица 2

**Отобранные показатели, характеризующие общий уровень
медицинского обслуживания в регионе**

Коэффициент корреляции	Показатель	Значение показателя
-0,14	Число врачей по специальности "хирургия и неврология" на 10 000 человек	Количественный показатель степени обеспеченности населения медицинскими услугами
-0,25*	Исполнение бюджетов территориальных фондов ОМС (млн руб.)	Характеризуют уровень финансирования системы регионального здравоохранения
-0,30*	Инвестиции в основной капитал, направленные на развитие отрасли "Здравоохранение", млн руб.	Характеризует перспективы развития отрасли "Здравоохранение" в регионе

анализа. Статистические данные для проводимых расчетов были предоставлены Университетской информационной системой Россия uisrussia.msu.ru [4, 10].

В ходе расчетов использовали информационную систему эконометрических исследований Statistica 6. Приведены значения коэффициентов корреляции между показателями социальной среды, числом умерших от внешних причин смерти на 100 000 человек (коэффициент корреляции 1) и показателем заболеваемости на 1000 человек населения от травм, отравлений и других внешних причин (коэффициент корреляции 2).

Если социальный климат региона во многом определяет распространенность нейротравмы (общее число травм, их распределение по видам, степени тяжести, возрасту травмированных и т. д.), то уровень медицинского обслуживания региона оказывает существенное влияние на качество лечения и соответственно исход. Это в свою очередь является одним из факторов, определяющих последствия нейротравмы (летальность, частота и тяжесть инвалидизации и т. д.). В качестве характеристик уровня оказания медицинских услуг в регионе предлагается использовать ряд показателей, описывающих имеющиеся ресурсы отрасли (количество коек по специальностям "хирургия и неврология", количество врачей по данным специализациям), перспективы развития отрасли (инвестиции в основной капитал отрасли "Здравоохранение"), а также уровень финансирования здравоохранения в регионе.

В табл. 2 представлены отобранные показатели, характеризующие уровень медицинского обслуживания в регионе и значения коэффициентов корреляции с данным показателем. В качестве индикатора эффективности медицинской помощи получившим нейротравму предлагается использовать показатель доли лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами в рубрике "последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин".

И наконец, последняя группа показателей, имеющих существенное значение для группирования регионов с целью наиболее обоснованного сбора статистического материала в отношении последствий нейротравмы, — демографические и экономические, которые определяют текущие и будущие социально-экономические последствия

нейротравмы для региона. Демографические показатели описывают общую демографическую ситуацию в регионе (ожидаемую продолжительность жизни, текущую демографическую нагрузку в регионе, восполнение рабочей силы за счет миграции и т. д.). Они определяют тяжесть социально-экономических последствий нейротравмы в данном регионе за счет временного и постоянного выбытия травмированных из состава трудоспособного населения и изменения общей демографической нагрузки в регионе.

Экономические показатели дают стоимостную оценку прямых и косвенных потерь от нейротравмы в связи с временной нетрудоспособностью, инвалидностью, смертью травмированных. Кроме того, они определяют перспективы самостоятельной реализации регионом программ профилактики и социальной адаптации травмированных, улучшения медицинского обслуживания и т. д.

В качестве демографических и экономических характеристик в процессе группирования регионов предлагается использовать показатели, приведенные в табл. 3.

Помимо показателей общего социального климата в регионе, уровня оказания медицинских услуг, демографических и экономических характеристик, при кластеризации регионов России учитывались два показателя, описывающих распространенность нейротравмы: число умерших от внешних причин смерти на 100 000 человек и заболеваемость на 1000 человек от травм, отравлений и других последствий внешних причин. Как ранее отмечалось, случаи заболевания и смерти от нейротравмы учитываются среди прочих случаев заболевания и смерти от внешних причин.

В табл. 4 представлены результаты проведенного

Таблица 3

**Отобранные показатели, характеризующие общий уровень
экономического развития региона и его демографический портрет**

Показатель	Значение показателя
Валовый региональный продукт (ВРП) на душу населения, млн руб.	Индикатор общего развития региона и региональной производительности труда
Объем инвестиций в основной капитал на душу населения, млн руб.	Характеризует общую инвестиционную привлекательность региона
Степень износа основных фондов, %	Дополняет характеристики общей экономической привлекательности и промышленного потенциала
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Наиболее адекватная обобщающая характеристика современного уровня смертности во всех возрастах
Коэффициент рождаемости	Характеризует процесс воспроизводства населения региона за счет рождаемости
Коэффициент демографической нагрузки	Характеризует уровень текущей демографической нагрузки в регионе
Коэффициенты миграционного прироста	Характеризует процесс восполнения населения за счет миграции

Примечание. Несмотря на то что показатели ВРП на душу населения и объема инвестиций в основной капитал на душу населения сильно коррелированы, каждый из них по-разному отражает специфику экономического развития и потенциала региона. В этой связи были использованы оба показателя при кластерном анализе регионов.

Состав кластеров при классификации российских регионов по медико-демографическим и социально-экономическим показателям

Группа регионов	Регионы РФ	Доля объясненного разброса в кластере, %	Число элементов в кластере	Доля населения регионов кластера в общей численности населения РФ, %
1-я	Чукотский автономный округ	100	1	0,04
2-я	Ивановская область	100	1	0,78
3-я	Республики Дагестан, Ингушетия	90,62	2	2,13
4-я	Москва, Санкт-Петербург	85,86	2	10,42
5-я	Республики Алтай, Тыва	82,54	2	0,35
6-я	Республики Бурятия, Хакасия; Читинская область, Хабаровский край, Амурская область, Еврейская автономная область	70,34	6	3,59
7-я	Тюменская, Магаданская и Сахалинская области	65,86	3	2,77
8-я	Республика Коми, Мурманская область, Республика Саха (Якутия), Камчатская область	64,74	4	2,22
9-я	Белгородская область, республики Адыгея, Кабардино-Балкарская, Калмыкия, Карачаево-Черкесская, Северная Осетия-Алания; Краснодарский, Ставропольский края; Ростовская область; Республики Башкортостан, Мордовия	55,17	11	14,88
10-я	Брянская, Владимирская, Воронежская, Калужская, Костромская, Курская, Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ленинградская, Новгородская, Псковская, Волгоградская, Нижегородская, Пензенская, Саратовская, Ульяновская области	38,85	22	26,35
11-я	Ярославская область; Республика Карелия; Архангельская, Вологодская, Калининградская, Астраханская области; республики Марий Эл, Татарстан, Удмуртская, Чувашская; Кировская, Оренбургская, Пермская, Самарская, Курганская, Свердловская, Челябинская, Иркутская, Кемеровская, Новосибирская, Омская, Томская области; Алтайский, Красноярский, Приморский края	19,08	25	35,88

кластерного анализа по 79 регионам РФ. Из расчета исключили большую часть автономных округов и Чеченскую Республику из-за отсутствия статистических данных по ряду ключевых показателей. Расчеты проводили с использованием программы эконометрических исследований Class Master.

При определении оптимального количества кластеров учитывали несколько параметров: общая доля объясненного разброса при данном количестве кластеров; количество регионов, оказавшихся в последнем, самом неоднородном кластере; долю объясненного разброса по последнему, относительно неоднородному кластеру; количество малочисленных кластеров, состоящих из одного или двух регионов. В ходе расчетов было выявлено, что при увеличении числа кластеров с 10 до 11 сравнительно сильно увеличивается значение общей доли объясненного разброса (с 65,41 до 68,13%), число регионов в последней группе уменьшается с 38 до 25, доля объясненного разброса в этой группе также увеличивается. При выделении меньшего числа кластеров более половины регионов "слипаются" в одну группу, являющуюся крайне неоднородной (исходя из значения доли объясненного разброса по группе). При делении регионов России по приведенным выше отобраным показателям более чем на 11 групп существенного увеличения значения доли объясненного разброса не происходило; кроме того, количество регионов в последней группе сокращалось мало (с 25 при 11 кластерах до 23 при 14 кластерах). Рост задаваемого числа кластеров приводил к "отщеплению" от крупных групп одного—двух регионов, которые самостоятельно формировали новые малочисленные группы.

Таким образом, в ходе проведения кластерного анализа было выделено 11 групп регионов. Общая доля объясненного разброса составила 68,13%. В табл. 4 кластеры ранжированы по степени убывания доли объясненного разброса.

Итак, регионы России существенно отличаются по климатическим условиям, ресурсной обеспеченности, доминирующим социально-экономическим укладам, национальному составу и т. д. В связи с этим итогом их кластеризации в соответствии с поставленной задачей по ряду показателей, отражающих состояние социальной среды, уровня медицинского обслуживания, демографических характеристик и экономического развития, является выделение достаточно большого количества групп регионов. Среди них есть и малочисленные кластеры, состоящие из одного—двух регионов, и большие группы относительно однородных по данным показателям регионов. Полученный результат вполне предсказуем, принимая во внимание неоднородность регионов России и широкий спектр показателей, интересующих нас при проведении кластеризации.

Социально-экономический и медико-демографический кластерный анализ регионов РФ

Проведение анализа выделенных групп регионов РФ по социально-экономическим и медико-демографическим показателям необходимо для корректной организации популяционно-выборочных исследований и допустимых экстраполяций их результатов при предстоящем изучении эпидемиологии нейротравмы и ее последствий.

Первая группа кластеров (1, 2, 5-й кластеры). Необходимо обратить внимание на то, что Чукотский автономный округ выделен в отдельный кластер, тогда как население округа составляет лишь 0,04% от общей численности населения РФ. Это свидетельствует о том, что округ характеризуется рядом особенностей распространенности и социально-экономических последствий ЧМТ. Однако их выявление не окажет существенного влияния при оценке социально-экономических последст-

вий ЧМТ в целом по стране. Это заключение справедливо и для 2-го (Ивановская область) и для 5-го (Республика Алтай и Республика Тыва) кластера.

Чукотский автономный округ крайне неблагоприятен для жизни и чрезвычайно высокодоходен. Округ входит в состав Дальневосточного ФО. Это единственный регион в стране, где преобладает мужское население. Региональные показатели алкоголизации превышают средние по стране в 3,5 раза. Число ДТП в регионе на душу населения крайне мало. Высок уровень смертности и травматизма от внешних причин (входит в десятку лидеров по показателю смертности и занимает первое место по травматизму на душу населения), что может быть объяснено наличием холодового фактора, усугубляющего тяжесть получаемых повреждений. Средняя ожидаемая продолжительность жизни 57,5 года. Более низкое значение показателя зафиксировано только в Республике Тыва, а средний показатель по стране — 65,3 года. Очень высок уровень ВРП на душу населения (значение показателя более чем в 4 раза превышает среднероссийское). Показатели финансирования здравоохранения на душу населения очень высоки. Регион с огромным отрывом лидирует по соответствующим показателям среди регионов РФ. Так, объем инвестиций в отрасль здравоохранения в 13,5 раза превышает средний российский уровень.

Этот регион вполне обоснованно выделен в отдельную группу по показателям социально-демографической и медико-экономической сферы. Почти по всем соответствующим показателям он является либо явным лидером, либо явным аутсайдером. Уже при попытке разделить 79 регионов РФ на две группы Чукотский автономный округ выделяется в отдельный кластер, а остальные 78 регионов оказываются в одной группе.

Ивановская область — регион, в котором гипертрофированы общие для регионов Центральной России проблемы (бедность, алкоголизм и т. д.). Область является представителем Центрального федерального округа. Здесь фиксируется самая высокая в стране доля женского населения. Область находится в тройке лидеров по показателю доли населения с доходами ниже прожиточного минимума (53%). Это депрессивный регион с очень низким уровнем ВРП на душу населения (8-е место с конца по данному показателю), недофинансированием здравоохранения, социальная обстановка достаточно напряжена, особенно в отношении алкоголизации. Регион входит в десятку лидеров по соответствующему показателю.

Учитывая необходимость сокращения затрат на проведение зондажных исследований, стоит отметить, что по своим характеристикам Ивановская область наиболее близка к регионам 10-го кластера. Поэтому результаты исследований в типичном регионе 10-го кластера могут быть применены и к этой области. Хотя в этом случае достоверность результата несколько снижается, в общероссийских расчетах такое допущение может быть вполне оправдано.

Пятый кластер — "патриархальные" регионы Восточной Сибири (сельское население, очень тяжелые условия жизни, очень низкие доходы, но очень высокая рождаемость) (Республика Алтай, Республика Тыва). Обе республики относятся к Сибирскому ФО. В регионах очень велика доля сельского насе-

ления. Республика Алтай — лидер по этому показателю среди регионов (доля городского населения лишь 25%). ВРП на душу населения крайне низок (в 4 раза ниже среднего показателя по стране), доля населения с доходами ниже прожиточного минимума очень высока — 36 и 47% соответственно. Степень алкоголизации и криминализации выше средней, очень высок уровень смертности (входят в тройку лидеров) и инвалидизации от внешних причин. Ожидаемая продолжительность жизни 61 и 56,5 года соответственно (регионы входят в десятку аутсайдеров по данному показателю). При этом оба региона — лидеры по величине коэффициента рождаемости (17 и 20), тогда как в среднем по стране он равен 10.

Республики этого кластера наиболее близки по своим социально-демографическим и медико-экономическим показателям к регионам 6-го кластера. Однако при экстраполяции результатов исследования в 6-м кластере на эту группу важно помнить об относительном снижении достоверности результатов.

Вторая группа кластеров (3, 6, 7, 8-й кластеры) характеризуется относительно высокой степенью однородности внутри кластеров (от 64,74 до 90,62%), но невысокой долей проживающего населения (от 2,13 до 3,59%). Однако так как суммарно в регионах указанных кластеров проживает около 11% населения страны, их нельзя игнорировать при проведении зондажных исследований.

Третий кластер — "патриархальные" регионы юга России. Патриархальность здесь имеет иные, чем в Восточной Сибири, черты: как и там, доминирует сельское население, очень низки доходы, высока рождаемость, однако при этом очень благоприятна социальная среда и очень высока продолжительность жизни (Республика Дагестан и Республика Ингушетия). Обе республики — регионы Южного ФО с низкой долей городского населения (это 2 из 5 российских регионов, в которых преобладает сельское население), стабильным социальным климатом (самые низкие в стране показатели частоты разводов, зарегистрированных преступлений на душу населения, степени алкоголизации), низкой смертностью от внешних причин (самые низкие показатели по стране), самой высокой (73 и 76 лет) для РФ ожидаемой продолжительностью жизни при рождении, сочетающейся при этом с очень низким уровнем финансирования здравоохранения (входят в тройку аутсайдеров), высокой долей населения с доходами ниже прожиточного минимума [Республика Ингушетия — лидер по этому показателю по стране (73%)], самым низким показателем ВРП на душу населения по стране (ниже среднего показателя в 8 и 4 раза соответственно).

Шестой кластер — бедные регионы, неблагоприятные для жизни, — регионы—представители Сибирского и Дальневосточного ФО. Социальный климат в данных регионах неблагоприятен (выше среднего уровень преступности, высока степень алкоголизации общества и т. д.), выше среднего по стране доля лиц с доходами ниже прожиточного минимума, существенно ниже средней ожидаемая продолжительность жизни, очень высокий уровень смертности и инвалидизации от внешних причин. При этом значение коэффициента рождаемости выше, чем в целом по стране. ВРП на душу населения средний и ниже среднего.

Седьмой кластер — регионы, неблагоприятные для жизни, но очень высокодоходные (Тюменская, Магаданская и Сахалинская области) — состоит из регионов Уральского и Дальневосточного ФО. Социальный климат в данных регионах крайне неблагоприятен (очень высокая частота разводов, очень высокая степень криминализации, алкоголизации, велико число ДТП и т. д.), ожидаемая продолжительность жизни невысока, при этом значение коэффициента рождаемости выше, чем в целом по стране. Все это сочетается с очень высокой величиной ВРП на душу населения (регионы входят в шестерку лидеров по данному показателю) и относительно высоким уровнем финансирования здравоохранения на душу населения.

Согласно проведенному анализу, результаты исследований именно в этой группе регионов могут быть применены к Чукотскому автономному округу. Однако при этом нельзя забывать, что в округе несоответствие между условиями жизни и доходностью региона становится еще более заметным.

Восьмой кластер — относительно богатые "средняки" — регионы Северо-Западного и Дальневосточного ФО. Они имеют средние значения показателей (по степени алкоголизации — выше средних), характеризующих социальный климат, высокий для РФ уровень финансирования здравоохранения (входят в десятку лидеров по соответствующим показателям) и значение ВРП на душу населения выше среднего. При этом ожидаемая продолжительность жизни ниже среднего уровня по стране, а уровень смертности от внешних причин находится на уровне среднем и выше среднего.

Третья группа кластеров (4, 9, 10-й кластеры).

Существенное внимание при проведении зондажных исследований необходимо уделить 4-му кластеру — относительно социально и экономически процветающие "столицы" (Москва и Санкт-Петербург). Данная группа регионов относительно однородна по интересующим нас показателям (85,86%), а также дает большой вклад в общую численность населения страны (10,42%). На общем фоне российских регионов это социально и экономически процветающие города со значением показателя ожидаемой продолжительности жизни выше средней. В Москве это значение даже приближается к 71 году (для лиц, по которым ведется такая статистика). Доля городского населения в этих регионах составляет 100%. Это единственная группа регионов, в которых доля населения с доходами ниже прожиточного минимума меньше, чем в среднем по России. По значению ВРП на душу населения эти города входят в десятку лидеров. Количество врачей на душу населения выше среднего, текущий уровень финансирования здравоохранения на душу населения незначительно выше среднего (однако надо учитывать наличие большого ранее накопленного потенциала отрасли "Здравоохранение"). По смертности от внешних причин эти регионы значительно более благополучны, чем Россия в целом.

Девятый кластер — велика доля сельского населения, низки доходы, при этом благоприятна социальная среда и высока продолжительность жизни. Этот кластер также относительно однороден (55,17%). В нем преимущественно представлены регионы Южного ФО. Население указанной группы составляет около 15% от общей численности населения России. Доля городского населения ниже среднего по-

казателя по стране; доля лиц с уровнем доходов ниже прожиточного минимума средняя и ниже средней; показатели, характеризующие социальный климат, лучше средних (особенно по уровню преступности и числу ДТП); ожидаемая продолжительность жизни по всем указанным регионам заметно выше средней, смертность и число травмированных от внешних причин заметно ниже среднего показателя; ВРП на душу населения также ниже среднего по стране.

Десятый кластер — относительно бедные "средняки". Указанная группа проявляет существенно меньшую однородность (38,85%), она включает 22 региона, в которых проживает 26,35% населения России. В указанной группе доминируют регионы Центрального ФО, а также представлены регионы Северо-Западного и Приволжского ФО.

В этих регионах преобладает женское население, социальный климат относительно спокойный (по степени криминализации лучше среднего, по алкоголизации несколько хуже среднего уровня), доля лиц с доходами ниже прожиточного минимума выше среднего. При недофинансировании здравоохранения уровень смертности и инвалидизации от внешних причин выше среднего. Однако средняя ожидаемая продолжительность жизни в основном близка к среднему (хотя и крайне низкому) показателю по стране. Значение показателя ВРП на душу населения среднее и ниже среднего.

Одиннадцатая группа регионов может называться кластером весьма условно. Степень однородности регионов данной группы по интересующим нас показателям относительно низка (19,08%), при этом группа весьма многочисленна как по составу, так и по проживающему населению. В ней доминируют регионы Приволжского (7 регионов) и Сибирского (7 регионов) ФО, однако есть и представители Северо-Западного (4 регионов), Уральского (4 региона), Центрального (1 регион), Южного (1 регион) и Дальневосточного (1 регион) ФО.

В связи с тем что данная группа регионов проявляет относительно низкую степень однородности по отобранным ранее медико-демографическим и социально-экономическим показателям, с целью максимально информативной организации зондажных исследований по распространенности и социально-экономическим последствиям ЧМТ предлагается подойти к ее рассмотрению с использованием подхода "второго лучшего".

Для этого целесообразно провести дополнительную кластеризацию составляющих ее 25 регионов по сокращенному количеству показателей: 3 показателя уровня медицинского обслуживания, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, ВРП на душу населения, число умерших от внешних причин смерти на 100 000 человек и заболеваемость на 1000 человек от травм, отравлений и других последствий внешних причин. Выбор продиктован тем, что основное внимание в ходе планируемых зондажных исследований будет уделяться медицинским аспектам ЧМТ. Именно поэтому преобладают показатели уровня медицинского развития, а также смертности и заболеваемости от внешних причин. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении — наиболее адекватная обобщающая характеристика современного уровня смертности во всех возрастах, кроме того, этот показатель, подобно "черному ящику",

Состав кластеров при классификации российских регионов, вошедших в одиннадцатую группу по сокращенному количеству показателей

Кластер	Регионы РФ	Доля объясненного разброса в кластере, %	Число элементов в кластере	Доля населения регионов кластера в общей численности населения РФ, %
1-й	Республика Татарстан	100	1	2,62
2-й	Республика Марий Эл, Чувашская Республика, Кировская и Курганская области	79,94	4	3,14
3-й	Астраханская, Новосибирская, Омская, Томская области, Алтайский край	58,79	5	6,48
4-й	Ярославская обл., Республика Карелия, Архангельская обл., Вологодская обл., Калининградская обл., Удмуртская Республика, Оренбургская, Пермская, Самарская, Свердловская, Челябинская, Иркутская, Кемеровская, Красноярский, Приморский края	13,55	15	23,42

очень емко отражает результат очень сложных и многофакторных взаимосвязей различных социально-экономических, культурно-исторических, климатических и других характеристик региона. ВРП на душу населения традиционно используют как индикатор общего развития региона и региональной производительности труда.

При определении оптимального количества кластеров, как и ранее, учитывали несколько параметров: общая доля объясненного разброса при данном количестве кластеров, количество регионов, оказавшихся в последнем, самом неоднородном кластере; долю объясненного разброса по последнему, относительно неоднородному кластеру; количество малочисленных кластеров, состоящих из одного или двух регионов. В ходе расчетов было выявлено, что при увеличении числа кластеров с 3 до 4 сравнительно сильно увеличивается значение общей доли объясненного разброса (с 35,21 до 49,3%), число регионов в последней группе уменьшается, доля объясненного разброса в этой группе также увеличивается. При делении регионов России по вышеотобраным показателям более чем на 4 группы происходило менее выраженное увеличение значения доли объясненного разброса, кроме того, количество регионов в последней группе сокращалось мало (с 15 до 14 при 5 кластерах и до 12 при 6 кластерах). Рост задаваемого числа кластеров приводил к "отщеплению" от крупных групп одного—двух регионов, которые самостоятельно формировали новые малочисленные группы.

Итак, в результате дополнительной кластеризации 25 регионов по сокращенному количеству показателей было выделено 4 группы регионов. Общая доля объясненного разброса составила 49,3%. В представленной табл. 5 кластеры ранжированы по степени убывания доли объясненного разброса.

Первый кластер 11-й группы — благополучный с точки зрения распространенности ЧМТ и уровня финансирования здравоохранения (Республика Татарстан). Данный регион выделяется в отдельную группу уже при попытке разделить 25 регионов 11-й группы на 2 кластера. Кроме того, население региона составляет 2,62% от общей численности населения страны. Это свидетельствует о том, проведение зондажного исследования в указанном регионе представляется оправданным.

Республика представляет собой экономически развитый регион, уровни ВРП на душу населения, финансирования здравоохранения, средней ожидаемой продолжительности жизни в котором несколько выше среднего значения. Смертность от внешних причин ниже среднего уровня.

Второй кластер 11-й группы — неблагополучный с точки зрения распространенности ЧМТ с очень низким уровнем финансирования здравоохранения. Этот кластер проявляет высокую однородность (79,94%). В нем преобладают регионы Приволжского ФО. В указанных регионах наблюдается явное недофинансирование здравоохранения; значение показателя ВРП на душу населения ниже среднего по стране; смертность от внешних причин выше среднего уровня, а ожидаемая продолжительность жизни низка (около 63 лет, за исключением Чувашской республики — 66 лет).

Третий кластер 11-й группы — относительно благополучный с точки зрения распространенности ЧМТ со средним уровнем финансирования здравоохранения. В этом кластере доминируют регионы Сибирского федерального округа, он достаточно однороден (58,79%). В регионах наблюдается некоторое недофинансирование здравоохранения; значение показателя ВРП на душу населения ниже среднего по стране, кроме Томской области; смертность от внешних причин ниже среднего уровня, а ожидаемая продолжительность жизни соответствует средней по стране (около 65 лет).

И наконец, *последний кластер 11-й группы — неблагополучный с точки зрения распространенности ЧМТ с уровнем финансирования здравоохранения средним и ниже среднего.* Как и в предыдущем случае, данный кластер характеризуется низкой однородностью и большим количеством регионов, в него входящих. Степень однородности регионов данной группы по вторично отобраным показателям относительно низка (13,55%), при этом группа многочисленна как по составу (15 регионов), так и по проживающему населению (23,42%). Однако необходимо отметить, что дополнительная кластеризация по сокращенному количеству показателей 11-й группы регионов позволила сократить группу регионов с низкой степенью однородности с 25 (35,88% населения страны) до 15 регионов (23,42% населения страны).

Заключение

Представленные расчеты позволяют дать ряд рекомендаций при проведении зондажных исследований относительно распространенности и социально-экономических последствий ЧМТ.

При их осуществлении с максимальным охватом регионов предлагается ориентироваться на группировку регионов по 11 группам, выделенным при первоначальной кластеризации, разделяя 11-ю группу дополнительно на 4 кластера. Однако в це-

лях сокращения временных и денежных затрат можно отказаться от проведения исследований в части групп регионов, ориентируясь при этом на показатели доли численности населения в такой группе в общей численности населения России.

Использование указанной группировки регионов РФ позволит более обоснованно, чем раньше [8, 14–20], проводить зондажные и популяционно-выборочные исследования распространения нейротравмы с адекватной экстраполяцией полученных результатов на все население регионов. Это в свою очередь существенно расширит возможности оценки социально-экономических последствий черепно-мозговых и позвоночно-спинномозговых повреждений и эффективных мероприятий, направленных на сокращение их частоты и тяжести последствий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешковский И. А. // Население и экономико-демографическое развитие России / Под ред. А. А. Сагадова. — М., 2004. — С. 18–21.
2. Бесстремляная Г. Е., Заборовская Н. С., Чернец В. А., Шишкин С. В. Здоровоохранение в регионах РФ: механизмы финансирования и управления. — М., 2006.
3. Денисенко М., Сидоренко В., Лифшиц М. // Альманах. Экономические исследования молодых ученых № 3 / Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова. — М., 2005. — С. 34–36.
4. Здоровоохранение в России. 2005: Статистический сборник. — М., 2005.
5. Хирургия последствий черепно-мозговой травмы / Коновалов А. Н., Потапов А. А., Лихтерман Л. Б. и др. — М., 2006.
6. Лихтерман Л. Б. Черепно-мозговая травма. — М., 2002.
7. Лихтерман Л. Б. Неврология черепно-мозговой травмы. — М., 2009.

8. Непомнящий В. П., Лихтерман Л. Б., Ярцев В. В. // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под ред. А. Н. Коновалова и др. — М., 1998. — Т. 1. — С. 129–152.
9. Доказательная нейротравматология / Потапов А. А., Лихтерман Л. Б., Зельман В. Л. и др. — М., 2003.
10. Регионы России. Социально-экономические показатели, 2005: Статистический сборник. — М., 2005.
11. Сагадов А. А. Индекс человеческого развития: региональный аспект. — М., 2001.
12. Сагадов А. А. Экономико-демографическое развитие России. — М., 2003.
13. Сагадов А. А. Экономико-демографическое развитие регионов России: проблемы и перспективы: Сборник статей. — М., 2005.
14. Chiu W. T., Shih Y. H. et al. // Book of Abstracts. XI ICNS. — New Delhi, 1989. — P. 189.
15. Cortbus F., Steudel W. // Neurotrauma (Epidemiology, Prevention, New Technologies, Guidelines, Pathophysiology, Surgery, Neurorehabilitation) / Eds A. Potapov et al. — Moscow, 2001. — P. 69–82.
16. Dohrman J. // Neurotrauma (Epidemiology, Prevention, New Technologies, Guidelines, Pathophysiology, Surgery, Neurorehabilitation) / Eds A. Potapov et al. — Moscow, 2001. — P. 43–48.
17. The Incidence and Economic Burden of Injuries / Finkelstein E., Corso P., Miller T. et al. — New York, 2006.
18. Kraus J. F. // Neurotrauma / Eds. R. Narayan et al. — N. Y., 1996. — P. 13–30.
19. Langlois I. A., Rutland-Brown W., Thomas K. E. Traumatic Brain Injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalisation, and Death. — Atlanta, 2004.
20. Nasser R., Jalot P. // Neurotrauma and Critical Care. — N. Y., 2007. — P. 2–4.
21. Nepomnyaschy V., Likhтерman L., Potapov A., Yartsev V. // Neurotrauma (Epidemiology, Prevention, New Technologies, Guidelines, Pathophysiology, Surgery, Neurorehabilitation) / Eds A. Potapov et al. — Moscow, 2001. — P. 59–68.
22. Report to Congress of the United States of America "A Call for Action": Conemanugh International Symposium. — N. Y., 2006.

Поступила 06.10.10

© О. П. ГОЛЕВА, А. В. САБАЕВ, 2011

УДК 616-099-02:615.91]-036.88:312.2(571.13) "2001—2010"

О. П. Голева¹, А. В. Сабеев²

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ЗА 2001—2010 ГГ.

¹ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию;

²МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, Омск

Настоящее исследование проводилось с целью изучения динамики показателей смертности населения Омской области от острых отравлений химической природы за период с 2001 по 2010 гг. Динамика показателей смертности населения при острых экзогенных отравлениях является важнейшей медико-демографической характеристикой преждевременных социальных потерь. Изучение структуры смертности позволит выявить основные причины развития неблагоприятной ситуации и разработать концепцию направлений по организации химической безопасности населения Омской области.

Ключевые слова: смертность, экзогенное отравление, токсикологическая ситуация

THE DYNAMICS OF THE INDICATORS OF POPULATION MORTALITY IN OMSKAYA OBLAST AS A RESULT OF ACUTE CHEMICAL INTOXICATIONS IN 2001-2010

Goleva O.P., Sabayev A.V.

The study was organized to investigate the dynamics of indicators of population mortality in Omskaya oblast due to acute chemical intoxications in 2001-2010. The dynamics of indicators of population mortality under acute exogenous intoxications is a chief medical demographic characteristic of premature social losses. The analysis of the mortality indicators structure favors to reveal the major causes of development of unfavorable situations and to develop the concept of organization of chemical security of population in Omskaya oblast.

Key words: mortality, exogenic intoxication, toxicological situation

Изучение уровня и структуры смертности дает наиболее полное представление о состоянии здо-

ровья населения, отражает эффективность мероприятий по его оздоровлению, проводимых органами и учреждениями здравоохранения и государства в целом.

В структуре причин смерти по классу несчаст-

О. П. Голева — д-р мед. наук, проф., зав. каф.; А. В. Сабеев — зав. отд. острых отравлений (у психиатрических больных)

ных случаев, травм и отравлений увеличивается доля острых отравлений химической природы. Следует отметить, что если ранее неблагоприятному воздействию химических веществ подвергались преимущественно рабочие отдельных вредных промышленных производств или население, живущее в непосредственной близости от соответствующих предприятий, то в настоящее время в клинике острых отравлений сложились устойчивые приоритеты, относящиеся к лекарственным и наркотическим средствам, природным токсинам, которые в основном определяют токсикологическую ситуацию [1].

Острые экзогенные отравления включены в класс XIX МКБ-10, объединяющий большое число нозологических форм, из которых в России лишь небольшая часть подлежит государственной регистрации. В частности, статистической формой С-51 предусмотрены сведения об умерших по причине случайного отравления алкоголем (рубрика 163) и прочих случайных отравлений (рубрика 164). Вместе с тем по данным литературы и официальной статистики трудно получить истинное представление о распространенности острых отравлений и смертности. По неполным данным в стране ежегодно регистрируется около 1 млн случаев острых химических отравлений населения, из которых 50 тыс. со смертельным исходом [2, 4, 5].

В настоящее время эпидемиология острых отравлений изучена недостаточно, так как практически во всех странах мира не налажена должным образом система учета больных с этой патологией [3, 6].

В России с 2005 г. в медицинскую статистику была введена ф. № 163/у-04 "Карта записи консультации больного с острым отравлением химической этиологии" (Приказ № 152 Минздравсоцразвития РФ от 21 февраля 2005 г.).

Цель настоящего исследования — изучение динамики показателей смертности населения Омской области в результате острых отравлений химической этиологии за период с 2001 по 2010 г.

Методика исследования

При изучении смертности населения в результате острых химических отравлений использованы материалы Территориального органа государственной статистики по Омской области, бюджетного учреждения здравоохранения Омской области "Бюро судебно-медицинской экспертизы", МУЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1" Омска. Проведен анализ показателей смертности городского и сельского населения Омской области в результате острых химических отравлений за период с 2001 по 2010 г.

При статистической обработке материала использованы традиционные методы вычисления экстенсивных и интенсивных показателей, средней ошибки, оценки достоверности.

Результаты

За период с 2001 по 2010 г. смертность населения Омской области в результате острых отравлений химической этиологии выросла на 20,2% по отношению к исходному уровню (с 46,0 до 55,3 на 100 тыс. населения).

Наиболее высокие темпы прироста показателей

смертности отмечены в 2002 и 2005 гг. (25,0 и 26,5% соответственно). Максимального своего значения за весь период наблюдения смертность в результате острых химических отравлений достигла в 2006 г. — $80,9 \pm 1,9$ на 100 тыс. населения. На наш взгляд, это связано с ухудшением наркологической ситуации в регионе, обусловленной ростом заболеваемости социально значимых патологических состояний — алкоголизма и наркомании. С 2007 г. идет постепенное снижение показателя смертности населения в результате острых отравлений (рис. 1), которое можно связать с активной совместной работой центра острых отравлений с органами МВД, прокуратуры, Роспотребнадзора, Управлением Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Омской области посредством обмена информацией о токсикологической ситуации — заболеваемости и смертности населения в результате острых химических отравлений. Сглаживание кривой показателей смертности населения на основе аппроксимирующей функции с помощью полинома 2-й степени свидетельствует о тенденции дальнейшего снижения данного показателя ($R^2 = 0,6822$).

При однонаправленности динамики показателей смертности в результате острых отравлений химической природы в городе и селе необходимо отметить, что за последние 3 года темпы снижения показателя смертности городского населения были выше, чем сельского (рис. 2). Наиболее высокие темпы прироста показателя смертности городского населения в результате острых отравлений отмечали в 2002 и 2005 гг. — 31,2 и 29,6% соответственно. Максимального своего значения смертность городского населения достигла в 2006 г. и составила $84,1 \pm 2,4$ на 100 тыс. населения. Однако с 2007 г. идет постепенное снижение показателя смертности. Таким образом, за исследуемый период смертность городского населения в результате острых химических отравлений выросла на 23%.

При изучении динамики показателей смертности сельского населения установлено, что с 2001 по 2006 г. отмечался неуклонный рост показателя смертности, лишь в 2004 г. наблюдалось снижение на 18,8%. Максимального значения показатель смертности сельского населения достиг в 2006 г. — $73,7 \pm 3,4$ на 100 тыс. населения. В последующие годы отмечалось менее интенсивное снижение по-

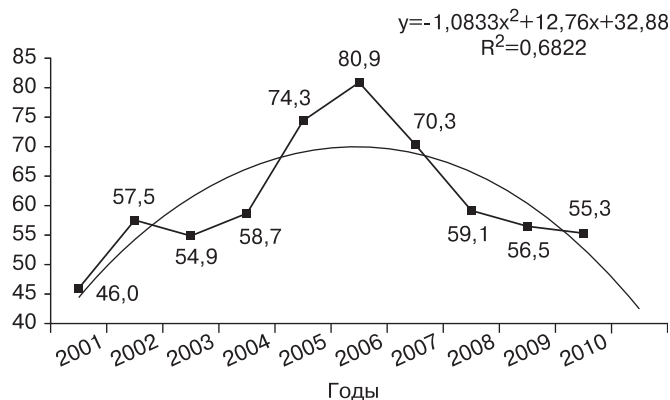


Рис. 1. Динамика показателей смертности населения Омской области в результате острых отравлений химической природы за 2001—2010 гг. (на 100 тыс. населения).

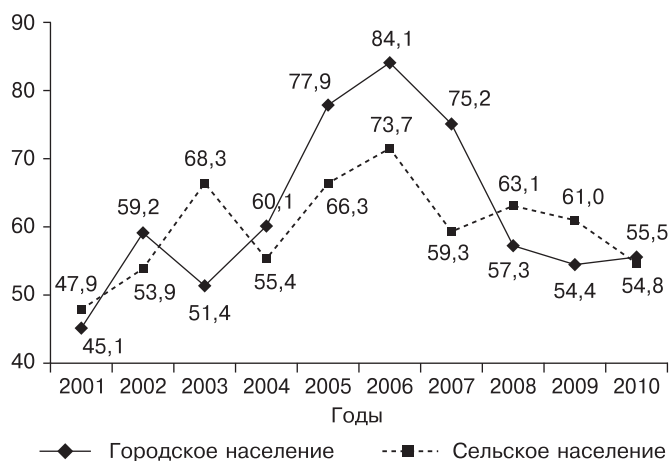


Рис. 2. Динамика показателей смертности городского и сельского населения Омской области в результате острых отравлений химической этиологии за 2001—2010 гг. (на 100 тыс. населения).

казателя смертности по сравнению с таковым городского населения. Тем не менее смертность сельского населения региона в результате острых химических отравлений выросла на 14,4%. Математическая обработка с помощью парного двухвыборочного теста доказывает, что различия показателей смертности городского и сельского населения статистически незначимы.

В структуре смертности населения Омской области в результате острых отравлений химической этиологии на первом месте стабильно находятся острые отравления этанолом и его суррогатами (см. таблицу). За анализируемый период смертность в результате острых отравлений алкоголем и его суррогатами снизилась на 11,3%. Рост уровня смертности населения в результате алкогольных отравлений отмечался в 2003 и 2005 гг. на 16 и 22,3% соответственно. Максимальный показатель смертности населения по этой причине зарегистрирован в 2005 г. — $37,2 \pm 1,3$ на 100 тыс. населения. С 2006 г. отмечается ежегодное снижение показателя смертности в результате отравлений алкоголем и его суррогатами, и уже в 2010 г. он составлял $25,8 \pm 1,1$ на 100 тыс. населения.

Показатели смертности населения региона в результате острых отравлений медикаментами существенных изменений не претерпели.

За период наблюдения показатель смертности населения Омской области в результате острых отравлений наркотическими веществами носил нестабильный характер. Так, с 2001 по 2003 г. отмечались невысокие показатели смертности, однако в 2004 г. смертность возросла в 3,3 раза, в 2005 г. показатель удвоился. В 2006 г. смертность в результа-

те наркотических отравлений выросла на 38,9% и достигла своего максимального значения за весь период наблюдения — $22,1 \pm 1,0$ на 100 тыс. населения. За период с 2007 по 2009 г. отмечалось ежегодное постепенное снижение показателя смертности, но в 2010 г. вновь наблюдался рост на 17,3%. Таким образом, за период с 2001 по 2010 г. смертность населения Омской области в результате наркотических отравлений выросла в 4 раза.

Показатель смертности населения Омской области в результате острых отравлений прижигающими ядами (кислоты, щелочи) снизился за наблюдаемый период на 30%.

По-прежнему высок показатель смертности населения от бытовых отравлений вредными парами и газами, чаще всего это острые отравления окисью углерода. Это обусловлено тем, что в регионе широко распространено печное отопление жилых домов, нарушение правил эксплуатации которого приводит нередко к трагическим последствиям. Кроме этого, немаловажную роль играет число бытовых пожаров и несчастных случаев в автомобильных боксах и гаражах, где риск получения острого химического отравления в результате воздействия на организм человека окиси углерода очень высок. Так, за анализируемый период смертность населения Омской области в результате отравлений парами и газами выросла на 47,2%.

Показатели смертности в остальных группах острых отравлений химической природы существенных изменений за анализируемый период не претерпевали.

Выводы

1. За период с 2001 по 2010 г. в Омской области смертность в результате острых отравлений химической этиологии выросла на 20,2%. Статистически значимый рост смертности отмечается среди городского населения, среди сельского населения региона рост смертности нельзя назвать достоверным ($t < 2$).

2. В течение всего периода исследования наиболее высокие показатели смертности регистрировались при острых отравлениях алкоголем и его суррогатами, вредными парами и газами. С 2004 г. отмечен рост показателей смертности при острых отравлениях наркотическими веществами, что может свидетельствовать об изменении токсикологической ситуации, а именно о росте заболеваемости наркоманией в Омском регионе.

3. Уровень смертности при острых экзогенных отравлениях является важнейшей медико-демографической характеристикой преждевременных социальных потерь. Изучение показателей и структу-

Показатели смертности (на 100 тыс. населения) в основных группах острых отравлений населения Омской области за 2001—2010 гг.

Токсикант	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Этанол и его суррогаты	$29,1 \pm 1,1$	$28,7 \pm 1,1$	$33,3 \pm 1,2$	$30,4 \pm 1,2$	$37,2 \pm 1,3$	$36,8 \pm 1,3$	$32,8 \pm 1,2$	$29,9 \pm 1,2$	$29,5 \pm 1,2$	$25,8 \pm 1,1$
Медикаменты	$0,7 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,2$	$0,5 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,2$
Наркотики	$2,7 \pm 0,3$	$2,8 \pm 0,3$	$2,2 \pm 0,3$	$7,4 \pm 0,6$	$15,9 \pm 0,8$	$22,1 \pm 1,0$	$19,8 \pm 0,9$	$10,4 \pm 0,7$	$9,2 \pm 0,6$	$10,8 \pm 0,7$
Прижигающие яды	$3,0 \pm 0,3$	$4,7 \pm 0,4$	$2,4 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,4$	$3,5 \pm 0,4$	$2,5 \pm 0,3$	$2,6 \pm 0,3$	$2,9 \pm 0,3$	$2,2 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,3$
Вредные пары и газы	$9,1 \pm 0,6$	$16,6 \pm 0,8$	$14,9 \pm 0,8$	$13,1 \pm 0,8$	$14,1 \pm 0,8$	$16,1 \pm 0,8$	$13,4 \pm 0,8$	$12,8 \pm 0,7$	$13,0 \pm 0,8$	$13,4 \pm 0,8$
Промышленные яды	$1,1 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,2$	$0,2 \pm 0,0$	$0,8 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,2$
Пестициды	—	$0,1 \pm 0,0$	$0,1 \pm 0,0$	—	—	—	$0,1 \pm 0,0$	—	$0,1 \pm 0,0$	—
Прочие яды	$0,3 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,2$	—	$1,1 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1$

ры смертности населения позволит определить закономерности изменения медико-демографических показателей региона, сформулировать основные причины развития неблагополучной ситуации, разработать концепцию направлений по организации химической безопасности населения Омской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курляндский Б. А. // Токсикол. вестн. — 2001. — № 6. — С. 2—5.
2. Литвинов Н. Н., Остапенко Ю. Н., Казачков В. И. // Токсикол. вестн. — 1995. — № 6. — С. 16—20.

3. Лужников Е. А., Суходолова Г. Н. Клиническая токсикология: Учебник. — 4-е изд. — М., 2008.
4. Остапенко Ю. И., Литвинов Н. Н., Казачков В. И. и др. // Острые отравления и эндогенные интоксикации. — Екатеринбург, 1998. — С. 44—46.
5. Остапенко Ю. Н., Литвинов Н. Н., Хальфин Р. А. и др. // О мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с острыми отравлениями: Материалы Российской науч. конф. Екатеринбург, 18—21 сент. 2002 г. — М.; Екатеринбург, 2002. — С. 16—22.
6. Сенцов В. Г., Богданов С. И., Ножкина Н. В. Отравления наркотиками в Екатеринбурге: мониторинг ситуации, связанной с употреблением наркотиков. — Екатеринбург, 2002. — Вып. 4.

Поступила 01.03.11

© САЙЕД КАМРУЗЗАМАН, 2011

УДК 614.2:314.18

Камруззаман Сайед

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ КАК ОСНОВА ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тверская государственная медицинская академия

Изучения медико-демографических данных, динамики их изменений являются основой для планирования развития здравоохранения территории, проведения научных разработок по углубленному изучению выявленных тенденций и факторов.

Ключевые слова: демография, заболеваемость, планирование здравоохранения.

THE MEDICAL DEMOGRAPHIC DATA AS A BASIS FOR PLANNING OF HEALTH SYSTEM DEVELOPMENT

Sayed Kamruzzaman

The medical demographic data and dynamics of its modification is a basis for the planning of health system development on territory and the organization of research studies in the field of analysis of revealed trends and factors.

Key words: demography, morbidity, health planning

Основными показателями, используемыми для планирования развития здравоохранения, регионального размещения сети ЛПУ, являются следующие:

- демографическая ситуация в регионе, ее динамика и прогностические оценки;
- заболеваемость населения и обращаемость за медицинской помощью;
- инвалидность населения;
- показатели общей смертности и по отдельным причинам;
- система расселения жителей территории и транспортная доступность ЛПУ, оказывающих общие и специализированные виды медицинской помощи;
- ресурсная обеспеченность здравоохранения.

Сбор этих и некоторых других сведений в Твери осуществляли по методике, разработанной в Национальном НИИ общественного здоровья РАМН [2].

Динамика воспроизводства населения Твери в последние годы характеризуется неуклонным ростом рождаемости с 8,9 до 10,8 на 1000 населения и снижением смертности с 17,8 до 15,6 на 1000 населения (рис. 1).

Динамика этих показателей в целом совпадает с данными по Российской Федерации, однако пока-

затели рождаемости во все годы наблюдений в Твери были ниже, чем в среднем по стране, примерно на 10%, а показатели смертности, напротив, выше примерно на столько же.

В структуре населения дети (0—14 лет) составляют 12,6%, подростки (15—19 лет) — 6%, взрослые (15 лет и старше) — 81,4%.

Женщины преобладают во всех возрастных группах, наиболее значимо — в 2—3 раза — в старших возрастах (рис. 2). В структуре и мужского, и женского населения выделяются следующие наиболее наполненные возрастные группы: наибольшая по численности группа населения — 20—24 года — 20 тыс. мужчин и 21,5 тыс. женщин, далее следуют группы 20—29 лет — 18,5 и 19,5 тыс. соответственно и 50—54 года: 13,9 тыс. мужчин и 19 тыс. женщин.

Высокая численность населения в возрасте 20—24 года объясняется высоким уровнем рождаемости 20—25 лет назад, а в возрасте 50—54 года — демографическим эхом Второй мировой войны.

Изменения численности населения Твери в ближайшее десятилетие приведут к росту удельного веса лиц старше трудоспособного возраста, уменьшению численности женщин наиболее активного репродуктивного возраста и, следовательно, снижению рождаемости, что в свою очередь приведет к уменьшению численности детей раннего возраста.

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



Рис. 1. Показатели воспроизводства населения Твери (на 1000 населения).

Показатели смертности мужчин выше, чем смертность женщин, примерно в 1,2 раза.

Общие тенденции изменения показателей смертности в соответствии с возрастом характерны и для женщин, и для мужчин: смертность детей в

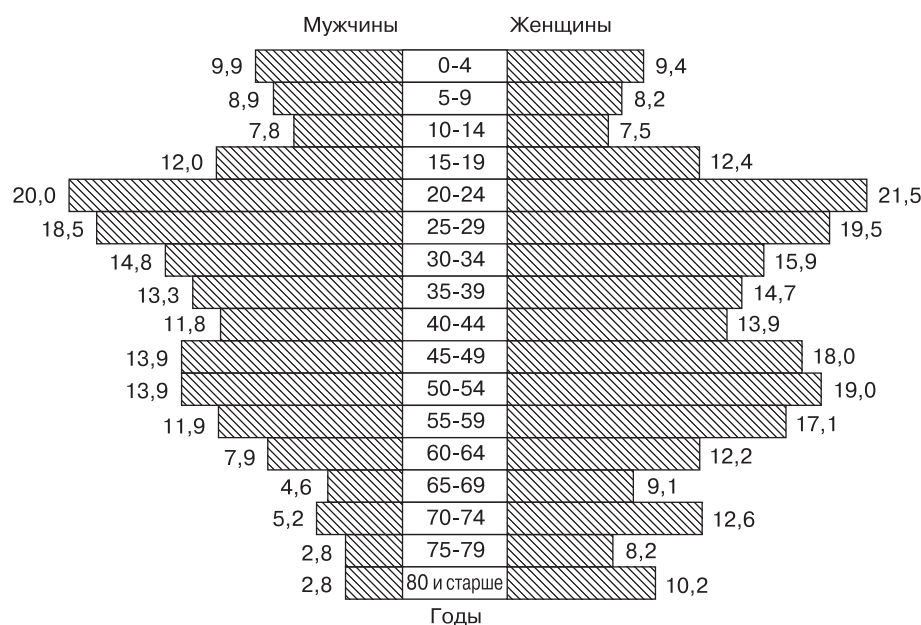


Рис. 2. Возрастно-половой состав населения Твери в 2009 г. (в тыс. человек).

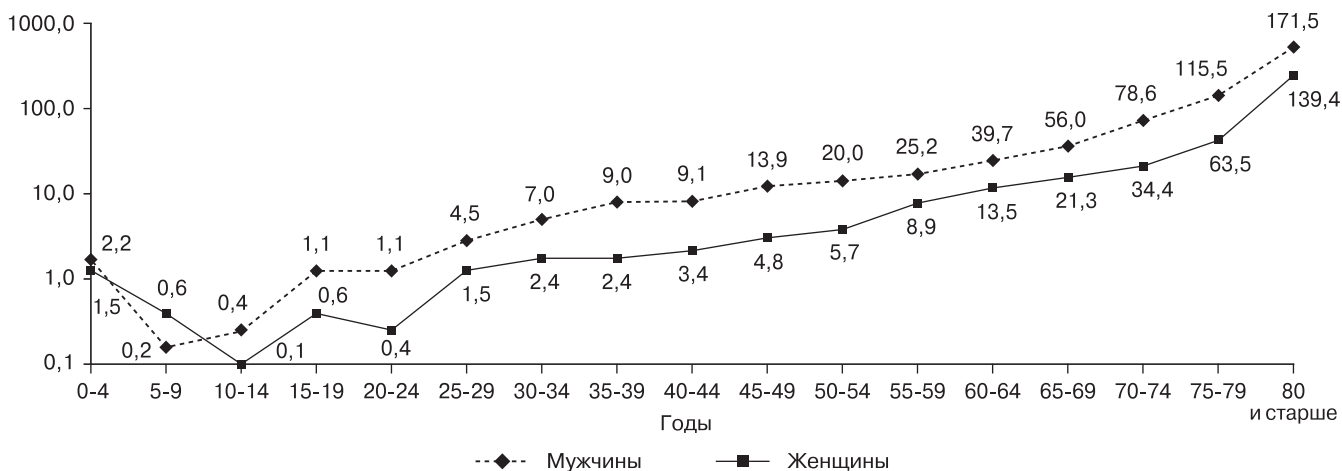


Рис. 3. Возрастно-половые показатели смертности населения Твери в 2009 г. (на 100 соответствующей группы населения).

возрасте 0—4 года выше, чем в других возрастных группах детей, а начиная с подросткового возраста происходит постепенное увеличение показателей, достигающих максимальных значений в самой старшей возрастной группе (рис. 3). Аналогичная динамика показателей смертности характерна для страны в целом [1].

На рис. 3 наглядно видна разница в смертности мужчин и женщин в разных возрастных группах: наибольшие различия — 3—3,5-кратные — в 45—49, 50—54 и 55—59 лет, в последующих возрастных группах эти различия сглаживаются.

В структуре смертности населения первое место занимают болезни системы кровообращения — 61,4%, далее с большим отрывом следуют новообразования — 14,9% и несчастные случаи, отравления, травмы и другие последствия воздействия внешней среды — 9,3% (рис. 4), что соответствует структуре причин смертности населения Российской Федерации в целом.

Динамика показателей смертности по отдельным причинам весьма неоднозначна: значительное снижение смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и значительное — от несчастных случаев, отравлений и травм. В то же время отмечается рост показателей смертности от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов пищеварения и нервной системы.

Статистика здравоохранения фиксирует, как известно, первичную заболеваемость (число впервые зарегистрированных заболеваний), дифференцированную на детей (0—14 лет), подростков (15—17 лет) и взрослых (18 лет и старше) и общую заболеваемость в указанной дифференциации.

Заболеваемость с диагнозом, установленным впервые в жизни, возросла за последние 5 лет с 969,5 до 1050 случаев на 1000 населения, т. е. на 8,3%. Рост общей заболеваемости составил 12,7%: с 1684,1 на 1000 насе-

14

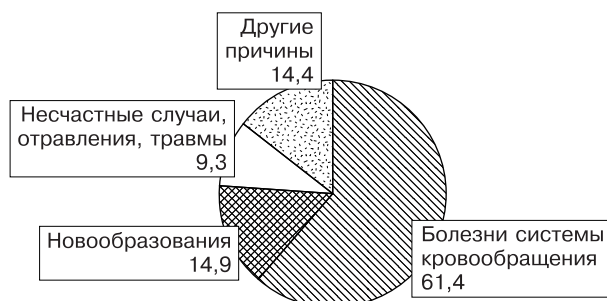


Рис. 4. Структура причин смерти населения Твери (в %).

ния в 2005 г. до 1897,3 — в 2009 г.

В структуре первичной заболеваемости ведущее место занимали болезни органов дыхания и травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; в структуре общей заболеваемости болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения и болезни костно-мышечной системы.

Динамика как общей, так и первичной заболеваемости показывает, что рост этих показателей отмечается во всех возрастных группах населения, за исключением подростков. Первичная заболеваемость подростков уменьшилась за 5-летний период более чем на 10%, общая — на 5,2%.

Таким образом, данные по динамике демографических показателей, отчетных статистических

показателей ЛПУ определяют необходимые мероприятия по совершенствованию здравоохранения на территории и дают основания для проведения углубленных научных исследований, в частности, по следующим направлениям:

— изучение причин увеличения смертности по болезням нервной системы и болезням органов пищеварения по возрасту и полу, по отдельным заболеваниям и т. д.;

— изучение состояния здоровья подростков, диспансеризации этого контингента, выявление причин уменьшения обращаемости за медицинской помощью;

— определение соответствия общей мощности и структуры коечного фонда, численности врачей амбулаторного приема и другого медицинского персонала показателям обращаемости населения за медицинской помощью;

— перспективное планирование коечного фонда и врачебных кадров, соответствующее развитию демографической ситуации и заболеваемости населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический ежегодник России 2009: Статистический сборник. — М., 2010.
2. Линденбратен А. Л., Шипова В. М., Ушакова Е. И., Дарьин А. В. Совершенствование планирования объема деятельности сети ЛПУ территории (методические материалы). — М., 2008.

Поступила 04.03.11

© Т. В. Виноградова, 2011
УДК 614.2:314.3/.4:33(470.51)

Т. В. Виноградова

ЗАВИСИМОСТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИНДИКАТОРОВ РАЗВИТИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия

Обусловленные социально-экономическими факторами тенденции в состоянии здоровья населения являются главным ориентиром политики здравоохранения. Исследование достоверно указало на связь уровня жизни населения Удмуртской Республики с важнейшими демографическими показателями.

Ключевые слова: социально-экономические индикаторы, показатели здоровья населения

THE DEPENDENCE OF DEMOGRAPHIC INDICATORS FROM SOCIAL ECONOMIC INDICATORS OF DEVELOPMENT OF THE REPUBLIC OF UDMURTIA

Vinogradova T.V.

The trend in population health conditioned by social economic factors is the main benchmark for health policy. The study reliably proved the relationship between the level of standard of living of population and major demographic indicators in the Republic of Udmurtia.

Key words: social economic indicator, population health indicator

Здоровье населения является важнейшей составляющей национального богатства страны, от его показателей зависит социально-экономическое развитие страны и ее национальная безопасность [1]. В настоящее время как никогда четко проявляется социальная обусловленность здоровья человека.

К социально-экономическим индикаторам, определяющим периоды стагнации и кризиса

экономики страны современные исследователи относят: размер валового внутреннего продукта (ВВП), норму прибавочного продукта (прибыли), долю оплаты труда в ВВП, уровень безработицы, прожиточный минимум, среднедушевой денежный доход, среднемесячную начисленную заработную плату, средний размер начисленной пенсии [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение связей между социально-экономическими индикаторами и важнейшими показателями здоровья населения.

Т. В. Виноградова — канд. мед. наук, ст. преподаватель (palkor85@mail.ru)

Коэффициенты корреляции между важнейшими демографическими показателями и социально-экономическими индикаторами развития общества

Демографический показатель	Денежные доходы в расчете на душу населения в месяц, руб.	Прожиточный минимум, руб.	Уровень безработицы, %	Обеспеченность населения жильем, м ² на человека	Средний размер пенсии, руб.	Доля населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума, %
Показатель смертности на 1000 населения	$p = -0,28$ $m = 0,16$ $t < 2$	$p = -0,26$ $m = 0,16$ $t < 2$	$t = 0,2$ $m = 0,15$ $t < 2$	$p = -0,24$ $m = 0,16$ $t < 2$	$p = -0,3$ $m = 0,15$ $t = 2$	$p = 0,24$ $m = 0,16$ $t < 2$
Показатель смертности населения трудоспособного возраста на 1000 населения	—	—	$p = 0,35$ $m = 0,17$ $t = 2$	—	—	—
Показатель рождаемости на 1000 населения	$p = 0,79$ $m = 0,23$ $t = 3,43$	$p = 0,71$ $m = 0,2$ $t = 3,1$	$p = -0,85$ $m = 0,2$ $t = 4,25$	$p = 0,77$ $m = 0,21$ $t = 3,4$	$p = 0,69$ $m = 0,2$ $t = 3$	$p = -0,78$ $m = 0,23$ $t = 3,4$
Суициды на 1000 населения	$p = 0,86$ $m = 0,21$ $t = 4,18$	$p = 0,8$ $m = 0,23$ $t = 4$	$p = 0,4$ $m = 0,3$ $t < 2$	$p = 0,78$ $m = 0,23$ $t = 4,2$	$p = -0,78$ $m = 0,24$ $t = 4$	$p = 0,4$ $m = 0,3$ $t < 2$
Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни	$p = 0,62$ $m = 0,3$ $t = 2$	$p = 0,56$ $m = 0,23$ $t = 2$	$p = -0,6$ $m = 0,3$ $t = 2$	$p = 0,68$ $m = 0,31$ $t = 2$	$p = 0,76$ $m = 0,38$ $t = 2$	$p = -0,75$ $m = 0,22$ $t = 3,4$

Методика исследования

Проведен анализ социально-экономических факторов и важнейших демографических показателей здоровья населения по Удмуртской Республике по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Удмуртской Республике и Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Удмуртской Республики за период с 1990 по 2009 г.

Результаты исследования

С помощью метода ранговой корреляции Спирмена была выявлена зависимость основных показателей здоровья населения и социально-экономических факторов (см. таблицу).

Как видно из таблицы, корреляционная связь (прямая средней силы) показателя смертности населения трудоспособного возраста выявлена только с таким социально-экономическим индикатором, как уровень безработицы. С остальными же изучаемыми нами социально-экономическими индикаторами отчетливых взаимосвязей выявлено не было.

Между общим показателем смертности на 1000 населения и всеми изучаемыми социально-экономическими индикаторами были выявлены слабые взаимосвязи ($p > 0,05$). Лишь с показателем среднего размера пенсии была выявлена умеренная обратная корреляционная связь ($p = 0,05$).

В то же время между показателями рождаемости, суицидов, ожидаемой продолжительности предстоящей жизни и группой изучаемых социально-экономических индикаторов прослеживается более отчетливо выраженная зависимость. Это можно объяснить, по нашему мнению, тем, что на показатель смертности (и, в частности, трудоспособного населения), помимо изучаемых социально-экономических факторов, значительное влия-

ние оказывают такие важные факторы, как брачное состояние, уровень образования, социальный статус и многие другие.

Кроме того, показатель смертности населения формируется под влиянием не только экономических индикаторов, но и показателей эффективности работы системы здравоохранения.

На показатель рождаемости существенным образом влияет репродуктивное поведение. В связи с глубочайшими деструктивными процессами, характеризующими демографическую ситуацию как в Удмуртской Республике, так и в Российской Федерации в целом, достаточно сложно определить реальные механизмы повышения рождаемости.

В проведенном нами исследовании выявлены отчетливые связи между показателем рождаемости и группой социально-экономических индикаторов: сильные корреляционные связи выявлены практически со всеми изучаемыми показателями ($p < 0,05$).

Уровень суицидов также обнаруживает сильные корреляционные зависимости за исключением двух показателей: уровнем безработицы ($p > 0,05$) и долей населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума ($p > 0,05$), когда была выявлена прямая связь средней силы.

Количество завершенных суицидов в Удмуртии составило в 2009 г. 56,6 случая на 100 000 населения. За пятилетний период с 2005 по 2009 г. распространенность самоубийств снизилась на 21%. Среди субъектов Российской Федерации по распространенности суицидов Удмуртия занимает 13-е ранговое место.

Нами был проведен корреляционный анализ показателей суицидов и важнейших показателей здоровья населения Удмуртской Республики за период с 1990 по 2009 г. В процессе исследования была выявлена средняя прямая связь между показателем смертности от самоубийств и показателем общей заболеваемости взрослого населения на 1000

человек (коэффициент корреляции (r) составляет 0,5, $t = 2$); показателем общей заболеваемости туберкулезом на 100 000 населения ($r = 0,38$, $t = 2$) и показателем общей заболеваемости психическими расстройствами на 100 000 населения ($r = 0,42$, $t = 2$).

Таким образом, смертность от суицидов имеет прямую тесную связь как с уровнем общей заболеваемости населения, так и с социально обусловленными заболеваниями.

В абсолютных цифрах самоубийства вносят относительно небольшой вклад в общую смертность населения по сравнению с другими более крупными демографическими процессами, но они являются четким индикатором состояния социальной системы. Этот показатель следует расценивать как чувствительный барометр эффективности проводимых реформ и веры населения в текущие преобразования. Чем выше уровень самоубийств, тем больше деструктивных тенденций содержат в себе социальные институты [2].

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни имеет отчетливо выраженные корреляционные связи со всеми социально-экономическими индикаторами: прямая связь средней силы с денежными доходами на душу населения, прожиточным минимумом, обеспеченностью населения жильем, средним размером пенсий и обратная связь средней силы с уровнем безработицы и долей

населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума.

Выводы

В ходе исследования были достоверно доказаны связи уровня жизни населения Удмуртской Республики и важнейшими демографическими показателями. Помимо доказательных причинно-следственных связей (уровень жизни — уровень здоровья населения) в процессе проведенного исследования была оценена достоверность этих связей.

Мониторинг зависимости показателей здоровья населения от социально-экономических индикаторов является необходимым условием оценки эффективности мер по реализации политики государства в области здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ: информационно-аналитический сборник. — Ижевск, 2010. — Вып. 9.
2. Факторный анализ влияния отдельных социально-экономических показателей на демографическое развитие Удмуртской Республики / Кирьянов Н. А., Ежова Н. Н., Башкирова Г. А. и др. — Ижевск, 2008.
3. Киселев А. С., Шестаков М. Г., Михайлов А. Ю. Зависимость здоровья населения России от динамики уровня жизни / Под ред. В. И. Стародубова, Ю. В. Михайловой. — М., 2006.

Поступила 18.03.11

© В. А. ПОГОДИНА, 2011
УДК 614.2:613.2/.8]:316.65

В. А. Погодина

СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

Методом анкетного опроса исследован порядок поведения пациентов и врачей двух поликлиник и одной больницы города Новосибирска в возрасте от 19 до 60 лет в отношении информированности их о правильном осуществлении с точки зрения доказательной медицины здорового образа жизни. Анкета состояла из блоков вопросов, касающихся поведения врача и пациента при реализации мероприятий по здоровому образу жизни. Полученные в ходе опроса данные позволили сформулировать вывод о том, что здоровье пациентов зависит не только от полученных знаний по ведению здорового образа жизни, но и от уровня внутреннего и внешнего контроля.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, знания, внешний и внутренний контроль

THE SOCIAL STRUCTURE OF BEHAVIOR OF PHYSICIANS AND PATIENTS IN DEVELOPMENT OF HEALTHY LIFE-STYLE OF PATIENTS

Pogodina V.A.

The questionnaire survey was applied to study the behavior of patients and physicians aged from 19 to 60 years in two polyclinics and one hospital of Novosibirsk concerning their awareness about proper implementation of healthy life-style from the position of evidence medicine. The questionnaire included sets of questions related to behavior of patient and physician in the process of implementation of activities of healthy life-style. The survey data permitted to formulate the conclusion that patient's health depends not only from the obtained knowledge about healthy life-style implementation but also from the level of inner and external control.

Key words: healthy life-style, knowledge, inner and external control

"Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года", раз-

В. А. Погодина — канд. мед. наук, ст. преподаватель (vega-pogodina@yandex.ru)

работанная в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, нормами международного права в области народонаселения и с учетом отечественного и зарубежного опыта, определяет значимые направления поли-

тики Российской Федерации [8]. Одним из них является приоритетный национальный проект развития здравоохранения до 2020 г., основными задачами которого являются формирование культуры здорового образа жизни (ЗОЖ) населения, обеспечение контроля осуществления ЗОЖ на основе разработанных методик и стандартов [4, 5].

Понятие ЗОЖ является отражением взаимосвязи понятий "образ жизни" и "здоровье человека". Если образ жизни — это деятельность людей, их условия жизни, то ЗОЖ — это деятельность людей, направленная на сохранение и укрепление здоровья [3].

Методика исследования

В социологическом исследовании участвовали пациенты и врачи МУЗ Новосибирска городская поликлиника № 13, городская поликлиника № 18, городская клиническая больница № 19. Из 1744 человек в возрасте от 19 до 60 лет было 1530 (87,7%) пациентов и 214 (12,3%) врачей, женщин — 1056 (60,5%), мужчин — 688 (39,5%). Сбор информации осуществляли в 2009 г. выборочным методом с помощью анкетирования (заочного опроса). В анкету были включены основные блоки вопросов, направленных на изучение поведения врача и пациента по формированию ЗОЖ. Респондентам предложено выбрать один или несколько вариантов ответа. При

проведении данного опроса учитывали биоэтические вопросы биомедицинских исследований, сформулированных на основе анализа Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации от 1975 г. (в пересмотре от 1983 г.); статьи 21 Конституции РФ от 12.12.93 г.; статьи 43 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" от 22.07.93 г. Материалы исследования обрабатывали посредством программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования

Данные анкетного опроса представлены в таблице.

Проблема общественной точки зрения на ЗОЖ в современных условиях остается мало изученной и представляется актуальной. В связи с этим было проведено исследование системы поведения врача и пациента, обеспечивающей знания о ЗОЖ пациентам.

При изучении структуры поведения пациентов и врачей по осуществлению ЗОЖ были выделены ее составляющие: это культура и контроль поведения различных социальных групп [1]. Что касается культуры поведения и ее контроля, то можно высказать мнение врачей и пациентов по отношению к данной проблеме.

Среди вопросов были выделены те, которые

Социальная структура поведения пациентов и врачей по осуществлению ЗОЖ пациентов

Структурная единица	Вопрос	Ответ	Количество респондентов	
			абс.	%
<i>Социальная группа — пациенты</i>				
Социальный контроль	Кто должен быть ответственным за ведение ЗОЖ?	Ответственный за ЗОЖ — пациент	1379	90,1
	Как Вы считаете, необходимо ли разработать правила общения врача с пациентом по ведению ЗОЖ?	Я считаю, что необходимо разработать правила общения врача с пациентом	1350	88,2
Социальная культура	Как Вы считаете, должны ли Вы знать и понимать причину развития заболевания, которое имеется у Вас?	Я должен знать и понимать причину развития заболевания, которое имеется у меня	1441	94,2
	По Вашим представлениям, какие составляющие входят в понятие ЗОЖ?	По моим представлениям в понятие ЗОЖ входят такие составляющие, как рациональное питание, оптимальный двигательный режим, закаливание	1381	90,2
	Как Вы считаете, должны ли Вы знать и понимать, как и зачем вести ЗОЖ?	Я должен знать и понимать, как и зачем вести ЗОЖ	1424	93,1
<i>Социальная группа — врачи</i>				
Социальный контроль	Кто должен быть ответственным за ведение ЗОЖ?	Ответственный за ЗОЖ — пациент	188	87,8
	Как Вы считаете, необходима ли разработка стандартов поведения с пациентом по ведению ЗОЖ?	Считаю, что необходимо разработать стандарты поведения врача с пациентом по ведению ЗОЖ	175	81,8
Социальная культура	Ощущаете ли Вы свою "власть" над пациентом от обладания информацией о его здоровье?	Я ощущаю свою "власть" над пациентом от обладания информацией о его здоровье	119	55,6
	Как Вы считаете, какие составляющие с точки зрения доказательной медицины являются основными постулатами ЗОЖ?	Я считаю, что с точки зрения доказательной медицины основными постулатами ЗОЖ являются рациональное питание, оптимальный двигательный режим, закаливание	190	88,7
	Как Вы считаете, должны ли Вы знать и понимать, как и зачем вести ЗОЖ?	Считаю, я должен знать и понимать, как и зачем вести ЗОЖ	205	95,8
	Как Вы считаете, должен ли врач уметь квалифицированно объяснить пациенту о ведении ЗОЖ?	Считаю, что врач должен уметь квалифицированно объяснить пациенту о ведении ЗОЖ	197	92,0

указывают на нормативное регулирование человеческой деятельности по осуществлению ЗОЖ (см. таблицу).

Социальная культура — это коллективное программирование человеческого разума с помощью составляющей знания [7]. Знание — это селективная, определенным способом полученная, в соответствии с какими-либо нормами информация, имеющая значение для определенных социальных групп и общества [2].

При анализе блока вопросов о социальной культуре установлено: 1441 (94,2%) пациент хотят быть информированы о причине развития имеющегося у них заболевания, 1381 (90,2%) знают о принципах ЗОЖ; 190 (88,7%) врачей имеют научно обоснованные знания о ЗОЖ (см. таблицу).

Социальный контроль описывают как способ, упорядочивающий взаимоотношения индивидумов или социальных групп посредством нормативного регулирования [2], через анализ поведения пациента при взаимодействии с врачом. Социальный контроль может быть внешним и внутренним [6].

При рассмотрении блока вопросов по социальному контролю (см. таблицу) обнаружено следующее. 1379 (90,1%) пациентов и 188 (87,8%) врачей полагают, что ответственным за ЗОЖ должен быть сам пациент, такое поведение можно отнести к самоконтролю, или внутреннему контролю, т. е. самостоятельному регулированию поведения [6] пациента по ЗОЖ, 1350 (88,2%) пациентов и 175 (81,8%) врачей считают необходимым разработать стандарты поведения врача с пациентом по ведению ЗОЖ и 119 (55,6%) врачей имеют влияние на пациента, так как обладают определенной информацией о здоровье пациента, что дает право предположить наличие факта применения внешнего контроля в виде воздействия профессиональной системы [6], т. е. врачей, на поведение пациентов по осуществлению ЗОЖ.

Выводы

1. Структурными единицами поведения пациентов и врачей в возрасте от 19 до 60 лет по ЗОЖ яв-

ляются социальный контроль и социальная культура.

2. Социальную культуру выражают значительная часть пациентов (94,2%) в желании обладать информацией об имеющейся у них патологии, а также о принципах ЗОЖ и 95,8% врачей в реализации высокого профессионального потенциала по ЗОЖ.

3. Большинство респондентов — 87,8% врачей и 90,1% пациентов определяют необходимость самоконтроля пациентов по ведению ЗОЖ, однако 81,8% врачей и 88,2% пациентов считают целесообразным спроектировать стандарт или алгоритм поведения врача по отношению к пациенту при осуществлении мероприятий по ЗОЖ, что указывает на низкий уровень внутреннего контроля.

4. Только половина (55,6%) врачей отмечают влияние на пациентов, выражающееся в формировании правильных с точки зрения доказательной медицины привычек по ведению ЗОЖ, на основании чего можно предположить, что внешний контроль находится на невысоком уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков Ю. Г. Социология: Учеб. пособие. — М., 2003. — С. 64—66.
2. Социология: Энциклопедия / Грицанов А. А., Абушенко В. Л., Евелькин Г. М. и др. — М., 2003.
3. Кабаян О. С. Интегративные подходы к формированию здорового образа жизни у школьников: Метод. рекомендации для подготовки к лекциям, лабораторно-практическим занятиям и школьным урокам в старших классах. — Майкоп, 2002. — С. 12—16.
4. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.zdravo2020.ru>.
5. Официальный сайт Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rost.ru>.
6. Решетников А. В. Социология медицины. — М., 2002. — С. 329—333, 366—371.
7. Решетников А. В. Социология медицины. — М., 2007. — С. 28—32.
8. Указ президента Российской Федерации от 9 окт. 2007 г. № 1351: Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. — М., 2007. — С. 1—3, 5, 8, 14.

Поступила 02.08.10

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ РОЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

В статье рассматривается роль диспансеризации населения в профилактике заболеваний на муниципальном уровне. На основе проведенного исследования показано, что требует изменения правовая база диспансерной работы, формы учетно-отчетной документации. Необходимо вернуть в систему диспансеризации смотровые кабинеты и опросные листы с целью персонализированного учета распространенности факторов риска среди населения, утвердить перечень наиболее информативно значимых для диагностики лабораторных и инструментальных видов обследования, развивать экспресс-диагностику, индивидуальные и популяционные оздоровительные технологии, информационную систему в здравоохранении.

Ключевые слова: здоровье сельского населения, профилактика, диспансеризация

THE MEANS OF INCREASING THE ROLE OF DISPANSERIZATION OF POPULATION IN DISEASES PREVENTION IN MUNICIPAL HEALTH CARE

Schepin O.P., Rastegayev V.V.

The article considers the role of dispensation of population in diseases prevention on the municipal level of health care. The study demonstrated the need to change the legal base of dispensation, including the forms of accounting reporting documentation. It is necessary to return into dispensation the patients' examination rooms and checklists to organize the personified registration of risk factors propagation in population. The list of the mostly informative laboratory and instrumental modes of examination important for diagnostics is to be approved. The express-diagnostics, the individual and population health promoting technologies and information health system are to be implemented into public health.

Key words: health, rural population, prevention, dispensation

В данной публикации рассматривается роль диспансеризации населения в профилактике заболеваний на муниципальном уровне. Это уровень городских и сельских поселений, где осуществляется преимущественно вся жизнедеятельность человека, в том числе происходит первичный контакт пациента и медицинского работника. Именно на уровне муниципального здравоохранения в первую очередь решаются проблемы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), развитие которой имеет ключевое значение для обеспечения доступности медицинской помощи. В муниципальном здравоохранении используются наиболее приближенные к населению организационные формы здравоохранения, такие как фельдшерско-акушерские пункты и участковые больницы, врачебные амбулатории и больницы районного и центрального районного уровня; передвижные врачебные бригады и аптеки. Развивается служба врача общей практики.

Вместе с тем муниципальный уровень здравоохранения еще не сформировался так, чтобы полностью удовлетворять потребности населения в медицинской помощи. Это относится в первую очередь к сельскому населению, доля которого составляет более 27% всего населения страны.

Одной из причин сложившейся ситуации является незавершенность правового регулирования муниципального здравоохранения. Анализ полно-

мочий органов местного самоуправления в редакции Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" и редакции этого закона от 14 июля 2008 г. показывает, что полномочия местных органов власти в сфере здравоохранения были пересмотрены радикально и резко ограничены.

Анализ состояния работы по профилактике заболеваний и диспансеризации населения в муниципальных образованиях Серебряно-Прудского, Домодедовского, Зарайского и других районов Московской области показывает, что растет роль программ по профилактике социальных и социально опасных заболеваний. Данные программы имеют достаточное финансирование, установлены сроки исполнения, достигаются ожидаемые результаты, обеспечен контроль исполнения. Это позволило повысить эффективность работы по вакцинопрофилактике и профилактике ряда генетических заболеваний у детей в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье".

Вместе с тем на примере тех же муниципальных образований видно, что нарушена вся исторически сложившаяся система учета пациентов, состоящих на диспансерном учете, оценки состояния их здоровья, перевода из одной группы диспансерного наблюдения в другую.

При полноте охвата диспансерным наблюдением по сельским районам Московской области по отчетным данным за период с 2005 по 2009 г. от 70 до 79% процент выявления ранних стадий заболеваний не соответствует данным показателям. Су-

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

ественных изменений в состоянии здоровья населения не наблюдается. Более того, с 2005 по 2009 г. отмечается рост числа лиц с повышенным артериальным давлением, больных сахарным диабетом, инфарктом миокарда, бронхиальной астмой и другими заболеваниями среди лиц, состоящих на диспансерном учете.

Все это указывает на необходимость радикального пересмотра работы по диспансеризации сельского населения. Требуется изменения правовая база диспансерной работы, формы учетно-отчетной документации. В систему диспансеризации необходимо вернуть смотровые кабинеты и опросные листы с целью персонализированного учета распространенности факторов риска среди населения, утвердить перечень наиболее информативно значимых для диагностики лабораторных и инструментальных видов обследования, развивать экспресс-диагностику, индивидуальные и популяционные оздоровительные технологии, информатизацию этой работы.

Полученные нами данные социологического исследования, в котором участвовали 400 врачей, работающих в муниципальных учреждениях здравоохранения, показывают, что среди причин позднего обращения к врачу отмечается непонимание возможных осложнений (68,7%); желание скрыть от окружающих наличие заболевания (46,9%); отсутствие знаний по профилактике заболеваний (45,8%); надежда, что болезнь пройдет без медицинской помощи (41,6%); боязнь осложнений в семейной жизни (39,2%); страх потерять работу (32,2%). Более 18% опрошенных врачей среди причин позднего обращения пациентов за медицинской помощью отмечают недоверие к медицине.

По данным социологического исследования, участие в котором приняли 800 пациентов, проживающих в сельской местности, выявлено, что среди причин позднего обращения к врачам пациенты чаще всего называют социально-психологические. Из числа опрошенных 38% респондентов связывают состояние здоровья с собственным отношением к здоровью, 18% — с материально-бытовыми условиями, 16% — с состоянием окружающей среды и 14% — с системой здравоохранения. Полученные данные свидетельствуют о том, что население положительно оценивает работу врачей по формированию здорового образа жизни и осознает личную ответственность за свое здоровье.

В то же время каждый пятый опрошенный пациент не доверяет медицине, боится осложнений в семейной жизни, страшится потерять работу. В оценке врачей и пациентов проявляются новые реалии жизни, свидетельствующие об изменении ценностей и нравственного авторитета медицинской профессии.

Результаты социологического исследования, посвященного путям развития профилактики заболеваний и диспансеризации населения в сельской местности с участием врачей, пациентов и экспертов, показали, что первые три ранговых места отданы таким мероприятиям, как проведение основ профилактической работы в детском саду, школе (275 баллов); повышение социальной защищенности медицинских работников на селе (210 баллов); активное участие средств массовой информации в освещении проблем алкоголизма, наркомании,

токсикомании и здорового образа жизни; сотрудничество здравоохранения с другими секторами (195 баллов).

Одной из приоритетных является задача по созданию базы данных факторов риска развития заболеваний и методов экспресс-диагностики, их использование в условиях муниципального здравоохранения. Почти 80% из числа опрошенных экспертов отмечают необходимость учета факторов риска развития заболеваний, 65% — новых достижений медицинской науки, уже внедренных в практику здравоохранения, 50% — использования экспресс-диагностики, улучшения и ускорения клиничко-лабораторного обслуживания. Вопрос о внедрении научных достижений становится одним из актуальных в работе по диспансеризации населения.

Отмечается также, что при дальнейшем проведении структурных преобразований следует учитывать необходимость создания новых учреждений медико-социальной помощи, особенно для подростков, взятых на учет в связи с употреблением наркотиков, и ВИЧ-инфицированных, а также домов сестринского ухода и хосписов для одиноких и престарелых больных, которые не в состоянии ухаживать за собой.

В работе по формированию здорового образа жизни необходимо шире опираться на семью, школы здоровья, объединения пациентов и другие формы коллективной общности, используя при этом различные технологии работы (школы здоровья по гипертонии, сахарному диабету; новые формы работы с участием администрации, органов здравоохранения, образования, опеки и попечительства, духовенства, ветеранов войны и труда и других представителей общественности). За период с 2005 по 2009 г. в области в целом в результате работы в школах здоровья отмечается повышение выявляемости больных артериальной гипертонией; снижение уровня первичной инвалидизации от болезней системы кровообращения; снижение на 8% частоты ампутаций у пациентов с сахарным диабетом; снижение частоты ретинопатии и других заболеваний.

Очевидно, что для оптимизации работы по диспансеризации населения необходимо экономическое стимулирование работы, совершенствование подготовки медицинских кадров по вопросам диспансеризации населения. Основные меры по сохранению и укреплению здоровья сельского населения должны включать проведение диспансерного наблюдения на амбулаторном этапе, оздоровление и коррекцию имеющихся нарушений здоровья, санаторно-курортное лечение. Необходимо каждое обращение населения в ЛПУ использовать для проведения индивидуальной профилактической работы с пациентом. Перспективным является внедрение автоматизированных медицинских осмотров населения.

В комплексе мер по развитию профилактики и диспансеризации населения важно постоянное внимание к механизмам обеспечения правового и социального статуса медицинских работников на селе с предоставлением льгот, которые были у работников сельского здравоохранения в советский период.

Целесообразно регулярно проводить опросы населения, знакомить их с результатами анализа, рас-

смаывая эту работу как информационную и одновременно коммуникационную, формирующую ориентацию на взаимное доверие населения и медицинских работников, культ здоровья и личную ответственность за его сохранение. За последние годы в Московской области построено несколько десятков спортивных сооружений, включая многофункциональные комплексы, ледовые дворцы, физкультурно-оздоровительные комплексы, дворовые спортивные площадки, бассейны и др. Активное привлечение сельских жителей к занятиям физкультурой и спортом реально направлено на оздоровление населения.

В условиях сельской местности проведение диспансеризации населения может выйти из чисто формальных рамок при учете специфики оказания медицинской помощи на селе. Прежде всего необходимо видеть, что принцип этапности получения медицинской помощи является подчас фактором, препятствующим получению медицинской помощи должного уровня при наличии целого ряда препятствий коммуникационного, организационного, психологического, экономического и другого характера. В силу этого в современных условиях обеспечение равных прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь требует дополнения принципа этапности "встречным" движением в форме выездных бригад, независимых экспертов, юристов.

Одним из главных является вопрос о дальнейшем развитии ПМСП, заложенных в ее основе ценностей и принципов, включая солидарность, социальную справедливость, всеобщий доступ к услугам, межсекторальные усилия и участие общин.

Вопрос о нравственности и ценностях в современном обществе является одним из актуальных и для здравоохранения. Изменение ценностей охватывает системы здравоохранения в разных странах. Если следовать периодизации ВОЗ "Политика реформ здравоохранения и ее глобальные волны", то на 70—80-е годы пришлась вторая волна, связанная с принятием глобальной социальной цели достижения здоровья для всех. Для этого периода характерно усиление ПМСП после проведения в Алматы конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ в 1978 г. С 90-х годов по настоящее время проходит третья волна периодизации, в которой к целям здоровья для всех и усиления ПМСП добавились определение и усиление влияния государства и общества на политику и практику здравоохранения, поиски эффективных путей финансирования, структурирования и повышения качества здравоохранения, освоение достижений научно-технического прогресса и требований глобализации.

"Поведение" самой системы в условиях нарастающей глобализации неоднозначно, так как здравоохранению в условиях глобализации, включая муниципальный уровень, крайне сложно удерживаться в пределах ранее действовавших социальных и этических норм. Это находит отражение в принятии медицинским сообществом идеологии платной медицинской помощи, оказываемой в рамках государственной или муниципальной системы здравоохранения; в отсутствии общественного сопротивления нарастающему потоку фальсифицированных лекарств, которые выбрасываются на рынок вопреки всем этическим нормам медицин-

ской профессии. Происходит все больший разрыв со всеми социально ориентированными принципами и правилами не только правовой легитимности, но и нравственного уклада медицинской профессии.

В силу этого начинает использоваться метод прямого или косвенного навязывания силой даже тех управленческих решений и технологий, которые не получили поддержки граждан и профессионалов, которых они в первую очередь касаются. В качестве примеров можно привести постановление Правительства Российской Федерации № 27 от 13 января 1996 г. "Правила предоставления платных медицинских услуг", Закон РФ № 122 о монетизации льгот и реализации новой схемы лекарственного обеспечения. Данные меры привели к накоплению негативных последствий, в том числе к теневой оплате населением медицинских услуг.

Только на основе использования всех возможностей для оптимизации диспансеризации населения можно на ПМСП возлагать те задачи, которые поставлены в "Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года". Основной акцент сделан на приоритетном обеспечении населения прикрепленной территории (или учреждения), прежде всего здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью.

Целевыми показателями работы амбулаторно-поликлинических учреждений в Концепции планируется сделать такие показатели, как доля здоровых людей всех возрастных групп от общего числа прикрепленного населения и процент выявления ранних стадий заболеваний среди всех впервые выявленных. При этом оплату первичной медико-санитарной помощи планируется проводить на основании дифференцированных тарифов за посещение (в целях профилактики, лечения, активного или пассивного патронажа) с последующим переходом на подушевые нормативы прикрепленного населения. Тарифы на посещение планируется устанавливать таким образом, чтобы на первом этапе стимулировать повышение профилактической направленности ПМСП.

При позитивной оценке названных мер очевидно, что данные направления и реальная практика современного периода развития ПМСП еще сильно расходятся и потребуются значительные усилия, чтобы преодолеть это расхождение.

В заключение отметим, что состояние первичного звена здравоохранения, направленность его не только на лечение, но и на проведение диспансеризации имеют принципиальное значение для развития всей идеологии профилактики заболеваний. Действия в этих направлениях позволят повысить роль диспансеризации в профилактике заболеваний, что в свою очередь является необходимой предпосылкой сохранения и укрепления здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проблемы сельского здравоохранения / Под науч. ред. В. И. Стародубова. — М., 2002.
2. Семенов В. Ю., Скворцова Е. С. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2009. — № 1. — С. 3—8.
3. Шепин О. П. // Тер. арх. — 1984. — № 1. — С. 3—8.
4. Шепин О. П., Шепин В. О., Петручук О. Е. // Бюл. Нац. НИИ обществ. здоровья. — 2009. — Вып. 1. — С. 161—168.

Поступила 31.03.11

СОКРАЩЕНИЕ НЕЭФФЕКТИВНЫХ РАСХОДОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет

В статье представлены данные анализа эффективности расходования бюджетных средств в сфере здравоохранения Иркутской области за период 2007—2010 гг. Полученные результаты свидетельствуют о правильности и эффективности выбранной Министерством здравоохранения региона стратегии по проведению мероприятий, направленных на сокращение неэффективных расходов при оказании медицинской помощи населению области.

Ключевые слова: здравоохранение, бюджетные средства, неэффективные расходы

THE REDUCTION IN NON-EFFECTIVE EXPENDITURES AS THE INDICATOR OF EVALUATION OF FUNCTIONING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM OF THE SUBJECT OF THE RUSSIAN FEDERATION

Alekseyeva N.Yu.

The article presents the data related to analysis of effectiveness of budget expense in public health system of Irkutskaya oblast in 2007-2010. The results testify the accuracy and effectiveness of the strategy of ministry of health concerning the activities related to the reduction of non-effective expenditures during medical care provision to oblast population.

Key words: public health, budget, non-effective expenditures

Стратегической целью реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации является разработка и реализация бюджетной политики государства в соответствии с заявленными приоритетами, а также повышение эффективности и результативности бюджетных расходов. В связи с этим в бюджетной системе активно начата интеграция механизмов стратегического планирования и обеспечения результативности бюджетных расходов с точки зрения решения приоритетных задач социально-экономического развития.

Указом Президента РФ от 28.06.2007 г. № 825 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ" (в редакции указов Президента РФ от 28.04.08 г. № 606 и от 13.05.10 г. № 579) с учетом постановлений Правительства РФ от 01.04.10 г. № 212 и от 26.07.10 г. № 542 «О внесении изменений в постановление Правительства РФ от 15.04.09 г. № 322 "О мерах по реализации указа Президента РФ от 28.06.07 г. № 825» определен перечень показателей, по которым оценивается эффективность деятельности органов исполнительной власти в различных бюджетных сферах, включая систему здравоохранения [1—3].

В соответствии с вышеперечисленными нормативно-правовыми документами по итогам работы за период 2007—2010 г. нами была проведена оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти Иркутской области, в том числе оценка эффективности использования бюджетных средств, в сфере здравоохранения. Одним из основных показателей, на основании которого оценивается эффективность расходования бюджетных средств, является доля неэффективных расходов в сфере здравоохранения, представляющая удельный вес объема неэффективных расходов в сфере здравоохранения в общем объеме расходов области в данной отрасли (консолидированный бюджет области и бюджеты территориальных государственных

внешнебюджетных фондов). По динамике данного показателя в Иркутской области наблюдается негативная тенденция к увеличению с 6,81% в 2007 г. до 8,55% в 2008 г. и 8,61% в 2009 г. (превышение на 13,1% среднероссийского показателя, равного 7,6%), однако по итогам работы в 2010 г. ожидается снижение доли неэффективных расходов в сфере здравоохранения до 6,16%.

Абсолютный объем неэффективных расходов на здравоохранение Иркутской области при оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти составил в 2007 г. 1575 млн руб., в 2008 г. 1809 млн руб., в 2009 г. 1732 млн руб., в 2010 г. 1271,5 млн руб. (ожидаемое значение) (см. таблицу).

Наибольший удельный вес в структуре неэффективных расходов приходится на расходы, связанные с управлением кадровыми ресурсами, и за период 2007—2010 гг. он составил предположительно в среднем 79,2% (см. таблицу). Неэффективное использование бюджетных средств при управлении кадровыми ресурсами привело к формированию неэффективных расходов в 2007 г. в объеме 1 173 млн руб., в 2008 г. — 1283 млн руб., в 2009 г. — 1440 млн руб., в 2010 г. — 1115,2 млн руб. (ожидаемое значение).

Негативная динамика неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами в 2007—2009 гг. с предполагаемым сохранением высокого уровня в 2010 г. связана с превышением нормативного значения численности прочего персонала, в том числе младшего медицинского. В среднем за период 2007—2009 гг. превышение составило 63,7%: при целевом значении численности прочего персонала в 2007—2009 гг. в среднем 54,6 на 10 тыс. населения среднее фактическое значение составило 89,4 на 10 тыс. населения. Согласно прогнозным данным на начало 2011 г., фактическая численность данной категории персонала значительно снизится (70,7 на 10 тыс. населения) и превысит нормативное значение (54,6 на 10 тыс. населения) лишь на 29,5%.

Структура и объем неэффективных расходов (в %) в сфере здравоохранения Иркутской области за период 2007—2010 гг. по причинам их формирования

Причина формирования неэффективных расходов	2007		2008		2009		2010 (ожидаемое значение)	
	млн руб.	%	млн руб.	%	млн руб.	%	млн руб.	%
Управление кадровыми ресурсами	1173	75,1	1283	70,9	1440	83,1	1115,2	87,7
Управление стационарной медицинской помощью	375	23,2	502	27,8	266	15,4	137,8	10,8
Управление скорой медицинской помощью	27	1,7	24	1,3	26	1,5	18,4	1,5
Всего...	1575	100	1809	100	1732	100	1271,5	100

Неэффективные расходы при управлении врачебным и средним медицинским персоналом за анализируемый период отсутствовали, так как фактическая численность врачей и средних медицинских работников в области находится на уровне ниже целевых региональных значений. Так, за 2007—2010 гг. средняя фактическая обеспеченность врачебным персоналом составила 32,2 на 10 тыс. жителей (при целевом значении в среднем 38,1 на 10 тыс. населения), средним медицинским персоналом — 91,1 на 10 тыс. населения (при целевом значении в среднем 152,4 на 10 тыс. населения, исходя из рекомендуемого нормативного соотношения врачебного и среднего персонала 1:4).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости продолжения оптимизации кадрового состава работников учреждений здравоохранения с передачей лечебно-профилактическими учреждениями на аутсорсинг немедицинских функций.

Удельный вес неэффективных расходов при управлении объемами и стоимостью *стационарной медицинской помощи* в области составил в среднем за рассматриваемый 4-летний период 19,3%, снизившись с 23,2% в 2007 г. до 10,8% в 2010 г. (ожидаемое значение) (см. таблицу).

За период 2007—2010 гг. произошло постепенное снижение на 4,6% объема оказанной стационарной медицинской помощи в расчете на 1 жителя в год в рамках территориальной программы государственных гарантий: с 3,48 в 2007 г. до 3,33 койко-дня в 2009 г., что отражает динамику изменения аналогичного показателя по РФ. При этом процент превышения нормативного показателя фактического объема стационарной помощи снизился на 4,9% и достиг на конец 2009 г. уровня, превышающего норматив на 8,5%. Прогнозируемое значение данного показателя на конец 2010 г. составляет 3,2 койко-дня на 1 жителя в год, что выше нормативного показателя на 4,4%. Это свидетельствует о сохраняющемся на высоком уровне показателе госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения и необходимости дальнейшего проведения мер, направленных на снижение объема оказываемой в условиях круглосуточного стационара медицинской помощи за счет переноса основного ее объема на амбулаторно-поликлиническое звено.

Таким образом, размер неэффективных расходов при управлении объемами и стоимостью стационарной медицинской помощи с учетом корректирующих коэффициентов стоимости единицы помощи, используемых при определении доли неэффективных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение области, составил в 2007 г. 375 млн руб., в 2008 г. 502 млн руб., в 2009 г.

266 млн руб. и в 2010 г. (ожидаемое значение) 137,8 млн руб. (см. таблицу). Одной из причин резкого увеличения объема неэффективных расходов при оказании стационарной медицинской помощи жителям региона в 2008 г. являлось увеличение на 43,5% расходов на содержание 1 койко-дня в рамках территориальной программы государственных гарантий в связи с трехкратным увеличением федеральных средств на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области.

Неэффективные расходы, связанные с другими показателями деятельности стационарных учреждений — превышение норматива числа развернутых коек, недостаточная занятость больничных коек и высокая длительность пребывания на койке — за период 2007—2010 гг. в Иркутской области отсутствуют.

Доля неэффективных расходов при управлении объемами и стоимостью *скорой медицинской помощи* (СМП) в Иркутской области по итогам 2009 и 2010 гг. (1,5%) имеет тенденцию к снижению в сравнении с 2007 г. (1,7%) (см. таблицу). Проведенная по итогам 2007—2010 гг. оценка эффективности управления СМП в Иркутской области свидетельствует о том, что объемы оказанной СМП в расчете на 1 жителя в 2010 г. снизились по отношению к 2007 г. на 6,8% и превышают нормативный для Иркутской области показатель за рассматриваемый период в среднем на 14%: в 2007 г. — на 18,2%, в 2008 г. — на 13,5%, в 2009 г. — на 16,1%, в 2010 г. — на 8,8%.

Неэффективные расходы по СМП с учетом корректирующих коэффициентов стоимости единицы помощи, используемых при определении доли неэффективных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение, составили в 2007 г. 27 млн руб., в 2008 г. 24 млн руб., в 2009 г. 26 млн руб. и в 2010 г. 18,4 млн руб. (см. таблицу). На увеличение объема неэффективных расходов по СМП в 2009 г. в сравнении также повлияло значительное повышение стоимости 1 вызова бригады СМП (на 62,8%) с 862 руб. в 2007 г. до 1404 руб. в 2009 г.

Если рассматривать структуру сложившихся неэффективных расходов в разрезе видов учреждений здравоохранения, то по итогам 2007—2010 гг. наибольшая доля неэффективных расходов (в среднем более 91%) приходится на муниципальные учреждения здравоохранения. При этом необходимо отметить, что весь объем неэффективных расходов, рассчитанных при оценке эффективности управления объемами и стоимостью стационарной и скорой медицинской помощи в области, приходится только на муниципальные учреждения здравоохранения.

В государственных учреждениях здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Иркутской области, полученный в 2007—2010 гг. весь объем неэффективных расходов связан с дефектами в управлении кадровыми ресурсами.

В целом, по оценке Минрегионразвития РФ, Иркутская область по эффективности расходования бюджетных средств в сфере здравоохранения занимала по достигнутому уровню в 2007 г. 47-е место среди всех субъектов РФ, в 2008 г. опустившись на 53-е место, однако по итогам работы в 2009 г. региону удалось значительно улучшить свои показатели эффективности расходования бюджетных средств в области здравоохранения и занять 42-е место. По динамике основных показателей эффективности здравоохранения (в сравнении с уровнем предыдущего года) в 2008 г. Иркутская область находилась на 43-м месте, в 2009 г. — на 48-м месте среди всех субъектов РФ.

С целью снижения неэффективных расходов Министерством здравоохранения Иркутской области в 2009 г. был разработан и начал реализовываться следующий план мероприятий:

— снижение объемов затратных видов медицинской помощи (скорой и стационарной) в территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

— оценка исполнения объемных показателей по стационарной и скорой медицинской помощи в муниципальных образованиях области с проведением анализа по территориям, имеющим превышение рекомендуемых объемов медицинской помощи;

— анализ непрофильной и необоснованной госпитализации в муниципальные учреждения здравоохранения области с разработкой мероприятий по оптимизации коечной сети;

— проведение дальнейших мероприятий в отношении рационального распределения больничных коек по уровням оказания медицинской помощи (муниципальный и областной), планомерная работа по передаче самостоятельных специализированных диспансеров, больниц в областную собственность, их реорганизации;

— организация перехода на оплату стационарной помощи за пролеченного больного (законченный случай лечения), оказанной в рамках обяза-

тельного медицинского страхования;

— совершенствование взаимодействия органов управления здравоохранением муниципальных образований, муниципальных учреждений здравоохранения с государственными учреждениями здравоохранения по вопросам направления пациентов.

Главами администраций и руководителями органов управления здравоохранением муниципальных образований области были разработаны и согласованы с Министерством здравоохранения региона планы мероприятий по сокращению неэффективных расходов местных бюджетов на здравоохранение, включавшие развитие амбулаторно-поликлинической помощи и стационарозамещающих технологий; активное взаимодействие с государственными учреждениями здравоохранения, органами управления здравоохранением других муниципальных образований и органами социального обеспечения по передаче пациентов в интернаты и другие организации.

Предполагаемое по итогам работы в 2010 г. значительное снижение доли неэффективных расходов в сфере здравоохранения региона свидетельствует о правильности и высокой эффективности стратегии, выбранной Министерством здравоохранения Иркутской области по проведению мероприятий, направленных на сокращение неэффективных расходов. Учитывая дальнейшую успешную реализацию указанных выше мероприятий по обязательной параллельной оптимизацией кадрового состава учреждений здравоохранения, в будущем станет возможным полное устранение неэффективных расходов в сфере здравоохранения, что позволит высвободить внутренние резервы для проведения в регионе модернизации инфраструктуры отрасли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.04.2010 г. № 212 "О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2009 г. № 322". — М., 2010.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.07.2010 № 542 "О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2009 г. № 322". — М., 2010.
3. Указ Президента Российской Федерации от 28.06.2007 г. № 825 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ". — М., 2008.

Поступила 14.01.11

С. А. Белякин, Т. В. Казакова, Т. Н. Брескина, А. А. Азбаров, М. М. Ковальчук

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ФГУ 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого Министерства обороны Российской Федерации,
Красногорск

Успешная деятельность любой медицинской организации, нацеленная на повышение удовлетворенности потребителя, невозможна без использования современных методов и технологий управления качеством. Среди них ведущее значение имеют социально-психологические методы на основе системного подхода и инноваций. Эта работа предполагает обязательное вовлечение самих медицинских работников и направление их усилий на постоянное совершенствование деятельности.

Целью настоящей работы являлась разработка системы социально-психологического обеспечения ее базового элемента — этического стандарта медицинских работников.

Вовлечение всего персонала медицинской организации позволяет формировать у сотрудников приверженность постулатам этического стандарта, снижать риски сопротивления нововведениям.

Комплексный подход к созданию в структуре системы менеджмента качества подсистемы социально-психологического обеспечения, практическому внедрению и совершенствованию всех ее составляющих обеспечивает повышение эффективности деятельности, устойчивое развитие и конкурентоспособность современной медицинской организации.

Ключевые слова: качество, персонал, социально-психологическое обеспечение, корпоративная культура, удовлетворенность, ориентация на потребителя, лидерство в области качества, система менеджмента

THE SOCIAL PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT IN MEDICAL ORGANIZATION

Beliakin S.A., Kazakova T.V., Breskina T.N., Azbarov A.A., Kovalchuk M.M.

The effective activities of any medical organization targeted to enhance the consumer's satisfaction require the implementation of the actual techniques and organizational technologies of quality management. The social psychological techniques based on the system approach and up-to-date innovations play the key role. The study intends a required involvement of medical personnel and direction of their efforts to the continual enhancement of their activities. The core purpose of the study was to develop the system of social psychological support of its basic element - the ethical standard of medical personnel. The involvement of all personnel in the medical organization makes it possible to develop in employees the commitment to the postulates of ethical standard and to decrease the risks of opposition to innovations. The comprehensive approach of developing of the subsystem of social psychological support within the structure of the quality management system to facilitate the practical implementation and improvement of all components is considered. This design ensures the amelioration of effectiveness of activities, sustainable development and competitiveness of modern medical organization.

Key words: quality, personnel, social psychological support, corporative culture, satisfaction, consumer targeting, quality leadership, management system

Понятие корпоративной культуры относится к принципиально важным элементам функционирования всей организации и является реальным фактором повышения конкурентоспособности. По данным журнала "Карьера", в США около 70% выпускников МВА при устройстве на работу интересовались типом корпоративной культуры компании, 37% — историей компании и лишь 28% — карьерными перспективами. В России только начинают обращать внимание на корпоративную культуру и задумываться о необходимости ее формирования [7]. Создание корпоративной культуры, соответствующей стратегическим целям повышения эффективности и конкурентоспособности медицинской организации, обеспечивается путем использования современных методов и технологий управления, среди которых все большее значение приобретают социально-психологические методы [1, 2, 15]. Достижения в области социальной психологии позволяют по-новому взглянуть на проблемы трудовой мотивации медицинских работников, социально-психологического и информаци-

онного обеспечения процесса управления здравоохранением, особенно в период его реформирования [2, 8, 9, 16, 17].

Несмотря на активное изучение проблемы управления качеством медицинской помощи (КМП) как важнейшей научно-практической задачи современного здравоохранения, работы, в которых представлены социально-психологические технологии повышения КМП на основе системного подхода и инноваций, немногочисленны [3, 5, 6, 8—10, 15, 17]. В то же время решение проблемы обеспечения и повышения КМП невозможно без привлечения к этому вопросу самих медицинских работников и их усилий, направленных на достижение и постоянное повышение качества на каждом рабочем месте [1, 10—14].

В системе менеджмента качества (СМК) медицинской организации (МО) основные элементы социально-психологического обеспечения (СПО) как подсистемы менеджмента качества мы представили в их неразрывной взаимосвязи, опираясь на подходы, применяемые в Модели Премии Правительства РФ в области качества, где все критерии группы "Результаты" работы организации имеют 2 составляющие [4]:

— первая составляющая характеризует то, что по этому поводу думают сам потребитель (пациент) и персонал, т. е. представляет их "прямой голос".

С. А. Белякин — д-р мед. наук, начальник госпиталя (zhospital@mail.ru); Т. В. Казакова — мед. психолог (Q3cmch@yandex.ru); Т. Н. Брескина — д-р мед. наук, нач. отделения (Q3cmch@yandex.ru); А. А. Азбаров — канд. мед. наук, зав. отделением (azbarov@mail.ru); М. М. Ковальчук — экономист (mi-hail.kovalchuk@yandex.ru)

Усилия МО должны быть направлены на получение такой информации и ее изучение, определение социально-психологических методов работы в направлении получения этой непосредственной информации;

— вторая составляющая характеризует то, что делает сама организация для максимального обеспечения удовлетворенности пациентов и всех заинтересованных сторон (персонала, общества, государства).

Именно с этих позиций мы рассматриваем подсистему СПО СМК в госпитале и ее основные взаимосвязанные элементы, базисом которой является этический стандарт, а основной движущей силой — система мотивации персонала (см. рисунок).

Целью настоящей публикации является представление подходов к формированию базового элемента подсистемы СПО СМК — этического стандарта медицинских работников МО (см. приложение). Этический стандарт — важная составляющая формирования и поддержания корпоративной культуры МО, важнейший механизм реализации ее ценностей и миссии. Этический стандарт — это кодекс поведения персонала МО, которая стремится быть учреждением высокой культуры.

Целью разработки этического стандарта являлось определение фундаментальных принципов и этических норм профессионального поведения и ответственности.

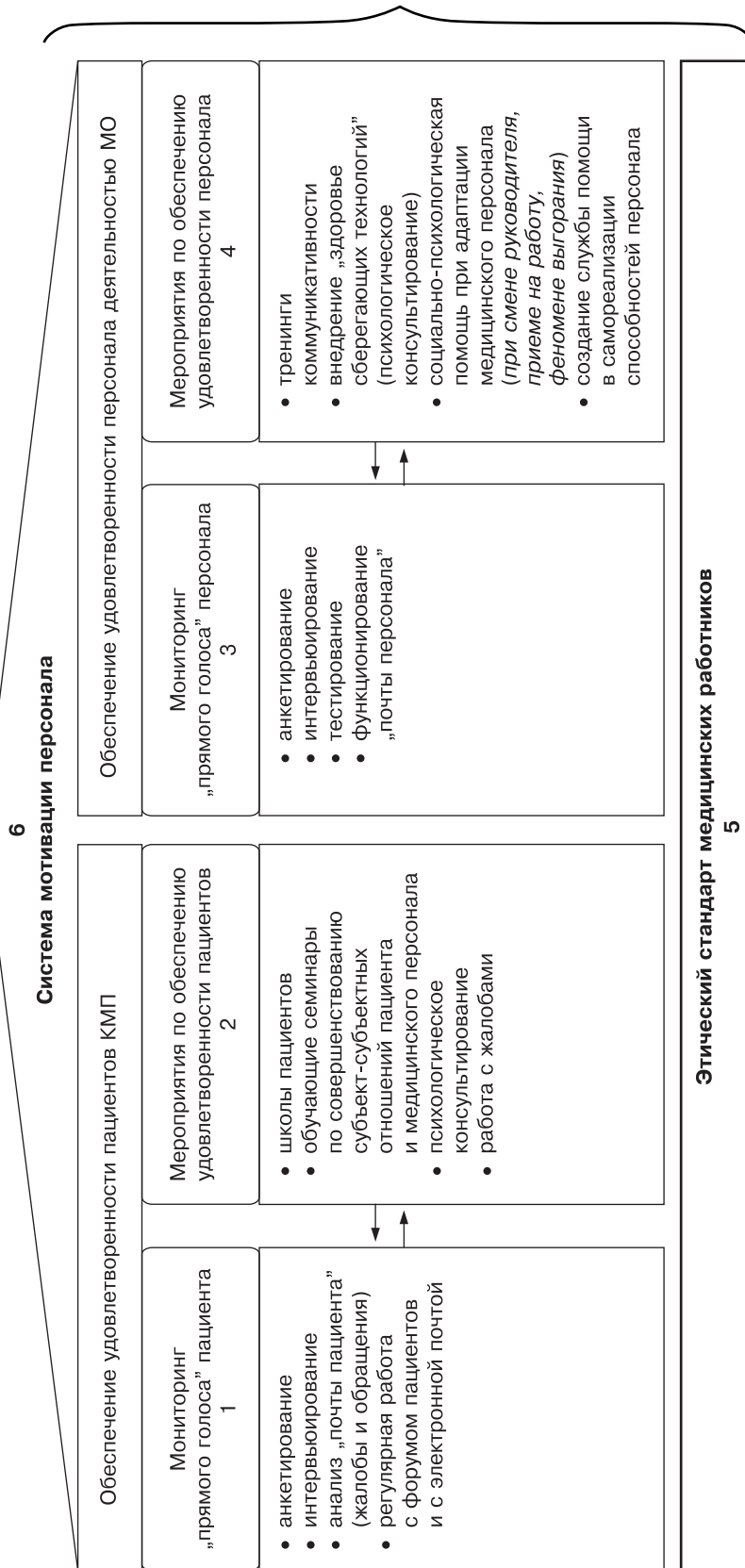
Главной задачей внедрения этического стандарта было формирование условий для гармоничной взаимосвязи мотивации в работе каждого сотрудника с плодотворной деятельностью госпиталя.

Этический стандарт сводом норм медицинской этики и деонтологии, поведения работников в процессе предоставления квалифицированной и качественной, доступной и своевременной медицинской помощи, направленных на формирование доверия к профессиональной деятельности медицинских работников и повышение их статуса и имиджа МО в обществе.

При совершенствовании подсистемы СПО мы опирались на ключевые идеи эффективного бизнеса Т. Питерса [17].

Этический стандарт был разработан в отделе управления КМП госпиталя, вынесен на широкое обсуждение на всех уровнях (главных специалистов, начальников подразделений и персонала) и подвнесен юридической проработке.

Таким образом, в обсуждение и разработку согласованного варианта этического стандарта был вовлечен весь коллектив госпиталя, что позволило сплотить персонал уже на стадии формирования



Основные элементы социально-психологического обеспечения СМК в МО.

принципов внутрикорпоративной культуры, сформировать у сотрудников приверженность постулатам этического стандарта, снизить риски сопротивления нововведениям.

В перспективе этический стандарт будет регулярно подвергаться оценке и пересмотру на основе

предложений персонала по его совершенствованию.

Основные разделы этического стандарта планируется включать в перечень этических индикаторов системы мотивации персонала при определении стимулирующих выплат.

Таким образом, комплексный подход к созданию в структуре СМК подсистемы СПО, практическому внедрению и совершенствованию всех ее составляющих обеспечивает повышение эффективности деятельности, устойчивое развитие и конкурентоспособность современной МО.

Подсистема СПО является важнейшим индикатором деятельности современной МО и одним из

основополагающих факторов ее устойчивого развития и непрерывного повышения КМП.

СМК современной МО рассматривается в единстве ее составляющих: основного производственного процесса (лечебно-диагностического) и деятельности подразделений обеспечения. С этих позиций наряду с этическим стандартом для медицинского персонала, включающим требования для специализированных видов деятельности, оправдано создание единого этического стандарта для всего персонала МО на основе общих этических принципов. Это станет предметом нашей дальнейшей работы.

Приложение

Этический стандарт медицинских работников

ФГУ "3-й ЦВКГ им. А. А. Вишневого Министерства обороны Российской Федерации"

(ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ)

Высокая корпоративная культура организации — важнейшее условие ее устойчивого развития в современных условиях и конкурентоспособности на рынке медицинских услуг.

Этический стандарт медицинских работников — это кодекс поведения медицинского персонала госпиталя, который стремится быть учреждением высокой культуры.

Целью Этического стандарта медицинских работников госпиталя является определение фундаментальных принципов и этических норм профессионального поведения и ответственности.

Главная задача Этического стандарта медицинских работников — формирование условий для гармоничного сочетания плодотворной деятельности госпиталя и работы каждого сотрудника.

Стандарт является сводом норм медицинской этики и деонтологии поведения работников в процессе предоставления квалифицированной и качественной, доступной и своевременной медицинской помощи пациентам, направленных на формирование доверия к профессиональной деятельности медицинских работников и повышение их статуса и имиджа в обществе.

Наше основное правило — мы работаем для решения проблем со здоровьем пациента.

В статус сотрудника ФГУ 3-й ЦВКГ им. А. А. Вишневого Министерства обороны Российской Федерации (далее — госпиталь) входят не только функциональные, но и поведенческие обязанности, которые предполагают строгое соблюдение морально-этических и деонтологических правил общения медицинского работника и пациента.

Пациенту предоставляется информация о возможности учреждения в отношении обследования, лечения и профилактики основного и сопутствующих заболеваний.

Этический стандарт госпиталя включает:

1. Стандарт поведения медработника с пациентом.
2. Стандарт поведения медработника с пациентом в конфликтных ситуациях.

3. Стандарт поведения с коллегами.
 4. Стандарт ведения телефонных разговоров.
 5. Стандарт внешнего вида медработника.
- 1. Стандарт поведения медработника с пациентом.*

При знакомстве с пациентом медработник должен следовать следующей схеме:

- представиться;
- узнать, как зовут пациента;
- вести беседу доброжелательно, приятным голосом;
- ознакомить пациента с отделением;
- помочь пациенту обустроиться в палате, представить его другим пациентам;
- ознакомить с режимом работы отделения.

При беседе с пациентом медработник должен следовать следующим требованиям:

- правильно задавать вопросы;
- до конца выслушивать ответы;
- сообщать в доступной форме информацию о состоянии его здоровья;
- следить за своими мимикой, жестами и интонацией.

Медицинские работники должны обеспечивать содействие выздоровлению пациента:

- демонстрировать правильное понимание пожеланий пациента и проявлять участие к его просьбам;
- при необходимости уметь извиниться перед пациентом в корректной форме;
- стараться уменьшить влияние последствий неблагоприятной для пациента ситуации всеми доступными средствами.

2. Стандарт поведения медработника с пациентом в конфликтных ситуациях.

1. Предложите пациенту высказать свои претензии и возможные, на его взгляд, варианты решения конфликта.
2. Попытайтесь снизить агрессивный настрой пациента, используя различные приемы. Выстраивайте диалог "на равных".
3. Не давайте пациенту как личности отрица-

тельных оценок, а говорите о своем отношении к конкретным действиям и поступкам.

4. В любом случае дайте возможность пациенту "сохранить лицо". Сдержите первую ответную реакцию "агрессией на агрессию".

5. Независимо от результатов взаимодействия с пациентом сохраняйте деловые отношения сотрудничества в решении проблем со здоровьем пациента.

6. Доложите о конфликте своему руководителю.

3. Стандарт поведения с коллегами.

3.1 Этический кодекс врача госпиталя.

— Во взаимоотношениях с коллегами от врача требуются честность, справедливость, доброжелательность, порядочность, уважительное отношение к знаниям и опыту коллег, готовность передать им свой опыт и знания;

— критика в адрес коллег должна быть аргументированной, неоскорбительной, без дискредитации личности и авторитета коллеги: критикуется не личность коллеги, а его профессиональные знания и поступки;

— недопустимы негативные высказывания в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц;

— для защиты чести и достоинства врач может обращаться в этическую комиссию госпиталя.

— врач не вправе препятствовать выбору пациентом другого лечащего врача. Свою профессиональную репутацию врач создает только на основе результатов своей работы и не должен заниматься саморекламой. Вместе с тем он имеет право на распространение информации о своих профессиональных навыках и квалификации;

— врач обязан сохранять чувство благодарности

и уважения к своим учителям и коллегам, научившим его врачебному искусству;

— врач должен делать все от него зависящее по созданию в трудовом коллективе благоприятного морально-психологического климата, активно участвовать в работе врачебной ассоциации, защищать честь и достоинство своих коллег, препятствовать медицинской практике бесчестных и некомпетентных коллег, способных нанести ущерб здоровью пациентов и интересам учреждения;

— врач обязан с должным уважением относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, а также содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

3.2 Этический кодекс медицинской сестры госпиталя.

— во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт;

— медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, а также оказывать содействие всем участникам лечебного процесса;

— медицинская сестра должна стремиться к тому, чтобы ее знания и опыт были объективно оценены коллегами на основе объективных критериев оценки сестринской деятельности;

— медицинская сестра должна избегать отрицательных высказываний о работе коллег в присутствии пациентов и их родственников. Завоевание авторитета путем дискредитации коллег не допускается;

— высокий профессионализм медицинской сестры — важнейший фактор коллегиальных взаимоотношений.

5. Стандарт внешнего вида медработника госпиталя

Элементы корпоративной формы	Женщины	Мужчины
Одежда	Обязателен бейдж установленного образца Требование: одежда классического фасона Не допускается: глубокие декольте яркие расцветки служебной одежды	Обязателен бейдж установленного образца Требование: классического фасона
Обувь	Требование: чистая сменная обувь Не допускается: обувь яркой расцветки	Требование: чистая сменная обувь Не допускается: обувь яркой расцветки
Волосы	Требование: аккуратная прическа	Требование: аккуратная прическа
Лицо	Требование: естественные тона макияжа	Требование: чисто выбритое либо с ухоженными усами и бородой
Руки	Требование: чистые руки с коротко остриженными ногтями	Требуетеся: чистые руки с коротко остриженными ногтями
Украшения	Допускается: обручальное кольцо, скромные ювелирные украшения Не допускается: яркая крупная бижутерия	Допускается: обручальное кольцо, перстень с печаткой Не допускается: браслеты, броские кольца
Парфюмерия	Допускается: нейтральный запах либо легкий аромат парфюмерии Не допускается: слишком резкие запахи	Допускается: нейтральный запах либо легкий аромат парфюмерии Не допускается: слишком сильные запахи
Вредные привычки	Запрещается "...появление работника на работе ... в состоянии алкогольного опьянения" [12] "...курение табака на рабочих местах ... в организациях здравоохранения" [11, 12]	

4. Стандарт ведения телефонных разговоров.

При ответе на телефонный звонок медработник должен следовать следующей схеме:

- представиться (назвать фамилию, имя, отчество и должность), сообщить название учреждения (отделения) и уточнить, кто звонит;
- выразить готовность помочь решить проблему.

При разговоре по телефону следует:

- говорить четко, ясно выговаривая слова;
- не употреблять аббревиатуры, сокращения и медицинский сленг, понятный только специалистам;
- повторять четко и размеренно все цифры в вашем ответе: дату, время, номер кабинета, номер телефона (так как вашу информацию часто записывают);
- в вашем ответе должны быть очевидны доброжелательность и участие в решении проблем здоровья;

— во время разговора по телефону в справочном режиме, при длительном поиске нужной информации, не молчите, прокомментируйте свои действия:

- минуточку, подождите, пожалуйста;
- будьте добры, подождите, пожалуйста, я сейчас найду Ваш номер в компьютере, телефонном справочнике.
- я сейчас уточню;
- я сейчас узнаю, как Вам быть...
- я занимаюсь вашим вопросом...
- я могу предложить Вам следующее...
- что Вас больше устроит?..

— недопустимы бытовой сленг, шутки, кокетство, пререкания, споры и дерзкий тон;

— если вы не можете ответить на вопрос абонента, то следует дать номер телефона, по которому будет предоставлена информация по интересующему его вопросу.

При разговоре по телефону Вы представляете лечебное учреждение (госпиталь), что обязывает Вас быть профессионалом в общении, помнить, что пациент является главным в нашей профессии, и мы работаем для него.

При разработке этического стандарта медицинских работников использованы:

Литература

1. Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации // Принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (Женева, сентябрь 1948 г.), дополнена 22-й (1968), 35-й (1983) и 46-й Всемирной медицинской ассамблеей (1994): Зильбер А. П. Эподы критической медицины. Т. IV. Этика и закон в МКС. — Петрозаводск, 1998. — С. 451.
2. Международный кодекс медицинской этики // Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (Лондон, октябрь 1949 г.), дополнен 22-й Всемирной медицинской ассамблеей (Сидней, август 1968 г.), 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (Венеция, октябрь 1983 г.). Зильбер А. П. Этюды критической медицины. Т. IV. Этика и закон в МКС. Петрозаводск, 1998. — С. 452—453.
3. Накатис Я. Этический стандарт медсестры ЦМСЧ-122. — СПб., 2003 (ЦМСЧ-122 СПб. — дипломант премии Правительства РФ в области качества).
4. Первым делом — пациенты // Деловое совершенство. — 2006. — № 12. — С. 14—20. (Госпиталь Brosop — лауреат национальной премии Правительства США в области качества).

5. Самооценка деятельности организаций на соответствие критериям премий Правительства РФ в области качества 2009 г.: Рекомендовано для организаций — участников 2009 года. — М.: ВНИИС, 2009.
6. Этический кодекс Российского врача // 4-я Конференция Ассоциации врачей России, 1994.
7. Этический кодекс медицинской сестры России // Российская Ассоциация медицинских сестер, 1997.

Нормативные документы

1. Приказ Министра обороны РФ № 866 от 17.08.09 "О мерах по предупреждению преступлений и происшествий среди офицеров Вооруженных Сил РФ".
2. Директивные указания ГВМУ МО РФ № 161 /2/2/4983 от 28.07.09.
3. ФЗ 5487—1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, (в редакции федеральных законов от 02.03.98 № 30-ФЗ, от 20.12.99 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ, от 10.01.03 № 15-ФЗ, от 27.02.03 № 29-ФЗ, от 30.06.03 № 86-ФЗ, от 29.06.04 № 58-ФЗ, от 22.08.04 № 122-ФЗ (ред. 29.12.04), от 01.12.04 № 151-ФЗ, от 07.03.05 № 15-ФЗ, от 21.12.05 № 170-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.93 № 2288).
4. ФЗ № 148 от 01.12.04 г. «О внесении изменений в статьи 3 и 6 Федерального закона "Об ограничении курения табака"», ст. 6.
5. ФЗ № 197 от 30.12.01 г. Трудовой кодекс Российской Федерации, ст. 81, п. 6 (пп. "б" в ред. Федерального закона от 30.06.06 № 90-ФЗ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Брескина Т. Н. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад.: Тезисы докладов VIII Всероссийской науч.-практ. конф.: "Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении". — СПб., 2007. — С. 164.
2. Брескина Т. Н., Казакова Т. В. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад.: Тезисы докладов VIII Всероссийской науч.-практ. конф.: "Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении". — СПб., 2007. — С. 164—165.
3. Брескина Т. Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2008.
4. Брескина Т. Н. // Вестн. Росздравнадзора. — 2010. — № 2. — С. 42—47.
5. Вардосанидзе С. Л. Методологические основы антикризисного управления больницей (безопасность измерения, качество): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2003.
6. Вязков А. И., Кучеренко В. З., Татарников М. А. // Пробл. управл. здравоохран. — 2005. — № 5. — С. 5—14.
7. Карпова Ю. Информационно-аналитический портал // www."Remedium.ru
8. Расторгуева Т. Н. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
9. Стожаров В. В. Система обеспечения структурного качества медицинской помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2005.
10. Татарников М. А. // Вопр. эксперт. качества мед. помощи. — 2008. — № 7. — С. 3—5.
11. Ткач Е. П. Соотношение корпоративных, юридических и этических регуляторов качества оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг: Дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2006.
12. Ушаков И. В., Князюк Н. Ф., Кицул И. С. // Менеджер здравоохран. — 2006. — № 1. — С. 14—18.
13. Хисамутдинов И. Ф. Оптимизация управления качеством стационарной помощи в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2006.
14. Чумаков А. С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
15. Шильникова Н. Ф., Ходакова О. В. // Пробл. управл. здравоохран. — 2004. — № 6. — С. 42—45.
16. Шепин О. П., Стародубов В. И., Линденбрант А. Л., Галанова Г. И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М., 2002.
17. Том Питерс "Как сделать бизнес совершеннее?" <http://www.e-xecutive.ru/blog/TomPetersmanagement/3756.php/>

Поступила 22.10.10

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

¹ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Москва; ²Башкирский государственный медицинский университет; ³Республиканский фонд обязательного медицинского страхования по Республике Башкортостан

В статье приведены результаты оценки стационарной медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями в зависимости от уровня оказания медицинской помощи. В структуре госпитализированных больных с урологической патологией в специализированных отделениях городских многопрофильных учреждений и республиканских ЛПУ больше доля больных с мочекаменной болезнью и меньше с варикоцеле, фимозом, орхитом и эпидидимитом, чем в ЦРБ и межрайонных специализированных центрах. Уровень качества лечения, по данным экспертов страховых медицинских организаций в республиканских ЛПУ и в ЛПУ городских округов был выше, чем в ЛПУ муниципального района. Однако уровень качества лечения по оценке экспертов страховых медицинских организаций был ниже, чем по оценке учреждений. Более низкий уровень качества лечения в учреждениях муниципального района формировался в результате снижения качества лечения и объема диагностических мероприятий.

Ключевые слова: стационарная помощь, урологические заболевания, качество медицинской помощи, муниципальные образования

THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN CASE OF UROLOGICAL DISEASES IN HOSPITALS OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Kalininskaya A.A., Sharafutdinov M.A., Menshikov A.M.

The article presents the results of the evaluation of in-patient medical care of patients with urological diseases depending of the level of medical care assistance. In the specialized departments of municipal multi-type hospitals and Republic medical establishments, the structure of in-patients with urologic pathology is characterized by larger portion of urolithiasis and lesser portion of varicocele, phimosis, orchitis and epididymitis as compared with the medical care services of municipal district. However, according to the medical insurance organizations expertise, the level of quality of medical care in the Republic medical establishments was higher than in municipal district medical services. The lower level of medical care quality in municipal district formed due to decreasing of treatment quality and volume of diagnostic procedures.

Key words: in-patient care, urological diseases, medical care quality, municipal administration

Актуальность исследования. Оценка качества медицинской помощи (КМП) основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий и достигнутых результатов с установленными стандартами или эталонами. Все существующие в стране стандарты, как федеральные, так и местные, фактически являются стандартами не качества, а объема. По мнению Г. А. Пашиняна и соавт. [2], их использование для оценки КМП является методологически неверным.

К контролю КМП в системе обязательного медицинского страхования нередко привлекаются врачи, результаты деятельности которых не вызывают доверия у коллег. Зачастую отбор персонала для выполнения экспертной работы проводится по формальным признакам (стаж работы, аттестационная категория). Вопрос о компетенции специалистов (как штатных, так и внештатных), осуществляющих ведомственный и вневедомственный контроль качества КМП, обычно не ставится [4].

Вместе с тем проведенный Росздравнадзором анализ работы субъектов Российской Федерации по формированию и функционированию террито-

риальной системы контроля КМП показал, что осуществляемый на местах контроль КМП в большинстве случаев является самоцелью проверяющей стороны [3]. Его результаты остаются не востребованными руководителями медицинских учреждений и в дальнейшем не используются ими для принятия управленческих решений и оценки полноты и эффективности реализации намеченных мероприятий.

В ряде территорий, начиная с внедрения нового хозяйственного механизма, уже сформированы и действуют весьма эффективные региональные системы управления качеством в здравоохранении, в том числе в Алтайском и Ставропольском краях, Кемеровской, Иркутской областях, Санкт-Петербурге и др. [5, 6].

В субъектах РФ выполняется определенная работа по контролю КМП. Анализ динамики частоты обращений граждан в фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) и страховые медицинские организации (СМО) по вопросам качества медицинских услуг в течение последних 5 лет не выявил позитивных результатов этой работы [3]. Возможно, это происходит из-за низкой требовательности экспертов к КМП, недостаточной квалификации врачей-экспертов, несовершенства стандартов медицинской помощи, которые вклю-

А. А. Калининская — д-р мед. наук, проф., рук. отд-ния (akalininskaya@yandex.ru); М. А. Шарафутдинов — канд. мед. наук, доц. каф. (nazira-h@rambler.ru); А. М. Меньшиков — канд. мед. наук, директор (3472-72-42-21)

чают экономические критерии и не соответствуют фактическим затратам учреждения на оказание медицинских услуг.

Методика исследования

Объемы медицинской помощи населению Республики Башкортостан (РБ) при урологических заболеваниях были оценены по данным отчетов врачей-урологов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи (многопрофильные стационары городских округов, имеющие урологические отделения, межрайонные специализированные центры, имеющие урологические койки, ЦРБ муниципальных районов, республиканские ЛПУ, имеющие урологические отделения). Показатели КМП при урологических заболеваниях проанализированы по результатам экспертизы КМП страховыми медицинскими организациями (СМО). Уровень качества лечения (УКЛ), по данным СМО, сопоставлен с таковым по данным ЛПУ.

Результаты исследования

В РБ для лечения урологических больных в ЦРБ, в межрайонных специализированных центрах, специализированных отделениях многопрофильных больниц и республиканских ЛПУ была 561 больничная койка. Обеспеченность урологическими койками составляет 1,28 на 10 тыс. населения.

Население городов и прикрепленных к ним муниципальных районов получало стационарное лечение по поводу урологических заболеваний в межрайонных специализированных центрах. Результаты исследования показали, что основными заболеваниями, при которых больных госпитализировали и межрайонные специализированные центры, являлись мочекаменная болезнь (23,3%), пиелонефрит (13,8%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы (8,9%) (табл. 1).

В РБ специализированные урологические отделения организованы в составе городских ЛПУ. Изучение структуры урологических заболеваний показало, что доля больных, лечившихся в этих учреждениях по поводу мочекаменной болезни, была выше, чем в межрайонных специализированных центрах, и составила 29,7%; доля больных пиелонефритом и доброкачественной дисплазией предстательной железы составила соответственно 16,1 и 11,9%. В специализированных отделениях городских больниц, так же как и в межрайонных специализированных центрах, небольшой была доля лечившихся по поводу варикоцеле (4,9 и 5,4% соответственно), простатита (4,0 и 1,9% соответственно) и цистита (3,9 и 3,4% соответственно).

Среди больных, госпитализированных в ЦРБ по поводу урологических заболеваний, также преобладали больные с мочекаменной болезнью (25,6% от числа госпитализированных), пиелонефритом (16,6%) и доброкачественной гиперплазией

Таблица 2

Результаты оценки качества лечебно-диагностических мероприятий при урологических заболеваниях в стационарах ЛПУ Республики Башкортостан в 2008 г.

Учреждения	Оценка				УКЛ	
	набора диагностических мероприятий	правильности постановки диагноза	набора лечебно-оздоровительных мероприятий	качества лечения	по оценке учреждения	по оценке эксперта
<i>ЛПУ городских округов</i>						
ЦГБ г. Нефтекамск	94,23	97,37	98,40	95,27	0,99	0,96
ГБ № 1 г. Октябрьский	92,55	96,74	98,40	94,19	0,98	0,95
ГБ № 2 г. Салават	89,68	98,81	98,41	86,89	0,98	0,94
ДКБ № 17 г. Уфа	99,27	99,51	100,0	99,03	1,0	0,99
КБ г. Стерлитамак	95,92	98,29	99,61	95,29	1,0	0,97
КБ № 21 г. Уфы	98,36	98,83	99,77	98,25	1,0	0,99
КБ № 8 г. Уфы	99,26	98,89	99,26	98,24	1,0	0,99
БСМП г. Уфы	100,0	99,8	100,0	100,0	1,0	1,0
Итого...	96,96	98,52	99,06	96,15	0,99	0,98
<i>ЛПУ муниципальных районов</i>						
ЦГБ Баймакского района	75,0	100,0	100,0	87,5	0,94	0,90
ЦРБ Бирского района	97,97	100,0	99,32	96,62	1,0	0,99
ЦГБ Белебеевского района	97,18	96,13	97,89	96,01	1,0	0,97
ЦГБ Белорецкого района	97,41	97,70	96,84	91,67	0,96	0,96
Итого...	91,79	98,46	98,31	92,75	0,97	0,95
<i>Республиканские ЛПУ</i>						
Онкодиспансер	99,37	99,68	99,05	98,93	1,0	0,99
РКБ	99,31	99,08	99,54	98,8	1,0	0,99
РДКБ	99,30	99,82	98,06	98,42	0,99	0,99
Итого...	99,32	99,55	98,79	98,66	1,0	0,99
Всего...	97,51	98,76	99,0	96,75	0,99	0,98

Структура (в %) причин госпитализации по поводу урологических заболеваний в стационары Республики Башкортостан, 2008 г.

Заболевания	Межрайонные специализированные центры	Специализированные отделения ЛПУ	Урологические койки ЦРБ	Республиканская больница	В целом по республике
Мочекаменная болезнь	23,3	29,7	25,6	33,5	26,4
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	8,9	11,9	14,6	20,0	12,7
Пиелонефрит	13,8	16,1	16,6	6,5	15,3
Гидронефроз	3,3	0,9	1,2	5,7	2,9
Нефроптоз	0,6	0,7	2,0	0,2	0,5
Опухоли мочеполовых органов	4,6	3,7	2,8	6,8	5,4
Цистит	3,4	3,9	5,3	0,9	4,6
Простатит	1,9	4,0	5,5	1,7	4,6
Водянка яичка	3,8	2,1	1,5	0,5	1,8
Орхит, эпидидимит	4,4	3,3	6,2	0,6	4,2
Варикоцеле	5,4	4,9	7,4	1,9	5,5
Фимоз	5,6	3,1	2,3	0,9	2,8
Недержание мочи	2,2	0,7	2,3	1,2	2,0
Травмы мочеполовых органов	0,7	1,0	—	1,0	0,3
Прочие	18,1	14,0	6,7	18,6	11,0

предстательной железы (14,6%). В ЦРБ была несколько выше, чем в межрайонных специализированных центрах и специализированных отделениях городских учреждений, доля больных с варикоцеле (7,4%), орхитом и эпидидимитом (6,2%), простатитом (5,5%) и циститом (5,3%).

Часть больных из муниципальных районов и городских округов для получения специализированной медицинской помощи, в том числе и при урологических заболеваниях, направлялась в республиканскую клиническую больницу (РКБ).

Что касается структуры нозологических форм заболеваний у госпитализированных больных, то между РБК и другими ЛПУ имеются некоторые различия. Так, в РКБ была больше доля больных с мочекаменной болезнью (33,5%), гидронефрозом (5,7%) и опухолями органов мочеполовой системы (6,8%). Возможность госпитализации последних связана с наличием онкоурологических коек в структуре коечного фонда РКБ.

Анализ результатов экспертизы КМП в зависимости от уровня ее оказания показал, что УКЛ по оценке экспертов СМО как в учреждениях городских округов, муниципальных районов, так и республиканских учреждениях, оказался ниже, чем УКЛ по оценке учреждений (по реестру). Так, в учреждениях городских округов УКЛ эксперта составил 0,98, а по реестру — 0,99, в учреждениях муниципальных районов разница в УКЛ по оценке экспертов и учреждений была несколько выше — соответственно 0,97 и 0,95 (табл. 2).

Среди учреждений городских округов УКЛ по оценке эксперта был выше в детской клинической больнице (ДКБ) № 17 г. Уфы, клинических больницах (КБ) Уфы № 8 и 21, больнице скорой медицинской помощи (БСМП) Уфы (по 0,99 соответственно). Ниже УКЛ регистрировался в ЛПУ городских округов Салават (0,94), Октябрьский (0,95), Нефтекамск (0,96). В учреждениях муниципальных районов УКЛ эксперта колебался от 0,90 в Баймак-

ской центральной городской больнице (ЦГБ) до 0,99 в Бирской ЦРБ. Во всех республиканских учреждениях, имеющих урологические койки, УКЛ эксперта составил 0,99.

Установлено, что в ЛПУ муниципальных районов были низкими и результаты оценки экспертами СМО качества лечения (92,75) и диагностических мероприятий (91,79). Все четыре составляющие УКЛ оказались высокими в республиканских учреждениях. Более низкий уровень качества оказания медицинской помощи в учреждениях муниципальных районов, вероятно, обусловлен низким уровнем квалификации врачей. В некоторых муниципальных районах при отсутствии врачей-урологов медицинская помощь оказывалась врачами-хирургами, работающими по совместительству в должности врача-уролога.

На основе результатов исследования нами разработано положение об экспертизе КМП на уровне ЛПУ, в котором определены функциональные обязанности участников внутриведомственной экспертизы по улучшению качества оказания медицинской помощи и ее экспертизы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верховодова О. В. // Вопр. эксперт. и качества мед. помощи. — 2006. — № 2. — С. 25—32.
2. Пашиян Г. А., Попова Т. Г., Пашиян А. Г. и др. // Вопр. эксперт. и качества мед. помощи. — 2007. — № 9. — С. 23—25.
3. Серегина И. Ф. // Вопр. эксперт. и качества мед. помощи. — 2007. — № 8. — С. 4—7.
4. Твердохлебов А. С., Серёгина И. Ф., Долотов С. А. // Вопр. эксперт. и качества мед. помощи. — 2006. — № 12. — С. 31—38.
5. Царик Г. Н., Шпилянский Э. М., Рычагов И. П. // Вопр. эксперт. и качества мед. помощи. — 2007. — № 1. — С. 27—37.
6. Чавпецов В. Ф., Карачевцева М. А., Михайлов С. М., Гуринов П. В. // Бюл. НИИ соц. гиг., экономики и управл. здравоохран. им. Н. А. Семашко. — 2007. — Вып. 3. — С. 155—157.

Поступила 22.02.11

КАЧЕСТВО РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В СТАЦИОНАРАХ

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Для разработки методических рекомендаций, направленных на повышение качества и эффективности труда медицинских сестер, в 2007—2009 гг. проведено исследование на базе специализированных отделений Республиканской клинической больницы г. Махачкалы Республики Дагестан.

Экспертная оценка показала, что медицинские манипуляции в среднем в 36,9% случаев выполняются некачественно и в 39,4% — несвоевременно, стандарты (технологии) сестринской помощи соблюдаются лишь в половине случаев, уровень культуры обслуживания пациентов низкий (32,6%).

В 18,8% случаев палатные медсестры не проводят санитарно-просветительную работу. Более трети (36,8%) палатных медсестер нерегулярно проходят повышение квалификации.

Ключевые слова: медицинская сестра, экспертная оценка, качество труда, технологии работы, стандарты сестринской помощи

THE QUALITY OF MEDICAL NURSES' CARING IN HOSPITALS

Sadraddinova N.O., Gadjiyev R.S.

The study to provide the data for developing the recommendations enhancing the quality and effectiveness of medical nurses' activities was organized on the basis of the Republican clinical hospital of the City of Makhachkala, the Republic of Dagestan in 2007-2009. The expertise revealed that 36.9% of medical manipulations lacked needed quality, 39.4% provided untimely. The standards of nursing medical care followed in 50% and in 32.6% the level of culture of medical care was inadequate. The ward nurses in 18.8% of cases do not perform the health promotion activities. More than one third of paid medical nurses does not regularly undergo the post-graduate training.

Key words: medical nurse, expertise, quality of work, medical care standard

В последние годы Минздравсоцразвития России совместно с территориальными органами управления здравоохранения и Ассоциацией медицинских сестер России проводит работу по реформированию сестринского дела. Вопросам его совершенствования в отечественной литературе посвящен ряд работ [1—6]. Однако исследований по изучению качества сестринской помощи населению в условиях стационарных отделений недостаточно.

Целью исследования явилась разработка системы мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности труда медицинских сестер, на основе комплексного изучения основных аспектов их деятельности. Исследование было проведено в 2007—2009 гг. на базе специализированных отделений Республиканской клинической больницы Махачкалы Республики Дагестан.

В работе использовали хронометражный метод, метод экспертных оценок, экспертизу всех видов деятельности медицинских сестер, включая затраты рабочего времени, качество сестринской помощи, своевременность и полноценность выполнения отдельных элементов труда.

Для выявления нерациональных затрат и оценки качества труда медицинских сестер были разработаны "Карта экспертной оценки качества труда палатных медицинских сестер" и "Карта экспертной оценки качества труда процедурных медицинских сестер".

Проведена экспертная оценка качества работы медицинских сестер: 622 случая сестринского процесса, из них в отделениях терапевтического профиля 204 случая, хирургического профиля 198 случаев, процедурных медсестер 220 случаев.

В зависимости от профиля отделения стационара и специфики работы палатные медсестры услов-

но были разделены на группы терапевтического и хирургического профилей.

Экспертная оценка качества выполнения элементов труда палатными медсестрами показала, что медицинские манипуляции в 36,9% случаев выполняются некачественно и в 39,4% — несвоевременно. Стандарты (технологии) сестринской помощи соблюдались лишь в половине (48,5%) случаев. Осложнения после сестринских манипуляций развились в 5,2% случаев. Уровень культуры обслуживания пациентов в 32,6% случаев был низкий, в 45,3% — средний и лишь в 22,1% случаев оценен как высокий (табл. 1).

В 31,8% случаев санитарно-противоэпидемиологическая работа (контроль санитарного состояния палат, соблюдение правил асептики и антисептики при проведении сестринских вмешательств, осуществление дезинфекционных мероприятий) выполнялись медсестрами некачественно, в 27,2% случаев — несвоевременно.

Палатные медсестры в 41,3% случаев некачественно вели медицинскую документацию (лист назначений, журнал приема и сдачи дежурств; в 22,3% случаев несвоевременно выписывали требования на медикаменты, предметы ухода за больными; в 34,7% случаев несвоевременно регистрировали показатели артериального давления, пульса и температуры, а в 25,6% случаев несвоевременно подклеивали результаты лабораторных и инструментальных исследований в карты стационарных больных).

Экспертная оценка показала, что в 18,8% случаев палатные медицинские сестры не проводили санитарно-просветительную работу, в 29,2% случаев не имели плана санитарно-просветительной работы, а в 35,7% случаев ограничивались выпуском санбюллетеней из-за отсутствия материального стимулирования за объем и качество этой работы. В 48,5% случаев медицинские сестры не обучали

Н. О. Садрадинова — преподаватель (nauka63@mail.ru);
Р. С. Гаджиев — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (8-8722-63-12-46)

Таблица 1

Экспертная оценка (в %) качества работы палатных медсестер терапевтического и хирургического профилей

Элемент труда	Медсестры терапевтического профиля	Медсестры хирургического профиля	В среднем
Выполнение медицинских манипуляций:			
своевременное	55,8	65,4	60,6
несвоевременное	44,2	34,6	39,4
качественное	60,1	66,1	63,1
некачественное	39,9	33,9	36,9
Выполнение стандартов (технологий) сестринской помощи:			
в полном объеме	47,6	49,4	48,5
в неполном объеме	35,3	31,1	33,2
частично	17,1	19,5	18,3
Санитарно-противоэпидемическая работа:			
своевременная	71,4	74,2	72,8
несвоевременная	28,6	25,8	27,2
качественная	66,1	70,3	68,2
некачественная	33,9	29,7	31,8
Ведение медицинской документации:			
своевременное	79,6	75,8	77,7
несвоевременное	20,4	24,2	22,3
качественное	60,8	56,6	58,7
некачественное	39,2	43,4	41,3
Уровень культуры обслуживания пациентов:			
высокий	20,4	23,8	22,1
средний	46,2	44,4	45,3
низкий	33,4	31,8	32,6
Санитарно-просветительная работа:			
проводилась	83,6	78,8	81,2
не проводилась	16,4	21,2	18,8

родственников основам ухода за тяжелобольными и самоухода, в 53,9% — не выполняли плана мероприятий по обучению больных принципам здорового образа жизни.

Результаты экспертной оценки показали, что у 32,1% медицинских сестер на рабочем месте отсутствовали инструктивно-методические материалы (стандарты работы среднего медицинского персонала, должностные инструкции, приказы по санитарно-противоэпидемическому режиму, специальная медицинская литература), в 21,5% случаев они были обеспечены ими частично. Необходимая документация (вкладыши, температурные листы, бланки направлений на исследования, журналы назначений, приема и сдачи дежурств) имелась на рабочем месте в 28,4% случаев. Лишь в 35,2% случаев рабочее место медсестер соответствовало таблице оснащения.

На качество работы медицинских сестер влияет уровень квалификации. Среди палатных медсестер 36,8% нерегулярно проходили курсы повышения квалификации. В 49,4% случаев медицинские сестры не участвовали в работе совета медсестер, сестринских конференциях, семинарах, профессиональных конкурсах. Лишь 11,5% медицинских сестер имели высшую квалификационную категорию, 25,4% — первую и 32,2% — вторую.

Экспертная оценка качества труда процедурных медицинских сестер показала, что медицинские манипуляции в 26,5% случаев выполнялись нека-

чественно и в 22,4% — несвоевременно. Стандарты (технологии) сестринской помощи соблюдались в 2/3 случаев (76,2%). Уровень культуры обслуживания пациентов низкий в 18,9% случаев, а оценен в 33,8% случаев как высокий. По мнению экспертов, в 26,1% случаев санитарно-противоэпидемическая работа медицинскими сестрами выполняется некачественно, в 23,3% случаев — несвоевременно. В 31,7% случаев процедурные медсестры некачественно вели медицинскую документацию и в 19,2% случаев несвоевременно выписывали требования на медикаменты (табл. 2).

Более половины (55,3%) медицинских сестер не участвовали в работе совета медсестер, сестринских конференциях, семинарах, профессиональных конкурсах, 26,6% процедурных медсестер нерегулярно проходили курсы повышения квалификации.

Таким образом, экспертная оценка выявила низкое качество труда медсестер отделений стационара и подтвердила необходимость реформирования системы стационарной сестринской помощи населению.

На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации и предложения по повышению качества и эффективности сестринской помощи и управления деятельностью среднего медперсонала.

Для мотивации профессионального совершенствования предлагается повысить заработную плату средних медработников и ввести систему мате-

Таблица 2

Экспертная оценка (в %) качества работы процедурных медсестер терапевтического и хирургического профилей

Элемент труда	Медсестры терапевтического профиля	Медсестры хирургического профиля	В среднем
Выполнение медицинских манипуляций:			
своевременное	75,3	79,9	77,6
несвоевременное	27,7	20,1	22,4
качественное	71,6	75,4	73,5
некачественное	28,4	24,6	26,5
Выполнение стандартов (технологий) сестринской помощи:			
в полном объеме	73,7	78,7	76,2
в неполном объеме	14,4	11,8	13,1
частично	11,9	9,5	10,7
Санитарно-противоэпидемическая работа:			
своевременная	74,2	79,2	76,7
несвоевременная	25,8	20,8	23,3
качественная	67,3	80,5	73,9
некачественная	32,7	19,5	26,1
Ведение медицинской документации:			
своевременная	82,9	78,7	80,8
несвоевременная	17,1	21,3	19,2
качественная	70,4	66,2	68,3
некачественная	29,6	33,8	31,7
Организация рабочего места:			
рациональная	63,1	71,3	67,2
нерациональная	36,9	28,7	32,8
Уровень культуры обслуживания пациентов:			
высокий	32,4	35,2	33,8
средний	48,1	46,5	47,3
низкий	19,5	18,3	18,9

риального стимулирования в зависимости от квалификации медсестер и качества работы. Не менее важным является создание стандартов практической деятельности сестринского персонала, что сократит нерациональные затраты времени и улучшит контроль качества труда медсестер.

Необходимо внести коррективы в систему образования медицинских сестер с учетом расширения сферы деятельности и обеспечения востребованности их труда. При этом экспертизу качества сестринской помощи следует проводить по каждому виду деятельности медицинских сестер, предусмотренному сестринским процессом.

1. Греков И. Г. Об оценке качества работы среднего медицинского персонала. — Курск, 2002.
2. Косарева Н. Н. // Мед. сестра. — 2004. — № 3. — С. 5—6.
3. Материалы III Всероссийского съезда средних медицинских работников. — Екатеринбург, 2009. — Ч. 2.
4. Савина М. В. // Глав. мед. сестра. — 2001. — № 1. — С. 27—34.
5. Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения // Пробл. стандартиз. в здравоохран. — 2001. — № 3. — С. 15—17.
6. Тарновская И. И. // Сестрин. дело. — 2002. — № 1. — С. 14—16.

Поступила 04.02.11

© О. В. АГРАНОВИЧ, 2011

УДК 614.2:616.853-082

О. В. Агранович

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Детская краевая клиническая больница, Ставрополь

В статье представлены основные проблемы и приоритетные направления совершенствования организации оказания медико-социальной помощи пациентам с эпилепсией.

Подчеркивается, что только комплексное решение названных проблем как на Федеральном, так и на региональном уровне будет способствовать повышению доступности специализированной медицинской помощи больным эпилепсией, качества их жизни.

Ключевые слова: эпилепсия, организация эпилептологической помощи, медико-социальная помощь

THE DEVELOPMENT OF ORGANIZATION OF MEDICAL SOCIAL CARE OF PATIENTS WITH EPILEPSY

Agranovitch O.V.

The article represents the major issues and priority trends of enhancement of organization of medical social care of patients with epilepsy. It is emphasized that only the integrated approach to overcome the mentioned issues on both federal and regional level will favor the increase of availability of specialized medical care to patients with epilepsy and their quality of life.

Key words: epilepsy, medical care organization, medical social care

Эпилепсия до сегодняшнего дня остается одним из актуальных по медицинским, социальным и экономическим параметрам заболеванием нервной системы.

Популяционные исследования, проведенные в развитых странах, предполагают, что из 100 тыс. популяции эпилепсия потенциально выявляется у 40—70 человек каждый год. Распространенность эпилепсии составляет 5—10 случаев на 1000 населения (в число этих случаев не включены эпизоды фебрильных судорог и однократные приступы в течение жизни). Не менее одного припадка в течение жизни переносят 5% населения, у 20—30% больных заболевание является пожизненным. В Европейских странах заболеваемость эпилепсией наиболее высока среди детей и пожилых людей. Число детей, имеющих в анамнезе один или более приступ в течение жизни, составляет 20 на 1000 населения. По данным мировой статистики [1—3], до 30% больных эпилепсией являются инвалидами.

В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы, связанные с перспективами развития медицинской и социальной помощи больным, страдающим эпилепсией. Среди них:

— оптимизация лекарственной помощи пациентам с эпилепсией и эпилептическими синдромами;

— оптимизация подходов к диагностике эпилепсии и разработка возможных путей решения данной проблемы;

— диагностика и лечение эпилепсии у детей;

— социальная адаптация больных в обществе;

— профилактика данного заболевания и др.

Одним из самых актуальных и решаемых проблем является вопрос выбора противосудорожных препаратов с позиции эффективности, переносимости и доступности, так как при применении адекватного лечения большинство больных, страдающих эпилепсией, могут жить практически без приступов.

В настоящее время терапевтической стратегией в Европе является монотерапия, которую получают 70% больных эпилепсией. Лечение двумя противосудорожными препаратами получают 20—25% больных, тремя препаратами — 5—10%. Большинство отечественных и зарубежных эпилептологов принята точка зрения, согласно которой рациональное лечение вновь диагностируемой эпилепсии должно начинаться с назначения одного противосудорожного препарата; это лечение является многолетним, в ряде случаев — пожизненным.

О. В. Агранович — канд. мед. наук, зав. отделением (oagranovitch@yandex.ru)

В связи с этим правильный выбор терапии имеет первостепенное значение. Вместе с тем лишь у 50—70% больных с вновь диагностированной эпилепсией удастся добиться полного устранения припадков при применении монотерапии. Примерно 30% больных требуется назначение дополнительного противоэпилептического препарата, у 15—20% — хирургическое лечение эпилепсии.

В нашей стране зарегистрированы практически все имеющиеся в мире противоэпилептические препараты, в том числе последнего поколения, отличающиеся более высокой эффективностью и благоприятным фармакокинетическим профилем.

Важнейшим направлением эпилептологии является внедрение современных, признанных во всем мире и основанных на принципах доказательной медицины стандартов лечения. Указанные стандарты предусматривают особый подход к ряду категорий больных — пожилых, имеющих сопутствующие заболевания, женщин, детей. В настоящее время Минздравсоцразвития России совместно с ведущими специалистами Всероссийского Общества неврологов ведут активную работу в этом направлении.

Остается актуальной проблема диагностики и дифференциальной диагностики эпилепсии, что во многом связано с недостаточной квалификацией врачей. Диагноз "эпилепсия" в ряде случаев скрывается под другими названиями (судорожный синдром, невротические реакции и др.), что существенно затрудняет ведение общей статистики эпилепсии.

Получить точные данные о распространенности эпилепсии сложно из-за отсутствия единой системы учета приступов, а также из-за применения специалистами разных вариантов классификации эпилепсии.

Сложность диагностики эпилепсии усугубляется недостаточной обеспеченностью медицинских центров современным диагностическим оборудованием (например, приборами видеомониторинга и магнитно-резонансной томографии — МРТ). Без современного оборудования также невозможно совершенствование хирургического лечения больных эпилепсией, в результате чего в ряде регионов России подобное лечение проводится по устаревшим технологиям.

Адекватное ведение больных эпилепсией требует высокой квалификации и специальных знаний врача-невролога, в том числе в области нейрофизиологии, нейрорадиологии, нейрореаниматологии. Большого внимания заслуживают образовательные программы Всероссийского Общества неврологов, регулярно проводимые с участием ведущих российских и зарубежных специалистов во многих регионах России, в том числе Сибири и Дальнего Востока.

Вместе с тем необходимо выделение специальности эпилептолога, внедрение системы специальной подготовки этих специалистов. В ряде стран Европы уже введена такая специальность.

В настоящее время в Российской Федерации ввиду недостаточного числа нормативных документов в отношении организации и планирования амбулаторного приема врача-эпилептолога в номенклатуре медицинских работников такая специальность пока отсутствует.

В то же время очевидно, что организация прие-

ма врача-эпилептолога должна предусматривать значительные временные затраты на больного (не менее 30 мин), возможность адекватного обследования (с применением ЭЭГ, МРТ, видеомониторинга) и др.

Наряду с вышесказанным следует подчеркнуть актуальность развития эпилептологической службы в целом, и, в частности, создание эпилептологических (противосудорожных) центров, которое активно ведется в различных субъектах РФ.

К сожалению, в обществе наблюдается негативное отношение к людям с эпилепсией, часто их считают психически неполноценными, что выражается в словах, обычно употребляемых по отношению к ним, к болезни, а также в существовании целого ряда неоправданных социальных ограничений. Больные эпилепсией испытывают серьезные проблемы, вследствие которых не могут вести полноценную в социальном смысле жизнь. Принципиально значимыми социальными аспектами при эпилепсии являются влияние эпилепсии на образование, трудоустройство, вождение автомобиля, страхование, качество жизни.

Все это ведет к тому, что достаточно часто пациенты, как взрослые, так и дети, не хотят вставать на учет к психиатру.

Наряду с этим следует отметить, что диагностическая база психиатрических стационаров, где должны состоять под диспансерным наблюдением больные, страдающие эпилепсией, заметно отстает в некоторых регионах от оснащенности многопрофильных лечебных учреждений как взрослых, так и детских стационаров, по ряду позиций: наличие аппаратуры для визуальной диагностики (МРТ, МСКТ, ангиографы и пр.), проведение функциональных методов исследования (прежде всего видео-ЭЭГ мониторинг, холтеровское мониторирование ЭКГ и ЭЭГ), лабораторного оборудования (мониторинг антиконвульсантов в сыворотке крови, скрининг на ряд наследственных патологий обмена веществ). Лечебные возможности ЛПУ также заметно превосходят психиатрические стационары в плане ведения больных с эпилептическим статусом, а в ряде специализированных клиник проводятся серьезные нейрохирургические вмешательства при рефрактерных формах эпилепсии у детей и взрослых.

Вышеназванные проблемы, существующие в области медицинской и социальной помощи больным эпилепсией, позволили разработать целый ряд предложений, направленных на совершенствование системы организации специализированной медицинской помощи данному контингенту. Приоритетными среди них являются:

- разработка на федеральном и региональном уровнях специальных программ по эпилепсии, внедрение адекватных стандартов диагностики и лечения данного заболевания для различных категорий больных;
- обеспечение доступности для больных эпилепсией современных методов диагностики, своевременного безопасного непрерывного и адекватного фармакологического лечения;
- совершенствование организации службы медицинской помощи, в том числе оказания первой медицинской помощи, больным эпилепсией;
- создание на базе многопрофильных ЛПУ федеральных или региональных центров лечения эпилепсии;

- создание и (или) дополнительное оснащение специализированных реабилитационных центров, работа которых направлена на улучшение социальной реабилитации инвалидов с эпилепсией;
- рассмотрение вопроса о введении в номенклатуру специальностей специальности "эпилептология" с обеспечением системы адекватной подготовки специалистов;
- разработка комплекса мер для поддержки больных эпилепсией на рынке труда и в образовательной среде;
- повышение информированности пациентов, их родственников и населения об эпилепсии, ее проявлениях, эффективных методах лечения;
- разработка и внедрение образовательных и информационно-просветительских программ по повышению уровня знаний медицинских и социальных работников о современных возможностях диагностики, терапии и реабилитации больных эпилепсией и др.

В целом реализация данных предложений как на федеральном (Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации), так и на региональном уровне (органами исполнительной власти субъектов РФ) будет способствовать повышению доступности специализированной медицинской помощи больным эпилепсией, качества их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гузеева В. И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. — М., 2007.
2. Лекомцев В. Т., Щинова Л. А. // Современные методы диагностики и лечения эпилепсии: Материалы Российской науч.-практ. конф. в г. Смоленске 27—28 нояб. 1997 г. <http://epifaq.narod.ru>.
3. Epilepsy must become a higher priority in Europe // Lancet Neurol. — 2010. — Vol. 9. — P. 941.

Поступила 04.03.11

© А. З. ГАСАНОВА, 2011
УДК 614.2:616-084

А. З. Гасанова

КАЧЕСТВО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Изучено качество диспансеризации работающего населения по материалам экспертных оценок 756 карт амбулаторных больных, находящихся под диспансерным наблюдением у участковых терапевтов в 3 городских поликлиниках Махачкалы Республики Дагестан.

Исследование качества диспансеризации выявило ряд недочетов: больные наблюдались нерегулярно в 48% случаев; несвоевременное обследование при всех заболеваниях имело место в 34,3% случаев, неполное обследование — в 41,7% случаев; в 39,9% случаев оздоровительные мероприятия осуществлялись качественно; в 36,4% случаев консультации врачами узких специальностей проводились несвоевременно.

На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации по совершенствованию организации и повышению качества диспансеризации работающего населения.

Ключевые слова: качество диспансеризации, экспертная оценка, диспансерное наблюдение, лечебно-оздоровительные мероприятия

THE QUALITY OF DISPANSERIZATION OF WORKING POPULATION IN MUNICIPAL POLYCLINICS

Gasanova A.Z.

The study was organized to analyze the quality of dispanserization of working population of the basis of expertise of 756 records of ambulatory patients under dispanserization monitoring by district therapists in three municipal polyclinics of city od Makhachkala, the Republic of Dagestan. The examination of dispanserization quality revealed certain inadequacies. In 48% of cases the patients examined non-regularly. The untimely examination under all types of diseases took place in 34.3%; incomplete examination took place in 41.7%, the health promotion activities had lower quality in 39.9% and in 36.4% the counseling of specialists provided untimely. The recommendations on development of organization and enhancement of quality of dispanserization of working population are proposed.

Key words: dispanserization, quality, expertise, dispanserization monitoring, health promotion activities

Профилактическое направление в работе медицинских учреждений наиболее ярко воплощается в диспансеризации населения, которая является одним из важнейших разделов работы участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики. Особое место диспансеризация занимает в здоровье работающего населения. За последние годы опубликован ряд работ [1—5] по отдельным аспектам диспансеризации этой группы населения, однако нуждается в дополнительном изучении.

Целью настоящей работы явилась разработка

научно обоснованных рекомендаций по повышению качества и эффективности диспансеризации работающего населения в условиях городских поликлиник. Исследование проводилось в 2008—2009 гг. на базе 3 городских поликлиник (№ 2, 6, 9) Махачкалы Республики Дагестан. Качество диспансеризации изучено по материалам экспертной оценки 756 карт амбулаторных больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу наиболее часто встречающихся терапевтических заболеваний.

За единицу наблюдения при проведении экспертной оценки качества диспансеризации был принят больной, находящийся под диспансерным

А. З. Гасанова — аспирант (8-8722-67-61-83)

наблюдением у участкового терапевта не менее 3 лет.

Состояние и качество диспансеризации работающего населения изучали на основе "Карты экспертной оценки качества диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках". Экспертную оценку качества диспансеризации проводили по таким показателям, как регулярность наблюдения, полнота и своевременность лабораторных и инструментальных исследований, выполнение лечебно-оздоровительных мероприятий, консультативная помощь.

Одним из критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность населения медицинской помощью. Для получения такой информации использовали метод анкетирования. Предметом исследования явилось отношение населения и медицинских работников городских поликлиник к организации и качеству диспансеризации. Сбор информации проводили с применением "Анкеты изучения мнения населения по вопросам организации и качества диспансеризации". Для оценки качества диспансеризации были выделены такие наиболее часто встречающиеся нозологические формы как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ревматизм, бронхиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты, холециститы, нефриты, сахарный диабет, анемии.

Данные о регулярности наблюдения за больными с хроническими заболеваниями, находящимися под диспансерным наблюдением у участковых врачей, представлены в табл. 1. Анализ показал, что больные наблюдались нерегулярно в 48% случаев участковыми терапевтами и в 32,4% случаев врачами общей практики. Особенно часто это имело место при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (52,8 и 39,5% соответственно), бронхиальной астме (49,5 и 39,6%), гипертонической болезни (54,4 и 35,5%), при нефритах (54 и 34,6%).

По мнению экспертов, причинами нерегулярного наблюдения в 38,7% случаев была недисциплинированность больных (неявка), в 31,5% — недостаточный контроль заведующего и лечащего врача за качеством диспансеризации, в 15,3% — недостаточное количество времени, выделенного врачу для проведения диспансеризации населения и в 14,5% — перегруженность участковых врачей.

Показатели качества диспансеризации больных с хроническими заболеваниями у участковых терапевтов в базовых городских поликлиниках по материалам экспертных оценок представлены в табл. 2. Чаще всего несвоевременно обследовали пациентов с ишемической болезнью сердца (47,9%), гипертонической болезнью (40,3%), анемиями (37,7%) и нефритами (34,6%).

Анализ полноты обследования показал, что при всех заболеваниях в 41,7% случаев обследование проводилось не в полном объеме. Особенно высока доля недостаточно обследованных среди больных бронхиальной астмой (48,4%), бронхитами (46,8%), гастритами (45,7%), анемиями (43,7%) и холециститами (42,6%).

Причинами неполного обследования явились отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры (29,7%), недостаточный контроль со стороны заведующего отделением (26,9%), перегруженность лабораторий и диагностических кабинетов (19,4%), недисциплинированность больных (17,6%) и прочие причины (6,4%).

Важными показателями эффективности диспансеризации являются качество и полнота выполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий. Анализ экспертных оценок показал, что в 39,9% случаев при всех заболеваниях оздоровительные мероприятия проводились некачественно, особенно при гастритах (47,6%), бронхитах (44,3%), нефритах (43,1%), гипертонической болезни (41,7%), ишемической болезни сердца (39,4%), бронхиальной астме (39,9%) и холециститах (38,6%).

В структуре причин невыполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий эксперты выделили отсутствие возможностей в условиях поликлиники (40,3%), недостаточный контроль со стороны врача (33,1%), неадекватное поведение больного (27,4%). При этом такая причина, как недостаток времени, выделенного для проведения диспансеризации врачу, составила лишь 6,1% всех причин невыполнения плана.

Важное значение в улучшении качества диспансеризации имеет своевременная консультация больных узкими специалистами. Экспертная оценка показала, что консультации в 36,4% случаев проводились несвоевременно. В дополнительной консультации невролога нуждались 24% больных, аллерголога — 18,4%, ревматолога — 16,2%, кардиолога — 15,4% и офтальмолога — 13%. Причинами несвоевременной или непроведенной консультации явились отсутствие соответствующего специалиста (53,4%), недисциплинированность больных (20,7%), лечащий врач не назначил консультацию (13,6%).

При организации диспансеризации больных с сочетанной патологией необходимо обеспечивать преимущество в работе врачей разных специальностей. Исследование показало, что организационный компонент соблюдается только в 33,5% случаев. Среди причин отсутствия преимущества в диспансерном наблюдении больных с сочетанной патологией эксперты выделили отсутствие единого

Таблица 1

Экспертная оценка регулярности наблюдения за больными, находящимися под диспансерным наблюдением у участковых терапевтов и врачей общей практики (%)

Заболевание	Наблюдение участковыми терапевтами		Наблюдение врачами общей практики	
	регулярное	нерегулярное	регулярное	нерегулярное
Гипертоническая болезнь I—II стадии	45,6	54,4	64,5	35,5
Ишемическая болезнь сердца	55,8	44,2	69,3	30,7
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	47,2	52,8	60,5	39,5
Гастриты	56,1	43,9	69,8	30,2
Нефриты	46,0	54,0	65,4	34,6
Холециститы	51,7	48,3	73,2	26,8
Бронхиты	65,3	34,7	69,7	30,3
Бронхиальная астма	50,5	49,5	60,4	39,6
Сахарный диабет	57,8	42,2	67,3	32,7
Ревматизм, ревматоидные артриты	54,9	45,1	72,6	27,4
Глаукома	47,0	53,0	67,0	33,0
Анемии	46,4	53,6	71,1	28,9
Среднее ...	52,0	48,0	67,6	32,4

Экспертная оценка качества диспансеризации больных с хроническими заболеваниями, находящихся под диспансерным наблюдением у участковых терапевтов в базовых поликлиниках (%)

Заболевание	Обследование		Выполнение лечебно-оздоровительных мероприятий			
	своевременное	несвоевременное	полное	неполное	качественное	некачественное
Гипертоническая болезнь I—II стадии	59,7	40,3	61,0	39,0	58,3	41,7
Ишемическая болезнь сердца	52,1	47,9	63,1	36,9	60,6	39,4
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	68,9	31,1	62,5	37,5	61,5	38,5
Гастриты	71,2	28,8	54,3	45,7	57,4	42,6
Нефриты	65,4	34,6	63,7	36,3	56,9	43,1
Холециститы	67,0	33,0	57,4	42,6	61,4	38,6
Бронхиты	69,1	30,9	53,2	46,8	55,7	44,3
Бронхиальная астма	68,6	31,4	51,6	48,4	60,1	39,9
Сахарный диабет	73,0	27,0	59,8	40,2	64,0	36,0
Анемии	62,3	37,7	56,3	43,7	63,8	36,2
Среднее...	65,7	34,3	58,3	41,7	60,1	39,9

подхода к диспансерному наблюдению больных с сочетанной патологией у врачей разных специальностей (38%); недостаточный контакт участкового терапевта с врачами-специалистами (27,3%); отсутствие регламентации диспансерного наблюдения больных с сочетанной патологией у врачей разных специальностей (17,4%).

Важным аспектом диспансеризации является оценка ее качества и эффективности. Анализ динамики здоровья больных, находящихся под диспансерным наблюдением в базовых поликлиниках, показал, что улучшение наступило у 63% больных, состояние без перемен было отмечено у 33,1%, ухудшение — у 2,5%, а переход на инвалидность — у 1,4%. В группе "без перемен" основную долю составили больные с ревматоидными артритами, бронхиальной астмой, сахарным диабетом и глаукомой (от 19 до 36,4%), что свидетельствует о недостаточном объеме лечебно-оздоровительных мероприятий и восстановительного лечения.

При изучении экспертных оценок выявлено, что в 45,3% случаев имелись дефекты в ведении карт амбулаторных больных. В частности, отмечены недостаточно подробное описание анамнеза заболевания (27%), отсутствие записей заведующего отделением по контролю за качеством диспансеризации (25,8%), некачественное оформление эпикризов (20,1%) и отсутствие советов и рекомендаций больным (14,9%). Приоритетность приема диспансерных больных соблюдалась только в 38,7% случаев. Основными причинами отсутствия приоритетности приема явились самотек посетителей (29,1%) и дефекты работы регистратуры (23,5%). При этом в 41,9% случаев диспансерный осмотр проводился при посещении поликлиники по инициативе пациента, а в 58,1% — при активном вызове на диспансерный осмотр.

Самостоятельной организационной проблемой в поликлинике является госпитализация диспансерных больных. Даже наличие гарантированных коек в стационаре не обеспечивает своевременную госпитализацию плановых больных. Как правило, плановая госпитализация диспансерных больных составляет только 10—15% от требуемой.

В ходе исследования установлено, что в структуре лечебно-оздоровительных мероприятий основная доля приходится на медикаментозное лечение (82,3%). В первую очередь речь идет о ревматизме и

ревматоидных артритах (90,7%), анемиях (87,1%), хронических гастритах (85,0%) и бронхиальной астме (83,4%). Недостаточно внимания уделяется диетическому питанию и физиотерапевтическому лечению. При хронических холециститах на 100 больных диетическое питание назначается в 17,4% случаев, при сахарном диабете — в 14,3%, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — в 12,8% и при гипертонической болезни — в 10,4% случаев. Физиотерапевтическое лечение назначается при ревматоидных артритах в 13,5% случаев, при бронхиальной астме — в 11,3%, при хронических гастритах — в 9,7%, при нефритах — в 7,4% случаев.

Изучение различных аспектов качества диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках Махачкалы показало, что имеются значительные резервы для ее улучшения. Выявленные дефекты в организации диспансеризации больных свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих систем ведомственного и вневедомственного контроля за качеством проведения диспансеризации больных.

На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации по совершенствованию организации и повышению качества диспансеризации работающего населения по таким направлениям, как организационно-методическое обеспечение эффективности диспансеризации и ее показатели, экспертная оценка качества диспансеризации, информационное обеспечение управления качеством диспансеризации, повышение квалификации медицинского персонала, техническое обеспечение диспансеризации, стандарты профилактических услуг, "паспорт здоровья".

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В. В. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2006. — № 5. — С. 3—10.
2. Гаджиев Р. С. Врач общей практики (семейный врач). — М., 2005.
3. Калинина А. М., Концевая А. В., Омеляненко М. Г. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2008. — № 4. — С. 3—8.
4. Лаврищева Г. А. // Вестник семейной медицины. III съезд врачей общей практики (семейных врачей) "Актуальные проблемы внедрения общеврачебной практики в России". — 2008. — № 7. — С. 131—132.
5. Шепин В. О., Петручук О. Е. Диспансеризация населения в России / Под ред. О. П. Шепина. — М., 2006. — С. 36—39.

Поступила 18.03.11

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА

ГОУ ВПО Астраханская Государственная медицинская академия

Представлен анализ обращений в родильный дом для оценки патологии беременности, родов и новорожденных, нагрузки на медицинский персонал и принятия адекватных управленческих решений, планирования и контроля распределения финансовых средств.

Ключевые слова: роды, патология беременности, родов, новорожденных, недоношенные, доношенные

THE MEDICAL SOCIAL MONITORING OF MATERNITY HOSPITAL ACTIVITIES

Ogul L.A.

The analysis of visits to maternity hospitals is presented assessing the pathology of pregnancy and delivery and workload of medical personnel. The study results permitted to develop the recommendations in the field of adequate decision-making, planning and control concerning financial allocations.

Key words: delivery, pathology of pregnancy, newborn, premature newborn, full-term newborn

Анализ обращений в родильный дом имеет существенное значение, поскольку позволяет оценить структуру патологии беременности, родов и новорожденных и нагрузку на медицинский персонал.

Методика исследования

Медико-социальную оценку деятельности родильного дома осуществляли на основе статистической информации по данным конъюнктурных отчетов из родильного дома Астрахани за 2006—2009 гг. Анализ динамики величин во времени осуществляли с помощью показателей, получаемых в результате сравнения уровней [1].

Для определения общей тенденции развития показателей был использован метод аналитического выравнивания. Общую тенденцию развития рассчитывали как функцию времени $y_t = f(t)$, где y_t — уровни динамического ряда, вычисленные по соответствующему аналитическому уравнению на момент времени t .

С учетом характера изменения эмпирических уровней нами была использована линейная функция

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

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

Параметры a_0 и a_1 , согласно методу наименьших квадратов, находили решением системы нормальных уравнений

$$\begin{aligned} a_0 \times n + a_1 \times \Sigma t &= \Sigma y \\ a_0 \times \Sigma t + a_1 \times \Sigma t^2 &= \Sigma y_t, \end{aligned}$$

где y — фактические (эмпирические) уровни ряда, n — число родов, Σ — сумма показателей.

Результаты и исследования

Основную деятельность родильного дома характеризовала абсолютная величина — число принятых родов, динамично возрастающая от 3338 в 2000 г. до 6052 в 2009 г.

Цепной темп роста свидетельствовал о снижающемся росте показателя от 118,7% до 101,2% в изученном интервале, базисный темп роста отражал приростное увеличение числа родов из года в год по отношению к исходному значению в 2000 году: 118,7—181,3% соответственно временному интервалу 2000—2009 гг. Средний уровень ряда составлял 4948,2, средний абсолютный прирост — 301,6 родов. Уравнение регрессии $y = 8137,5 + 326,8 t$ подтверждало устойчивую тенденцию роста численности родов в 2000—2009 гг. Число родов, принятых у сельских жителей в 2000—2009 гг., варьировало от 270 до 946, что составило 8,1—15,6% от их общего числа в родильном доме (рисунок).

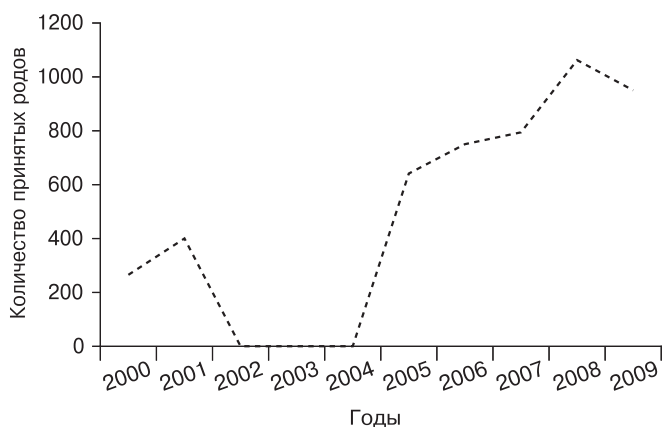
Базисный темп роста составлял 149,2—350,4% в изученном интервале. Средний уровень ряда составлял 483,9, средний абсолютный прирост — 75,1, уравнение регрессии имело вид: $y = 1881,5 + 75,6 t$ и свидетельствовало об устойчивой тенденции роста числа родов у сельских жителей в данном родильном доме.

Домашних родов в общей массе было 0,7% в 2000 г., а к 2009 г. их доля уменьшалась до 0,4%, базисные темпы роста снижались от 183,3 до 116,7%. Общая численность домашних родов устойчиво возрастала от 24 до 28 (коэффициент регрессии составлял 0,6). Число родившихся детей в изученном периоде двукратно возросло, увеличиваясь от 3379 до 6107. Цепные темпы роста составляли 118,8—101,2%, базисные — 118,8—180,7%, средний уровень ряда — 4996, средний абсолютный прирост — 303,1, уравнение регрессии имело вид $y = 8190,7 + 328,9 t$ и характеризовало устойчивую тенденцию роста изучаемой величины.

Число доношенных детей увеличилось от 3070 в 2000 г. до 5620 в 2009 г.

Их доля среди всех родившихся составила 90, 92,5, 92,3, 93,3, 93,4, 92,1, 91,9, 92,3, 91,8 и 92% в 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 и 2009 гг. соответственно, на фоне возрастания численности родившихся это свидетельствовало об улучшении качества работы клинического родильного дома на фоне сложных медико-социальных и экономических преобразований в системе здравоохранения. Цепные темпы роста (от 121 до 101,5%) свидетельствовали о ежегодном уменьшении роста

Л. А. Огуль — канд. мед. наук, доцент (agma.astranet.ru)



Динамика числа принятых родов у сельских жителей в 2000—2009 гг. в родильном доме Астрахани.

показателя, а базисные (121—183,1%) отражали накопленный потенциал числа детей, родившихся доношенными в 2000—2009 гг. Средний уровень ряда составлял 4609,7 родившихся доношенными, средний абсолютный прирост — 283,3, средние темпы роста изменялись от 1,99 до 2,07, а уравнение динамики, имевшее вид $y = 7541,2 + 302,86 t$, свидетельствовало о тенденции роста численности доношенных детей в структуре родившихся в родильном доме.

На фоне увеличения числа родившихся происходило увеличение числа недоношенных детей от 309 в 2000 г. до 487 в 2009 г.

Доля недоношенных от общего числа родившихся составляла 7,5, 7,7, 6,7, 6,6, 8,3, 8,1, 7,7, 7,8 и 8% в 2000—2009 гг. соответственно. Цепные темпы роста (97,1—103,8%) и базисные темпы роста (97,1—157,6%) в 2000—2009 гг. соответственно подтверждали увеличение показателя. Средний уровень ряда составлял 383,6, средний абсолютный прирост — 19,8, средние темпы роста варьировали от 1,99 до 2,04, уравнение регрессии $y = 630,6 + 25,3 t$ свидетельствовало об устойчивой тенденции увеличения числа недоношенных среди всех рождений. Доля родившихся живыми от общего числа родившихся составляла 99,2, 98,5, 99, 99,2, 99,2, 99,3, 99,4, 99,6, 99,4% в 2000—2009 гг. соответственно. Базисные темпы роста (118—181,1%) указывали на увеличение доли родившихся живыми в интервале 2000—2009 гг. Средний уровень ряда был равен 4957,7, средний абсолютный прирост составил 302,2, средний темп роста — 3,98—4,1, а уравнение регрессии ($y = 8178,7 + 328,5 t$) демонстрировало сформировавшуюся тенденцию роста данного показателя.

Доля живых доношенных детей составляла 91,5, 92,8, 92,9, 93,6, 93,7, 92,6, 92,4%, 92,7, 92,3, 92,2% в 2000—2009 гг. соответственно. Базисные темпы роста (19,6%—182,5%) в изученном интервале свидетельствовали об увеличении доли родившихся живыми среди доношенных в каждом последующем году по отношению к 2000 г. Средний уровень ряда составлял 4595,6, средний абсолютный был равен 281,3, средние темпы роста колебались несущественно (1,99—2,06), уравнение регрессии ($y = 7551,7 + 303,28 t$) свидетельствовало о последовательном увеличении доли живых доношенных детей и высоком уровне качества медицинского обслуживания в родильном доме. Процент живых не-

доношенных детей был равен 8,5, 7,2, 7,1, 6,4, 6,1%, 7,4%, 7,6, 7,3, 7,7, 7,8% в 2000—2009 гг. соответственно. Цепные темпы роста демонстрировали незначительно параллельно увеличению числа родившихся возрастание числа недоношенных живорожденных детей (100,4—102,2) в 2000—2009 гг., базисные — о росте их числа по отношению к 2000 г. (100,4—166,2%). Средний уровень ряда составлял 361,1, средний абсолютный прирост — 20,9, средние темпы роста — 1,99—2,06. Уравнение регрессии отражало устойчивую тенденцию роста показателя и имело вид: $y = 627 + 25,18 t$.

Преждевременные роды в изученном интервале составляли 6,8—7,6%, цепные темпы роста — 93,7—102,9%, базисные — 93,7—159,9%, средний уровень ряда составлял 262,3, средний абсолютный прирост — 19,1, уравнение регрессии $y = 735,3 + 29,53 t$ свидетельствовало о тенденции роста преждевременных родов, что определялось увеличением числа родившихся, возрастом матерей и грузом патологии родильниц.

На долю многоплодных родов приходилось 1,2, 0,8, 1, 0,98, 1,1, 0,9, 0,8, 0,94, 0,84, 0,91 в 2000—2009 гг. соответственно. Цепные (75,6—110) и базисные (75,6—134,1%) темпы роста указывали на увеличение доли многоплодных родов, а угловой коэффициент в уравнении регрессии ($y = 62,6 + 2,5 t$) подтверждал эту тенденцию роста.

В структуре многоплодных родов в 2003 г. и 2004 г. встречались единичные тройни.

В силу увеличения числа рождений, снижения уровня здоровья женщин-матерей, повышения среднего возраста рожениц и груза патологии возрастала численность патологических родов. Уравнение регрессии ($y = 66,2 + 2,7 t$) подтверждало тенденцию роста числа родов, при этом доля патологических родов составляла 76,1, 69,6, 72,8, 73,2, 65,2, 68, 70,8, 74,7, 73,9, 73,7% в 2000—2009 гг. соответственно.

Патология положения плода составляла 147, 108, 112, 110, 104, 116, 112, 127, 125, 131‰ в 2000—2009 гг. соответственно. Уравнение регрессии ($y = 11,4 + 0,5 t$) свидетельствовало о формирующейся тенденции роста доли патологии положения плода.

Наиболее распространенной патологией были роды при узком тазе: 56,7, 49,9, 50,4, 51,7, 46,6, 44,5, 51,1, 51,7, 49,9, 43,41% в 2000—2009 гг. соответственно.

На втором месте в структуре патологии положения плода находились роды в тазовом предлежании: 23,9, 35,2, 32,8, 28, 30,4, 30,8, 27,3, 28,5, 28,2 в 2000—2009 гг. Показатели отражали достоверный прирост числа таких родов, коэффициент регрессии составил 0,17.

Роды при неправильном вставлении головки занимали третью позицию, составляли 8,3, 6,8, 5,5, 8,7, 8,9, 9,2, 7,1, 6,9, 9,2, 11,2% в 2000—2009 гг. соответственно (коэффициент регрессии 0,6).

На 4-м месте оказались роды в косом и поперечном положении плода: 4,1, 3,7, 6,3, 4,6, 6,5, 8,7, 8,5, 6,8, 5,1, 7,3% в 2000—2009 гг. соответственно (коэффициент регрессии 0,6).

Роды с высоким прямым стоянием стреловидного шва составили 3,9, 3,0, 2,4, 4,1, 6,3, 4,5, 3,5, 2,1, 5,3, 4,4% в 2000—2009 гг. соответственно.

Далее по степени убывания следуют роды при заднем асинклитизме: 2,7, 0,5, 1,2, 1,9, 0,9, 1,1, 1,8, 2,7, 1,9, 3,4% в 2000—2009 гг.

Последнее 7-е место занимали роды в переднем асинклитизме: 0,4, 0,7, 1,4, 1,0, 0,4, 1,0, 0,7, 1,2, 1,2, 2,1% в 2000—2009 гг., увеличиваясь в семь раз.

Патология родов, осложненных поздними токсикозами, составляла 376,5, 377,4, 403,2, 447,9, 400,5, 409,2, 460, 490,2, 496,3 и 471,7‰ в 2000—2009 гг. Уравнение регрессии ($y = 57,8 + 2,32 t$) свидетельствовало об устойчивой тенденции роста данного показателя.

Далее следовали сочетанные гестозы: 5,9, 8,4, 8,2, 10,2, 16,5, 18,5, 23, 19,4, 21, 26,6% в 2000—2009 гг., которые также имели устойчивую тенденцию к росту (уравнение регрессии $y = 31,16 + 1,3 t$).

В структуре патологии родов, осложненных поздними токсикозами, на 1-м месте находились ОПГ-гестозы (51,7, 55,9, 54,2, 48,7, 42,3, 36,6, 38,2, 35,8, 30,1 и 30% в 2000—2009 гг. соответственно, на 2-м располагались О-гестозы (40,5, 34,4, 36,2, 40,2, 40,6, 40,6, 44,2, 38,2, 44,3, 47,6 и 42,7% в 2000—2009 гг. соответственно). Уравнение регрессии ($y = 39,8 + 1,5 t$) свидетельствовало о тенденции увеличения доли этой патологии.

На 4-м месте располагались преэклампсии: 1,9, 0,9, 1,2, 0,8, 0,6, 0,5, 0,7, 0,5, 0,7 и 0,6% в 2000—2009 гг. соответственно. Данный показатель уменьшали в исследуемом периоде, однако тенденция при этом не сформировалась.

Доля эклампсии была несколько ниже: 0,08, 0,27, 0,22, 0,05, 0,09, 0,14, 0,04, 0, 0,07, 0,07% в 2000—2009 гг.

Роды, осложненные кровотечением, занимали последнее 4-е место в структуре патологических родов и составили 39, 37, 38, 29, 29, 24, 25, 31, 35, 35% в 2000—2009 гг. соответственно. Тенденция роста при этом отсутствовала ($y = 2,1 + 0,08 t$).

В структуре данной патологии наибольший процент составляли роды с отслойкой нормально расположенной плаценты. Их доля увеличивалась от 34,6% в 2000 г. до 56,2% в 2004 г. и снижалась до 39,4% в 2009 г. ($y = 1,4 + 0,1 t$).

Далее следовали гипотонические кровотечения: 38,5, 33,8, 26,9, 23,4, 21,6, 25,4, 21, 13, 17, 17,4% в 2000—2009 гг. соответственно.

На 3-м месте оказались роды с предлежанием плаценты. Их доля составила 12,3, 10,3, 14, 11, 13,1, 14,3, 28,2, 29,6, 33,5, 37,6% соответственно в 2000—2009 гг.

Четвертую позицию в структуре родов, осложненных кровотечением, занимало послеродовое кровотечение: 6,9, 8,2, 2,9, 4,4, 4,6, 8,7, 8,1, 6,8, 2,9, 4,3% в 2000—2009 гг. соответственно, неравномерно уменьшаясь.

Несколько реже происходило послеродовое кровотечение: 6,2, 4,8, 1,7, 3,6, 2, 3,2, 1,6, 2,5, 1,9 и 0,5% в 2000—2009 гг. соответственно, достоверно уменьшаясь в изученном периоде.

Наиболее редко встречался ДВС-синдром. Число родов с такой патологией увеличилось от 1,5% в 2000 г. до 3,9% в 2005 г. и уменьшалось до 0,9% в 2009 г.

Выводы

Анализ деятельности родильного дома за 2000—2009 гг. отразил возрастание интенсивности работы в связи с двукратным устойчивым ростом числа родов и родившихся детей. При

этом число доношенных детей возросло от 3070 до 5620, их доля в структуре всех родившихся составила 90—93%, что свидетельствовало об улучшении качества работы родильного дома на фоне возрастающей государственной поддержки системы родовспоможения.

В силу роста общего числа рождений происходило численное увеличение недоношенных детей, хотя доля их в совокупности родившихся практически не изменялась, варьируя от 7,5 до 8%.

Доля родившихся живыми была стабильной (99,2—99,4%). Доли живых доношенных детей составляли 91,5—92,2%, а общая численность живых доношенных детей устойчиво возрастала. Число живых недоношенных устойчиво возрастало параллельно росту численности родов, однако доля живых недоношенных в структуре всех живорожденных уменьшалась (8,5—7,7%). Преждевременных родов было принято около 7%. Доля многоплодных родов составляла около 1%. В силу роста численности родов при снижении уровня здоровья матерей возрастала численность патологических родов, что увеличивало нагрузку на персонал. Доля патологических родов изменялась несущественно, уменьшаясь от 76,1% в 2000 г. до 73,9% в 2009 г., устойчиво возрастал уровень патологии родов, осложненных поздними токсикозами (376,5—471,7‰). Из них ОПГ-гестозы уменьшались от 51,7 до 30%, О-гестозы устойчиво увеличивались от 40,5 до 42,7%, сочетанные гестозы существенно и устойчиво увеличивались от 5,9 до 26,6%. Уровень патологии положения плода уменьшался от 147% до 131%. Среди патологии положения плода роды при узком тазе составляли 56,7—43,4%, в тазовом предлежании 23,9—28,2%, при неправильном вставлении головки 8,3—11,2%. Роды, осложненные кровотечением, несущественно снижались от 39 до 35%. При этом отслойка нормально расположенной плаценты составила 34,6—39,4%, гипотонические кровотечения 38,5—17,4%, предлежание плаценты 12,3—37,6%.

Оперативная деятельность стационара в изученном периоде так же интенсивно возрастала в связи с ростом численности родов. Следствием увеличения числа родов стало пропорциональное возрастание количества оперативных вмешательств (от 1622 до 3107). Однако уровень оперативной активности увеличивался несущественно от 485,9% в 2000 г. до 514,4% в 2009 г. Наиболее часто выполнялись операции кесарева сечения. Они устойчиво увеличивались от 184,5 до 279,6‰, возрастая до 53,8% в структуре всех операций, несколько реже выполняли эпизиотомии (132,1—104,4%) и операции по выскабливанию матки (54,5—8,4‰), структурно уменьшившиеся от 11,2 до 1,7% с тенденцией к снижению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб. — М., 2002.
2. Бокс Дж., Денкин Г. Анализ временных рядов. Прогноз и управление. — М., 1974. — Вып. 1.
3. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 2004.

Поступила 28.03.11

СТРУКТУРА ВЫЗОВОВ БРИГАД ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздравсоцразвития

Установлено, что от общего числа лиц в возрасте от 15 до 59 лет, которым была оказана экстренная медицинская помощь в 2008 г., 47,2% составили заболевшие внезапно. Пациентов с болезнями системы кровообращения было 17,1%, с болезнями нервной системы — 11,4%, с болезнями органов дыхания — 6,2%, органов пищеварения — 5,5%, мочеполовой системы — 2,4%; меньшее значение имели психические расстройства и расстройства поведения — 2,9%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 1,0, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 1,8%. Лица в возрасте от 15 до 59 лет (трудоспособного возраста), пострадавшие в результате несчастных случаев, которым была оказана экстренная медицинская помощь врачами БИТ, составили 35,6%. Выявленную зависимость между количеством и характером заболеваний, по поводу которых жители Астрахани обратились за экстренной медицинской помощью, и их полом и возрастом необходимо учитывать при планировании организации скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, бригада интенсивной терапии, здоровье населения, структура обращений

THE STRUCTURE OF EMERGENCY CALLS OF THE INTENSIVE CARE TEAM DEPENDING ON AGE AND GENDER OF PATIENTS APPEALED FOR URGENT MEDICAL AID

Bolotnikova N.I.

It is established that in 2008 in examined patients' sampling aged from 15 to 59 years, 47.2% consisted the group of suddenly ill and received urgent medical aid. The patients with cardio-vascular diseases consisted 17.1%, nervous diseases - 11.4%, respiratory diseases - 6.2%, digestion system diseases - 5.5%, urogenital system diseases - 2.4%, mental illnesses and behavior disorders - 2.9%, musculoskeletal and connective tissue diseases - 1.8%, endocrine system diseases, diet and metabolic disorders - 1.0%. The able-bodied persons aged from 15 to 59 years and victims of accidents and received urgent medical aid by the intensive care team consisted 35.6%. The established dependency between quantity and characteristics of diseases on the subject of which the Astrakhan citizen appealed to urgent medical aid and patients' gender and age are to be considered in planning of ambulance medical care organization.

Key words: urgent medical aid, intensive care team, population health, appeal to medical care

Общеизвестно, что возраст и пол — важные факторы, с которыми связаны закономерности возникновения и распространения болезней [2, 6]. Они нередко скрывают истинные условия, способствующие возникновению заболевания или его рецидива, однако их нельзя не учитывать при изучении состояния здоровья и оказании медицинской помощи. В настоящее время служба скорой медицинской помощи оказалась одной из самых востребованных из-за ухудшения состояния здоровья населения, ослабления медицинской профилактики, уменьшения доступности медицинской помощи в целом [1, 3—5]. Вместе с тем в научной литературе вопросы структуры обращений за экстренной медицинской помощью в зависимости от возраста и пола освещены недостаточно.

Целью настоящего исследования явился анализ структуры вызовов бригад интенсивной терапии (БИТ) жителями Астрахани за 2008 г. в зависимости от возраста и пола обратившихся.

Изучены 15 434 карты вызовов БИТ к лицам в возрасте от 15 до 59 лет, т. е. к трудоспособной части населения. Согласно классификации Б. Ц. Урланиса, выделены следующие возрастные группы: юного рабочего возраста (от 15 до 24 лет 2881 карта), зрелого рабочего возраста (от 25 до 44 лет — 6607 карт) и позднего зрелого рабочего возраста (от 45 до 59 лет — 5946 карт).

Статистический анализ данных выполняли с использованием стандартных программ средств ста-

тистического анализа в среде Microsoft Excel. Заболевания, по поводу которых население обращалось за экстренной медицинской помощью, группировали в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). В работе использовали статистические методы и метод экспертной оценки.

По данным переписи 2002 г., доля лиц в возрасте от 15 до 59 лет составила 66,7% от общей численности городского населения (мужчины этого возраста составляли 69,3% от общей численности мужчин, женщины — 64,1% от общей численности женщин). Лица юного рабочего возраста составили 18,2% от общей численности городского населения, зрелого рабочего возраста — 29,8%, позднего зрелого рабочего возраста — 18,6%.

В среднем БИТ обслуживала $42,3 \pm 1,4$ вызова в сутки; к мужчинам было выполнено $23,2 \pm 0,6$ вызова, к женщинам — $19,1 \pm 0,7$.

Основными причинами вызовов, зафиксированных врачами БИТ, были травмы головы (9,4%), потеря сознания (7,6%), сердечный приступ (6,5%), плохое общее состояние (6,4%), травмы конечностей (4,9%), дорожно-транспортные происшествия (4,8%), высокое артериальное давление (4,6%), боль в животе (4,3%), повышенная температура тела (4,1%), судороги (3,9%), затруднения дыхания (3,3%), отравление алкоголем (3,1%), боль за грудиной (2,9%), избиение (2,6%).

Госпитализацией закончились 38,1% всех вызовов, при этом мужчин было госпитализировано

Н. И. Болотникова — аспирант (8-927-659-11-95)

больше (41,9%), чем женщин (34,5%). Следует отметить, что лиц юного рабочего возраста было госпитализировано намного больше (44,6% обратившихся за медицинской помощью), чем представителей других возрастных групп; эти показатели в зрелом рабочем возрасте составляли 37,8%, в позднем рабочем возрасте — 35,3%.

Основную долю (84,2%) в структуре вызовов врачей БИТ Астрахани в 2008 г. составили вызовы, связанные с внешними причинами заболеваемости и смертности (35,6%), болезнями системы кровообращения (17,1%), болезнями нервной системы (11,4%), болезнями органов дыхания (6,2%) и органов пищеварения (5,5%); в 8,4% случаев врачами БИТ диагноз не был установлен. Меньшую долю (15,8%) вызовов обусловили осложнения беременности и родов (3,6%), психические расстройства и расстройства поведения (2,9%), болезни мочеполовой системы (2,4%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (1,8%), инфекционные и паразитарные болезни (1,0%), терминальные состояния при онкологических заболеваниях (0,8%), заболевания эндокринной системы (0,8%), прочие болезни (1,2%); от 0,5 до 0,1% составили случаи, когда вызовы БИТ были необоснованными (1,3%).

Следует отметить, что структура причин обращений за экстренной медицинской помощью различалась в разных возрастных группах. Так, у лиц юного рабочего возраста вызовы, связанные с внешними причинами заболеваемости и смертности, составляли 46,5%, с болезнями нервной системы — 12,6%, с болезнями органов дыхания — 7,6%, с болезнями органов пищеварения — 6,6%, с осложнениями беременности и родов — 6,4%, с болезнями мочеполовой системы — 3,6%, с болезнями системы кровообращения — 2,1%, с психическими расстройствами и расстройствами поведения — 1,7%, с инфекциями — 1,0%, с прочими заболеваниями — 2,3%; необоснованными были 1,1% вызовов БИТ, в 8,5% случаев врачами БИТ диагноз не был установлен.

Структура обращений за экстренной медицинской помощью лиц зрелого рабочего возраста была иной: вызовы, связанные с внешними причинами заболеваемости и смертности, составляли 40,4%, с болезнями нервной системы — 13,2%, с болезнями системы кровообращения — 9,6%, с болезнями органов дыхания и пищеварения — по 5,1%, с осложнениями беременности и родов 4,3%, с психическими расстройствами и расстройствами поведения — 3,5%, с болезнями мочеполовой системы — 1,9%, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани — 1,8%, с инфекционными и паразитарными болезнями — 0,9%, с терминальными состояниями при новообразованиях и с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ — по 0,8%, с прочими заболеваниями — 0,9%, не обоснованными были 1,7% всех вызовов БИТ, в 10,0% случаев врачами БИТ диагноз не был установлен.

Структура обращений за экстренной медицинской помощью лиц позднего зрелого рабочего возраста заметно отличалась: вызовы, связанные с болезнями системы кровообращения, составляли 39,6%, с внешними причинами заболеваемости и смертности — 19,8%, с болезнями нервной системы — 8,3%, с болезнями органов дыхания — 5,9%,

с болезнями органов пищеварения — 4,8%, с психическими расстройствами и расстройствами поведения — 3,4%, с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани — 3,0%, с болезнями мочеполовой системы — 1,8%, с терминальными состояниями при новообразованиях 1,7%, с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ — 1,5%, с инфекционными и паразитарными болезнями — 0,9%, с прочими заболеваниями — 1,3%, необоснованными были 1,4% вызовов врачей БИТ, в 6,6% случаев врачами БИТ диагноз не был установлен.

Структура вызовов врачей БИТ к мужчинам в возрасте от 15 до 59 лет заметно отличалась от подобных показателей у женщин того же возраста. Так, вызовы, связанные с внешними причинами заболеваемости и смертности, составили 41,9%, с болезнями системы кровообращения — 16,3%, с болезнями нервной системы — 10,5%, с болезнями органов дыхания — 5,3%, с болезнями органов пищеварения — 4,5%, с психическими расстройствами и расстройствами поведения — 3,4%, с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани — 1,5%, с инфекционными и паразитарными болезнями и болезнями мочеполовой системы — по 1,2%, с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ — 0,8%, с прочими болезнями — 1,7%; необоснованными были в 1,9% вызовов, в 9,8% случаев врачами БИТ диагноз не был установлен. При этом удельный вес вызовов, связанных с внешними причинами заболеваемости и смертности у лиц позднего зрелого рабочего возраста (22,3%), был в 2,5 раза ниже, чем у лиц юного рабочего возраста (58,5%).

У женщин в возрасте от 15 до 59 лет последствия внешних причин в структуре обращений за экстренной медицинской помощью составляли 27,1% (у мужчин того же возраста — 41,9%), вызовы, связанные с болезнями системы кровообращения, — 29,6% (их удельный вес у мужчин трудоспособного возраста — 16,3%). У женщин в возрасте 45—59 лет количество вызовов, связанных с внешними причинами заболеваемости и смертности, был в 2,6 раза меньше (13,3%), чем у женщин юного рабочего возраста (35,1%), а вызовов, связанных с болезнями системы кровообращения, — в 27,6 раза больше (1,8% и 49,7% соответственно).

В структуре обращений за экстренной медицинской помощью женщин в возрасте от 15 до 59 лет вызовы, связанные с болезнями нервной системы, составляли 11,6%, с осложнениями беременности и родов 7,6%, с болезнями органов дыхания — 7,4%, с болезнями органов пищеварения 6,4%, с болезнями мочеполовой системы — 3,6%, с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани — 2,3%, с психическими расстройствами и расстройствами поведения — 1,9%, с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ — 1,2%, с терминальными состояниями при новообразованиях — 1,2%, с инфекционными и паразитарными болезнями — 0,9%, с прочими заболеваниями — 1,7%, необоснованными были 0,8% вызовов, в 6,7% случаев врачами БИТ диагноз не был установлен.

Таким образом, 50,1% лиц в возрасте от 15 до 59 лет, обратившихся за экстренной медицинской помощью в 2008 г., составили больные с болезнями

системы кровообращения (17,1%), нервной системы (11,4%), органов дыхания (6,2%), органов пищеварения (5,5%), психическими расстройствами и расстройствами поведения (2,9%), болезнями мочеполовой системы (2,4%), инфекционными и паразитарными болезнями (1,0%), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (1,8%).

Лица в возрасте от 15 до 59 лет, или трудоспособного возраста, пострадавшие в результате несчастных случаев, которым была оказана экстренная медицинская помощь врачами БИТ, составили 35,6%.

В заключение следует подчеркнуть, что существует зависимость между количеством и характером заболеваний, по поводу которых жители Астрахани обратились за экстренной медицинской помощью, и их полом и возрастом. Выявленную закономер-

ность необходимо учитывать при планировании организации скорой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойков А. А., Ханин А. З. // Скорая мед. помощь. — 2006. — № 1. — С. 3—11.
2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М., 2002.
3. Медик В. А., Токмачев М. С. // Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. — М., 2006. — С. 365—369.
4. Нихоношин А. И., Фурсенко Н. А. // Материалы I Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи. — М., 2005 — С. 32—34.
5. Сухин В. В. Особенности обращаемости населения в службу скорой помощи и научное обоснование ее деятельности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2004.
6. Шепин О. П., Овчаров В. К., Максимова Т. М. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2003. — № 2. — С. 3—7.

Поступила 21.04.10

Образование и кадры

© В. З. КУЧЕРЕНКО, 2011
УДК 614..2:378.661

В. З. Кучеренко

РОЛЬ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

В соответствии со Стратегией развития науки и инноваций Российской Федерации на период до 2015 г. в перспективе система здравоохранения, государственные секторы медицинской науки и высшего образования должны приобрести в соответствии с парадигмой развития общества XXI века новый статус, основу которого составят технически оснащенные, укомплектованные квалифицированными кадрами, достаточно крупные и финансово устойчивые практические, научные и научно-образовательные организации. Основой стратегии развития медицинского образования России является необходимость подготовки и повышения квалификации специалистов отрасли с учетом потребности субъектов Российской Федерации в конкретных специалистах. Как и за рубежом, в новых социально-экономических условиях России реальную ценность для здравоохранения представляет лишь широко образованный врач, способный гибко перестраивать направление и содержание своей деятельности в связи с потребностями отрасли.

Ключевые слова: система здравоохранения, подготовка кадров, основные направления модернизации отрасли, перспективы развития высшей медицинской школы

THE ROLE OF MEDICAL PERSONNEL TRAINING IN PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT

Kutcherenko V.Z.

The strategy of development and innovations of the Russian Federation up to 2015 specifies that public health system, public sectors of medical science and higher education are to acquire a new paradigm status on the basis of technically equipped large-scale practical, research and education organizations with qualified professional staff. In Russia, the strategy of development of medical education is based on the need in education and advanced training of medical professionals considering the particular specialists' demands of subjects of the Russian Federation. In new social economic conditions, in public health the actual value is attached only to a highly educated physician, being able to flexibly rearrange the directions and content of one's own activity because of sectorial needs.

Key words: public health system, personnel training, main direction, modernization, development of higher school

На рубеже XX и XXI веков в России формируется стратегия новой государственной политики в области охраны здоровья населения. Она направлена на повышение ответственности государства за охрану здоровья, развитие преимуществ национальной системы общественного здравоохранения,

поддержку государственного здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней, предоставление возможностей для формирования частного сектора здравоохранения, дополняющего государственную систему здравоохранения и реализующего право выбора пациентом исполнителей медицинских услуг.

В рамках принятого в России в 2005 г. Национального проекта в сфере здравоохранения под-

В. З. Кучеренко — член-корр. РАМН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. (niilan@yandex.ru)

тверждены и развиты основные направления стратегии государственной политики развития отечественной системы медицинской помощи населению по следующим направлениям:

- от специализированной амбулаторно-поликлинической помощи к первичной медико-санитарной, и в первую очередь к общей врачебной практике;
- от лечения болезней к их профилактике и укреплению здоровья;
- от стационарной медицинской помощи к амбулаторной;
- от единичных высокотехнологичных медицинских центров к системе организации высокотехнологичной медицинской помощи населению на федеральном и региональном уровнях;
- от наращивания ресурсов в отрасли к их оптимизации и эффективному использованию;
- от объема медицинских услуг к их качеству;
- предоставление населению возможности получить медицинскую помощь сверх гарантированного государством объема и качества медицинских услуг за счет добровольного медицинского страхования, личных средств граждан, спонсорства, благотворительности и т. д.;
- от оценки качества медицинской помощи к его планированию и управлению, включая стандартизацию, контроль, выявление рисков и обеспечение безопасности;
- от патерналистского отношения к пациентам к принципу информационного согласия, взаимной ответственности и сотрудничества.

В соответствии с парадигмой преобразования общества XXI века и стратегией развития науки и инноваций Российской Федерации на период до 2015 г. в перспективе система здравоохранения, государственные секторы медицинской науки и высшего образования должны приобрести новый статус, основу которого составят технически оснащенные, укомплектованные квалифицированными кадрами, достаточно крупные и финансово устойчивые практические, научные и научно-образовательные организации [1].

При этом общество озабочено судьбой высшей школы России. Причины кризисных явлений связаны с неустойчивым экономическим развитием, низким социально-экономическим статусом профессорско-преподавательского состава, снижением конкурсов в высших учебных заведениях в связи с уменьшением численности населения и др.

В ежегодных президентских посланиях Федеральному собранию последних лет выражается неудовлетворенность состоянием здоровья экономической активности взрослого населения, что ставит под угрозу устойчивость социального и экономического развития страны.

Факторы, угрожающие сохранению и развитию человеческого капитала в России, хорошо изучены. Это экономические, социальные факторы и многопроблемное состояние здоровья населения страны. Все они влияют на состояние и перспективы развития высшей школы и соответственно на будущее России.

Основой стратегии развития медицинского образования России является необходимость подготовки и повышения квалификации специалистов отрасли с учетом потребности субъектов Российской Федерации в конкретных специалистах. Как и

за рубежом, в новых социально-экономических условиях России реальную ценность для здравоохранения представляет лишь широко образованный врач, способный гибко перестраивать направление и содержание своей деятельности в связи с потребностями отрасли.

Современная система подготовки врача призвана формировать у него потребность в совершенствовании профессиональных знаний, умений и навыков в течение всей жизни.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), обосновывает необходимость совершенствования и развития медицинского образования XXI века. Особо подчеркивается важность таких аспектов, как:

- понимание функций врачей в обществе;
- необходимость непрерывного образования;
- сотрудничество между различными категориями медицинских работников.

Согласно оценкам ВОЗ (2005), в результате возрастания смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов и диабета наиболее проблемные в этом плане страны (в том числе Россия) имеют огромные потери как человеческих ресурсов, так и национального бюджета. По расчетам экономистов эта сумма может к 2015 г. достигнуть 66,4 млрд долл. США.

Масштабы прогнозируемых потерь для России, связанных с проблемами здоровья населения, особенно тревожны в сравнении их со значительно меньшей прогнозируемой оценкой ущерба в Великобритании. Так, по прогнозам экономистов оценка наносимого ущерба, связанного с нарушением здоровья населения России за период 2005—2015 гг. составит 303,2 млрд долларов США по сравнению с 32,8 млрд долл. США в Великобритании, т. е. почти в 10 раз больше, чем в России.

При этом вспомним, что по сравнению с развитыми странами Россия имеет один из самых низких показателей ожидаемой средней продолжительности жизни. Он равен 64 годам для женщин, что примерно на 10 лет меньше, чем в Великобритании и Германии, и лишь 53 годам для мужчин, что соответственно на 16 и 18 лет меньше, чем в Великобритании и Италии.

Сегодня в учреждениях системы Минздравсоцразвития России работает 609 тыс. врачей и 1,3 млн работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием. С 1996 г. выпуск специалистов здравоохранения с высшим образованием увеличился в 2,5 раза, что превышает спрос, а сестринского персонала — на 35%, но это почти в 2 раза меньше, чем требуется.

Еще в начале XX века удвоение знаний в различных дисциплинах, особенно фундаментальных, происходило за 50—100 лет. Любой молодой человек, придя в школу, а потом в вуз, за годы систематического обучения узнавал все, что было сделано в данной специальности до него и во время его обучения в университете.

Произошел информационный взрыв. Возникли проблемы адекватной подготовки высококвалифицированных специалистов, в том числе в медицине [2].

Подписание Россией Болонской декларации (2003) явилось одним из условий для процесса интеграции в Европейскую систему образования при сохранении непрерывной продолжительности (5

или 6 лет) и структуры отечественного высшего медицинского и фармацевтического образования с обязательным продолжением его в интернатуре и ординатуре. Это создает возможности сопоставимости образовательных программ, академической мобильности студентов и преподавателей, функционирования системы накопительных кредитов, что является ключевой новацией принятой в России Болонской декларации [3].

Проблемы интенсификации в здравоохранении в первую очередь имеют отношение к медицинским кадрам, так как именно через деятельность персонала учреждений здравоохранения осуществляется само функционирование системы.

Отсутствие двух ступеней (бакалавр—магистр) в подготовке врача на квалификационном уровне не является препятствием для участия отечественных медицинских вузов в Болонском процессе. Помимо этого, введение кредитно-модульной системы организации учебного процесса в медицинских вузах России позволит улучшить качество подготовки врачей. Следует осознать не только руководителям и преподавателям высших медицинских учебных заведений, но и врачебному сообществу, что появился шанс существенно повысить качество организации учебного процесса, и этот шанс нельзя упускать.

Совершенствование системы подготовки медицинских кадров — составная часть реформ, перманентно проводимых в образовании и здравоохранении, структура до- и последипломого образования не всегда отвечает современным требованиям.

На одно из первых мест в отрасли выдвигается проблема повышения качества высшего медицинского образования. Подготовка врача должна соответствовать запросам здравоохранения, а если шире — то и запросам общества в целом. Все заинтересованы в том, чтобы врач и провизор были квалифицированными специалистами, не только понимающими свои узкопрофессиональные задачи, но и независимо от специальности ориентированными в вопросах общественного здоровья и здравоохранения, адаптированными к социальным, политическим, правовым и экономическим переменам, происходящим в обществе вокруг них.

За два последних десятилетия в отечественной системе здравоохранения произошло много перемен. Они коснулись и самой системы здравоохранения, ее хозяйственно-экономического устройства, и медицинской науки, выражаясь в высоких технологиях и компьютеризации, стремительном увеличении объема обновляемой информации. В клинической медицине диагностические и лечебные технологии стали сложными и дорогостоящими, к сожалению, при этом в определенной мере "агрессивными" и сопряженными с риском осложнений [4].

Наконец, меняется и правовое сознание населения в целом и пациентов в частности. Повышаются требования не только к профессиональной квалификации врача, но и к его ответственности и правовой осведомленности.

Медицинская высшая школа не может не учитывать эти перемены. Появляются новые дисциплины, сопряженные со здравоохранением: информатика, законодательство, экономика, маркетинг, менеджмент и др. Безусловно, это определяет не-

обходимость форм и методов, объемов информации и технологии обучения студентов и врачей.

На современном этапе методика обучения студентов медицинских и фармацевтических вузов России основана на дисциплинарном подходе. Полученные на ряде теоретических кафедр, в том числе общественного здоровья и здравоохранения, знания порой остаются невостребованными, и студент с трудом может соотнести или использовать их при обучении на клинических кафедрах, а в последующем на практике.

Преподавание в медицинском вузе порой ориентировано на запоминание, а отнюдь не на развитие умения решать конкретные клинические и организационные ситуации, с которыми будущий врач столкнется в своей практической работе.

Учебно-методическое обеспечение преподавания ряда дисциплин, в том числе и общественного здоровья и здравоохранения, не всегда соответствует современным международным требованиям. В отдельных случаях студентам предоставляются учебники 5—10-летней давности. Информация в них, как правило, устаревает не только по содержанию, но и по формам, методам, образовательным технологиям ее подачи. При этом часть учебников написана без учета современной учебной программы предмета, содержание в них отстает от новой информации в медицинской науке, практике, организации здравоохранения, которая в настоящее время существенно обновляется с периодичностью не более чем 3 года.

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И. М. Сеченова кафедра общественного здоровья и здравоохранения придерживается тактики, что на современном этапе существенных (а порой радикальных) преобразований в системе здравоохранения, на этапе катастрофических колебаний демографических процессов и т. д. целесообразно издавать и переиздавать учебные пособия по соответствующим разделам учебной программы дисциплины для IV и V курсов, через более короткий промежуток времени с учетом последних официальных данных и произошедших демографических, структурных и функциональных изменений в системе здравоохранения России и зарубежья.

Так, в рамках проекта "Создание системы активных методов обучения по медико-профилактическим дисциплинам" сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения Первого МГМУ им. И. М. Сеченова подготовлены:

- учебно-методические пособия;
- сборник ситуационных задач по модулям дисциплины общественное здоровье и здравоохранение "Оценка состояния здоровья населения" (2010);
- учебно-методическое пособие для проведения деловых игр по дисциплине общественного здоровья и здравоохранения для студентов медицинских вузов на додипломном этапе обучения (2010).

В 2010 г. впервые в практике преподавания студентам медицинских вузов изданы "Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению", в которых представлены с учетом последних данных теоретические основы предмета для студентов IV, V и VI курсов.

Также впервые в практике обучения студентов медико-профилактического факультета кафедрой

издано в 2011 г. учебное пособие "Организационно-правовые основы деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)".

Все еще недостаточно учебников и учебных пособий с приложениями на компакт-диске, на котором размещаются дополнительная справочная информация, иллюстративные и видеоматериалы. Быстро устаревающая информация в учебниках, ограниченная доступность современных технических средств обучения (компьютеризации, Интернета, дистанционных и визуальных способов подачи информации) не всегда позволяют достичь качества подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, соответствующего современному уровню знаний.

Подобная ситуация определяет необходимость существенных преобразований в высшем медицинском образовании. Вместе с тем имеется потребность объединения усилий Минздравсоцразвития России, Совета ректоров медицинских вузов, ведущих научных медицинских обществ и РАМН для разработки единой стратегии высшего медицинского образования России, основой которого должно стать повышение качества непрерывного медицинского образования до уровня международных стандартов.

Одним из важных механизмов повышения качества подготовки врача должна стать система управления учебным процессом и его результативностью.

Преподаватель из сегодняшнего "ретранслятора" призван стать "генератором" учебного процесса, консультантом для будущего врача и провизора во всем комплексе учебно-методической работы (стандарты, доказательная медицина, ситуационные задачи, практические навыки).

В течение последних десятилетий клиническая медицина перешла в новое состояние, приобрела новую идеологию и направление развития: появляются новые методы диагностики и лечения; число доступных лекарственных средств исчисляется тысячами; поток медицинской информации (даже по узким специальностям) напоминает лавину; в практику приходят новые технологии, требующие для их эффективного использования новых знаний. Компьютер и Интернет стали в руках врача такими же важными инструментами, как стетоскоп. Медицинский мир повсеместно использует принципы доказательной медицины.

В этих условиях появляется потребность не только в новых знаниях, но и в новых технологиях их приобретения, что определяет новый уровень всей системы профессионального непрерывного образования.

В настоящее время система повышения квалификации врачей представлена институтами усовершенствования врачей и факультетами последипломного образования при медицинских вузах, институтами РАМН и Минздравсоцразвития России, а также профессиональными медицинскими ассоциациями. Ежегодно в стране повышают квалификацию около 150 тыс. врачей и провизоров.

Число медицинских кадров в России в среднем соответствует европейскому уровню, вместе с тем качество медицинской помощи и показатели здоровья населения, к сожалению, находятся на существенно более низком уровне по сравнению со

странами ЕС. Больные с хроническими заболеваниями в России живут около 7 лет, в странах ЕС — 18—20 лет. Это доказательство того, что наряду с реально существующим недофинансированием отрасли и слабой материально-технической базой требуется существенно повысить качество работы и подготовки врачей, усилить контроль результатов их труда.

Врачей, не прошедших повышение квалификации последние 5 лет, в стране по отдельным специальностям около 20%. Новая концепция стран — членов Евросоюза "Контроля качества медицинской помощи" предусматривает переход от эпизодического контроля качества к "Системной концепции контроля на основе индикаторов качества и медицинских ошибок в соответствии с клиническими рекомендациями".

В России утверждены единые государственные образовательные стандарты (ГОС), требования к организации всех видов послевузовского образования, сроки, периодичность и продолжительность обучения. Создание ГОСТов позволило сформировать в России единое образовательное пространство по всем медицинским специальностям.

Для адаптации образовательных традиций российской высшей медицинской школы к Европейским образовательным технологиям проведена большая аналитическая и методическая работа, важным этапом которой явилась подготовка образовательных стандартов по специальностям.

С этой целью:

- разработан макет образовательного стандарта;
- предложена единая по форме и содержанию структура непрерывного послевузовского образования врачей-специалистов России в соответствии с положениями Болонской декларации.

Стандартом четко определен статус профессиональной сертификации в рамках послевузовского профессионального образования (интернатура, клиническая ординатура) и ресертификация — в системе непрерывного профессионального развития специалистов.

Непрерывное последипломное профессиональное развитие — система подтверждения профессиональной компетенции на протяжении всей профессиональной деятельности. Это сертификационные и ресертификационные циклы, циклы тематического усовершенствования, реализуемые по традиционной форме обучения с использованием системы накопительных кредитов. К недостаткам традиционной системы очного обучения относятся:

— отставание получаемых знаний от уровня развития информационных технологий,

— низкая адаптация систем образования к различным социально-экономическим условиям,

— отрыв врачей от лечебного процесса на длительный период и т. д. Профессиональная карьера организатора здравоохранения, врача любой специальности, провизора зависит от того, насколько качественной была его подготовка за весь период обучения.

Основные принципы, позволяющие в России интегрировать европейские образовательные технологии, предусматривают сохранение всех форм последипломного профессионального образования врачей, используемых в настоящее время (интернатура, клиническая ординатура, профессиональная переподготовка, аттестационные циклы), а

также внедрение системы накопительных кредитов (перевод академических часов в кредиты).

В образовательные программы должны быть включены дистанционные образовательные технологии (видеоконференции, CD, DVD, видеоматериалы).

Банк накопительных кредитов включает:

— освоение новых методов лечения, диагностики и практических навыков;

— учебный тренинг для редко выполняемых практических процедур;

— участие в клинической апробации новых методов диагностики и лечения, фармакологических средств, технических устройств и аппаратуры.

Для дальнейшего совершенствования и развития системы послевузовского и профессионального дополнительного образования специалистов отрасли в перспективе предполагается:

— разработать модели взаимоотношений, регламентирующих рациональное использование специалистов отрасли, подготовленных как за счет средств федерального бюджета, так и на контрактной основе;

— пересмотреть номенклатуру специальностей в учреждениях здравоохранения;

— разработать новое поколение квалификационных характеристик специалистов;

— совершенствовать систему аттестации медицинских кадров и правила их допуска к практической деятельности;

— разработать и утвердить новые государственные образовательные стандарты подготовки специалистов в интернатуре и ординатуре, а также приложения к сертификату специалиста с указанием количественных показателей практических навыков и умений организатора здравоохранения, врача, провизора;

— разработать и начать проведение циклов по новым перспективным направлениям развития здравоохранения с учетом последних достижений науки.

Реформы высшего медицинского образования должны проводиться планомерно, взвешенно и обоснованно. Как одно из направлений реформирования образования предлагается создание крупных университетских комплексов, включающих вузы, научно-исследовательские институты и клиники. Моделью такого комплекса является Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, в составе которого сегодня 10 факультетов и 5 НИИ, в том числе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением.

Являясь центром образования, науки, здравоохранения и культуры в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова для непрерывного повышения компетентности, уровня квалификации и профессиональной переподготовки специалистов разработал и придерживается в своей деятельности политики в области качества, направленной на:

— предоставление образовательных услуг, конкурентоспособных как на российском, так и на международном рынках;

— обеспечение высокой конкурентоспособности выпускников;

— удовлетворение потребностей общества в квалифицированных специалистах с высшим ме-

дицинским и фармацевтическим образованием, а также в научно-педагогических кадрах высшей квалификации, сочетающих в себе высокую профессиональную квалификацию, культуру и гражданственность;

— удовлетворение потребностей личности в интеллектуальном, культурном и нравственном развитии посредством получения додипломного и послевузовского медицинского и фармацевтического, а также дополнительного образования, переподготовки и повышения квалификации в избранной области деятельности;

— непрерывное совершенствование и повышение результативности процессов образовательной деятельности и Системы менеджмента качества; — постоянное совершенствование методологической, методической, материально-технической и информационной базы Университета;

— непрерывное повышение компетентности персонала Университета, представляющего сплоченную команду высококвалифицированных профессионалов.

В рамках данной политики в Университете определены цели в области качества, как для всего Университета в целом, так и для каждого факультета, разработана Система менеджмента качества образовательной деятельности в соответствии с требованиями и рекомендациями международного стандарта ISO 9001:2000.

Являясь структурным подразделением медико-профилактического факультета, кафедра общественного здоровья и здравоохранения определила следующие цели в области качества:

— участие в обеспечении условий для эффективной координации российского высшего медицинского образования с европейским при создании на базе Университета Сотрудничающего центра ВОЗ;

— подготовка предложений по разработке нового поколения федеральных государственных образовательных стандартов высшего медицинского и профессионального образования в области общественного здоровья и здравоохранения, дифференцированно по специальностям;

— участие во внедрении на всех факультетах Университета Европейской системы трансферных накопительных кредитов (ETCS);

— участие в разработке и внедрении на всех факультетах Университета модульного принципа реализации образовательного процесса.

Кафедра принимает активное участие в научной деятельности Университета. Только за последние 5 лет аспирантами, преподавателями кафедры и привлеченными к ней соискателями ученых степеней было подготовлено 14 докторских и 33 кандидатских диссертаций.

Темы научной деятельности сотрудников, аспирантов и соискателей кафедры посвящены вопросам здоровья отдельных групп населения, студентов, преподавателей медицинских вузов, качества жизни пациентов, качества медицинской помощи, проблемам медико-социальной и паллиативной помощи, кадровой политики в здравоохранении, подготовки медицинских кадров, в том числе сестринских, реализации и эффективности основных направлений национального проекта "Здоровье", включая вопросы дополнительной диспансеризации работающего населения. Одним из активно

разрабатываемых на кафедре научных направлений в последние годы является проблема, имеющая важное научно-практическое значение — Концепция рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики.

В целом следует отметить, что наша дисциплина "Общественное здоровье и здравоохранение" становится все более востребованной на рынке медицинского образования. У нее есть перспективы развития, связанные не только с оценкой эффективности происходящих реформ в системе медицинского образования и науки, но и с разработкой новых направлений, обусловленных динамикой состояния здоровья населения, необходимостью научного обоснования инноваций в практическом здравоохранении, оценкой их результатов, а также необходимостью совершенствования системы до- и постдипломного образования врачей, в том числе системы подготовки специалистов в области организации, экономики здравоохранения и управления им.

Представляется на перспективу целесообразным при организации подобных комплексов предусмотреть возможность вхождения в них организаций и учебных заведений иных форм собственности, так называемых корпоративных университетов.

В перспективе подобная многоукладная экономика высшей медицинской школы будет способствовать ее развитию и совершенствованию.

Итак, в новых социальных и экономических условиях реальную ценность для здравоохранения России представляют лишь широко образованные организаторы здравоохранения и врачи, способные гибко перестраивать направления и содержание своей деятельности в связи с переходом на современные высокие организационно-управленческие и лечебно-диагностические технологии с учетом требований рынка профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных услуг.

Акценты на узкопрофессиональную подготовку должны быть перенесены из вуза на послевузовское обучение врача.

Специфика новой системы подготовки врача проявляется в том, что она не только вооружает

знаниями обучающегося, но и формирует у него потребность в самостоятельном непрерывном овладении профессиональными знаниями, умениями и навыками в течение всей жизни.

Таким образом, развитие отечественного профессионального образования, в том числе и высшего медицинского, требует со стороны как администрации вузов, так и профессорско-преподавательского состава всех кафедр реализации мероприятий, направленных на подготовку компетентных и конкурентоспособных специалистов, способных в условиях рынка оказывать качественную медицинскую помощь, постоянно развиваться, повышать производительность и качество своего личного труда, обеспечивая тем самым конкурентоспособность своей организации.

Инновационный характер таких мероприятий в современных условиях развития высшего медицинского образования очевиден, процесс внедрения инноваций является ступенчатым. Однако именно это постепенное развитие позволит обеспечить качество и эффективность происходящих перемен. Существенную роль в такой подготовке наряду с другими учебными дисциплинами, несомненно, играет дисциплина "Общественное здоровье и здравоохранение", а соответственно и кафедры, ее преподающие, поскольку наряду с приобретением теоретических знаний общественное здоровье и здравоохранение формируют у выпускника медицинского вуза умения адаптироваться к практической работе в медицинских учреждениях, к изменениям в обществе, умения получать дополнительные возможности для выбора специальности и дальнейшего профессионального роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гармонизация высшего медицинского образования России: Настоящее и будущее / Под ред. М. А. Пальцева. — М., 2007.
2. Денисов И. Н. // Экономика здравоохранения. — 2007. — № 11. — С. 12—17.
3. Кучеренко В. З., Манерова О. А. // Там же. — 2005. — № 9. — С. 5—11.
4. Шепин О. П., Медик В. А., Шепин В. О. // Здоровье населения и приоритеты здравоохранения / Под ред. О. П. Шепина, В. А. Медика. — М., 2010. — С. 285—308.

Поступила 26.05.11

Уважаемые читатели!

В ОАО «Издательство "Медицина"» имеется в продаже книга
Вебер В. Р. Клиническая фармакология. Учебное пособие. — М., 2011. — 448 с.
По вопросам приобретения просим обращаться в отдел реализации
издательства: 115088, Москва, ул. Новоостاپовская, д. 5, стр. 14;
8 (499) 271-30-10 доб. 44-31 (тел.), 44-26(тел./факс).

Д. В. Ефремов, Е. П. Жилыева

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

В статье представлены меры, используемые зарубежными странами и рекомендованные ВОЗ для решения финансовых проблем здравоохранения. Акцент сделан на повышение эффективности использования имеющихся ресурсов и борьбу с коррупцией и мошенничеством. Указаны меры, предпринимаемые в этих целях в Российской Федерации.

Ключевые слова: *зарубежное здравоохранение, финансирование здравоохранения, этика здравоохранения, коррупция в здравоохранении, Всемирная организация здравоохранения*

THE ACTUAL ISSUES OF HEALTH FINANCING IN FOREIGN COUNTRIES

Efremov D.V., Jilyaeva E.P.

The article discusses the actions recommended by WHO and applied in foreign countries to overcome the issues concerning public health financing. The emphasis is made upon enhancing the effectiveness of implementation of available resources and struggle with corruption and fraud. The corresponding measures applied in the Russian Federation are listed.

Key words: *international public health, health financing, public health ethics, corruption, WHO*

Интенсивный рост финансовых потребностей здравоохранения и недостаток ресурсов для их покрытия являются одной из ключевых проблем организации медицинской помощи практически во всех странах мира на протяжении последних десятилетий. В 1950—1970-е годы усилия, направленные на решение этих вопросов, сосредоточивались на поиске путей увеличения притока ассигнований, выделяемых на здравоохранение, как внутри стран, так и из внешних источников. Это направление до сих пор не утратило своей актуальности, особенно для стран с низким уровнем доходов, но со временем перестало быть единственно важным.

В конце XX века из-за экономических трудностей некоторые страны сократили расходы на социальные программы, в том числе государственные ассигнования на здравоохранение. Это существенно ослабляло отрасль и переложило оплату медицинской помощи на население. Однако к этому времени практика убедительно показала, что финансовые проблемы не могут быть решены без укрепления национальных систем здравоохранения на научной и доказательной основе, с тем чтобы они могли эффективно осваивать имеющиеся ограниченные ресурсы. В связи с этим ВОЗ начинает уделять этому вопросу большое внимание и в 1986 г. создает Глобальный консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения.

Во многих странах это послужило стимулом к поиску путей повышения возможностей национальных систем здравоохранения по эффективно использованию финансовых средств путем перераспределения ассигнований, приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи,

внедрения ресурсосберегающих организационных технологий, дневных стационаров, амбулаторной хирургии и т. д. Эти действия в тех или иных условиях приносили определенные положительные результаты, но не решали проблемы нехватки финансового обеспечения отрасли.

Экспертная Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью (КМЗ) в своем докладе (2001) пришла к выводу, что увеличение ресурсов здравоохранения может и не оказывать существенного влияния на результативность мероприятий по охране здоровья, если не будет сопровождаться перераспределением этих ресурсов и применением различных технологий, чтобы сделать их использование более эффективным. Рекомендации КМЗ были направлены на использование имеющихся ресурсов оптимальным образом, наращивая их отдачу и эффективность. Они приняты рядом государств-членов ВОЗ как руководство к практическим действиям.

Однако улучшение финансового обеспечения здравоохранения продолжает оставаться актуальной проблемой, особенно в условиях современного мирового экономического кризиса. Продолжается поиск путей для такого финансирования отрасли, которое позволит охватывать все население медицинской помощью и повышать ее качество. Научные исследования в этом направлении ведутся во многих странах.

Учитывая запросы мировой медицинской общест-венности, ВОЗ в последние годы постоянно возвращается к обсуждению вопросов финансирования. Осенью 2010 г. ВОЗ опубликован "Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2010 г.", где рациональное финансирование систем здравоохранения рассматривается как путь к обеспечению всего населения медицинской помощью [6]. Основные из представленных в нем выводов сводятся к следующему:

— эффективная стратегия финансирования

Д. В. Ефремов — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (d-efremov@yandex.ru); Е. П. Жилыева — канд. философ. наук, ст. науч. сотр. (zhill234@yandex.ru)

здравоохранения должна вырастать на национальной почве, а не сводиться к заимствованиям;

— лучший путь к общедоступности медицинской помощи — механизмы предоплаты путем налогового финансирования отрасли и/или медицинского страхования;

— страны с низкими доходами нуждаются в притоке внешних ресурсов для обеспечения общедоступности медицинской помощи;

— ассигнования на здравоохранение в странах следует не урезать, а наращивать и использовать более результативно и эффективно.

В докладе ВОЗ выделены основные причины неэффективности расходования финансовых ресурсов здравоохранения. Три из них отнесены к лекарственному обеспечению: неоправданное прописывание дорогих новейших препаратов и недостаточное применение дженериков; распространённость некачественных и поддельных лекарств вследствие слабого мониторинга и мошенничества; ненадлежащее и неэффективное применение лекарственных средств по различным причинам, включая недостаточную осведомленность как медиков, так и населения о терапевтических свойствах и побочных действиях препаратов, небрежность и безответственность с обеих сторон.

Таким образом, неэффективность лекарственного обеспечения и расходов на него во многом является следствием нарушений этического характера. ВОЗ еще в 1968 г. были выработаны и рекомендованы к применению этические и научные критерии рекламирования фармацевтических препаратов [4]. В 80-90-е годы XX века ВОЗ, привлекая к консультативному сотрудничеству Совет международных медицинских научных организаций (СММНО), продвинула эту работу и разработала этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок как внутренний, так и международный. Они касались предоставления потребителям четкой и достоверной информации о свойствах, потреблении и хранении фармацевтических средств; необходимости разработки учебных материалов по этическим проблемам лекарственного обеспечения и подготовки персонала в этой области, запрещения недобросовестной рекламы и других вопросов. Эти этические критерии были рекомендованы для включения странами в национальную политику по лекарственным средствам. Однако при их практическом применении сталкиваются с серьезными трудностями, затрудняющими их реализацию.

В "Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2010 г." указано, что существенные финансовые потери возникают при нерациональной организации медицинского обслуживания. Сюда относятся непропорциональное развитие и использование служб здравоохранения разных уровней; необоснованная госпитализация; избыточное использование продукции и услуг медицинского назначения; неоптимальное качество медицинской помощи и врачебные ошибки; растраты, коррупция и мошенничество, т. е. этические нарушения.

К неэффективности расходов приводит и несоблюдение соответствующего баланса при распределении средств между различными уровнями и медицинской помощи и между лечебными, профилактическими и укрепляющими здоровье мероприятиями. Как известно, профилактика и укрепление здоровья не только спасают людей от болез-

ней и связанных с ними страданий, но также избавляют от необходимости тратить большие ресурсы на лечение. Поэтому приоритет профилактического направления в здравоохранении можно рассматривать как диктуемый одновременно морально-этическими и финансовыми соображениями.

Некоторые причины неэффективного использования имеющихся средств в докладе ВОЗ связывают с недостатками в практике подготовки и использования медицинского персонала. Среди них несоответствие подготовки и набора кадров здравоохранения медицинским потребностям населения и немотивированность кадров на качественную работу, что бывает связано не только с недостатком материальных стимулов, но и со слабостью морально-этического воспитания.

В настоящее время в мире в среднем от 20 до 40% расходов на здравоохранение теряется из-за неэффективности их использования, злоупотреблений, коррупции и мошенничества [6], т. е. в результате нарушения принципов общей этики и этики здравоохранения. Этика требует соблюдать справедливость, заботиться не о собственной выгоде, а о добросовестности и высоком качестве своей профессиональной работы, об общественном благе и о пользе для пациентов и уделять особое внимание медицинским потребностям групп населения, подверженных высокому риску, детям и престарелым.

К сожалению, в последние годы наблюдается значительное ослабление приверженности работников здравоохранения принципам общей и профессиональной этики. По оценкам ВОЗ, мошенничество и злоупотребления в области здравоохранения обходятся отдельным правительствам развитых стран до 23 млрд долларов США в год, при этом в странах, где шире распространена коррупция, показатели детской смертности выше [6].

Страны Европейского союза (ЕС) ежегодно теряют свыше 50 млрд евро вследствие мошенничества в здравоохранении. ЕС на территории Бельгии, Нидерландов, Норвегии, Польши, Франции проводит исследования масштабов и проявлений мошенничества в отрасли и ведет работу по обмену опытом разоблачения и профилактики злоупотреблений.

Активную работу ведет Национальный Совет США по борьбе с мошенничеством в здравоохранении со штаб-квартирой в штате Калифорния. В начале 2011 г. в США раскрыто хищение 225 млн долларов США из средств Медикэр — государственной программы по медицинскому страхованию престарелых граждан. Подозревают, что в этой сфере замешано свыше ста врачей из различных городов США. В связи с принятием инициативной президентом Б. Обамой реформы здравоохранения расширены полномочия ФБР в области надзора за финансовыми потоками в здравоохранении и предотвращения мошенничества.

ВОЗ с 2004 г. осуществляет Программу по надлежащему управлению в области лекарственных средств. Эта программа, помимо прочих функций, призвана обеспечивать поддержку странам в борьбе с коррупцией на основе применения прозрачных процедур отчетности и содействия этической практике в фармацевтическом секторе.

Тревогу по поводу роста коррупции и мошенничества в здравоохранении бьет не только ВОЗ, но и Всемирная медицинская ассоциация (ВМА). На Генеральной ассамблее ВМА в Токио в октябре

2004 г. было принято заявление "О взаимоотношениях между врачами и коммерческими предприятиями", где определены условия, соблюдение которых должно препятствовать превращению этих отношений в подкуп медиков коммерческими структурами в ущерб интересам пациентов [7].

В современных условиях существенно повышается значение соблюдения этических принципов для обеспечения охвата всего населения качественной медицинской помощью и достижения поставленной ВОЗ цели "здоровье для всех". Поэтому в утвержденном в 2005 г. документе по обновленной политике достижения здоровья для всех (ЗДВ-21) Европейского региона ВОЗ указано, что сердцевиной политики здоровья для всех в Европе должна быть этика систем здравоохранения [5]. Она является важнейшим связующим звеном между ценностями концепции "здоровье для всех", утверждающей равенство, солидарность и участие населения, и практической деятельностью в этом направлении.

Реализация этических принципов в здравоохранении требует широкого межсекторального подхода. Необходимо предусмотреть в программах подготовки и повышения квалификации медицинского персонала усиление внимания к вопросам этики и права. С этими вопросами следует также шире знакомить население в ходе мероприятий по санитарному просвещению, поскольку это поможет налаживать и совершенствовать общественный контроль за использованием финансовых ресурсов в здравоохранении. Ужесточения требует и контроль со стороны государственных структур.

Проблемы улучшения финансирования здравоохранения и борьбы с нарушениями принципов этики в этой области актуальны практически для всех стран, в том числе и для Российской Федерации. В нашей стране в настоящее время активно принимаются меры по борьбе с коррупцией и мошенничеством, по обеспечению прозрачности финансовых потоков и эффективному использованию средств во всех сферах, в том числе в здравоохранении.

Российская Федерация одной из первых подписала Конвенцию ООН по борьбе с коррупцией (2003) и в 2006 г. ратифицировала ее и Конвенцию Совета Европы об уголовной ответственности за коррупцию. В последующем некоторые положения этих документов были отражены в российском законодательстве, в том числе в Федеральном законе Российской Федерации № 273-ФЗ от 25 декабря 2008 г. "О противодействии коррупции", где установлены основные принципы, правовые, организационные основы ее предупреждения и борьбы с ней. Они распространяются и на здравоохранение.

Недавно вступил в действие Федеральный закон № 61 от 12 апреля 2010 г. "Об обращении лекарственных средств", где отмечается немало случаев коррупции, мошенничества и неоправданного завышения цен, отрицательно сказывающихся на эффективности расходовании финансовых средств в здравоохранении [2].

В числе прочих закон рассматривает финансовые и этические аспекты проблемы [3] и включает статью об этической экспертизе на предмет возможностей клинического испытания препарата (ст. 17). Он предусматривает государственное регулирование цен на жизненно важные лекарственные препараты в целях повышения их доступности населению (ст. 60). Закон

запрещает продажу фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных лекарственных средств, устанавливает порядок их изъятия и уничтожения, а также определяет меры юридической и материальной ответственности производителей и продавцов этих запрещенных средств (ст. 57, 59, 68 и 69) [2]. Соблюдение данного закона призвано способствовать повышению доступности и качества лекарственной помощи населению, профилактике мошенничества и коррупции, снижению связанных с ними финансовых потерь, усилению эффективности расходования ассигнований.

В условиях внедрения рыночных отношений в научной печати выдвинуто предложение включить в этический кодекс российских медиков положение о недопустимости использования пациента в качестве средства для достижения коммерческих целей [1]. Наряду с законодательными мерами это призвано укрепить правовые основы для усиления борьбы медицинского сообщества с нарушениями этических норм, в том числе с коррупцией и мошенничеством, со сговорами между врачами и фармацевтическими фирмами в ущерб интересам пациентов, что повысит возможности для более эффективного расходования финансовых ресурсов, направляемых на здравоохранение.

23 декабря 2010 г. президиум Совета при президенте Российской Федерации по противодействию коррупции своим решением одобрил Типовой кодекс этики и служебного поведения государственных служащих Российской Федерации и муниципальных служащих. В нем сформулированы базовые положения относительно норм поведения на службе, соблюдение которых призвано содействовать поддержанию авторитета властных структур и противодействию коррупции в органах государственной власти. Проект Типового кодекса этики был подготовлен Минздравсоцразвития. Весной 2011 г. на основе Типового кодекса подготовлен Кодекс этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих Минздравсоцразвития Российской Федерации.

Таким образом, в настоящее время реализуется широкая комплексная программа мер, направленных на повышение эффективности использования ассигнований и на борьбу с мошенничеством и с коррупцией в сфере здравоохранения, на укрепление морально-этических основ современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Летоу О. В. Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 1: В поисках новой парадигмы: сборник. — М., 2007. — С. 224.
2. Тихомиров А. В. Коррупция в здравоохранении // Главный врач: хозяйство и право. — 2009 — № 6. — <http://www.anoufrieu.ru/index.php?id=964> от 23.02.2010.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" / Рос. газета. — 14 апр. 2010.
4. Этические критерии ВОЗ продвижения лекарственных средств на рынок. Документ 47-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения А47/7 от 21 марта 1994 г. — Женева, 1994.
5. The Health for All Policy Framework for the WHO European Region: 2005 Update. — Copenhagen, 2005.
6. World Health Report 2010. Health Systems Financing the Path to Universal Coverage. — Geneva, 2010.
7. The World Medical Association Statement Concerning the Relationship Between Physicians and Commercial Enterprises // *Wld Med. J.* — 2004. — Vol. 50, № 4. — P. 91—92.

Поступила 28.03.11

Е. В. Шерстнева

НАУЧНЫЕ ОБЩЕСТВА И СЪЕЗДЫ ХИРУРГОВ В РОССИИ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Образование специализированных хирургических обществ в России началось в последней четверти XIX века. Первые общества возникли в Москве и Петербурге в 70–80-е годы XIX века. В начале XX в. хирургическое общество возникло в Киеве. Хирургические общества сыграли видную роль в развитии теории и практики хирургии, в пропаганде достижений современной науки. Они явились инициаторами созыва съездов российских хирургов, которые положили начало целенаправленному изучению отдельных актуальных проблем хирургии.

Ключевые слова: хирургия, хирургические общества, съезды хирургов

THE SCIENTIFIC SOCIETIES AND SURGEONS' CONGRESSES IN RUSSIA: THE SECOND-HALF OF XIXTH - THE EARLY XXTH CENTURIES

Sherstneva E.V.

The organization of specialized surgeons' societies in Russia began in the last quarter of XIXth century. The first societies emerged in Moscow and St. Petersburg in 1870-1880. In the early XXth century the surgeons' society was organized in Kiev. The surgeons' societies played a prominent role in development of theory and practice of surgery and in popularization of achievements of modern science. The societies were the prime movers of convocation of Russian surgeons' congresses which initiated the dedicated investigation of particular actual issues of surgery.

Key words: surgery, surgeons' society, surgeons' congress

В развитии медицинской науки России в дореволюционный период значительную роль играли общества, объединявшие врачей, движимых исследовательским интересом и потребностью в профессиональном общении. Это в полной мере относится и к такой отрасли клинической медицины, как хирургия. Отдельным российским хирургическим обществам было посвящено немало исследований. Данной проблемы в разные годы касались И. К. Спичарный, А. М. Заблудовский, В. Р. Брайтцев, С. С. Михайлов, А. Л. Стуккей, В. И. Стародуб, Б. А. Петров, Н. В. Гудим-Левкович, А. В. Григорян, Э. В. Луцевич, В. Л. Околов, И. Н. Белов и др. Однако обобщающих работ по этой теме нет. В связи с этим представляет интерес воссоздание целостной картины общественных объединений хирургов во второй половине XIX — начале XX века, существует необходимость и в общей оценке их деятельности.

Развитие анатомо-физиологического направления в медицине, внедрение обезболивания, антисептики привели во второй половине XIX века к огромному расширению возможностей хирургии. Стремительное развитие этой отрасли медицины, особенно в столичных клиниках и больницах, стимулировало хирургов к обмену опытом, углубленным научным дискуссиям и как следствие к созданию объединений специалистов, поскольку медицинские общества широкого профиля, возникшие в России в первой половине XIX века, уже не могли удовлетворить этой потребности. Тенденция к образованию специализированных хирургических обществ отчетливо обозначилась в последней четверти XIX века. Их создание и начало деятельности приходилось на переломный момент, когда на смену хирургии как метода лечения наружных болезней пришла "полостная" хирургия, происходила смена поколений хирургов.

В этом отношении особенно показательна история создания первого в России Хирургического общества в Москве. Его организатором стал известный московский хирург С. И. Костарев (1837—1878), стремившийся к новаторским подходам в хирургии. Он являлся приват-доцентом кафедры хирургии Московского университета, редактором "Московской медицинской газеты", издаваемой Обществом русских врачей, членом которого состоял с 1868 г. В 1871 г. он был избран действительным членом Физико-медицинского общества в Москве. В этот период С. И. Костарев, являясь, помимо прочего, старшим врачом Старо-Екатерининской больницы, особенно интересовался лечением ран, остеопластикой, проблемой переливания крови. На

заседании Физико-медицинского общества в 1871 г. С. И. Костаревым был сделан доклад о произведенном им переливании дефибрированной крови (сначала в вену, а потом в артерию) больному с длительным нагноением после резекции коленного сустава¹. Он также неоднократно выступал в обществах с сообщениями о разработанном им так называемом аэрационном способе лечения ран, который был признан "предвидением переворота, произведенного в хирургии введением антисептики"². Однако в среде двух московских обществ, членом которых он состоял, проблемам хирургии не уделялось достаточного внимания. Это послужило непосредственным поводом к организации Хирургического общества в Москве, необходимость которого назрела настолько, что, по свидетельству соратников С. И. Костарева, оно было создано в очень короткий срок и в 1873 г. приступило к работе³. Оно стало вторым хирургическим обществом в Европе — после Société de Chirurgie в Париже (1843). Следует отметить, что в 1871 г. было основано Немецкое общество хирургов, но этим названием обозначались ежегодные съезды, а собственно общество "Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins" было учреждено лишь в 1886 г.

Учредителями Хирургического общества в Москве являлись: С. И. Костарев, И. И. Матюшенков, Г. Ф. Марконет, Н. И. Стуковенков, А. Н. Маклаков, И. Н. Новацкий, Г. И. Браун, Л. С. Медвидем, Э. Э. Клинт, Н. П. Мансуров, Н. В. Воронцовский, А. Ф. Редлих, Г. А. Савостицкий, И. А. Заборовский, С. И. Соборов, И. А. Горячев, Я. И. Тяжелов, И. Н. Кадников, Н. В. Ушаков, И. С. Александровский, Ф. И. Синицын и др. Первым председателем общества был избран проф. И. П. Матюшенков, но вскоре его сменил проф. И. Н. Новацкий. С 1880 г. действительным членом общества (а в дальнейшем его председателем на протяжении 6 лет) являлся Н. В. Склифосовский, участие которого значительно оживило научную жизнь общества.

Поскольку дифференциация хирургии еще не началась, общество, согласно уставу, "имело целью содействовать разработке вопросов современной хирургии и соприкасающихся с ней специальностей". Оно рассматривало вопросы анатомии, физиологии, офтальмологии, отиатрии, гинекологии, урологии

¹Баженова А. П. Сергей Иванович Костарев — основатель Хирургического общества Москвы // Хирургия. — 1957. — № 2. — С. 126.

²Нейдинг Н. Медицинские общества в России. — М., 1897. — С. 4.

³Баженова А. П. Ук. соч. — С. 126.

Е. В. Шерстнева — канд. ист. наук, ст. науч. сотр. (lena_scherstneva@mail.ru)

(по названным специальностям общества стали возникать позже). В составе Московского хирургического общества были представители различных специальностей. Согласно уставу, общество руководствовалось следующей программой: "а) ученые сообщения и прения в заседаниях общества; б) деятельность и доклады постоянных и временных комиссий общества; в) назначение премий за научные работы по вопросам, интересующим общество; г) командировки как членов, так и посторонних лиц с научной целью; д) повременное издание трудов общества". С 1873 по 1914 г. оно издавало "Летопись Хирургического общества в Москве".

Условием принятия в члены общества, согласно § 6 устава, являлось наличие степени доктора медицины, полученной в России. § 7 устава гласил, что кандидат в действительные члены общества "должен сделать сообщение ..., пройти через комиссию кандидатур и подвергнуться закрытой баллотировке"⁴. Довольно высок был и ежегодный членский взнос — 25 руб. Эти условия сдерживали численный рост общества (наибольшее годовое число действительных членов составляло лишь 34 человека), а первое из них стало причиной многолетних споров, которые увенчались организацией в 1896 г. еще одного объединения специалистов — Общества русских хирургов в Москве.

Новое общество создавалось в период, когда в Москве уже действовали объединения специалистов в области акушерства и гинекологии (1887), офтальмологии (1889), шла подготовка к созданию отоларингологического общества (1897). Поэтому в уставе новое общество провозгласило более конкретную цель: "доставлять возможность более тесного общения в интересах науки врачам, специально посвятившим себя хирургии". Программа деятельности Общества русских хирургов в Москве была почти аналогична программе первого хирургического общества, созданного в 1873 г., однако его действительным членом могло быть "любое лицо, получившее звание лекаря или доктора медицины в одном из русских врачебных учебных заведений". Для вступления в Общество русских хирургов в Москве достаточно было рекомендации трех его действительных членов. Решение принималось путем простого открытого голосования. Существенно ниже был и членский взнос — 5 руб в год⁵. Эти условия обеспечивали новому обществу более широкий и демократичный состав.

Первым председателем Общества русских хирургов в Москве являлся А. П. Левицкий — ученик Н. В. Склифосовского. В числе его членов-учредителей были Ф. И. Березкин, И. П. Алексинский, С. М. Руднев, А. В. Мартынов, Т. П. Краснобаев, В. Н. Розанов, С. П. Федоров, П. Е. Киселев, С. Е. Березовский, С. И. Галицкий, С. Ф. Чиж и др. Протоколы заседаний общества печатались в специальном органе "Труды Общества русских хирургов в Москве", выходившем до 1916 г.

Деятельность общества развивалась успешно и достигла особого расцвета в период 1909—1916 гг. при председателях А. В. Мартынове, И. П. Алексинском, Т. П. Краснобаеве. Хирургическое общество в Москве также продолжало свою работу, но ряды его редели. На заседаниях общества в 1907 г. присутствовало не более 17 человек. Уже с 1906 г. поднимался вопрос о целесообразности объединения двух московских хирургических обществ. Однако произошло это лишь в 1918 г., когда общества слились в единое Русское хирургическое общество в Москве. К моменту их слияния первым было проведено 604 заседания, а вторым — 246⁶.

Знаменательным событием в истории хирургии стало создание в 1881 г. Русского хирургического общества Пирогова в Петербурге. По времени возникновения оно стало вторым хирургическим обществом в России. Его предшественником принято считать кружок практических врачей и ученых, объединившихся в 1843 г. вокруг Н. И. Пирогова. Однако, по мнению исследователя истории Пироговского кружка М. С. Белкина, это объединение еще не являлось научным обществом в общепринятом смысле этого слова, поскольку у него не было официального устава, заседания кружка длительное время не протоколировались, он не имел определенного научного направления и не был связан с широкими кругами врачей⁷.

В 1881 г. в преддверии 50-летнего юбилея научной и врачебной деятельности Н. И. Пирогова, известный петербургский

врач А. Л. Эберман выдвинул идею создания Русского хирургического общества Пирогова. Сподвижником его в этом деле стал профессор Медико-хирургической академии и член Медицинского совета Министерства внутренних дел П. П. Заблоцкий-Десятовский⁸.

В число членов-учредителей общества вошли: Н. И. Пирогов, Г. И. Гирш, П. П. Заблоцкий-Десятовский, Н. Ф. Здекауер, Э. В. Каде, В. А. Караваев, Ф. Я. Карель, А. Я. Крассовский, К. М. Линген, А. Л. Обермиллер, К. А. Раухфус, Н. В. Склифосовский, В. В. Сутугин, А. С. Таубер, А. Ф. Фробен, А. Л. Эберман. Первым председателем общества был избран П. П. Заблоцкий-Десятовский.

В отличие от Московского хирургического общества, Русское хирургическое общество Пирогова создавалось как научное объединение, открытое для хирургов всей России, что было зафиксировано в § 7 устава, где говорилось: "Действительным членом общества может быть всякий врач, живущий в России и интересующийся успехами хирургии". Это нашло отражение в составе общества: более 1/3 его членов проживали за пределами Петербурга. Первоначально для вступления в общество требовалась только рекомендация трех действительных членов. Однако в 1907 г. в Устав было введено новое условие — представить так называемый вступительный доклад, который служил критерием целесообразности принятия докладчика в члены общества⁹. Это способствовало поддержанию его высокого научного уровня и авторитета.

Общество издавало протоколы своих заседаний, которые в 1891—1908 гг. выходили периодически в виде приложений к книжкам "Хирургического вестника", редактируемого Н. А. Вельяминовым. Издание протоколов было прекращено в 1909 г. в связи с переходом журнала в собственность издателя Эттингера¹⁰.

Наиболее активный период деятельности общества начался в 90-е годы, когда к нему примкнуло много талантливых ученых: А. А. Кадыан, Г. И. Турнер, Р. Р. Вреден, В. А. Оппель, Н. В. Склифосовский, И. И. Греков, В. Н. Шевкуненко и др., а количество его членов превысило 100 человек. В эти годы руководящие посты в обществе заняли В. А. Ратимов (Военно-медицинская академия) и представители школы хирургов Обуховской больницы А. А. Троянов, А. А. Кадыан, Г. Ф. Цейдлер, С. В. Владиславлев. Такое содружество академических и практических хирургов оказалось очень плодотворным. В начале XX века общество пополнилось такими прославившимися впоследствии хирургами, как Н. Н. Петров, С. П. Федоров, С. С. Гирголав и др. Работа общества в эти годы еще более активизировалась. Если в 80-е годы общество проводило ежегодно в среднем 8—9 заседаний и заслушивало 18 докладов, то в 90-е годы заседания проходили 11—12 раз в год, на них зачитывались ежегодно в среднем 27 докладов. А в начале XX века количество ежегодных заседаний возросло до 14—15, число докладов достигло 40—60¹¹. По мнению историка медицины А. М. Заблудовского, Русское хирургическое общество Пирогова "постепенно стало центром научной мысли не только для Петербурга, но и для всей страны, поскольку петербургская хирургия с начала XX века стала, бесспорно, играть ведущую роль, опередив Москву"¹². В 1894 г. в Петербурге было создано еще одно Медико-хирургическое общество. Согласно Уставу, оно "занималось разработкой и обсуждением вопросов по всем отраслям научной и практической медицины, а также разбором и разрешением с научной точки зрения вопросов, могущих быть предложенными как отдельными лицами, так и целыми учреждениями". Председателем общества являлся проф. Н. А. Вельяминов, товарищем председателя А. И. Лебедев, секретарями — М. Н. Манасеин и В. В. Хорватов. К концу 90-х годов в обществе состояло 82 действительных члена¹³. Как следует из Устава, общество

⁸ Михайлов С. С., Стуккей А. Л., Стародуб В. И. К истории Хирургического общества Пирогова (к 75-летию со дня основания) // Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 1956. — Т. 77. — № 11. — С. 10—11.

⁹ Устав Русского хирургического общества Пирогова. В кн: Петров Н. Н. Очерк деятельности Русского хирургического общества Пирогова за 25 лет. — СПб., 1907. — С. 52.

¹⁰ Гудим-Левкович Н. В., Зебольд А. Н., Мороз В. В., Шейнис В. Н. Ленинградское хирургическое общество. В кн: История хирургических обществ России и Советского союза / Под ред. Б. В. Петровского и В. И. Колосова. — Л., 1969. — С. 267.

¹¹ Михайлов С. С., Стуккей А. Л., Стародуб В. И. Ук. соч. — С. 11—13.

¹² Заблудовский А. М. 50 лет Хирургического общества Пирогова в Ленинграде // Новый хир. арх. — 1932. — Т. 26, № 3—4. — С. 256.

¹³ Нейдинг И. Ук. соч. — С. 65.

имело довольно широкий профиль, однако на его заседаниях также обсуждались хирургические проблемы, результаты новых операций с демонстрацией больных.

Длительное время специальные хирургические общества действовали только в столичных городах. Первое хирургическое общество за пределами столиц было создано только в 1908 г. в Киеве. Инициативу такого объединения взял на себя проф. Н. М. Волкович. В общество вошли также такие известные хирурги, как И. А. Бондарев, А. С. Де-Лено, Б. С. Козловский, П. С. Бабицкий, М. М. Дитерихс, В. Г. Бергман, Л. П. Марьянич, А. Г. Радзиевский, В. Л. Лозинский, Е. Г. Черняховский, И. А. Завьялов, А. Д. Павловский и др. Уже в течение первых 5 лет деятельности общества число его действительных членов возросло до 100 человек. За это время в обществе было сделано 207 докладов и демонстраций¹⁴. Особое внимание в обществе было уделено вопросам хирургии желчевыводящих путей, органов пищеварения.

Следует учесть, что проблемы хирургии во второй половине XIX — начале XX века развивали и медицинские общества университетских городов, не имевшие строгой хирургической специализации. Так, в работе общества врачей при медицинском факультете Новороссийского университета (1900 г., председатель В. В. Подвысоцкий) активное участие принимали руководители хирургических клиник и кафедр К. М. Сапежко, К. П. Серапин, А. Н. Шеголев, Н. К. Лысенков и их сотрудники. Харьковское медицинское общество (1861), основанное по инициативе хирурга В. Ф. Грубе, оставалось общемедицинским до 1922 г., однако вопросы хирургии всегда занимали в его деятельности весьма существенное место. В числе основателей Общества врачей Казани (1868) также были хирурги Н. Ф. Высоцкий и А. Н. Бекетов. Хирургические проблемы обсуждались на заседаниях общества особенно часто в те годы, когда председателями его избирались хирурги (Д. Л. Левшин в 1886 г., Н. А. Геркен в 1908 и 1909 гг.). Общество успешно разрабатывало проблемы хирургического лечения туберкулеза, зоба и других распространенных в данной местности заболеваний. В работе Общества естествоиспытателей и врачей (1889) при Томском университете, председателем которого стал хирург проф. Э. Г. Салищев, принимали участие и другие видные хирурги — В. М. Мыш, Н. И. Березнеговский, С. К. Софотеров¹⁵.

Проблематика докладов и сообщений, заслушиваемых и дискутируемых на заседаниях хирургических обществ России, отражала наиболее актуальные проблемы, она характеризовалась переходом от проблем антисептики к вопросам асептики и, на основе этого к развитию проблем хирургии внутренних органов. Одной из самых острых проблем являлось обезболивание: наибольший вклад был внесен в разработку вопросов местной анестезии. В обществах активно развивали проблемы военно-полевой хирургии.

Происходившая в конце XIX века дифференциация хирургии привела к объединению узких специалистов в специализированные общества. Так, например, из Русского хирургического общества Пирогова выделились и стали самостоятельными общества акушеров-гинекологов (1886), урологов (1907) в Петербурге.

Прогресс хирургии требовал координирования разработки проблем этой специальности на уровне всей страны. Попыткой объединения хирургов России следует считать создание хирургической секции Пироговских съездов, непосредственное участие в котором приняли столичные хирургические общества. Руководителем секции на I Пироговском съезде (декабрь 1885) был избран С. П. Коломнин, секретарями — Е. В. Павлов, А. А. Троянов. Уже на I Пироговском съезде было заслушано 29 докладов и сообщений по хирургии, в их числе "Об успехах хирургии под влиянием противогнилостного метода" Н. В. Склифосовского, "Об антисептике в области военной хирургии" С. П. Коломнина и др.

Однако с начала XX века ведущую роль в объединении хирургов и развитии проблем специальности стали играть, безусловно, съезды российских хирургов. Об этом свидетельствуют цифры: на 14 состоявшихся в период с 1900 по 1916 г. съездах российских хирургов было сделано порядка 1000 научных докладов и сообщений, а на Пироговских съездах, состоявшихся в этот промежуток времени, — 162 доклада по хирургии¹⁶.

Идея создания объединенного Общества российских хирур-

гов и созыва хирургических съездов созрела в Московском хирургическом обществе. Над окончательным проектом устава общества работала созданная в 1899 г. комиссия в составе А. А. Боброва, П. И. Дьяконова, А. П. Левинского, Ф. И. Синицына, А. Н. Соловьева. Устав был утвержден 13 июня 1900 г. министром внутренних дел П. Н. Дурново и принят участниками I съезда российских хирургов, который был созван 28 декабря 1900 г. в Москве и проходил под председательством Н. В. Склифосовского. В принятом на съезде уставе общества была провозглашена цель "объединения представителей русской хирургии для совместной разработки проблем их специальности". Основной задачей общества устав определял подготовку и ежегодный созыв съездов российских хирургов с изданием их трудов¹⁷.

На I съезде было избрано правление Общества российских хирургов (председатель А. А. Бобров, товарищ председателя П. И. Дьяконов, секретари Ф. А. Рейн и А. В. Мартынов и др.), которое взяло на себя обязательство начать издание журнала "Русское хирургическое обозрение". В промежутках между съездами правление общества вело организационную работу, связанную с подготовкой и созывом очередного съезда. Так, например, по рекомендации II съезда правление общества собрало материал по отдаленным результатам подшивания почек. Хирургам различных городов были разосланы соответствующие карточки с запросами, а полученный материал проанализирован и представлен на III съезде. Подобным образом изучался вопрос и о результатах обширной резекции ребер по поводу эмпиемы плевры, о спинномозговой анестезии и др. Важно подчеркнуть, что, согласно уставу Общества российских хирургов, на съездах заслушивались прежде всего программные доклады по намеченным заранее вопросам. Таким образом, нацеливая хирургов на углубленное изучение проблем, наиболее актуальных в данный момент, общество координировало их работу. На съездах звучали и внепрограммные выступления на волнующие хирургов темы. Проведение съездов положило начало плановой и глубокой разработке наиболее важных проблем хирургии в общероссийском масштабе.

Основательное развитие и широкое обсуждение на съездах получили проблемы местной и спинно-мозговой анестезии, диагностики и хирургического лечения заболеваний почек (на IX съезде было решено выделить урологию в самостоятельную специальность), органов брюшной полости, головного мозга, опорно-двигательного аппарата, сосудов конечностей, проблемы оперативного лечения новообразований, вопросы военно-полевой хирургии и др. IX, X, XI и XIII съезды российских хирургов провели совместные заседания с проходившими одновременно I, II, III и V съездами терапевтов и рассмотрели ряд проблем, представлявших интерес для врачей обеих специальностей: хирургическое лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, базедовой болезни, этиология и лечение энтероптоза, диагностика и лечение рака желудка. Таким образом, съезды оказали существенное влияние на разработку и основательное изучение не только отдельных хирургических, но и смежных проблем, на расширение границ и показаний к различным хирургическим вмешательствам.

Проведение съездов свидетельствовало о все более растущем стремлении к обмену мнениями и опытом. Первые съезды собирали порядка 200 участников, последний предвоенный (1913) — 406 человек, а XIV съезд, проходивший в 1916 г., собрал 1112 хирургов¹⁸. Соответственно с годами увеличивалось и число докладов. Если первоначально на съездах заслушивалось около 40 сообщений, то на двух последних — более 80. Даже военные условия не снизили интереса к проведению съездов российских хирургов, а, наоборот, вызвали особую потребность в совместном решении острых проблем.

Обществу российских хирургов принадлежит заслуга не только сплочения отечественных специалистов, но и налаживания контактов с зарубежными коллегами. С 1905 г. начались международные съезды хирургов. Их организатором выступило Международное общество хирургов, созданное в 1902 г., с постоянным пребыванием его секретариата в Брюсселе. VII съезд российских хирургов (1907, Петербург) организовал Русский национальный комитет Международного хирургического общества. В члены комитета были выдвинуты С. П. Федоров (председатель), А. Р. Войнич-Сяножецкий, В. Н. Шевкуненко. Членами комитета было внесено предложение об опубликовании в печатном органе Международного хирургического общества "Archives Internationales de Chirurgie" статей на русском языке наравне с пятью другими европейскими языками (французский, немецкий, английский, итальянский и испанский)¹⁹.

Таким образом, хирургическое общество и съезды в дорево-

¹⁴Ищенко И. Н. Киевское хирургическое общество. В кн.: История хирургических обществ России и Советского Союза / Под ред. Б. В. Петровского, В. И. Колесова. — Л., 1969. — С. 314—315.

¹⁵Краткий исторический очерк Томского университета за первые 25 лет его существования. 1888—1913. — Томск, 1914.

¹⁶Мельников А. Итоги русской хирургии за последние 25 лет. — Л., 1928. — С. 11.

¹⁷Устав Общества Российских хирургов. — М., 1900. — С. 1—2.

¹⁸Мельников А. Ук. соч. — С. 10.

люционной России являлись своего рода школами для хирургов, объединявшими наиболее талантливых и инициативных врачей и ученых для разработки важнейших вопросов их специальности. Они являлись ареной для научных дискуссий, в ходе которых вырабатывались оптимальные решения и подходы, пропагандировали достижения науки, содействовали их внедрению в практику, координировали исследования и направляли развитие хирургии в определенное русло, выводили отечественную медицинскую науку на международный уровень.

Значение их состоит еще и в том, что они стали основой, на

которой развернули свою деятельность в годы существования СССР всесоюзные, а также республиканские общества (в том числе и Всероссийское общество хирургов, созданное в 1956 г.) и съезды хирургов.

Важно подчеркнуть, что связь времен в жизни отечественных хирургических обществ не прервалась и в наши дни. Премниками первых хирургических обществ сегодня по праву считают себя Хирургическое общество Москвы и Московской области и Хирургическое общество Пирогова в Санкт-Петербурге. Учрежденное в 2004 г. Общество хирургов России (президент В. С. Савельев, генеральный секретарь А. В. Федоров) возродило съезды хирургов Российской Федерации, ближайший из которых, XI, пройдет в Волгограде в мае 2011 г.

Поступила 05.08.09

¹⁹VII съезд российских хирургов // Русский врач. — 1908. — № 5. — С. 171.

© С. А. ШЕР, 2011

УДК 614.2:93]:616.912-085.371-053.2

С. А. Шер

ИСТОРИЯ ОСПОПРИВИВАНИЯ В ИМПЕРАТОРСКОМ МОСКОВСКОМ ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ДОМЕ

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Статья посвящена истории вакцинации против натуральной оспы, которая в нашей стране неразрывно связана с Императорским Московским воспитательным домом, ставшим одним из оспопрививательных центров в России в XIX веке. В 1801 г., когда вариолации были заменены на более безопасные вакцинации коровьей оспы, в Московском воспитательном доме впервые в России была произведена вакцинация по методу Дж Jenner. С 1805 г., когда оспопрививание в Российской империи получило силу закона, Московский воспитательный дом стал изготавливать и рассылать оспенную вакцину по всей стране, проводить оспопрививание не только своим воспитанникам, но и всем обращающимся и, кроме того, обучать оспопрививанию. В 1857 г. Московский воспитательный дом стал первым в России учреждением, где была проведена ревакцинация. В 1980 г. ВОЗ объявила, что в результате реализации глобальной программы ликвидации оспы на земном шаре ликвидирована натуральная оспа, ставшая первым инфекционным заболеванием, которое победили благодаря массовой вакцинации. Треть населения земного шара вакцинировали советской вакциной, которая во многом обязана своему происхождению деятельности врачей Императорского Московского воспитательного дома.

Ключевые слова: оспопрививание, вакцина, Императорский Московский воспитательный дом

THE HISTORY OF SMALLPOX VACCINATION IN THE IMPERIAL MOSCOW FOSTER HOUSE

Sher S.A.

The article deals with the history of vaccination against natural smallpox which is directly connected to the Imperial Moscow foster house which became one of smallpox vaccination centers in Russia of XIX century. In 1801, when variolations were substituted by more safe cowpox vaccinations, in Russia the first vaccination using the method of Jenner was made exactly in the Imperial Moscow foster house. From 1805, the smallpox vaccination received the status of force of law, the Imperial Moscow foster house began to produce and to distribute the smallpox vaccine all over the country and apply the smallpox vaccination not only to its foster children but to all turned to and, besides that, to train the smallpox vaccination. In 1857, the Imperial Moscow foster house became the first establishment in Russia where the revaccination was applied. In 1980, the WHO proclaimed that the implementation of the global program of smallpox irradiation resulted in the natural smallpox elimination on Earth. The smallpox became the first communicable disease defeated due to mass vaccination. One third of Earth population was vaccinated by the Soviet vaccine, which originated mainly because of the activities of physicians of the Imperial Moscow foster house.

Key words: smallpox, vaccination, Imperial Moscow foster house

В 2010 г. исполнилось 125 лет со времени введения в России обязательного оспопрививания для детей при их поступлении в школу. Правила оспопрививания были установлены Медицинским советом 1885 г.¹ Оспопрививание в нашей стране имеет давнюю историю, которая во многом связана с Императорским Московским воспитательным домом.

Натуральная оспа впервые появилась у "обывателей теплейших африканских мест, от них ее получили аравитяне, которые, распространяя магометанский закон и покоряя себе многие области, заразили ею сперва их жителей, а потом снабдили ею ев-

ропейцев. Сии наделили ею американцев... Сообщил нам первое совершенное описание оспы арабский врач Рацее, живший около 900 года после рождения Христова..."². Из столетия в столетие оспа пронеслась над континентами, косила людские популяции, изменяя ход истории. Натуральная оспа убила английскую королеву Марию II, австрийского императора Иосифа I, испанского короля Луиса I, российского царя Петра II, шведскую королеву Ульрику Элеонору, французского короля Людовика XV. "Это заболевание, от которого не было эффективной терапии, уничтожало около 30% инфицированных больных, оставляя лица выживших изрытыми глубокими шрамами (рябыми), а многих слепыми"³. Из истории медицины известно, "как

С. А. Шер — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (anas-tel@mail.ru)

¹Гамалея Н. Ф. История оспы и значение оспопрививания // Приложение к журналу "Гигиена и санитария". — СПб., 1913. — С. 77—78.

²Е ни ш Е. Г. Известия о наилучшем способе для прививания оспы. — СПб., Императорская академия наук, 1769. — С. 3—4.

³Smallpox — WHO Media centre — www.who.int / mediacentre factsheets / smallpox.

велик был ужас народов в виду грозных опустошительных оспенных эпидемий", смертность от которых составляла от 10 до 14% всех умерших в Европе. На протяжении XVII века ежегодно от оспы погибло около 1 млн человек, 85% которых составляли дети грудного возраста. В XVIII веке от натуральной оспы погибал каждый десятый ребенок во Франции и Швеции и каждый седьмой в России⁴. "Так продолжалось до 1721 г., когда в Лондоне была обнаружена предохранительная инокуляция посредством оспенного яда"⁵.

Известно, что императрица Екатерина II вела переписку с Вольтером, который интересовался оспопрививанием в Англии и пропагандировал его. После прочтения сочинений "о пользе вариоляций" знаменитого французского врача Кондамина, она убедилась в их необходимости. Толчком для проведения оспопрививания самой Екатерине II послужила ее боязнь остаться рябой, а также болезнь австрийской императрицы Марии Терезии, заразившейся оспой. Российская императрица обратилась в Лондонское медицинское общество, которое прислало ей одного из лучших английских врачей-инокуляторов — Томаса Димсдейла (Thomas Dimsdale), сделавшего серию опытных прививок сначала воспитанникам морского кадетского корпуса, а после получения удовлетворительных результатов и самой Екатерине II. Это было 12 октября 1768 г. Затем удачно была сделана прививка и наследнику престола Павлу. Примеру императрицы последовали 140 придворных, а доктор Димсдейл, вознагражденный баронским званием, 20 тыс. фунтов стерлингов и пожизненной пенсией, вернулся в Англию⁶.

В 1764–1766 гг. в Московском воспитательном доме свирепствовала оспа. Иван Иванович Бецкой, которому Россия обязана основанием большей части своих благотворительных и учебных заведений, в том числе Императорского Московского воспитательного дома, предостерегая от опасности распространения смертоносной инфекции в воспитательных учреждениях, собрал за границей необходимую и проверенную информацию о пользе прививок против оспы. Эти сведения И. И. Бецкой передал "доктору медицины И. Г. Енишу, который, употребляя особое к тому искусство свое, учинил прививание воспитываемым детям не только в училище при Императорской Академии художеств, но и в обществе благородных девиц, с совершенною пользою"⁷.

Одним из наиболее ревностных деятелей того времени в деле оспопрививания был лютеранский пастор Иоганн Георг Эйзен (Johann Georg Eisen), который был приглашен из Лифляндии в Санкт-Петербург, где начал прививать оспу методом вариоляции от оспенного больного. В 1775 г. Эйзен приехал в Московский воспитательный дом для проведения вариоляций воспитанникам. После его смерти в 1779 г. главный врач Московского воспитательного дома Карл Мертенс стал проводить вариоляции по методу итальянского врача А. Гатти, прославившегося в Европе тем, что он усовершенствовал прививку натуральной оспы, которая использовалась до вакцинации коровьей оспой по методу Дженнера (Edward Jenner)⁸.

В 1791 г. в своих сочинениях "Краткое предохранительное спознание о заразительной язве" и "Способ прививания оспы" И. И. Бецкой предостерегал об опасности оспы, которая "истребляет, изувечивает и безобразит четвертую часть рода человеческого, жестокие следствия сея болезни простираются повсюду, а наипаче в обществах детей, живущих вместе"⁹. Московскому воспитательному дому было поручено "распространение в публике" информации о необходимости оспопрививания, иными словами проведение санитарно-просветительной работы среди российского населения.

Сначала прививки против оспы проводили 2 раза в неделю (позже ежедневно) в самом Воспитательном доме, а привитых,



Рис. 1. Профессор Ефрем Осипович Мухин.

становившихся заразными после вариоляции, изолировали. Чтобы избежать распространения оспенной инфекции, в помещениях Воспитательного дома было запрещено прививать оспу, и вакцинации стали проводить только в летние месяцы в особом помещении для заразных больных на Загородном Дворе¹⁰.

В 1801 г., когда вариоляции были заменены на более безопасные вакцинации коровьей оспы по методу Дженнера, в Московском воспитательном доме впервые в России 1 октября проф. Е. О. Мухиным была сделана прививка воспитаннику Антону Петрову, переименованному по указанию императрицы Марии Федоровны в честь этого важного события в Антона Вакцинова. При возвращении в Петербург императрица взяла с собой из Московского воспитательного дома привитую воспитанницу и передала ее Императорскому воспитательному дому в Санкт-Петербурге "для привития с нее оспы петербургским питомцам"¹¹. Имя проф. Е. О. Мухина на века связано с введением оспопрививания в России (рис. 1).

Большое время, когда название "коровья оспа" вызывало у части людей страх перед оспопрививанием, и тогда врачам приходилось бороться с предрассудками и доказывать их необоснованность (рис. 2). Проф. Е. О. Мухин в своем "Кратком наставлении простому народу" оставил красноречивое высказывание: "Я, оставшись с должным почтением к открывшему оспу, должен сказать, что он, назвавши сию предохранительную оспу коровьей, неумышленно произвел в чувствах людей страшные и нелепые, особенно в простом народе мысли, предрассудки и суеверия... Гораздо благоразумнее будет называть оспу сию предохранительную от человеческой оспы"¹².

В 1801 г. в Воспитательном доме существовало предписание, согласно которому делать прививки коровьей оспы следует детям в возрасте 7–8 дней. В 1804 г. это распоряжение было отменено "ввиду якобы вреда операции для столь раннего возраста". Затем стали вакцинировать на 3-й и иногда на 2-й неделе жизни младенца. Но среди врачей укоренилось традиционное мнение, что не следует прививать ранее 2-го месяца и что, чем позднее вакцинировать, тем лучше¹³.

"Дети первых недель жизни сравнительно еще мало иммунны как к оспенному, так и вакцинному яду", что "подтверждалось как частыми неудачами у них оспопрививания, так и слабюю воспалительной реакциею кругом созревающих вакцинных пустул у маленьких детей Воспитательного дома"¹⁴.

⁴Там же.

⁵Степанов Л. Несколько слов об оспопрививании // Из отчета Императорского московского воспитательного дома за 1875 г. — М.: Типография А. В. Кудрявцевой, 1876. — С. 80–81.

⁶Миллер Н. Ф. Из прошлого Московского воспитательного дома. — М., 1893. — С. 44–45.

⁷Исторический очерк оспопрививания в Московском воспитательном доме // Материалы для истории Императорского Московского воспитательного дома, изданные ко дню столетнего Юбилея Воспитательного дома 1 сентября 1863 г. Вып. 1(3). — М., 1914. — С. 20.

⁸Миллер Н. Ф. Из прошлого Московского воспитательного дома. — М., 1893. — С. 44–45.

⁹Исторический очерк оспопрививания в Московском воспитательном доме // Материалы для истории Императорского Московского воспитательного дома, изданные ко дню столетнего Юбилея Воспитательного дома 1 сентября 1863 г. Вып. 1(3). — М., 1914. — С. 20.

¹⁰Там же. — С. 24.

¹¹Миллер Н. Ф. Из прошлого Московского воспитательного дома. — М., 1893. — С. 44–45.

¹²Исторический очерк оспопрививания в Московском воспитательном доме // Материалы для истории Императорского Московского Воспитательного дома, изданные ко дню столетнего Юбилея Воспитательного дома 1 сентября 1863 г. Вып. 1(3). — М., 1914. — С. 30–31.

¹³Степанов Л. Несколько слов об оспопрививании // Из отчета Императорского московского воспитательного дома за 1875 г. — М.: Типография А. В. Кудрявцевой, 1876. — С. 90.

¹⁴Медицинский отчет по Московскому воспитательному дому за 1890 г. М., 1891. — С. 89–90.



Рис. 2. Фоторепродукция с картины Джеймса Гирлея "Коровья оспа или Чудесные эффекты новой инокуляции". 1802.

В Воспитательном доме был принят приказ вакцинировать коровьей оспой всех младенцев, отправляемых на воспитание в деревню. Но, чтобы избежать чрезмерного скопления воспитанников в палатах, большинство грудных детей приходилось отправлять в Округа на следующий день после оспопрививания, поэтому результаты вакцинации оставались неизвестными. Наблюдала за сельскими питомцами объездные лекари, которые в случае необходимости повторяли вакцинацию. После отмены в 1852 г. этих должностей в сельскую местность направлялись старшие фельдшеры Фельдшерской школы Московского воспитательного дома "для прививания оспы тем питомцам, коим оспа была привита в грудных отделениях по несколько раз, но не принялась"¹⁵. Заменявшие объездных лекарей окружные надзиратели вакцинировали всех непривитых в Воспитательном доме детей, но "уже тогда, когда эти дети достигали возраста нескольких месяцев, следовательно, становились более окрепшими. Для вакцинации в деревнях окружным надзирателям высылали оспенный детрит"¹⁶.

Достоверно известно, что со времени введения дженнеровской коровьей вакцины Московский воспитательный дом стал местом оспопрививания не только для воспитанников, но и для других детей. С 1805 г., когда оспопрививание получило силу закона в Российской империи, Московскому воспитательному дому предписано было изготавливать и рассылать оспенную вакцину по всей стране, производить оспопрививание всем обращающимся и обучать оспопрививанию всех желающих. В Московский воспитательный дом для изучения методов оспопрививания коровьей вакциной ежедневно стали приезжать, со слов проф. Е. О. Мухина, "чадолюбивые отцы, господа подчиненных своих и подчиненные, отправленные из разных и самых отдаленных мест России от господ своих"¹⁷. Таким образом, Московский воспитательный дом стал одним из оспопрививательных центров, существовавших в России того времени.

С годами стали регистрироваться случаи появления нату-

ральной оспы у вакцинированных. Обусловлено это было тем, что с момента введения вакцинации с использованием дженнеровской коровьей вакцины она "ни разу не была возобновляема, вследствие этого значительно ослабла и отчасти потеряла предохранительную силу через многократное перенесение с одного человека на другого". В связи с этим обстоятельством в начале 40-х годов XIX века инспектор Казанской врачебной управы В. Г. Тиле обратился в Медицинский совет с запиской, в которой доказывал "тождество натуральной и коровьей оспы и представлял результаты опытов над прививанием человеческой оспы коровам"¹⁸.

16 сентября 1843 г. Николай I дал свое согласие на проведение опытов в Императорском Московском воспитательном доме при условии, что они будут безопасны и не приведут к ухудшению состояния здоровья питомцев, возложив всю ответственность на работавших в нем врачей. Московский Опекунский совет для исполнения Высочайшего повеления предписал учредить комиссию из служащих при Доме докторов и главных врачей московских больниц. Суть опытов заключалась в прививании младенцам оспенной вакцины, полученной от коров, привитых человеческой оспой. Для опытов было приобретено 6 коров; комиссия выбрала 3 изолированные комнаты в Окружной больнице, куда поместили детей с их кормилицами. 31 мая 1844 г. главный врач Воспитательного дома А. А. Альфонский пригласил членов комиссии А. И. Поля, А. И. Блюменталю и Г. О. Левенталю для снятия у одной больной оспенного материала, произведенного младшим врачом Воспитательного дома В. А. Голицынским. Опыт оказался неудачным. Испытания продолжались до осени 1846 г., однако не приносили должных результатов. Комиссия подготовила заключение о том, что "прививание натуральной оспы коровам не сопровождается тем успехом, о котором упоминал Тиле". Кроме того, А. А. Альфонский доложил, что, по собранным сведениям прибывших в Россию профессором-ветеринаров и врачей, в других странах Европы также не было получено благоприятных результатов. В мае 1846 г. комиссия постановила прекратить опыты¹⁹.

Несмотря на неудачу в проведении опытов по вакцинации, они имели большое значение в становлении Московского воспитательного дома как научно-исследовательского учреждения медицинского профиля.

В 1858 г. врачи Воспитательного дома А. И. Клементовский и В. А. Голицынский провели интересный опыт, целью которо-

¹⁵ Исторический очерк оспопрививания в Московском воспитательном доме // *Материалы для истории Императорского Московского воспитательного дома*. Вып. 1(3). — М., 1914. — С. 30.

¹⁶ Медицинский отчет по Московскому воспитательному дому за 1890 г. — М., 1891. — С. 90.

¹⁷ Исторический очерк оспопрививания в Московском воспитательном доме // *Материалы для истории Императорского Московского воспитательного дома*. Вып. 1(3). — М., 1914. — С. 28.

¹⁸ Там же. — С. 32.

¹⁹ Там же. — С. 32—35.

го было проверить предположение о возможности "привития вакцины не через наружные уколы, а через внутреннее ее употребление". Поводом послужил отчет Венского Воспитательного дома за 1857 г., с упоминанием в нем об одном гомеопате, приготовившем вакцину, которая дала вполне удовлетворительный результат. Врачи Московского воспитательного дома провели на щенках эксперимент, который подтвердил их предположение о том, что желудочный сок разрушает "силу оспенной материи, а потому внутреннее прививание оспы совершенно безуспешно"²⁰⁻²².

В 1860 г. младший врач Воспитательного дома Бутляр проводил наблюдения для изучения зависимости между оспопрививанием и рожистым воспалением, которое нередко развивалось у детей в месте укола. Наблюдения показали, что "величина ранения при оспопрививании не имела непосредственного влияния на происхождение рожи, которая зависела главным образом от других условий, преимущественно от госпитальных или эпидемических".

В 1857 г. в России было принято постановление правительства о введении вторичного оспопрививания всех воспитанников казенных учебных заведений и нижних чинов в войсках. Обусловлено это было тем, что натуральной оспой заболели уже вакцинированные. У врачей возникло предположение, что "коровья оспа предохраняет от натуральной не на целую жизнь, а только на известное число лет, по прошествии которых вакцинирование должно быть возобновляемо". Было решено делать "вторичное вакцинирование" всем учащимся в учебно-воспитательных заведениях ведомства Императрицы Марии. "Самый ранний возраст к восприятию натуральной оспы после первого привития был 7 лет; возраст, способный к восприятию вакцины после вторичного ее привития, был шестнадцатилетний". Первым учреждением, где была проведена ревакцинация, стал Московский воспитательный дом. К числу первых ревакцинированных относились воспитанницы Николаевского сиротского института.

С ноября 1885 г. Московский воспитательный дом на правах оспопрививательного центра, по предписанию его главного врача Н. Ф. Миллера, стал готовить телячий детрит и рассылать "в продажу или во флаконах (по 1 рублю) в количестве достаточном для привития 20 лицам, или профильтрованный детрит в

трубочках (по 40 копеек). Прививка этим детритом на грудных детях Воспитательного дома давала всегда успешный результат, только местная воспалительная реакция от него бывала сильно выражена"²³.

С конца 1893 г. оспопрививательное отделение Московского воспитательного дома с его животной культурой (телятником) заняло полностью изолированное от главного корпуса одноэтажное здание вблизи Варварских ворот. Этот дом был разделен каменной стеной на две части, первая из которых предназначалась для вакцинации телят, детей и приготовления детрита; во второй находился кабинет врача для осмотра больных детей. В обязанности заведовавшего этим отделением доктора входили вакцинация телят и приготовление оспенного детрита, которым "вакцинировались все грудные дети Воспитательного дома и приходящая публика"²⁴.

Таким образом, Императорский Московский воспитательный дом сыграл чрезвычайно важную роль в борьбе с такой страшной инфекцией, как натуральная оспа, которая представляла собой всемирную проблему вплоть до второй половины XX века. В 1958 г. на XI сессии Генеральной ассамблеи ВОЗ делегацией СССР была выдвинута научно обоснованная программа по глобальной ликвидации натуральной оспы, разработанная советскими учеными под руководством В. М. Жданова. Для осуществления этой программы наша страна безвозмездно предоставила ВОЗ более 1,5 млрд доз высококачественной оспенной вакцины. В 1980 г. ВОЗ официально объявила о том, что вирус натуральной оспы в природе больше не существует, поскольку последний случай этой инфекции был зафиксирован в Сомали в 1977 г. Таким образом, натуральная оспа была полностью ликвидирована на земном шаре в результате реализации глобальной программы по ликвидации оспы и стала первым инфекционным заболеванием, которое победили благодаря массовой вакцинации. Треть населения земного шара вакцинировали советской вакциной, которая во многом обязана своему происхождению беззаветной и самоотверженной деятельности докторов Императорского Московского воспитательного дома.

Поступила 13.04.10

²⁰⁻²² Там же. — С. 36—38.

²³ ЦИАМ, ф. 108, оп.1, ед. хр. 440. Медицинский отчет Московского воспитательного дома за 1885 г. — С. 23.

²⁴ Медицинский отчет по Московскому воспитательному дому за 1895 г. — М., 1896. — С. 34—35.

© Н. П. ВОСКРЕСЕНСКАЯ, 2011

УДК 614.2:061.75 «2011»

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ 2011 ГОДА*

5 апреля — 50 лет со дня смерти Александра Александровича ЛОЗИНСКОГО (1868—1961, родился в Петербурге), доктора медицины, профессора, одного из основоположников отечественной научной бальнеологии, историка медицины, В 1904—1915 гг. — директор курорта Кемери (Латвия). В 1930—1941 гг. — заведующий кафедрой бальнеологии на курсах по подготовке бальнеологов в Пятигорске (позднее Институт усовершенствования врачей по бальнеологии и бальнеотерапии). Провел первые в России экспериментальные исследования в области бальнеологии. Разработал теорию бальнеотоксического действия минеральных вод и лечебных грязей (1914), одним из первых обосновал и разработал показания к лечению в Кисловодске больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Автор первого фундаментального труда по бальнеологии на русском языке (1916). Ряд работ посвящены общественной медицине и истории медицины. В 1900—1918 гг. — редактор журналов "Практическая медицина", "Врачебная газета", "Терапия".

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; К истории некоторых важнейших медицинских систем XVIII и XIX веков: Дис. д-ра медицины. СПб., 1905. 284 с.

10 мая — 75 лет со дня смерти Теодора МЕЙЕР-ШТЕЙНЕГА (Т. Meyer-Steineg, 1873—1936), немецкого историка медицины. Внес вклад в изучение истории античной медицины, опубликовав серию монографий, начиная с 1912 г. Автор (совместно с К. Sudhoff) широко известного руководства по истории меди-

цины, переведенного на иностранные языки, в том числе и на русский.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 2-е изд.; История медицины: Пер. со 2-го нем. изд. / Под ред. В. А. Любарского и Б. Е. Гершуни. М., 1925. 463 с.

22 мая — 100 лет со дня рождения Эрны ЛЕСКИ (E. Lesky, 1911—1986), австрийского историка медицины. Возглавляла Институт истории медицины Венского университета. Автор трудов, посвященных венским медицинским школам, а также деятельности ряда крупнейших ученых (Г. Бургав, А. Галлер, И. П. Франк, К. Рокитанский, И. Земмельвейс, Л. Ауэнбруггер и др.). Редактор (с 1966 г.) журнала *Clio Medica* — органа Международной академии истории медицины и ее генеральный секретарь (1970—1973). Удостоена высшей награды в области истории медицины — Золотого эскулапа (1970). Была членом Международного общества истории медицины, Медицинской академии в Кордове (Аргентина) и других международных и зарубежных организаций.

Соч.: Die Wiener geburtshilflich—gynäkologische Schule. Wien, 1961; Ignaz Philipp Semmelweis und die Wiener medizinische Schule. Wien, 1964; Wien und die Weltmedizin. Wien, 1974; Meilensteine der Wiener Medizin. Grosse Ärzte Österreichs in drei Jahrhunderten. Vienna, 1981.

Лит.: Universitätsprofessor E. Lesky zum 60. Geburtstag // Wien. med. Wschr. 1971. Jg. 12, N 22. S. 2—3; E. Lesky // Bull. Hist. Med. 1981. Vol. 55, N 4. P. 574—580, portr.; Ganzinger K. Festschrift für Erna Lesky zum 70. Geburtstag. Vienna, 1981.

30 мая — 100 лет со дня рождения Марселино Гомеса КАНДАУ (M. G. Candau, 1911—1983), бразильского врача и организатора общественного здравоохранения, иностранного члена АМН СССР (1968), Генерального директора ВОЗ (1953—1973). Внес вклад в изучение паразитологии (в том числе малярии),

*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.

биостатистики, сельской гигиены, в разработку вопросов организации и управления общественным здравоохранением. Почетный член и почетный доктор ряда академий, иностранных университетов, медицинских обществ и ассоциаций.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

6 августа — 70 лет со дня рождения Владимира Захаровича КУЧЕРЕНКО (1941, родился в поселке Яшкино Яшкинского района Кемеровской области), социал-гигиениста и организатора здравоохранения, члена-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки. В 1987—1989 гг. — заведующий кафедрой социальной медицины, экономики и организации здравоохранения Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российская медицинская академия последипломного образования). С 1989 г. заведующий аналогичной кафедрой Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова (с 1994 г. — кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики). Одновременно (с 2002 г.) — заместитель директора по научной работе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И. М. Сеченова. Научные исследования посвящены теоретическим основам международного сотрудничества в области медицинской науки и медицинского образования; подготовке менеджеров здравоохранения новой формации; проблемам управления и экономики здравоохранения; обособлению теории и методологии изучения качества жизни, связанного со здоровьем.

Соч.: Социальная медицина как предмет преподавания и научная дисциплина // Социальная медицина на рубеже XXI века. Краснодар, 1999. С. 9—16. (Совместно с др.); Социальная гигиена и организация здравоохранения: (Учеб. пособие). М., 2000. (Совместно с др.); Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: Учеб. пособие. М., 2007. (Совместно с др.); Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: Учеб. пособие. М., 2008. (Совместно с др.); Современное состояние и пути совершенствования региональной службы психического здоровья. М., 2008. (Совместно с др.).

Лит.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М.: 2004. С. 456—457.

18 августа — 125 лет со дня смерти Филиппа Яковлевича КАРЕЛЛЯ (1806—1886, родился в Эстонии), отечественного врача, эстонца по происхождению. После окончания Дерптского университета (1832) начал свою врачебную деятельность батальонным врачом, позже работал в госпиталях. Первый ознакомил русских врачей с наложением крахмальной повязки при переломах костей. В 1851 г. организовал санитарные роты в русской армии и основал Общество попечения о раненых и больных воинах (Общество Красного Креста). Предложил свой метод лечения молоком.

Соч.: О молочном лечении. СПб., 1885.

Лит.: Красноглазов Е. И. О лечении молоком по способу Карелля // Протокол заседания Императорского кавказского медицинского общества. 1871. № 17, 2 ноября. С. 333—340; Лойт О. А., Лойт Р. Л. Выдающийся представитель отечественной медицины Ф. Я. Карелья // Наука в Прибалтике в XVIII — начале XX века. Рига, 1962. С. 165—166.

21 августа — 75 лет со дня рождения Анатолия Алексеевича БУГАНОВА (1936, родился в Хабаровске), российского ученого, специалиста по экологии человека, члена-корреспондента РАМН. В 1992—2009 г. — директор НИИ медицинских проблем Крайнего Севера (г. Надым). Научные исследования посвящены изучению здоровья коренного и пришлого населения Крайнего Севера, экологической эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний. Показал ускорение формирования патологии в экстремальных условиях и допустимость средних сроков пребывания на Крайнем Севере.

Соч.: Ямало-Ненецкий регион: проблемы здоровья. Надым, 1995. 146 с.; Вопросы кардиологии в экологически нестабильном районе Крайнего Севера. Надым, 2000. 204 с. (Совместно с др.); Индивидуально-типологические свойства личности при сердечно-сосудистых заболеваниях в Ямало-Ненецком автономном округе. Надым, 2004. 150 с. (Совместно с др.).

Лит.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 438.

25 августа — 75 лет со дня смерти Юлиуса ТАНДЛЕРА (J. Tandler, 1869—1936), австрийского анатома, организатора здравоохранения и общественного деятеля. Научные работы посвящены вопросам сравнительной, систематической и топогра-

фической анатомии и эмбриологии. Внес вклад в изучение биологических основ вторичных половых признаков, морфологических предпосылок конституции человека. По его инициативе проводились мероприятия по охране материнства и детства, по борьбе с туберкулезом и алкоголизмом. Его именем названа одна из площадей Вены. Последние годы жил в Москве.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

13 сентября — 70 лет со дня рождения Игоря Николаевича ДЕНИСОВА (1941, родился в г. Свободный Хабаровского края Амурской области), социал-гигиениста, организатора здравоохранения и медицинского образования, академика РАМН. В 1978—1983 гг. — проректор Куйбышевского медицинского института (ныне Самарский медицинский университет). В 1983—1987 гг. ректор Рязанского медицинского института (ныне Рязанский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова). В 1987—1991 гг. работал в Министерстве здравоохранения СССР: заместитель министра (1987—1988), первый заместитель министра (1988—1990), министр здравоохранения (1990—1991). С 1991 г. — проректор Московской академии им. И. М. Сеченова (ММА), одновременно (с 1992 г.) — заведующий кафедрой семейной медицины ММА. Принимал активное участие в разработке первых отечественных экономических моделей и принципов страховой медицины. Стоял у истоков становления и внедрения в России общей врачебной практики (семейной медицины), образовательных стандартов медицинского и фармацевтического образования, клинических рекомендаций для врачей. Удостоен Премии Правительства РФ (2007).

Соч.: Высшее медицинское образование: Эволюция, проблемы, перспективы. Учеб. пособие. М., 1998. (Совместно с др.); Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. М., 2004. (Совместно с др.); Общая врачебная практика (семейная медицина): Практ. руководство. М., 2005. (Совместно с др.); Муниципальное здравоохранение в Российской Федерации: Проблемы и перспективы развития. Екатеринбург, 2007. (Совместно с др.).

Лит.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М.: 2004. С. 370.

17 сентября — 100 лет со дня рождения Магды РАДНОТ (M. Radnot, 1911—1989), венгерского офтальмолога и общественного деятеля, члена Академии наук Венгрии. Внесла значительный вклад в изучение эндокринных аспектов глаукомы, заболеваний слезных органов и криотехники. Член Всевенгерского совета мира, почетный член офтальмологических обществ и академий европейских стран, активистка Венгерского женского движения за мир.

Соч.: Atlas der Augenkrankheiten. Budapest, 1961. Bd 1-2; Famous Hungarian ophthalmologists. Budapest, 1970; Die Röntgendiagnostik der tränenableitenden Wege. Budapest, 1966; Szembetegek vizsgalata. Budapest, 1976.

Лит.: Жигмонди М. Неутомимая исследовательница — Магда Раднот // Женщины мира. 1963. № 4. С. 21; Родионов Б. Несущая свет: Сорок лет отдала профессор Магда Раднот борьбе за здоровье людей // Известия Советов народных депутатов. 1978. 17 апр.

29 сентября — 100 лет со дня смерти Эдмунда Адольфовича БЕРНАЦКОГО (E. Biernecki, 1866—1911), польского терапевта и историка медицины. Предложил (1894) и опубликовал (1897) метод определения скорости оседания эритроцитов (РОЭ) и определил практическое и клиническое значение РОЭ. Установил, что при лихорадке РОЭ усорена и ее скорость зависит от уровня фибриногена в крови.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

15 октября — 200 лет со дня рождения Генриха ГЕЗЕРА (H. Haeser, 1811—1884), немецкого историка медицины. Особую известность получили его классические труды по истории эпидемиологии. Автор первых руководств по истории медицины, выдержавших несколько изданий и переведенных на русский язык. Редактор "Archiv für die gesamte Medizin" (1840—1849), на страницах которого вел борьбу с натурфилософией и пропагандировал анатоμο-физиологическое направление.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 2-е изд.

11 ноября — 300 лет со дня рождения Степана Петровича КРАШЕНИННИКОВА (1711—1755, родился в Москве), отечественного естествоиспытателя и путешественника. Первый дал подробное научное описание Камчатки.

Соч.: Описание земли Камчатки. М.-Л., 1949.

Лит.: БСЭ. 3-е изд. Фрадкин Н. Г. С. П. Крашенинников., М., 1954; Карпов Л. Н. Вклад С. П. Крашенинникова в изучение медицины Сибири // Врачебное дело. 1957. № 1.

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ БАРАНОВ



15 июля 2011 г. медицинская общественность отмечает юбилей А. А. Баранова — академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора.

Александр Александрович Баранов — вице-президент Российской академии медицинских наук, директор Научного центра здоровья детей РАМН, член Совета при Президенте Российской Федерации по науке, технологиям и образованию, председатель исполкома Союза педиатров России, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники за 2010 г., вице-президент Европейской педиатрической ассоциации.

Академик А. А. Баранов по праву считается вы-

дающимся ученым-педиатром, одним из крупнейших организаторов отечественной педиатрии. Его лозунг "Сохраним здоровье детей — сохраним Россию" стал программой деятельности педиатрического сообщества в условиях последствий тяжелейшего социально-экономического кризиса 90-х годов прошлого века.

А. А. Баранов создал научную школу профилактической педиатрии. Под его руководством разработаны "Концепция государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации" и «Концепция федерального закона "Об охране здоровья детей в Российской Федерации"».

При непосредственном участии А. А. Баранова была научно обоснована методология и стратегия снижения младенческой смертности.

Под его руководством подготовлено более 80 докторов и кандидатов медицинских наук. Опубликовано более 400 научных трудов, в том числе 40 монографий.

Академик А. А. Баранов хорошо известен международной медицинской общественности. Он является вице-президентом Европейской педиатрической ассоциации.

За заслуги в деле охраны здоровья детей А. А. Баранов награжден орденами Почета, Трудового Красного Знамени, "За заслуги перед Отечеством" III и IV степени.

Редколлегия журнала, многочисленные ученики и коллеги поздравляют Александра Александровича со знаменательной датой и желают ему крепкого здоровья, счастья и дальнейших успехов во всех его творческих начинаниях.

ВЛАДИМИР ЗАХАРОВИЧ КУЧЕРЕНКО



6 августа исполнилось 70 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, члена-корреспондента РАМН, доктора медицинских наук, профессора Владимира Захаровича Кучеренко, заместителя директора по научной работе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения МПФ, одного из ведущих российских ученых в области общественного здоровья и здравоохранения.

Окончив в 1958 г. с медалью среднюю школу № 2 г. Юрги Кемеровской области, он без экзаменов был принят в Новосибирский государственный медицинский институт, где в 1964 г. успешно закончил лечебный факультет.

В 1969 г. В. З. Кучеренко был зачислен в заочную аспирантуру во Всесоюзный НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения к проф. Е. А. Садваксовой, где в 1973 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию.

В 1988 г. при научном консультировании профессора Е. А. Логиновой была выполнена и успешно защищена докторская диссертация "Обоснование дифференцированной системы организации, планирования и управления экстренной стационарной помощью населению в городах различных категорий".

В 1987 г. В. З. Кучеренко возглавил кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения Московского факультета повышения квалификации врачей.

Проф. В. З. Кучеренко зарекомендовал себя высококвалифицированным организатором, преподавателем и перспективным ученым, по настоящее время возглавляет ведущую в системе додипломной подготовки врачей кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения (ныне — общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики).

На базе кафедры под руководством проф. В. З. Кучеренко создан Учебно-методический центр повышения квалификации преподавателей кафедр общественного здоровья и здравоохранения медицинских и фармацевтических вузов страны.

В 2000 г. в ММА (ныне — Первый МГМУ) им. И. М. Сеченова открыт Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением (НИИ ОЗиУЗ). Проф. В. З. Кучеренко назначается заместителем директора НИИ по научной работе. Под его руководством проводятся научные исследова-

ования медико-социальных и организационно-экономических проблем здравоохранения в условиях реформирования отрасли в соответствии с комплексной темой Первого МГМУ им. И. М. Сеченова: "Научное обоснование медико-социальных и организационно-экономических технологий в медицинском образовании, управлении здравоохранением, в обеспечении качества лечебно-профилактической помощи и безопасности медицинской практики".

Под научным руководством члена-корреспондента РАМН., проф. В. З. Кучеренко подготовлено и успешно защищено 42 диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук и 69 — кандидата медицинских наук, в том числе из стран СНГ.

Материалы исследований проф. В. З. Кучеренко нашли отражение в опубликованных им и при его непосредственном участии 29 монографиях, 38 учебниках и учебных пособиях, 39 лекциях, учебно-методических материалах и рекомендациях, более чем в 300 статьях в периодических изданиях, БМЭ и ММЭ, сборниках научных трудов.

Характеризуя личностные качества Владимира Захаровича, следует отметить его высокий уровень культуры российского интеллигента, профессионализм, трудоспособность и талант педагога, организатора и научного руководителя, искреннее доброжелательное отношение к студентам, аспирантам и коллегам по работе.

Для проф. В. З. Кучеренко характерна широкая общественно-научная деятельность. Он — член ученого совета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, член Совета Медико-профилактического факультета, член двух диссертационных советов по защите докторских диссертаций по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение", возглавляет Проблемную комиссию по общественному здоровью и здравоохранению Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, член Центральной учебно-методической комиссии по общественному здоровью и здравоохранению, член Отделения профилактической медицины РАМН, член комиссии по здравоохранению при Общественной палате, главный редактор журналов "Экономика здравоохранения" и "Экономист лечебного учреждения", заместитель главного редактора журнала "Проблемы управления здравоохранением", член редколлегии журналов "Проблемы социальной гигиены, организации и истории медицины", "Главврач", "Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи".

В. З. Кучеренко является членом редколлегий и редакционных советов нескольких зарубежных научных журналов по общественному здоровью и здравоохранению: "Здравоохранение Украины", "Здравоохранение Казахстана", "Здравоохранение Киргизстана" и "Восточно-Европейского журнала общественного здоровья (East European journal of Public Health)".

Владимир Захарович Кучеренко — заслуженный деятель науки РФ (1998 г.), член-корреспондент Российской Академии медицинских наук (2000 г.), действительный член Международной академии информатизации (1995 г.), действительный член Российской Академии естественных наук (1999 г.). В. З. Кучеренко награжден Орденом Трудового Красного Знамени (1971 г.), значком "Отличнику здравоохранения" (1970 г.), медалью "В память 850-летия Москвы" (1997 г.).

В. З. Кучеренко — признанный в России и за рубежом ведущий ученый в области общественного здоровья и здравоохранения, талантливый преподаватель высшей медицинской школы пользуется глубоким уважением и заслуженным авторитетом среди коллег по научной и общественной деятельности.

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 12.07.2011. Подписано в печать 05.09.2011. Формат 60x88¹/₈.

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

Уч. изд. л. 6,19.

Заказ 495.

ОАО «Издательство "Медицина"»

115088, Москва, Новоостановская 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 261 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