

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации



Российский  
национальный исследовательский  
медицинский университет им. Н.И. Пирогова



МАТЕРИАЛЫ  
ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
ПОСВЯЩЕННОЙ 90-ЛЕТИЮ  
КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ  
И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(12 марта 2014 года)

Москва, 2014

УДК 614.2

ББК 51.1 - 65.495

Материалы Всероссийской конференции  
с международным участием посвященной 90-летию  
кафедры общественного здоровья и здравоохранения,  
экономики здравоохранения (12 марта 2014 года)  
М.: РИО «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, – 2014, – 264 стр.

Научное издание

Под общей редакцией:

**Стародубова Владимира Ивановича,**  
академик РАМН, профессор  
**Полуниной Натальи Валентиновны,**  
член-корр. РАМН, профессор

Подписано в печать 19.02.14.

Формат 84х108/16. Печать трафаретная.

Тираж 150 экз. Заказ 04/02-14.

Отпечатано в РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11

*Те, у которых мы учимся,  
правильно называются нашими учителями,  
но не всякий, кто учит нас,  
заслуживает это имя.*

*Гете*



Посвящается  
памяти Учителя

**Юрия Павловича Лисицына**

Кафедра  
общественного здоровья  
и здравоохранения, экономики  
здравоохранения  
1924 – 2014 гг.

## Уважаемые коллеги!

Сегодня мы празднуем замечательный юбилей – 90-летие со дня создания кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. В разные годы на кафедре трудились известные не только в нашей стране, но за рубежом, ученые и организаторы российского здравоохранения, среди которых следует назвать Соловьева Зиновия Петровича, Баткиса Григория Абрамовича, Гецова Герасима Борисовича и многих других. Полвека кафедрой руководил Юрий Павлович Лисицын.

Юрий Павлович Лисицын был одним из основоположников науки о социальных основах здравоохранения. Бесспорным вкладом академика Ю.П. Лисицына стали фундаментальные труды по анализу теорий медицины и здравоохранения, проблемам здоровья населения и его обусловленности, совершенствованию организации медицинской помощи в нашей стране, деятельности международных медицинских организаций, изучению систем здравоохранения в различных странах мира. Кроме того Юрий Павлович уделял внимание проблемам медицинского страхования, управления здравоохранением.

Юрий Павлович всегда являлся огромным авторитетом и непревзойденным Учителем. Академиком Ю.Л. Лисицыным создана крупная научная школа в области социальной гигиены (медицины), общественного здоровья и здравоохранения, истории медицины. Под его руководством защищено более 120 кандидатских и 65 докторских диссертаций. Ученики Юрия Павловича продолжают его дело во благо медицинской науки и образования.

Юрий Павлович был одним из самых талантливых людей в истории нашей дисциплины – учёный-исследователь добившийся во всех областях своей деятельности блестящих результатов, часто намного опережая своё время.

Трудно назвать область общественного здоровья и здравоохранения, в которой он не проявил бы себя за свою долгую творческую жизнь. И везде Юрий Павлович выступал новатором, находясь на передовых рубежах науки.

Свежие идеи, разнообразие тем было нашей основной целью при формировании данного сборника тезисов.

*С уважением,*

**Стародубов Владимир Иванович**, академик РАМН, профессор  
**Полунина Наталья Валентиновна**, член-корр. РАМН, профессор

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации



Российский  
национальный исследовательский  
медицинский университет им. Н.И.Пирогова

МАТЕРИАЛЫ  
ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
ПОСВЯЩЕННОЙ 90-ЛЕТИЮ  
КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ  
И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(12 марта 2014 года)

Москва, 2014

# ЮРИЙ ПАВЛОВИЧ ЛИСИЦЫН – ПЕДАГОГ, УЧЕНЫЙ, ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ

Полунина Н.В., Ковтюх Г.С., Полунин В.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Юрий Павлович Лисицын – поистине многогранная личность. В течение полувека Ю.П. Лисицын руководил кафедрой общественного здоровья и здравоохранения в РНИМУ им. Н.И.Пирогова, но никогда не забывал об истории медицины, которой начал заниматься еще в студенческие годы. Являясь аспирантом кафедры истории медицины 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова (в настоящее время – Первый МГМУ им. И.М. Сеченова), он стал ученым секретарем Всесоюзного общества историков медицины. С 1973 года по 2013 год Юрий Павлович возглавлял это общество, значительно расширил его границы и превратил в Международное общество историков медицины, в которое вошло более 80 государств мира.

Возглавляя кафедру общественного здоровья и здравоохранения Юрий Павлович много внимания уделял учебному процессу. Это и подготовка учебных программ, и публикация лекций и учебников, руководства и учебных пособий. Общеуниверситетские проблемы преподавания основного курса сочетались с проблемами и новинками в истории медицины, обсуждались на регулярно проводившихся методологических семинарах кафедры под его руководством. В их ходе часто возникала заинтересованная и оживленная дискуссия, порой перетекающая в нешуточную полемику.

В рамках методических семинаров обсуждались новые приемы и способы преподавания, открытые лекции и семинары коллег, проводились обзоры общей и специальной литературы, предлагались применения технических средств обучения. Кафедра всегда была подлинным новатором и неутомимым энтузиастом в этом направлении. Кроме того, Юрий Павлович считал, что эффективность работы кафедры и обучение студентов, ординаторов, аспирантов, организаторов здравоохранения во многом определяется кадровым составом преподавателей, поэтому он подходил к этому вопросу всегда взвешено, ответственно, осмотрительно. При этом большое внимание обращал на гармоничное сочетание опытных и молодых преподавателей, что практически исключало на кафедре проблему преемственности поколений. Благодаря усилиям Ю.П. Лисицына и высокой культуре

старших коллег, молодежь легко и непринужденно перенимала их преподавательский опыт, органично вливаясь в коллектив.

Академик Юрий Павлович Лисицын, будучи известным ученым, много сил и энергии отдавал научной работе кафедры, являясь один из основоположников науки о социальных основах здравоохранения. Им создана крупная научная школа в области социальной гигиены (медицины), организации здравоохранения и истории медицины. Кафедра всегда занимала достойное место в этом направлении в университете. Это обуславливалось, прежде всего, высоким уровнем научного потенциала. Среди направлений научной деятельности следует назвать изучение истории основных направлений медицины и здравоохранения XX века, методологический анализ общих теорий и концепций медицины за рубежом, обоснование эволюции общих типов (профилей) патологии – от эпидемического к неэпидемическому типу, исследование роли образа жизни в формировании здоровья различных групп населения. Под его руководством защищено более 120 кандидатских диссертаций, в работе над 65 докторскими диссертациями он выступал в качестве консультанта. Им опубликовано более 700 научных трудов, отражающих многогранность его таланта и широту научных взглядов.

Юрий Павлович Лисицын обладал еще одним качеством – честью и достоинством педагога, каждая его лекция была колоритной, познавательной и, что немаловажно, воспитывающей. Он с большой гордостью читал каждый год свою первую лекцию, рассказывая об истории кафедры, разных поколений, посвятивших свой труд и силы для ее становления и развития. Останавливался на основных достижениях мировой и отечественной медицины. На кафедре множество портретов выдающихся медиков.

Любовь и изучение истории медицины завершились у Ю.П.Лисицына выходом в свет «Истории медицины: краткий курс», вышедший в 2010 году и переизданный в 2011, а затем в 2013 году. Автор скромно назвал свой учебник кратким курсом, обьяв необъятное. Книга написана доступным, понятным языком высокого мастера слова. Исторический процесс, с которым знакомятся студенты, часто представляет сложное, противоречивое смешение надежно установленных фактов, надежность установления которых варьируется в широких границах. Лисицын позволяет усомниться во многих фактах, дать возможность подумать. Большое внимание в курсе истории медицины Ю.П. Лисицын уделил становлению и развитию медицины в России. Он показал, как отечественная медицинская наука преодолела «период отсталости», в котором пребывала долгое время, по сравнению с западными странами из-за монголо-татарского нашествия. И по от-

дельным направлениям она уже в XVIII веке находилась на одном уровне с цивилизованными странами и даже начала обгонять их. Лисицын приводит открытия выдающихся отечественных ученых в области медицины, показывает их достижения, значимость в современной медицине, останавливается на общих концепциях развития медицины. На конкретных примерах Ю.П. Лисицын показал, что в большинстве государств все больше и больше начинают понимать первостепенное место здравоохранения и политики в этой области в жизни страны и народов, что данная задача будет решаться по мере роста благосостояния общества, его экономики.

На большом фактическом материале Ю.П. Лисицын показал роль университетов в становлении медицинской науки и подготовке медицинских кадров. В них возникали и развивались самобытные научные школы. Не случайно И.М. Сеченов непосредственно связывал формирование научных школ с созданием и развитием университетских лабораторий.

Большинство коллег Ю.П. Лисицына, являясь его учениками, с большой радостью воспринимали возможность общаться с ним и учиться у него. Огромные научные знания, мудрость, большая человеческая чуткость, всегда отличали Юрия Павловича и делали общение с ним привлекательным.

## **О ДИАЛЕКТИКЕ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКАДЕМИКА Ю.П. ЛИСИЦЫНА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНИЕМ**

**Низамов И.Г., Зыятдинов К.Ш., Садыкова Т.И.**

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Развитие науки об общественном здоровье, здравоохранении, а также образовательного процесса в данной области на стыке последних двух веков невозможно представить без трудов профессора Ю.П. Лисицына и его многочисленных учеников, которые сегодня весьма результативно работают в стержневых направлениях развития нашей науки и практики.

Труды Ю.П. Лисицына, выполненные еще в шестидесятые годы, вошли в основное, по тем временам, руководство по социальной гигиене и организации



здравоохранения под редакцией профессора Н.А. Виноградова. В этих трудах находят отражение методологические основы исследований общественного здоровья, которые не теряют своей актуальности и в настоящее время.

Фрэнсис Бэкон говорил, что человеку дано либо объединять вещи, либо разъединять их. Нам представляется, что Ю.П. Лисицыну удавалось и то, и другое. Об этом говорят труды представителей его школы, в которых показаны возможности комплексных исследований здоровья на популяционном уровне, рационализации образа жизни современного человека, что представляет из себя громадный резерв для реализации соответствующих управленческих технологий.

Чем бы не занимался Ю.П. Лисицын, было крайне интересно любому специалисту, работающему в данной сфере. Он был в творческом плане уникален, талантлив и индивидуален.

Мы считаем, что в творчестве автора особое место занимает проблема здоровья и болезни, нормы и патологии. Яркое звучание она нашла в докторской диссертации А.Д. Степанова. В этой пионерской работе автором сделана попытка обоснования функционального подхода к определению нормы и болезни, чрезвычайно непростой и противоречивой области изучения диалектики здоровья и нездоровья человека.

Данная работа, будучи продолжением основополагающих исследований таких отечественных ученых-медиков, как А.Д. Адо, А.П. Авцын, В.Х. Василенко, И.В. Давыдовский, В.П. Казначеев, а также целого ряда философов, сумела показать огромную значимость научного определения понятий нормы и патологии (болезни) для решения важнейших задач инновационного развития системы охраны здоровья населения.

Вместе с тем, следует отметить, что данная проблема остается дискуссионной и по сей день. Для своего более системного исследования она ждет своих новых Лисицыных и Степановых.

В творческом плане Юрий Павлович работал как широкозахватный комбайн. Он тянулся к «открытой форточке», чтобы глотнуть свежего воздуха как теоретического, так и практического здравоохранения. Его мысли и реальные дела опережали время и наши возможности. Он умел просматривать пространство, находящееся далеко за горизонтом здравоохранения.

Так, например, когда ученый медицинский мир еще находился только в начале пути к изучению экономических аспектов функционирования отрасли в рыночных условиях, ученик Ю.П. Лисицына Ильгиз Ахметзянов уже успел подготовить докторскую диссертацию на тему «Система обеспечения лечебно-

профилактических учреждений изделиями медицинского назначения на территориальном уровне» (2000 г.), в которой предложен механизм снижения стоимости изделий медицинского назначения при денежных и иных формах расчетов. Автоматом разработан порядок торгов методом запроса котировок в условиях финансирования деньгами, векселями, бартером и взаимозачетом.

Таких примеров можно было бы привести очень много.

Мы хотели бы коснуться и некоторых аспектов общественной жизни Ю.П. Лисицына. Здесь, прежде всего, надо отметить его усилия, направленные на создание общественной организации специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения России.

Не вдаваясь в историю вопроса, следует подчеркнуть принципиально важную роль академиков РАМН профессоров О.П. Щелина и Ю.П. Лисицына в создании российской общественной организации руководителей здравоохранения, которая сегодня возглавляется академиком РАМН профессором В.И. Стародубовым.

Как известно, успешное решение вопросов, связанных с повышением качества и доступности медицинской помощи является важнейшим условием дальнейшего повышения уровня здоровья населения.

Думается, эта работа должна проводиться в условиях гармонизации соотношений указанных подходов, ибо нет качества без доступности и нет доступности без качества. Сказанное подтверждается результатами недавней модернизации сельского здравоохранения страны, по ходу которой стало ясно, что снижение доступности даже на фоне существенного повышения качества медицинской помощи приводит к нежелательным конечным результатам. Доступность обеспечивается, как правило, усилиями управления по вертикали, а желаемых результатов качества невозможно достичь без использования управленческих технологий, расположенных по горизонтали, к которым можно отнести общественные профессиональные организации медицинских работников. Именно профессиональные организации призваны активно участвовать в обеспечении эффективности современных направлений развития системы и ее подсистем.

Среди участников этого процесса видное место должны занимать общественные организации по организации здравоохранения и общественному здоровью, способные интегрировать потенциал остальных профессиональных организаций в рамках решения проблемы эффективного использования горизонтальных управленческих технологий для получения общего системного результата.

Вместе с тем, для работы в этом ключе нужен не только одинаково хорошо поющий хор специалистов, но и весомые в профессиональном отношении солис-

ты этого хора. Будучи креативными, неудобными, индивидуальными, порой дерзкими с одной стороны и профессионалами высокого уровня – с другой, эти люди способны создавать особую инновационную атмосферу в любом коллективе, способствуя обеспечению достижения желаемых конечных результатов деятельности отрасли.

К такой категории специалистов относился и Ю.П. Лисицын. К сожалению, подобного рода солистов сегодня не так уж и много. А механизмы их поиска, воспитания, мониторинга, обеспечения адекватной работой и т.д. разработаны недостаточно, во многих случаях в решении подобного рода вопросов преобладает субъективизм.

Наш опыт показывает, что в деятельности общественной организации руководителей здравоохранения огромную актуальность приобретают проблемы:

1. рационального (продуктивного) участия в обеспечении системы охраны здоровья населения территории адекватно подготовленными кадрами с возможно высоким уровнем их личностного и профессионального потенциала;

2. оптимизации межстыковых горизонтальных управленческих связей, созданных на базе важнейших теоретических положений системного и процессного подходов.

И в заключение, несколько слов о Ю.П. Лисицыне как о личности. Он представляется нам как глубокое чистое озеро, вроде – дно озера видно – рукой подать, а попробуй, доберись до этого дна.

Как писал поэт, с ним «не всегда было светло, но с ним не надо было света».

Ю.П. Лисицын, участвуя в работе многочисленных конференций и форумов, обращал внимание не только на содержание докладов, но и на, как он говорил, «музыку» выступления докладчика, ибо для профессионала важно не только что он делает, но и то, как он это делает.

Со времени ухода из жизни Ю.П. Лисицына прошло еще очень мало времени. Для более объемной оценки его жизни и творческой деятельности, возможно, потребуются десятилетия.

### **Список литературы.**

1. Александрова М.Б. Методика комплексного изучения заболеваемости. М.: Медгиз, 1963. – 84с.

2. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). М.: Медгиз, 1962.-176с.

3. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагно-

стика в практике массовых обследований населения. Ленинград «Медицина», 1980. – 208 с.

4. Лисицын Ю.П. История медицины: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 400 с.

5. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Под ред. Н.А. Виноградова. М., Медицина, 1974. Т. I – 400 с., Т. II – 448 с.

6. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учебное руководство. Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова и др. Под. ред. Ю.П. Лисицына.- М.:1998.- 698 с.

7. Степанов А.Д. Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. Горький. Волго-Вятское книжное из-во, 1975.-280 с.

## **Ю. П. ЛИСИЦЫН – ЛИДЕР ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ШКОЛЫ ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ**

**Балалыкин Д.А.**

Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Об известном советском и российском социал-гигиенисте и историке медицины Ю.П. Лисицыне написано немало. Наиболее широко он известен как создатель детерминационной теории медицины, учения о здоровом образе жизни и «формулы здоровья», автор учебников по общественному здоровью и здравоохранению и истории медицины.

Ю.П. Лисицын родился в городе Клину Московской области рядом с Домом-музеем П.И. Чайковского. В 1952 году Ю.П. Лисицын окончил лечебный факультет 1-го Московского ордена Ленина медицинского института. (ныне – Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) и сразу стал аспирантом кафедры истории медицины. Ею заведовал профессор Ф.Р.Бородулин. И как отмечают современники, это был подлинный расцвет кафедры, наступил новый этап и в деле подготовки кадров историков медицины. Основопологающие положения Ф.Р. Бородулина как ученого и его яркая личность привлекли к нему неординарных последователей. Под руководством Ф.Р. Бородулина по кардинальным проблемам отечественной истории медицины, медицинским школам, отдельным выдающимся русским ученым были защищены диссертации. Кандидатская диссертация Ю.П.

Лисицына о А.Я. Кожевникове и московской школе невропатологов стала его первой монографией. Он активно занимался разработкой одного из научных направлений, разрабатываемых школой Ф.Р. Бородулина – историей современных буржуазных теорий в медицине, их научной оценкой и критикой.

В возрасте 34 лет он возглавил кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института (ныне – РНИМУ), которой заведовал почти полвека (с 1963 по 2011 гг.).

С 1973 г. он был бессменным председателем Всесоюзного научного общества историков медицины, преобразованного затем в Конфедерацию историков медицины (КИМ). Требовалась особая преданность идеалам развития российской науки, для того чтобы в обстоятельствах разрухи 90-х гг. продолжать исследовательскую деятельность.

Вплоть до последних дней жизни он активно занимался историей медицины – в НИИ истории медицины РАМН он долгое время возглавлял лабораторию истории медицины XX в. В своих работах он неоднократно отмечал крайнюю важность курса «Истории медицины» в системе подготовки специалиста-медика, и необходимости его преподавания в медицинских вузах на более старших курсах. Подготовленный им учебник, по оценкам многих историков медицины, был для своего времени достаточно инновационным, вместе с тем его идеи относительно магистральных направлений развития медицины, включавшие важнейшие события и открытия XX в. разделяли далеко не все. По собственному меткому замечанию академика РАМН Ю.П. Лисицына: «важной причиной создания нового учебника явилась необходимость пересмотра идеологических, политологических позиций отечественных историков, включая историков медицины, касающихся трактовок ряда событий в истории медицины в России – от ее начала до наших дней. Благо, сегодня существует реальная возможность приблизиться к правдивому, не угнетенному предписаниями свыше, изложению событий как истории страны в целом, так и истории медицины».

Надо находиться в самом эпицентре событий, происходящих в современной истории естествознания, чтобы понимать масштаб научных замыслов Ю.П. Лисицына по отношению к истории медицины XX в.

В научной литературе в настоящее время ведется интенсивная дискуссия относительно науковедческой трактовки резкого ускорения темпов научно-технического прогресса и смены технологического уклада, происходящего со второй половины XX в. Изменения структуры научных революций, понятийный ап-

парат философии науки, устоявшиеся представления о смене научных парадигм – все эти базовые понятия подвергаются серьезной критике на фоне реалий современной биотехнологической медицины. Особняком стоят вопросы биомедицинской этики, основы которой пытаются подвергать существенной ревизии. Все эти вопросы были в фокусе внимания Ю.П. Лисицына как историка медицины. Без всякого преувеличения можно сказать, что он был первым в России, кто попытался взяться за анализ и систематизацию этих сложных и противоречивых явлений. Парадоксальным образом в этом направлении его научной деятельности появляется преемственность с исследованиями в области общественного здоровья. Автор этих строк был свидетелем его актовой речи в стенах 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова в 1988/89 уч. г. Ее название было «Введение в санологию». В 90-е гг. опыт советской научной традиции в организации здравоохранения был подвергнут откровенному поношению и практически забыт, однако сейчас мы видим возврат ко многим идеям, которые высказал Ю.П. Лисицын и его школа еще в 80-е гг. XX в. Нам кажется, что именно процесс осмысления магистральных направлений организации здравоохранения предпринятый им тогда, привел его к пониманию тех закономерностей, которые он видел как историк в развитии медицины XX в.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ПУТИ ИХ ОЗДОРОВЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Авсаджанишвили В.Н.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Ежегодно в Российской Федерации среди детей и подростков регистрируется около 25,4 млн случаев заболеваний органов дыхания, из них около 3 тыс. признаются инвалидами, около 2 тыс. детей погибает. В структуре заболеваемости детей ведущее место занимают болезни органов дыхания от 35 до 60 % среди всех заболеваний [1,2]. При этом острые респираторные заболевания у детей являются серьезной проблемой вследствие их широкой распространенности и развития различных осложнений.

**Цель исследования:** на основании изучения медико-социальной характеристики детей дошкольного возраста, разработать рекомендации по оздоровлению детей дошкольного возраста с заболеваниями органов дыхания.

**Материалы и методы:** изучена общая заболеваемость у 2786 детей дошкольного возраста. Состояние здоровья и социально-гигиеническая характеристика были проанализированы у 1392 детей дошкольного возраста с болезнями органов дыхания. Проанкетировано 628 матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с болезнями органов дыхания.

**Результаты:** уровень общей заболеваемости детей дошкольного возраста достаточно составляет 2893,4‰, у детей дошкольного возраста, имеющих болезни органов дыхания составляет 3064,5‰. Структура заболеваемости детей от 3-х до 7-ми лет представлена: болезнями органов дыхания (57,9 %), инфекционными и паразитарными болезнями (8,8 %), болезнями кожи и подкожной клетчатки (6,6 %), отравлениями и травмами (5,9 %), болезнями органов пищеварения (5,4 %).

Выявлены особенности течения болезней органов дыхания у детей дошкольного возраста: наличие осложнений при острых заболеваниях органов дыхания от 45,4 % до 53,8 % случаях, увеличение длительности заболеваний органов дыхания, протекающих с осложнениями с 10,2 до 17,6 дней, формирование хронической патологии у 12,7 % детей, уровень хронической патологии болезней органов дыхания составляет 165,3‰.

Изучение медицинской активности показало, что 25,9 % матерей не владеют необходимой информацией медицинского характера, 23,6 % матерей не считают нужным обращаться к врачу при заболевании; 24,5 % матерей не выполняют рекомендации врача. В целом низкий уровень медицинской активности отмечен у 56,3 % матерей.

После проведения лечебно-оздоровительной работы увеличился удельный вес матерей: выполняющих рекомендации врача на 18 %, стремящихся получить медицинские знания на 21 %, владеющих необходимой информацией медицинского характера на 23 %. вызывающих врача в первый день заболевания ребенка на 27 %.

Оздоровительные мероприятия среди детей дошкольного возраста с болезнями органов дыхания, включала в себя осуществление медицинских, социальных и психологических мероприятий. Среди детей, прошедших оздоровительные мероприятия, увеличилась доля детей, соблюдающих режим дня (на 26,8 %), имеющих достаточную продолжительность сна (на 27,3 %), рациональное пита-

ние (на 12,7 %), возросла доля детей, имеющих достаточную физическую активность (на 61,7 %), проводящих закаливающие процедуры (в 2,2 раза), а также увеличить удельный вес детей с активной жизненной позицией (на 75,8 %).

**Вывод.** Позитивные изменения образа жизни и психологического состояния детей дошкольного возраста способствовали улучшению их состояния здоровья.

#### **Список литературы.**

1. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2011 году (статистические материалы). – М.: ЦНИИИОЗ. – 2010. – 107-109 с.
2. Заболеваемость населения России в 2011 году. Статистические материалы. Часть III. – М.: ЦНИИИОЗ. – 2012. – 127 с.

## **МОЛОДАЯ СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ**

**Агаркова О.А., Войт Л.Н.**

ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Россия

Рубеж веков, рубеж тысячелетий для мирового сообщества – момент осмысления достижений народов и государств, оценки нерешенных проблем, прогнозирования перспектив социального развития. Россия в начале 90-х годов XX века вступила на путь демократических преобразований и трансформации всех сторон государственной и общественной жизни [1].

Демографическая ситуация в России остается неблагоприятной – отрицательный естественный прирост населения при сохранении нынешних темпов депопуляции в ближайшее десятилетие достигнет наивысших показателей среди всех стран мира. Российское общество стареет, и это обстоятельство должно стать предметом внимательного анализа и управленческих решений, разработки более эффективной государственной демографической политики.

Репродуктивное поведение молодых женщин значительно изменилось: коэффициенты рождаемости снизились в группе 15-29-летних женщин. В молодых семьях (на которые приходится основная масса рождений детей) стремление иметь ребенка все чаще откладывается на неопределенное будущее ввиду жизненной неустроенности, влияния различных факторов социального риска.



**Целью нашего исследования** явилось изучение проблемы трансформации института семьи и ее влияние на демографические процессы в российском обществе.

**Материалы и методы.** Объектом социологического исследования явились студенты 5 и 6 курсов АГМА. Отбор респондентов проводился с соблюдением всех требований к численности и механизму формирования выборочной группы, что позволило получить репрезентативную выборку. Анкетирование проводилось анонимно.

**Результаты.** При проведенном социологическом исследовании среди студентов старших курсов АГМА оказалось, что официально состоят в браке в настоящий момент 18 % опрошенных, не состоят в браке 80 %, разведены – 2 %.

Не имеют детей 49 % опрошенных, состоящих в браке, по причине отсутствия собственного жилья, а также из-за материальных проблем. Определенную роль играет и стремление молодых людей к профессиональному росту.

В подавляющем большинстве молодые люди в будущем планируют иметь двух детей (65 % опрошенных), одного ребенка планируют завести 15 % опрошенных и только 14 % мечтают иметь троих и более детей, а 6 % вовсе не ответили на данный вопрос.

Интересным остается тот факт, что отсутствие у молодых людей одного из родителей не влияет на желание завести полноценную семью. Наоборот, возникает стимул не совершать подобных ошибок в будущем.

**Выводы.** Специфика становления и функционирования молодой семьи требует особого подхода к решению ее проблем при реализации государственной социальной политики. Государство должно гарантировать семье достижение уровня благосостояния, необходимого для ее самостоятельного существования, самообеспечения и саморазвития и реализации основных функций. Поэтому стратегической целью реализации государственной семейной политики в отношении молодой семьи является создание условий для становления и развития молодой семьи в качестве полноценного субъекта российского общества.

### **Список литературы.**

1. Сапожников И.В. Демографическое поведение молодежи в условиях трансформации института семьи // Материалы V Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум». URL: "<http://www.scienceforum.ru/2013/14/2106>".

2. Амурский статистический ежегодник: Сборник / Амуроблкомстат. – Благовещенск, 2013. – 578 с.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СРАВНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ

Адель Салем Али Нуман, Дубынина Е.И., Зарубина А.В., Савельева Е.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Средняя продолжительность предстоящей жизни при рождении, материнская и младенческая смертность рассматриваются не только как показатели результативности системы охраны материнства и детства, но и как критерии социального благополучия, развития общества, страны, государства. Указанные показатели используются в качестве критериев эффективности всех государственных стратегических программ России, относящихся к социальной сфере, что определяет актуальность выявления и решения проблем сравнения этих показателей в странах с различным уровнем социально-экономического развития.

**Цель исследования.** На основе анализа особенностей изучения показателей в России и других странах разработать предложения по совершенствованию сравнительной оценки показателей, характеризующих результативность системы охраны материнства и детства.

**Материалы и методы.** В исследовании использованы методы анализа публикаций, документов, статистической информации, данных опросов населения.

**Результаты.** На кафедре управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ФУВ РНИМУ им Н.И.Пирогова проводилось изучение показателей результативности охраны материнства и детства в Российской Федерации и Республике Йемен. В Республике Йемен практически отсутствует официальная статистическая служба, что затрудняет получение демографической информации. За период исследования было отмечено улучшение показателей в России и ухудшение социально-демографических показателей в Республике Йемен несмотря на рост затрат на здравоохранение.

Результаты опроса населения в Республике Йемен показал, что на репродуктивные потери влияют: низкий уровень оказания медицинской помощи женщинам в родах ( $p = + 0,87 \pm 0,03$ ), малые интергенетические интервалы ( $p = + 0,7 \pm 0,03$ ), плохие материальные условия в семьях ( $p = + 0,71 \pm 0,03$ ).

*В государственной статистике России с 2012 года начали действовать критерии регистрации новорожденных, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения. Произошло перераспределение случаев смерти между антенатальным, ранним неонатальным и младенческим периодом. Это повлияло на увеличение показателя младенческой смертности с 7,4 случаев на 1000 родившихся живыми в 2011 г., до 8,7 случаев в 2012 г. (рост на 17,6 %). Увеличение смертности детей первого года жизни сказалось на снижении средней продолжительности предстоящей жизни при рождении.*

**Вывод.** Полученные результаты указывают на влияние особенностей регистрации демографических процессов в странах с различным уровнем социально-экономического развития на показатели результативности охраны материнства и детства, что подтверждается материалами ООН. Для оценки результативности охраны здоровья детей в антенатальном периоде и младенческом возрасте с целью уменьшения искажения статистической информации целесообразно использовать предлагаемый ВОЗ показатель фетоинфантильных потерь, включающий в себя мертворождаемость и смертность детей в возрасте от 0 до 365 дней.

## **ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НАРКОЛОГИИ**

**Александров А.А., Осипчик С.И.**

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,  
Минск, Республика Беларусь

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,  
Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларусь на начало 2013 г. на наркологическом учете состояло 10118 наркозависимых (на конец 2012 г. – 9230), распространенность наркозависимости составила 106,0 на 100 тыс. населения (в 2011 г. – 96,4). В исправительных учреждениях в 2012 г. было 1435 наркозависимых. Из состоящих на учете пациентов 90 % потребляют опиаты, в основном инъекционный опий, изготовленный из семян пищевого мака.

Рост числа наблюдаемых наркологами наркозависимых связан с активным предложением пациентам эффективных современных технологий помощи (реабилитация и медикаментозная поддерживающая терапия (МПТ)).

В Республике Беларусь реализуется комплексный биопсихосоциальный подход к лечению наркозависимости, при котором медикаментозное лечение дополняется психотерапией, психокоррекцией и социальным сопровождением.

С конца 2007 г. в Республике Беларусь при содействии Программы развития ООН начато применение программ МПТ. Программа МПТ включает не только ежедневный, под контролем медицинской сестры прием лекарства, но и психологическое консультирование, групповую психотерапию, консультирование социальным работником (по 12 шаговой программе), группы взаимопомощи. Пациенты ЗМТ охвачены социальным сопровождением, им содействуют в трудоустройстве, приобретению специальности, организуют помощь (медицинскую и психосоциальную) их семьям и детям. Обеспечено обследование и комплексное лечение наркозависимых с ВИЧ и туберкулезом.

**Цель исследования.** Оценка социально-экономической эффективности применения программ медикаментозной поддерживающей терапии в организациях здравоохранения Гомельской области Республики Беларусь.

**Материалы и методы.** В выборку исследования вошли все пациенты программ МПТ, все наркозависимые и наркопотребители Гомельской области.

В исследовании использовались теоретические (экономический анализ, сравнительный, типологический, проблемно-хронологический, статистический) и эмпирические (анкетирование, интервьюирование, оценки эксперта) методы.

**Результаты.** На начало ноября 2013 г. в 16 медицинских учреждениях всех регионов Беларуси МПТ получали более 1000 пациентов, из них 35 % имели ВИЧ-инфекцию, из которых более 50 % получали антиретровирусную терапию (80 % нуждающихся в ней). 60 % пациентов МПТ были трудоустроены.

На фоне МПТ у пациентов существенно улучшилась социальная адаптация: восстановились и создались семьи, матери вернули родительские права и детей из интернатных учреждений, все больше пациенток рождает детей.

За преступления, совершенные во время получения МПТ и связанные с наркотиками, были осуждены лишь единицы. Случаев утечки лекарств в незаконный оборот правоохранительными органами зафиксировано не было.

Применение МПТ в Гомельской области в течение 2008-2012 гг. не только снизило криминальную активность и смертность наркозависимых пациентов, но и уменьшило латентность наркомании за счет привлечения к лечению.

Затраты на применение МПТ на 1 пациента в сутки в размере 1,3 доллара США обеспечивают сокращение на 8 долларов США в сутки расходов на устранение негативных последствий наркомании, связанных с преступностью, безработицей и заболеваниями (ВИЧ, вирусные гепатиты, туберкулез).

При сопоставимых затратах на диспансерное наблюдение и программу МПТ, последняя является более клинически эффективной технологией организации оказания наркологической помощи пациентам, страдающим синдромом зависимости от опиоидов (с точки зрения достижения качества ремиссии и длительности воздержания от потребления «уличных» опиатов).

**Вывод.** Современные технологии в наркологии (медикаментозная поддерживающая терапия) превосходят традиционную систему учета наркозависимых по социальной, экономической и клинической эффективности.

## ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Алиева Ш.У., Омарова Г.К., Мухтарова С.М.

Казахский Национальный медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Вопросы полового дебюта, сексуальных неудач, нежелательной беременности в ювенильном возрасте являются актуальными и для Республики Казахстан [1,2].

**Цель исследования:** оценить сексуальное поведение студентов-медиков и их отношение к раннему половому дебюту.

**Материалы и методы.** Проведено анонимное анкетирование 632 студентов Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова по специально разработанной анкете, включающей вопросы сексуальной активности, отношения респондентов к раннему половому дебюту, полигамности, контрацепции, нежелательной беременности, уровня информированности об ИППП. Используются аналитический, статистический методы.

**Результаты.** Возраст студентов колебался от 20 до 25 лет. Средний возраст респондентов составил  $21,8 \pm 0,8$  лет. Анализ половой принадлежности респондентов выявил, что основную массу опрошенных составили девушки – 81 %, юношей было – 19 %. При анализе этнической принадлежности студентов было отмечено преобладание лиц коренной национальности – 89,7 % (565), удельный вес других национальностей составил 10,3 % (67). Более ранний половой дебют отмечен у юношей по сравнению с девушками. Так, на начало половой жизни в 15 лет указали 19,3 % юношей, тогда как девушки отрицали сексуальный опыт в этом возрасте. Пик начала половой жизни у юношей отмечен в возрастном периоде 16 – 18 лет (61,2 %), тогда как у де-

вушек – в 19-21 год (67,1 %). Оценка семейного статуса сексуально активных студентов выявил, что студенты предпочитают свободные отношения, не состоящие в браке было 84,31 %. Большинство девушек 71 % отдадут предпочтение моногамным отношениям, тогда как юноши – полигамным: 64,7 % юношей имели 4 и более половых партнерш, 3,9 % – трех партнерш, 19,6 % -двух партнерш, тогда как среди сексуально активных девушек полигамные отношения поддерживали только 16 %, уклонились от ответа – 16 % респонденток.

**Вывод.** Таким образом, студенты-медики проявили терпимое отношение к ранней сексуальной активности. Юноши привержены к внебрачным и полигамным отношениям, тогда как девушки предпочитают моногамные отношения. Полученные результаты диктуют необходимость широкого внедрения мотивационного консультирования по методике «равный-равному» среди подростков и молодежи, в том числе и среди студентов-медиков.

#### **Список литературы.**

1. Государственная программа развития Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

2. Омарова Г.К. Медико-социальная значимость планирования семьи. Сексуальные расстройства у женщин/ Учебное пособие. – Алматы, 2011.- 136 с.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ: БАЗОВЫЙ ПОРЯДОК**

**Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Куликов О.В., Шавалиев Р.Ф.**

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия Российская Федерация;

Городская поликлиника №44», Санкт-Петербург, Россия

Детская республиканская клиническая больница, Казань,

Республика Татарстан, Россия

В приказе Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (от 16.04.2012 N 366н) в разделе «Правила организации деятельности детской поликлиники» указано, что структура детской поликлиники предусматривает наличие отделения медико-социальной помощи (ОМСП), однако порядок работы данного отделения (цели и задачи, функции персонала, принципы межсекторального и межведомственного взаимодействия и др.) не прописан.

**Цель исследования.** В целях обеспечения эффективной медико-социальной помощи детскому населению обобщен опыт существующих (немногочисленных) ОМСП и разработан базовый порядок их деятельности.

**Материалы и методы.** Первый этап исследования основывался на включенном наблюдении и проведении глубинных интервью со специалистами, (врачами-педиатрами, психологами, социальными работниками). Изучено экспертное мнение представителей администраций медицинских организаций (18 чел.), сотрудников кафедр поликлинической педиатрии и организации здравоохранения ВУЗов (19 чел.). Данные качественных социологических методов исследования были использованы для подготовки проекта порядка организации работы ОМСП. На втором этапе исследования группа экспертов, состоящая из главных врачей детских поликлиник и их заместителей (10 чел), обсудили проект и внесли изменения. На основании полученных результатов разработан базовый порядок организации деятельности ОМСП детской поликлиники, рассчитанный на обслуживание 10000 детского населения.

**Результаты.** В результате обсуждения выяснилось, что все эксперты считают организацию ОМСП необходимым условием сохранения и укрепления здоровья детского населения, особенно той его части, которая находится в трудной жизненной ситуации. В предложенном базовом порядке прописаны цели и задачи ОМСП. Рекомендуемые штатные нормативы ОМСП (число штатных единиц на 10000 прикрепленного детского населения): заведующий отделением, врач-педиатр (1); врач-педиатр отделения медико-социальной помощи (1); педагог-психолог (1–2); социальный работник (1–2); юрист-консульт (1); медицинская сестра (2). План работы отделения включает 3 этапа: 1) раннее выявление детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, и определение потребностей в медико-социальной помощи и сопровождении (полученные в процессе медико-социального патронажа данные заносятся в специально разработанную форму: медико-социальный паспорт ребенка и его семьи, которая передается в ОМСП поликлиники, где оценивается врачом-педиатром по медико-социальной работе и социальным работником группа медико-социального риска); 2) разработка индивидуальных программ медико-социальной помощи; 3) оказание комплексной мультидисциплинарной помощи детям и их семьям. Разработаны критерии для отнесения ребенка в одну из пяти групп медико-социального риска. В базовом порядке представлены должностные обязанности специалистов отделения.

**Выводы.** Разработанный базовый порядок работы ОМСП детской поликлиники позволяет: своевременно выявлять детей и подростков, находящихся в труд-

ной жизненной ситуации, угрожающей их развитию и здоровью; организовать проведение медико-социального сопровождения детей и их семей, начиная с рождения ребенка; обеспечить междисциплинарное и межсекторальное взаимодействие при подготовке и осуществлении индивидуальных программ медико-социальной помощи; усовершенствовать систему мероприятий по защите прав, здоровья и жизни детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Аминев Р.А., Биалалов Ф.С.**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Уфа, Россия

В настоящее время в России осуществляется модернизация системы здравоохранения, приоритетной задачей которой является повышение доступности и качества медицинской помощи населению. Реформирование требует совершенствования всех видов медицинских услуг. Наиболее массовой и востребованной среди всех групп населения является служба лабораторной диагностики. Анализ мировых тенденций показывает, что общее стратегическое направление в оптимизации лабораторных исследований связано с внедрением высокопроизводительных модульных систем. Определение потребностей в услугах лабораторной службы позволит в первую очередь повысить эффективность деятельности лабораторий, способствовать реальной диспансеризации населения.

**Цель исследования.** На основе анализа медико-социального портрета лиц, обратившихся в частную клинико-диагностическую лабораторию, оценить объемы потребностей различными возрастными-половыми и социальными группами населения в лабораторной службе.

**Материалы и методы.** Для изучения медико-социального портрета взрослых пациентов было выполнено анкетирование 300 респондентов, которым была оказана медицинская помощь в ООО «Медиа-Лаб». Материалами исследования служили учетные и отчетные формы медицинской документации этой частной медицинской организации; специально разработанные анкеты для изучения медико-социальной характеристики пациентов. В работе применены методы исследования: статистический, социологический.



**Результаты.** В результате выполненного анонимного анкетирования был установлен гендерный состав пациентов. Среди обратившихся в частную лабораторию отмечено преобладание женщин, доля которых составила – 67,3 %, а доля мужчин – 32,7 %. Возрастной состав пациентов частой лаборатории характеризовался преобладанием лиц в возрасте от 31 до 40 лет, процент которых составил 27,5 %, а также лиц в возрасте от 41 до 50 лет – 24,3 % и лиц в возрасте от 21 до 30 лет – 21,5 %. Самой малочисленной группой пациентов были лица старше 60 лет – 3,7 %. Среди пациентов преобладали лица с высшим образованием (43,7 %) и со средним специальным образованием (32,5 %). Результаты анкетирования показали, что подавляющее большинство пациентов (74,3 %) имели постоянную работу. При оценке своего материального статуса более половины всех респондентов (57,8 %) указали на то, что имеют удовлетворительное материальное положение. Большинство респондентов (58,1 %) состояли в браке.

**Вывод.** Таким образом, медико-социальный портрет пациентов частной лабораторной службы представляет: средний возраст – 37 лет; высшее или неоконченное высшее образование; удовлетворительные жилищно-бытовые условия и материальное положение. Наблюдается более высокая медицинская активность замужних женщин. Соответственно для лиц с таким медико-социальным портретом услуги частной клиничко-диагностической лаборатории будут наиболее востребованными.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА**

**Андреева Л.А., Терехович Т.И.**

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,  
Минск, Республика Беларусь

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения,  
Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларуси в 2012 г. потребление алкоголя составило 12,57 л. в пересчете на абсолютный алкоголь на душу населения всех возрастов. Чрезмерное потребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска смертности населения Республики Беларусь от соматических, инфекционных заболеваний, травм, несчастных случаев, отравлений алкоголем, самоубийств и убийств.

Кроме этого, оно приводит к снижению производительности труда, росту числа правонарушений и семейных проблем, затратам домохозяйств и государства на их преодоление.

В Республике Беларусь программы индивидуальной профилактики алкогольной зависимости ее последствий сконцентрированы на молодежи, оставляя без внимания трудоспособное население, прежде всего мужчин.

**Цель исследования.** Организовать программу первичной профилактики алкоголизма в первичном звене здравоохранения и оценить ее эффективность.

**Материалы и методы.** Авторами была разработана программа профилактики алкогольной зависимости, включающая выявление пациентов, чрезмерно употребляющих алкоголь, и оказание им консультативной помощи, реализации медицинским работниками первичного звена здравоохранения.

Целевой группой программы профилактики были работающие пациенты трудоспособного возраста, проходившие ежегодный медицинский осмотр.

В реализации программы участвовали врачи и медицинские сестры поликлиники Солигорской центральной районной больницы Минской области.

Скрининг с использованием опросника (Теста по выявлению связанных с употреблением алкоголя расстройств, AUDIT) и лабораторного исследования (гамма-глутамилтранспептидаза, ГГТ) был проведен у 4700 работников.

82,5 % лиц, прошедших скрининг, были мужчинами. В возрасте от 20 до 34 лет были 17,2 %, 35 – 44 лет – 33,8 %, от 45 до 55 лет – 49 % его участников.

За пороговый уровень ГГТП было взято: для мужчин – свыше 50 е/л, для женщин – свыше 32 ед/л. Проблемное потребление алкоголя было определено как сумма от 8 и до 20 баллов по результатам опросника AUDIT.

В исследование были включены работники обоего пола с повышенным уровнем ГГТ и проблемным потреблением алкоголя (по AUDIT), не имеющие неалкогольных заболеваний печени и алкогольной зависимости, давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании, которые были разделены на 2 группы по 250 пациентов: консультирования и контроля.

В каждой группе ежеквартально в течение года проводились исследования ГГТ и оценки потребления алкоголя по AUDIT. В группе консультирования ежеквартально проводились краткосрочные вмешательства, включающие обсуждение результатов ГГТ и AUDIT, обсуждение влияния на здоровье уровней потребления алкоголя, предоставление информации о способах их изменения, поддержание изменений поведения пациента, перенаправление на лечение к врачу-наркологу при появлении признаков алкогольной зависимости.

**Результаты.** Проблемное потребление алкоголя было выявлено у 32,9 % опрошенных (46,4 % мужчин и 23,6 % женщин). Повышенный уровень ГТПП был обнаружен у 24,8 % работников (25,5 % мужчин и у 21 % женщин).

Программу завершило (посетили все консультации, заполнили опросники и сдали анализы) 60 % пациентов группы консультирования. Доля работников с повышенным уровнем ГТТ последовательно снижалась (было 100 %): после 1-й консультации – 75 %, после 2-й – 48 %, после 3-й – 35 %, после 4-й – 24 %.

После каждой из 4 консультаций отмечалось сокращение потребления алкоголя (по AUDIT), по итогам года реализации программы снизилось число дней нетрудоспособности у работников (по сравнению с предыдущим годом).

**Вывод.** Организация программ профилактики алкогольной зависимости в первичном звене здравоохранения является эффективной и малозатратной.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА**

**Ахмерова С.Г., Валиахметова И.М., Нагаев Р.Я., Рахимкулов А.С.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

В последние годы у студентов – учащихся колледжей в процессе обучения определяется неуклонный рост близорукости за счет нарушения правил зрительной работы, учебного стресса, интенсификации и компьютеризации учебного процесса.

**Цель исследования.** Разработка комплекса мероприятий по профилактике прогрессирования миопии среди студентов медицинского колледжа.

**Материалы и методы.** Комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий для студентов, страдающих миопией, апробирован и внедрен в Туймазинском медицинском колледже. Для оценки результативности было проведено параллельное исследование среди студентов медицинского и педагогического колледжа в возрасте от 17 до 22 лет, которым на первом курсе установлен диагноз миопии. В основную группу наблюдения включены студенты медицинского колледжа (121 студент); в контрольную группу – студенты педагогического колледжа (157 студентов).

Проводилась выкопировка данных из медицинских карт студентов (ф.025-3/у), социологический опрос студентов, анализ пропусков занятий по болезни, анализ данных дополнительного осмотра офтальмолога.

**Результаты.** Разработанный комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий для студентов медицинского колледжа, страдающих миопией, включает в себя следующие направления:

— первичная профилактика миопии: соблюдение санитарно-гигиенических требований к условиям обучения в колледже, выделение зон отдыха, обучение студентов правилам зрительной работы; проведение мероприятий по приобщению студентов к здоровому образу жизни, наличие в буфете блюд и напитков с повышенным содержанием каротина и аскорбиновой кислоты и пр.;

— вторичная профилактика для предотвращения прогрессирования близорукости: ежеквартальный осмотр офтальмологом, подбор индивидуальных схем лечения и рекомендаций по оздоровлению образа жизни, профилактические и оздоровительные мероприятия на базе колледжа; санатория «Измруд» и стоматологической поликлиники № 1 г. Туймазы;

— внедрение комплекса средств оздоровительно-релаксационной направленности: упражнения, формирующие правильную осанку, снимающие психическое напряжение и умственное утомление; использование очков – тренажёров «РЕЛАКС», тренинг для снятия зрительного утомления.

После внедрения данного комплекса на протяжении двух семестров проводилась оценка результативности предложенных мероприятий. Определена стабилизация миопии в основной группе в 41,9 % случаев, в контрольной – в 34,5 % случаев. Отмечено медленное прогрессирование миопии (до 0,5 дптр. в год) у 46,2 % студентов основной группы и у 38,6 % студентов контрольной группы, умеренное прогрессирование (от 0,5 до 1 дптр. в год) – у 11,9 % студентов основной группы и 19,7 % студентов контрольной группы. Быстрое прогрессирование миопии отмечено только среди студентов контрольной группы (в 7,2 % случаев). Средний годовой градиент прогрессирования миопии у пациентов с нестабильной миопией составил  $0,48 \pm 0,038$  дптр. в основной группе и  $0,59 \pm 0,036$  дптр. в контрольной группе ( $p < 0,01$ ). Среди студентов основной группы определено уменьшение пропусков занятий по болезни (с  $23,7 \pm 2,3$  часов при первоначальном исследовании до  $21,5 \pm 2,5$  часов при повторном исследовании). В контрольной группе данный показатель не изменился и составил  $23,7 \pm 2,3$  часов и  $27,8 \pm 3,1$  часов пропусков соответственно, что достоверно выше, чем в основной группе,  $p < 0,01$ .

**Вывод.** Внедрение разработанного комплекса профилактических и оздоровительных мероприятий позволило добиться уменьшения действия неблагоприятных

ятных факторов, способствующих развитию или прогрессированию миопии у студентов медицинского колледжа.

## **БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

**Ашанина Н.М., Полункина Н.В., Буслаева Г.Н., Егорова Н.А.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Задача высшей школы – подготовка высококвалифицированного специалиста. В этом процессе большую роль играет контроль знаний студента – необходимое условие обучения. Поиск оптимальных форм и методов контроля – один из важнейших путей совершенствования учебного процесса. Балльно-рейтинговая система оценки знаний студентов (БРС) – это современная технология, рекомендуемая Министерством образования и науки Российской Федерации и являющаяся основным инструментом оценки работы студента в процессе обучения на кафедре. Использование БРС дает возможность сформировать рейтинг знаний студентов при завершении ими освоения дисциплины.

Основные задачи внедрения БРС в образовательный процесс состоят в повышении мотивации систематической работы студентов в процессе обучения; в объективизации оценки суммарной деятельности и учета объема и качества работы, выполненной студентом; в повышении ответственности в учебе; в унификации педагогической деятельности преподавателей. Одним из важных требований к использованию балльно-рейтинговой системы оценки учебной деятельности студентов следует отнести её прозрачность и понятность учащимся и преподавателям.

**Цель исследования.** Внедрить и оценить эффективность использования БРС при обучении на кафедре общественного здоровья и здравоохранения.

**Материалы и методы.** При разработке БРС на кафедре учитывались все виды работ студентов при освоении дисциплины: результаты устного опроса, выполнения заданий, а также написание реферата. Для каждого вида работы были разработаны критерии оценки в баллах. Оценка знаний включала текущий и

промежуточный контроль знаний студентов. В свою очередь текущий контроль состоял из ежедневного и модульного.

Ежедневный контроль проводился с учетом степени подготовки к каждому занятию и усвоения материала. При проведении ежедневного контроля применялась система «штрафования», когда использовались понижающие коэффициенты.

Модульный контроль состоял из оценки результатов выполнения тестовых заданий, ответов на теоретические вопросы и решения ситуационных задач. Кроме того, студенты для повышения итоговой оценки могли выполнять дополнительные виды работ. Для внедрения балльно-рейтинговой системы в практическую деятельность кафедры был создан банк данных для компоновки билетов, разработана компьютерная программа для формирования индивидуальных вариантов, включающих вопросы и ситуационные задачи. Тестирование проводилось в компьютерном классе.

Максимальная сумма, которую может набрать студент за весь период обучения на кафедре составляет 100 баллов, минимальная, при которой дисциплина зачитывается, – 70 баллов.

При выставлении экзаменационной оценки полученные баллы преобразовывались в оценки: 100,0-90,0 баллов – отлично, 89,9-80,0 – хорошо, 79,9-70,0 – удовлетворительно, 69,9 и ниже – неудовлетворительно.

**Вывод.** Внедрение балльно-рейтинговой системы позволило улучшить процесс обучения и сделать оценку знаний более объективной. В результате использования балльно-рейтинговой системы унифицировано преподавание, снижено число задолжников в конце семестра, повышен средний балл.

## **РЕСУРСЫ ВЫСОКИХ ДОСТИЖЕНИЙ У СПОРТСМЕНОВ**

**Бакшутова Е.В.**

Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург, Россия

Спорт высоких достижений требует серьезного отношения к своему здоровью. В связи с этим возникает проблема: каковы ресурсы высоких достижений у спортсменов разных направлений.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие спортсмены с квалификацией не ниже I разряда, которых можно условно разделить на три

группы: 1. Спортсмены командных игровых видов спорта – 51 человек, 2. Спортсмены неигровых видов спорта без тесного контакта с соперником – 35 человек, 3. Спортсмены-поединщики неигровых видов спорта с тесным контактом с соперником – 32 человека. Исследование особенностей ресурсного обеспечения спортсменов высоких достижений проводилось с использованием психодиагностических инструментов (тест Айзенка, тест психологической надежности спортсмена Мильмана).

**Результаты.** Анализ полученных результатов показал, что в разных группах преобладают разные темпераменты. Так в первой группе чаще встречались сангвиники – 43 % и холерики – 33 %, во второй – холерики – 37 % и амбиверты – 29 %, а в третьей – сангвиники – 35 % и амбиверты – 31 %. Кроме того во второй группе не было ни одного меланхолика. Эти данные позволяют предположить, что либо люди с определенными нервно-динамическими особенностями психической деятельности выбирают определенные виды спортивной деятельности, либо определенный темперамент позволяет достичь более высоких результатов в определенных видах спорта, являясь ресурсом адаптации к данному виду спортивной деятельности.

Тест психической надежности спортсмена выявил, что у спортсменов первой и третьей группы показатели соревновательной эмоциональной устойчивости (СЭУ) выше, чем у спортсменов второй группы. Так, в первой группе высокие показатели СЭУ составили 5,9 %, средние – 72,5 %, в третьей – 12,5 % и 78,1 % соответственно, а во второй только 2,9 % и 60,0 %. Эти показатели можно связать как с распределением в динамических особенностей спортсменов, так и с особенностями спортивной деятельности, так как повышенное эмоциональное возбуждение у спортсменов второй группы в меньшей степени влияет на результат выступления.

Показатели саморегуляции (СР) и стабильности-помехоустойчивости (Ст-п) у спортсменов разных групп существенно не различались. Так, высокие и средние показатели СР в первой группе составили 47,0 % и 41,2 %, во второй – 42,9 % и 45,7 %, а в третьей 50,0 % и 34,4 %, а высокие и средние показатели Ст-п в первой группе – 33,3 % и 58,8 %, во второй – 34,3 % и 42,8 %, в третьей – 31,3 % и 56,3 %. Это можно связать хорошим развитием функции самоконтроля и стабильности спортивной техники у спортсменов высоких достижений, что безусловно также является ресурсом адаптации к ситуации преодоления. Мотивационно-энергетический компонент (М-Э) наиболее выражен у спортсменов первой группы 54,9 % высоких показателей, несколько ниже у спортсменов второй груп-

пы – 45,7 %, и еще ниже у спортсменов третьей группы – 37,5 %. Возможно, такие различия связаны с командным духом и взаимной поддержкой у спортсменов первой группы, особенностями проведения соревнований в разных видах спорта (спортсменам третьей группы необходимо распределить энергию, волю к победе на серию поединков, тогда как для спортсменов двух других этого не требуется, так как между играми или выступлениями на разных дистанциях есть время на восстановление).

**Вывод.** Проблема ресурсов высоких достижений в спорте требует дальнейшего углубленного изучения с применением психофизиологических методик.

## **ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ОБЩЕСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

**Бердник Е.Ю., Дьяченко Т.С., Сабанов В.И.**

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»,  
Волгоград, Россия

Комплексная оценка и прогноз социально-экономических и демографических показателей здоровья населения при заболевании сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) является важным индикатором работы диабетологической службы.

Для обобщающей характеристики состояния здоровья населения используются показатели ожидаемой продолжительности жизни, откорректированной на ее качество QALY (quality adjusted life years) и потерянных лет здоровой жизни DALY (disability adjusted life years).

**Цель исследования.** Определить экономическую стоимость потерянных лет жизни больных СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели объектом углубленного исследования был выбран контингент больных СД 2 типа, зарегистрированных на территории Волгоградской области.<sup>1</sup>

**Результаты.** Проведенные расчеты показали, что у больных СД 2 типа показатель DALY составляет 10 лет, а QALY – 11 лет.

---

<sup>1</sup> Murray CJL. Rethinking DALYs. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard University Press, 1996:1–98.



Представим элементарный расчёт минимальной экономической стоимости жизни человека (Сжч), болеющего СД 2 типа, при следующих исходных данных: продолжительность жизни – 70 лет (по данным Росстата Волгоградской области), возраст до начала работы – 21 год, возраст при выходе на пенсию – 60 лет, срок жизни на пенсии – 10 лет.

В Волгоградской области величина прожиточного минимума за второй квартал 2013г. составила на душу населения 6985 руб., для трудоспособного населения – 7544 руб., для пенсионеров – 5711 руб., для детей – 6848 руб.

$Sжч = 6848 \times 12 \times 21 + 7544 \times 12 \times 39 + 5711 \times 12 \times 10 = 5,9$  млн руб. (84285,7 руб./в год). Экономические потери от СД 2 типа =  $84285,7 \times 11 = 927\,142,7$  руб.

Экономическую ценность человеческой жизни можно охарактеризовать показателем общей доходопроизводительностью человека по добавленной стоимости за весь период его экономически активной (трудовой) жизни (Дсжч) в руб.

По данным службы занятости населения Волгоградской области на 01.01.2013г. средняя заработанная плата составила 19 070,80 руб. Сумма фактического среднегодового налога на доходы составила 34 196 руб., а приносимая при этом прибыль до вычета налогов, сборов и процентов, достигала в месяц 3420 руб. Таким образом, ориентировочный доход общества, в результате трудовой деятельности (39 лет) жизни человека составляет:  $Дсжч = 34196 \times 39 = 1,3$  млн руб.

Тогда экономические потери общества, в связи с СД 2 типа, могут составить около 400 тыс. руб. на 1 больного (Дсжч потерянный в связи с СД 2 типа =  $34196 \times 11 = 376\,156$  руб.).

По данным Территориального регистра Волгоградской области в 2012г. зарегистрировано 63343 больных СД 2 типа. Следовательно, экономические потери общества от данного заболевания в регионе составят 23,826 млрд. руб. в год.

**Вывод.** Показатели QALY и DALY обеспечивают возможность проведения экономической стоимости потерь здоровья вследствие его нарушений, а также опосредовано могут быть использованы для определения эффективности работы диабетологической службы.

# МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Берсенева Е.А., Седов А.А., Голухов Г.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Работа медицинской сестры в стационаре является неотъемлемым элементом лечебно-диагностического процесса [1, 2, 3]. Качественное, своевременное и полное исполнение средним медицинским персоналом своих обязанностей является необходимым с условием успешного лечения и качественного оказания медицинской помощи. Следует помнить, что необходимым условием для этого является своевременное и полное информирование медсестры о вновь сделанных и отмененных назначениях, а так же контроль за выполнением медицинскими сёстрами этих назначений.

Несмотря на то, что приведенные выше сведения являются совершенно очевидными как для любого опытного врача, так и для организатора здравоохранения, существующие в настоящее время в нашей стране медицинские информационные системы, как правило, обходят стороной работу медицинских сестёр, или предлагают инструменты формального характера.

**Цель исследования.** Разработать обоснованные требования к информационной поддержке деятельности среднего медицинского персонала.

**Материалы и методы.** Материалами исследования явились официальные документы и источники литературы, сведения обо всех аспектах работы стационарных медицинских организаций.

Методами исследования явились исторический и логический методы; анализ и синтез; абстрагирование; метод вывода на основе аналогии; моделирование; объектно-ориентированная и алгоритмическая декомпозиции; метод формализации; системный анализ; активное и пассивное наблюдение; интервьюирование.

**Результаты.** Учитывая вышеизложенное, нами были сформулированы основные требования к информационным системам, которые должны использоваться в практике работы среднего медицинского персонала.

Первое из них — использование специализированных мобильных переносимых устройств, способных работать автономно, в условиях периодического отсутствия связи с госпитальной информационной системой. Выполнение этого

требования позволит реализовать сценарий, при котором медицинская сестра в ходе передвижения по отделению регулярно покидает зону, охваченную каналами связи, не теряя при этом возможности работать с полученной ранее информацией, а при возвращении в эту зону происходит автоматическая передача информации о манипуляциях. Устройство должно поддерживать возможность авторизации пользователя в госпитальной информационной системе. Кроме того, данное устройство должно иметь аккумулятор достаточно большой ёмкости, иметь прочный и удобный корпус, позволяющий производить санобработку.

Второе из них – двусторонняя связь между устройством и госпитальной информационной системой. Выполнение этого требования позволит существенно упростить процесс передачи информации о назначениях от лечащего врача медицинской сестре, существенно экономя время обоих участников лечебного процесса, и гарантирует полную и своевременную доставку этой информации. Обратная связь позволит контролировать полноту и своевременность выполнения назначений.

Третье требование представляет собой перечень данных, подлежащих обработке на данном устройстве. Основные из них: информация о пациенте (ФИО, № Медицинской карты стационарного больного), размещение пациентов по палатам, врачебные назначения, с указанием типа назначения, способа введения/приёма препарата (когда идёт речь о медикаментозном назначении), время фактического выполнения и выполнившая медицинская сестра.

Четвёртое – это оптимальный сценарий использования устройства. Он должен состоять из следующих этапов: автоматическая передача сделанных назначений на устройство, с указанием требуемого времени выполнения; информационная поддержка деятельности медицинской сестры в ходе выполнения назначений (отбор и группировка по их свойствам, описанным выше); регистрация фактов выполнения назначений, с автоматическим учётом времени фактического выполнения; передача собранных данных в госпитальную систему для дальнейшего анализа.

**Вывод.** Разработка информационных решений в соответствии с приведенными выше требованиями позволит заполнить существующий на данный момент пробел в информатизации здравоохранения.

#### **Список литературы.**

1. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995. 46 с.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 4 от 9 января 2001 г. «Об отраслевой программе развития сестринского дела в Российской Федерации».

3. Шпак Г.И. Сестринское дело как объект социологического анализа: Дис. ... канд. соц. наук. М., 2006. 168 с.

## **АНАЛИЗ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ СУБЪЕКТА РФ**

**Бобровиц В.В., Шильникова Н.Ф.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Подушевой норматив финансирования является одним из основных показателей финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, обеспечивающий её доступность[1, 2, 3].

**Целью исследования** является анализ подушевого норматива финансирования на территории Забайкальского края за период 2008-2012 гг.

**Материалы и методы.** Исследование проведено путем выкопировки данных из статистической формы №62 с использованием санитарно–статистического и аналитического методов.

**Результаты.** Финансирование территориальной программы государственных гарантий осуществлялось из средств ОМС, бюджета субъекта РФ, бюджетов муниципальных образований (2008-2011 гг.). Анализ приведенных фактических нормативов ТПГТ показал, что подушевые нормативы финансирования, несмотря на тенденцию к увеличению, оставались ниже расчетных рекомендованных показателей по РФ в течение всего анализируемого периода и составили в 2009г. – 5426 руб., в 2010 г. – 5316,9 руб., в 2011 г. – 5715,1 руб., в 2012 г. – 6077,2 руб. При этом, норматив по РФ в 2009-2012 гг. оставался неизменным и составлял 7633,4 руб. За анализируемый период только в 2008 году на 5 % отмечается превышение фактического норматива финансирования по сравнению с РФ (4738,3 и 4503 руб. соответственно). В период с 2009 по 2012 гг. дефицит финансирования составлял в разные годы от 20 до 30 %.

При анализе подушевых показателей по источникам финансирования, также отмечается дефицит финансирования. Дефицит средств ОМС в 2008 г. составил 596,2 руб. или 27 %, в 2009 г. 1532,4 руб. или 37 %, в 2010 г. 1683,6 руб. или 41 %, в 2011 г. 1474,9 руб. или 36 %, в 2012 г. 657,6 руб. или 16 %. Дефицит средств бюджета в 2009 г. 674,9 руб. или 19 %, в 2010 г. 632,9 руб. или 18 %, в 2011 г. 443,4 руб. или 13 %, в 2012 г. 898,6 руб. или 25 %.

Также проведен анализ поступления страховых взносов на ОМС за неработающее население. За анализируемый период отмечается устойчивая тенденция к росту поступлений в расчете на 1 неработающего жителя региона. В 2008 г. размер страховых взносов составил 454,72 руб., в 2009 г. 473,96 руб., в 2010 г. 524,59 руб., в 2011 г. 741,88 руб., в 2012 г. 741,82 руб.

#### **Выводы.**

1. За анализируемый период отмечается дефицит подушевого финансирования ТПГГ от 20 до 30 %.

2. Анализ источников финансирования показал, что наибольший дефицит приходится на средства ОМС.

3. При анализе поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения отмечается устойчивая тенденция к росту поступлений в расчете на 1 неработающего жителя региона.

#### **Список литературы.**

1. Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://ozpp.ru/library/norubs/10387/index.html> . – Загл. с экрана.

2. Флек В.О. Основные проблемы финансового обеспечения медицинской помощи населению в России и пути их решения / О.В. Флек, П.И. Кузенко // Менеджер здравоохранения. 2011. № 11. С. 13-20.

3. Шильникова Н.Ф. Научное обоснование эффективности использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне, обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Н.Ф. Шильникова. – Чита, 2008. – 267 с.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

**Богатова И.В., Шильникова Н.Ф.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В современных условиях приоритетным направлением развития здравоохранения является укрепление первичной медико-санитарной помощи. В связи с этим актуализируются вопросы оценки эффективности данного вида помощи.

Министерством здравоохранения РФ утвержден перечень критериев оценки [1]. Однако на практике для руководителей учреждений представляет определенные трудности обоснование показателей позволяющих объективно оценить эффективность работы медицинской организации и медицинского персонала.

**Цель исследования.** Обоснование критериев эффективности первичной медико-санитарной помощи.

**Материалы и методы.** Исследование проведено с использованием метода экспертных оценок, позволяющего объективизировать процесс выбора критериев эффективности [2].

**Результаты.** Для реализации поставленной цели разработана карта экспертной оценки, включающая перечень показателей для обсуждения. В экспертную карту (анкету) включены три группы показателей, характеризующие эффективность первичной медико-санитарной помощи исходя из приоритетных задач, стоящих перед учреждениями первичного звена. Необходимая степень достоверности результатов исследования предусматривалась в определении требований при отборе экспертов среди руководителей медицинских организаций (стаж работы по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» не менее 10 лет; наличие высшей или первой квалификационной категории по специальности). Изучение мнения экспертов выполнено методом «Дельфи». Обработка полученных результатов осуществлялась путем расчета среднего значения рангового места показателя и коэффициента конкордации ( $W$ ), выражающего степень согласованности мнения экспертов с оценкой его статистической значимости. Результаты проведенного исследования позволили сформировать модель оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи, включающую три группы показателей, представленные в ранговом порядке по степени их значимости. Показатели, характеризующие реструктуризацию медицинской помощи: коэффициент использования дневных стационаров; уровень госпитализации на участке; частота вызовов скорой медицинской помощи; активность посещений на дому; удельный вес посещений к узким специалистам. Показателей текущей деятельности: коэффициент профилактической активности; выполнение функции врачебной должности; ЗВУТ в диспансерных группах; охват вакцинацией. Показателей конечных результатов: коэффициент социальной удовлетворенности; уровень первичного выхода на инвалидность в диспансерных группах; число умерших лиц на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет; показатели выявления онкопатологии и туберкулеза на ранних стадиях.

**Выводы.** На основе экспертного мнения организаторов здравоохранения составлена модель оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи. Результатами формирования группы экспертов по заданным параметрам и двухэтапного анкетирования в ходе исследования достигнута высокая степень согласованности мнения экспертов, которая была статистически подтверждена значением  $\chi^2$  при  $p < 0,001$ . Наименьшая значимость показателей, занимающее последнее ранговое место, не позволило включить их в качестве критериев в модель оценки.

#### **Список литературы.**

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.04.07 № 282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового»;

2. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е.Н. Шиган. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ-МОСКВИЧЕЙ И ШКОЛЬНИКОВ-МИГРАНТОВ**

**Бокарева Н.А., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, Москва, Россия

Медико-социальные факторы и образ жизни оказывают существенное влияние на формирование здоровья детей и подростков [1]. В настоящее время в нашей стране наблюдается усиление миграционных потоков населения. Исследования последних лет показали, что среди учащихся общеобразовательных учреждений г. Москвы около 20 % детей из семей мигрантов [2, 3].

**Цель исследования.** Изучить медико-социальные аспекты и особенности образа жизни школьников-москвичей и школьников-мигрантов, посещающих общеобразовательные учреждения г. Москвы.

**Материалы и методы.** Были проанализированы анкетные данные родителей школьников (312 москвичей и 116 мигрантов), которые позволили оценить

медико-социальные факторы и особенности образа жизни детей младшего школьного возраста, посещающих школы г. Москвы.

**Результаты.** Показано, что у школьников-москвичей достоверно чаще возраст родителей составлял 30 лет и старше: матери – у 21,5 % против 7,9 % у детей-мигрантов,  $p<0,05$ , отца – у 35,9 % против 16,4 % у школьников-мигрантов,  $p<0,01$ . Частота хронических заболеваний у родителей так же была выше у москвичей – 12,7 % у матери и 11,2 % у отца. У детей-мигрантов данные показатели составляли 9,3 % и 5,7 %, соответственно. Установлен высокий уровень распространенности вредных привычек у родителей-москвичей: алкоголь употребляли 43,4 % матерей и 69,3 % отцов (в группе мигрантов – 25,7 % , $p<0,01$  и 47,8 %,  $p<0,05$ , соответственно), курили 24,3 % матерей и 55,8 % отцов (в группе мигрантов – 11,4 % и 42,9 %,  $p<0,05$ , соответственно).

Дети-москвичи достоверно чаще воспитываются в неполных семьях (21,9 %,  $p<0,05$ ) и в семьях с конфликтной обстановкой (9,2 %,  $p<0,01$ ). В то же время неудовлетворительные жилищные условия чаще выявляются в семьях мигрантов (13,6 % и 8,4 %, соответственно).

При анализе питания школьников в домашних условиях установлено, что более 60 % детей в обеих группах ежедневно в своем рационе имеют мясные и рыбные продукты, а также крупяные, макаронные и хлебобулочные изделия. 50,7 % детей-мигрантов ежедневно употребляют яйца и сливочное масло, что достоверно больше, чем среди школьников-москвичей (37,4 %,  $p<0,05$ ). Среди москвичей достоверно больше детей, которые регулярно употребляют дома молоко и молочные продукты (64,5 %), свежие овощи, фрукты и ягоды (74,1 %), чем среди их сверстников-мигрантов (54,3 % и 60,7 %, соответственно,  $p<0,05$ ).

**Вывод.** Сравнительный анализ распространенности факторов риска в популяции школьников-москвичей и школьников-мигрантов показал, что в условиях мегаполиса действуют схожие факторы риска. В то же время выраженность этих факторов в сравниваемых группах имела различия.

#### **Список литературы.**

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
2. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. – М.: ГУ НЦЗД РАМН, 2004. – 154 с.
3. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Скоблина Н.А., Бокарева Н.А. Сравнительная характеристика физического развития младших школьников-москвичей и школь-



ников-мигрантов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения). – Москва, 2009. – с. 247-249

## **РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. ЯКУТСКА В УСЛОВИЯХ ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ**

**Борисова Е.А., Луцкан И.П.**

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова,  
Якутск, Россия

Здравоохранение города Якутска претерпело ряд изменений, связанных с переходом отрасли на систему обязательного медицинского страхования, дважды связанных с разграничением полномочий между муниципальной и государственной уровнями власти, реализацией национального проекта «Здоровье», модернизацией, подготовкой к переходу на новую систему оплаты труда, ориентированную на конечный результат, внедрению элементов рыночных отношений в системе здравоохранения.

**Целью исследования** является разработка модели трехуровневой системы обслуживания пациентов в здравоохранении города Якутска.

**Материалы и методы:** анализ деятельности ЛПУ по итоговым отчетам Управления здравоохранения г. Якутска за 2009-2012 гг.

**Результаты.** Ведущими факторами, определяющими проблемы здравоохранения в Якутске, являются: отсутствие корреляции между услугами медицинской помощи и структурой заболеваемости и смертности населения, несоответствие потребностям в медицинской помощи, фактически оказываемым объемам медицинской, в т.ч специализированной помощи, необходимость приведения численности кадров к нормативным показателям, опережающее развитие нормативно-правовой и методической основы при сохранении ресурсов, оставшихся с советского периода, при переходе на новые механизмы финансирования возникновение финансовых рисков, которые могут привести к банкротству фондодержателя, низкая удовлетворенность оказываемой медицинской помощью по данным социального опроса страховых компаний. На территории г. Якутска внедряется поэтапное формирование трехуровневой системы. Первый уровень – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, включаю-

щую: участковую терапевтическую службу, врача-офтальмолога, хирурга, невролога, эндокринолога, оториноларинголога, уролога, кабинет (отделение) профилактики, включая смотровой кабинет, флюорографию, рентгенографию, электрокардиографию, школы здоровья, лабораторную диагностику, физиотерапию, с развитием ВОП (врач общей практики) на отдаленных участках, при возможности, выведение из территориальных поликлиник ВОП, как вариант в квартиры или помещения на первых этажах многоэтажных домов, приобретение модульных систем ВОП в пригородах.

Второй уровень – межтерриториальные амбулаторные центры, оказывающие квалифицированную специализированную амбулаторную медицинскую помощь: центр амбулаторной хирургии, центры здоровья, центр амбулаторной онкологии, централизованные лаборатории, респираторный центр, и.т.д. Развитие стационарозамещающих технологий (первичные специализированные отделения по типу дневных стационаров, стационары на дому), реабилитационная помощь (амбулаторная, стационарная и на дому). Третий уровень – это поэтапное формирование консультативно-диагностической специализированной амбулаторной помощи на базе существующих многопрофильных медицинских центров или стационаров, имеющих возможности оказания консультативно-диагностической помощи в амбулаторном режиме. На уровне первичного звена предполагается приоритетное развитие стационарозамещающих технологий, с концентрацией дорогостоящей стационарной помощи в крупных медицинских организациях.

**Вывод.** Внедрение данной модели позволит компенсировать неравномерность развития амбулаторной медицинской помощи, что необходимо для повышения качества медицинской помощи и доступности для населения, преимущественно по участково – территориальному принципу. Выполнение данной задачи в полном объеме позволит рационально использовать дорогостоящее оборудование и медицинскую технику, снизить сроки ожидания медицинской помощи, компенсировать дефицит врачей-специалистов по необходимому профилю.

# ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Быков А.А., Буслаева Г.Н., Полунина Н.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва, Россия

Система организации и качества подготовки специалистов в значительной степени определяет экономический и социальный потенциал страны. Высокие требования к качеству подготовки молодых специалистов стимулируют интенсификацию обучения в вузах, что в значительной степени повышает нагрузку на студента. Это в свою очередь должно сопровождаться проведением здоровьесберегающих мероприятий, направленных на поддержание высокой умственной и физической работоспособности. Особенно это касается студентов-медиков, которым будет доверено здоровье нации.

**Целью исследования** явилось изучение состояния здоровья, образа жизни и организации медицинской помощи студентам медицинского вуза для разработки рекомендаций по улучшению их здоровья. Для этого решались следующие задачи: оценка состояния здоровья студентов, анализ образа жизни, организации медицинского наблюдения и их роль в формировании здоровья обследованных студентов.

**Материалы и методы.** В качестве объекта исследования нами были взяты студенты очной (4-5-6-курсов) и очно-заочной (4-5-6-7 курсов) форм обучения лечебного и педиатрического факультетов РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Для получения информации об образе жизни в исследуемой группе проводился опрос-интервью по анкете, которую студенты заполняли в нашем присутствии.

Анкета включала информацию об анкетных данных (пол, возраст, место жительства, семейное положение, образование), показателях физического развития (вес, рост), заболеваемости за последние 3 года (частота и нозологические формы), образе жизни (режим питания, длительность сна, время, затрачиваемое на дорогу, проведение досуга), вредных привычках (курение), медицинской активности (обращаемость к врачам, причина обращаемости, срок заболевания, выполнение назначений), условий учебы (время, проведенное на семинарских занятиях и лекциях, время, выделенное для подготовки занятиям) и быта (ведение

домашних дел, покупка продуктов, общение с друзьями, посещение культурно-массовых мероприятий).

**Выводы.** Полученные данные позволят сделать заключение об ухудшении состояния здоровья вследствие высокого уровня заболеваемости, наличии хронических заболеваний и вредных привычек, низкой медицинской активности, поздним обращением к врачу при заболевании, малоподвижного образа жизни и малоэффективной организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях у студентов РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

На основе этих результатов планируется разработать и внедрить предложения по более рациональной организации труда и отдыха студентов.

### **Список литературы.**

1. Виленский М.Я. Физическая культура как образовательная дисциплина в современной высшей школе // Физическая культура и спорт как фактор информационно-воспитательного пространства современного вуза: Сб. материалов научно-практ. конф. под ред. Ю.И. Евсеева, Б.А. Кабаргина Рост. гос. эконом. ун-т. Ростов н/Д, 2001 г.
2. «Мировая статистика здравоохранения 2009 года», ВОЗ, 2009 г.
3. Буйлов В., Куропова Г., Сенаторова Н. Нервно-психическое состояние студентов как валеологическая проблема // Высшее образование в России, 1996 г.
4. Атрощенко, Г. Н. Влияние занятий по физкультуре на сердечно-сосудистую и дыхательную систему студентов / Г. Н. Атрощенко, И. Н. Сахаров // Гигиена и санитария. 2005 г.

## **СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННЫХ МИНИМАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Вальчук Э.А.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Минск, Республика Беларусь

Актуальность исследования заключается в отражении роли государства по реализации конституционных прав граждан на получение бесплатной и доступной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения.

**Цель исследования** состоит в изложении основ политики по формированию и реализации государственных минимальных социальных стандартов (ГМСС) в области здравоохранения в республике.

**Материалы и методы.** В статье использованы законодательные акты, директивно-распорядительные документы правительства, Минздрава, материалы статистических сборников.

**Результаты.** Здравоохранение Беларуси в настоящее время функционирует в условиях реформирования, осуществляемого в рамках бюджетной системы финансирования. Реформы затронули основные сферы деятельности здравоохранения: управление, финансирование, кадровую политику, науку, образование, отраслевую структуру и др.

Следует отметить, что одной из отличительных черт реализуемой государственной модели здравоохранения было формирование и реализация ГМСС в социальной сфере, в т. ч. и в здравоохранении (Закон от 11.11.1999г. № 323-3 «О государственных минимальных социальных стандартах», в ред. Законов Республики Беларусь от 04.01 №180-3, от 24.12.2007 №299-3).

Категория доступности медицинской помощи находит свое развитие в Законе «О здравоохранении» как важнейшая составляющая государственной политики в области охраны здоровья и один из главных механизмов реализации права граждан на охрану здоровья.

В постановлении Совмина Республики Беларусь от 30.05.2003г. № 724 были утверждены 5 ГМСС в области здравоохранения, через 5 лет постановлением Совмина Республики Беларусь от 20.06.2007 № 811 «О внесении дополнений и изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 №724» были утверждены 7 ГМСС.

Функции основного ГМСС выполняет норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на 1 жителя в среднем по республике. Размер бюджетных средств, направляемых на предоставление бесплатной медицинской помощи, ежегодно увеличивается (2002 г. – 110 220руб. или 69,8\$; 2013 г. – 2 771 573 руб. или 320,4\$).

Нормативы обеспеченности врачами общей практики – 1 врач на 1 300 жителей, терапевтами участковыми – на 1 700 взрослого населения, педиатрами участковыми – на 800 детей до 18 лет, во всех регионах республики выполнен.

ГМСС обеспеченности койками (9 коек на 1 000 жителей) выполнен во всех регионах республики и составил 10,11 койки.

Фактическая обеспеченность аптеками всех форм собственности в среднем по республике составила – 1 аптека на 3544 жителей (ГМСС для регионов – 8000,

Минск – 11500 жителей). Одна бригада скорой медицинской помощи в среднем по республике обслуживает 11 094 жителей (норматив для регионов – 1 бригада на 12 000, Минск – на 12 500 жителей).

Дополнительно в систему ГМСС включено обеспечение санитарным транспортом амбулаторий и больниц сестринского ухода – 1 единица, для участковых больниц мощностью более 20 коек – 2 единицы, норматив выполнен. Что касается выполнения норматива санитарно-технического благоустройства организаций здравоохранения на селе, то обеспеченность проточным водоснабжением этих организаций составляет 99,8 %, хозяйственно-бытовой канализацией – 99,7 %, системой водяного отопления – 99,5 %, приточно-вытяжной вентиляцией – 96,9 %.

**Вывод.** Таким образом, реализация ГМСС гарантирует стабильность финансирования государственной системы здравоохранения, доступность и бесплатность медико-санитарной помощи населению республики в государственных организациях здравоохранения.

## **МОДЕЛЬ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Васильева Т.П., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Филькина Е.В.,  
Тихонов М.Ю.**

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства  
и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия

Актуальность исследования определена сохранением неблагоприятных показателей здоровья беременных и рождающихся детей и высокой распространенностью поведенческих, медицинских экологических факторов риска.

**Целью исследования** явилось научное обоснование модели обусловленности здоровья женщины в период беременности комплексом факторов, связанных с образом жизни, экологией, наследственностью, медицинским обеспечением как основы выбора приоритетов управления

**Материалы и методы.** Проведенное исследование основано на мониторинговом методе наблюдения женщин от момента взятия на учет по беременности и до момента снятия с учета после родов. Информация получена с использованием автоматизированной программы «Мониторинг здоровья беременных и женщин, завершивших беременность», разработанной Ивановским НИИ материнства и детства

им. В.Н. Городкова Минздрава России и внедренной в Ивановской области с 1994 года. В автоматизированном режиме последовательно формировались группы сравнения с разным состоянием, одной из групп исследуемых факторов при условии уравновешивания в обеих группах сравнения по положительной градации состояния остальных трех из четырех исследованных групп факторов. В группах сравнения рассчитаны показатели частоты осложненного течения беременности, перинатальной смертности. Эти данные составили основу по разработанным в исследовании формулам математическую модель факторной обусловленности здоровья беременных.

**Результаты.** В настоящее время база данных включает более 100000 случаев наблюдения беременных женщин и женщин, завершивших беременность, данные о 116 социальных, медико-биологических, поведенческих, экологических, медико-организационных факторах риска. Получена новая теоретическая информация о вкладе факторов, связанных с образом жизни, наследственностью, экологией, медицинским наблюдением в формирование здоровья беременных, в риск материнской и перинатальной патологии и смертности, что позволило научно обосновать и разработать с применением комплекса формул, созданных в исследовании, модель факторной обусловленности здоровья беременной, плода, новорожденного в ранний неонатальный период, определить особенности по сравнению с моделью факторной обусловленности здоровья, предложенной академиком РАМН Ю.П. Лисицыным, для человека без учета его социально-физиологического статуса.

**Вывод.** Мониторинговый метод наблюдения позволяет получить новую информацию о факторной обусловленности здоровья беременных, рассчитанная модель которой уточняет приоритетность использования мер управления коррекцией факторов на популяционном уровне.

## **ОЦЕНКА НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И МОТИВАЦИИ К КУРЕНИЮ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Вохминцева Л.В.**

Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирск, Россия

Последние десятилетия характеризуются ростом заболеваемости и смертности населения России. По данным министерства здравоохранения Российской Федерации неинфекционные заболевания (болезни системы кровообращения, он-

кологические заболевания, болезни органов дыхания и сахарный диабет) являются причиной более 80 % всех смертей населения Российской Федерации, в основе развития которых находится единая группа факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни, при этом курение (по данным Всемирной организации здравоохранения) стоит на третьем месте (17,4 %) среди ведущих факторов риска после повышенного артериального давления (35,5 %) и гиперхолестеринемии (23 %), вносящие вклад в преждевременную смертность населения России.

**Цель исследования.** Изучение степени никотиновой зависимости, факторов мотивации курения среди студентов первых трех курсов Новосибирского государственного медицинского университета.

**Материалы и методы.** Исследование проводили среди студентов первых трех курсов Новосибирского государственного медицинского университета (средний возраст –  $19,1 \pm 0,4$  лет,  $n=668$  человек). Степень никотиновой зависимости и оценка мотивации к курению были оценены в соответствии с методическими рекомендациями НИИ Пульмонологии МЗ РФ. Результаты представлены в виде суммы баллов ответов на отдельные вопросы. Описательная статистика проводилась с помощью среднего ( $M$ ), и ошибки среднего ( $m$ ).

**Результаты.** Результаты опроса респондентов показали, что распространенность табакокурения среди студентов начальных курсов университета составила 17,7 %. Средний возраст начала табакскурения –  $15,2 \pm 1,3$  лет. В среднем в сутки студенты выкуривают 13 сигарет, при этом количество студентов, выкуривающих в сутки до 5 сигарет – 17,8 %, 6-10 сигарет – 35,6 %, 11-15 сигарет – 23,4 %, 16-20 сигарет – 14,4 %, более 20 сигарет – 8,8 %. Исследование выявило в целом слабую табачную зависимость среди курящих студентов. Средний коэффициент никотиновой зависимости составил  $3,96 \pm 0,35$  баллов. Изучение распределения студентов по группам с разной табачной зависимостью показало преобладание очень слабой (32,3 %) и слабой никотиновой зависимости (31,9 %). Пятая часть студентов имела среднюю никотиновую зависимость (20,9 %). Высокая никотиновая зависимость выявлена почти у 15,1 % курящих студентов. Незначительная часть студентов (2,9 %) имела сильную никотиновую зависимость. Результаты оценки мотивации курения свидетельствуют о том, что факторами табакокурения явились (в порядке убывания): желание использовать курение в качестве поддержки при нервном напряжении (10,5 баллов), желание получить расслабляющий эффект (9,8 баллов), психологическая зависимость (9,0 баллов), желание получить стимулирующий эффект (7,7 баллов), потребность манулировать сигаретой (7,8 баллов), привычка (6 баллов).



**Вывод.** Распространенность табакокурения среди студентов 1-3 курсов Новосибирского государственного медицинского университета составила 17,7%. Большинство студентов получили первый опыт табакокурения в школьном возрасте. Студенты имеют в основном очень слабую и слабую никотиновую зависимость. Наиболее значимыми мотивами табакокурения являются желание использовать курение в качестве поддержки при нервном напряжении, желание получить расслабляющий эффект и психологическая зависимость.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ НА СЛУЖБЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШИИ**

**Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р., Козлова Н.Е.**

АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей»  
Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары, Россия

Построение эффективно функционирующей системы здравоохранения, невозможно без широкого использования современных информационно-коммуникационных технологий, которые позволяют решить две социально важные задачи: обеспечить общедоступность медицинского обслуживания населения и высокий стандарт качества медицинской помощи пациенту [1,2].

**Цель исследования:** проанализировать использование информационных систем в сфере здравоохранении Чувашии.

**Материалы и методы:** Были изучены отчеты АУ «Медицинский информационно-аналитический центр» Минздравсоцразвития Чувашии; данные Института развития информационного общества, Регионального центра обработки данных в системе здравоохранения и социальной защиты населения

**Результаты.** На сегодняшний день в республике создана корпоративная медицинская сеть, объединяющая все учреждения здравоохранения. Основными функциями, определены: формирование и актуализация социального регистра населения Чувашской Республики; организация персонифицированного учета оказанной медицинской и социальной помощи всем категориям населения; информационное обеспечение системы оценки объемов, качества и эффективности медицинской и социальной помощи в Чувашской Республике; разработка и реализация инновационных проектов на базе современных инфокоммуникационных технологий.

С 2007 года функционирует региональная телемедицинская система. В структуру учреждений здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, входят консультативные телемедицинские центры, связанные с муниципальными ЛПУ, как для оказания экстренной диагностической помощи в режиме реального времени (передача электронных клинических форм и томографических изображений), так и для организации лечебной помощи по системе санавиации силами выездных бригад специалистов. В 2008 году развернут сегмент телемедицинской системы, объединяющий региональный сосудистый центр и три первичных сосудистых отделения. В рамках работ по совершенствованию электронного документооборота внедрена унифицированная медицинская информационная система для автоматизированного формирования в режиме реального времени (on-line) отчетных форм федерального статистического наблюдения о состоянии здоровья и деятельности системы здравоохранения, реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

В 2009 году создан Медицинский портал «Здоровая Чувашия» ([www.med.sar.ru](http://www.med.sar.ru)), на котором сконцентрирована доступная информация для граждан о системе охраны здоровья населения, реализована дистанционная электронная запись пациентов на прием к врачам – ежедневно около 3 тысяч жителей республики записываются на прием через интернет. Функционирует электронная медицинская библиотека (<http://lib.med.inform.su>), обеспечивает доступа медицинской общественности в мировое информационное пространство.

**Вывод.** Совершенствование информационно-телекоммуникационной инфраструктуры в республике и внедрение специализированных медицинских информационных систем обеспечили мониторинг преобразований в системе охраны здоровья и эффективную реализацию национального проекта «Здоровье».

### Список литературы.

1. Общественное здоровье и здравоохранение / О.П. Щепин и др., – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 592 с.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2007 году // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 4. – С 9-10.

# АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ

Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р., Козлова Н.Е.

АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей»

Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары, Россия

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе и измеряются совокупностью статистических показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону медицинской деятельности. В целом, эффективность системы здравоохранения заключается в воздействии его на сохранение и улучшение здоровья населения, повышении производительности труда, сокращении расходов по социальному страхованию и социальной защите и, в итоге увеличении валового внутреннего продукта [1, 2].

Огромная роль в профилактике острых заболеваний принадлежит врачам первичного звена, поскольку многофакторная профилактика позволяет снизить смертность от различных заболеваний от 20 до 50,0 % [2, 3].

**Цель исследования:** Оценка эффективности оказания амбулаторно-поликлинической помощи в административно-территориальных районах Чувашии.

**Материалы и методы.** Медико-статистический анализ динамики уровня и структуры заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в Чувашии за 2001-2011 гг. проведен на основании данных статистических отчетных форм Территориальной организации Федеральной службы государственной статистики по Чувашской Республике. Динамика здоровья на основе анализа показателей здоровья населения за 2001-2011 годы изучена по материалам официальной статистики Чувашской Республики.

**Вывод.** При сравнении численных показателей общей заболеваемости и смертности на территории Чувашской Республики особенно четко видны диспропорции между уровнем смертности и уровнем общей заболеваемости в отдельных административно-территориальных районах. Особенно важным является соотношение уровней заболеваемости и смертности по административно-территориальным образованиям, особенно в районах с низкими показателями заболеваемости. Возможно, что низкие показатели заболеваемости и высокие уровни смертности являются индексом эффективности деятельности амбулаторно-поликлинического звена и качества оказания первичной медицинской помощи.

Произведена оценка эффективности оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в административно-территориальных районах региона. Выявлены диспропорции между уровнем смертности и уровнем общей заболеваемости в отдельных административно-территориальных районах. Низкие показатели заболеваемости и высокие уровни смертности являются одним из критериев оценки эффективности деятельности амбулаторно-поликлинического звена и качества оказания первичной медицинской помощи. При анализе соотношений показателей заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения были выявлены административные территории, в которых наблюдались полярные показатели результатов. В районах с высокими показателями смертности от болезней системы кровообращения при низких уровнях общей заболеваемости болезнями системы кровообращения необходимо провести дополнительную оценку факторов риска с целью повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения.

#### **Список литературы.**

1. Общественное здоровье и здравоохранение /Ю.П. Лисицын, – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
2. Кардиология: национальное руководство /под ред. Ю.Е. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1232 с.
3. Герасимова Л.И. Сравнительный анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения на региональном уровне //Л.И. Герасимова, Л.В. Викторова, Н.В. Шувалова //Общественное здоровье и здравоохранение.- Казань, 2012. – № 2. – С. 31-34.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА**

**Герман С.В.**

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения РФ, Нижний Новгород, Россия

Начало XXI века в России характеризуется процессом демографического старения населения, увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста, что неизбежно влечет за собой накопление «бремени болезней» (в том числе

полипатий) в популяции и, как следствие, увеличение потребности населения в медицинской, медико-социальной помощи и реабилитации. Для рационального планирования мероприятий в сфере охраны здоровья и социальной защиты лиц пенсионного возраста необходимо владеть достоверной информацией о состоянии здоровья данного контингента, в том числе о заболеваниях, чаще всего приводящих к инвалидности. Это определяет актуальность и цель работы.

**Цель исследования** – изучение нозологической структуры первичной инвалидности населения пенсионного возраста в Нижегородской области (НО) в динамике за 2001-2012 гг.

**Материалы и методы.** Изучены данные официальной статистической отчетности ФКУ «ГБ МСЭ по НО» по форме «7-собес», данные ежегодных статистических сборников ГБУЗ НО МИАЦ «Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения НО» и ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России «Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в РФ» за 2001-2012 гг. Обработка данных выполнена с использованием рурсов «Microsoft Office 2007» и программы «STATISTICA 6.1».

**Результаты.** По среднемноголетним значениям (СМЗ) уровня первичной инвалидности (ПИ) на 10000 человек населения пенсионного возраста (НПВ) за 2001-2012 гг., в нозологической структуре ПИ НПВ первые пять ранговых мест занимают: болезни системы кровообращения (184,4±80,9), злокачественные новообразования (31,7±2,7), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,0±2,9), болезни глаза и придаточного аппарата (6,9±2,2), болезни органов дыхания (4,7±2,5); 6-е место занимают болезни эндокринной системы (4,0±2,0), 7-е – психические расстройства (3,6±1,2), 8-е – травмы, отравления и др. последствия внешних причин, 9-е – болезни нервной системы (1,8±0,6), 10-е – болезни органов пищеварения (1,0±0,2), 11-е – болезни уха и сосцевидного отростка (0,9±0,4), 12-е – болезни мочеполовой системы (0,6±0,1), 13-е – туберкулез (0,4±0,1), 14-е – профессиональные болезни (0,1±0,1), 15-е – последствия производственных травм (0,1±0,0). Выявлены тенденции к повышению уровня ПИ НПВ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка (в 7,5 раза), болезней нервной системы (в 3,6 раза), психических расстройств (в 1,8 раза), болезней костно-мышечной системы (в 1,3 раза), злокачественных новообразований (в 1,1 раза). В последние годы (2005-2012 гг.) наблюдалось повышение уровня первичной заболеваемости на 27,3 % и распространенности всех болезней среди НПВ на 36,8 %, однако на этом фоне зафиксировано снижение уровня ПИ НПВ вследствие всех болезней в 2,45 раза (за 2001-2012 гг.): с 334,0 до 136,2; СМЗ составило

242,0±89,5 на 10000 человек НПВ. Произошло особенно выраженное снижение уровня ПИ НПВ вследствие болезней органов дыхания (в 5,1 раза), туберкулеза (в 5 раз), болезней эндокринной системы (в 4,1 раза), профболезней (в 4 раза), болезни системы кровообращения (в 3,5 раза), производственных травм (в 2 раза).

**Вывод.** Полученные результаты ориентируют на исследование процесса формирования инвалидности на региональном уровне и требуют изучения закономерностей реализации экспертно-реабилитационного маршрута лиц с ограниченными возможностями здоровья, что необходимо для своевременного принятия управленческих решений в сфере здравоохранения и социальной защиты населения.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ОСТРЫЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Гладченко Ю.Л., Сердюков А.Г., Гладченко А.Ю,  
Минько зецкий Е.Д.**

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, Россия

Проблема острых химических отравлений в Астраханской области также актуальна, как и в Российской Федерации.

**Цель исследования** -- провести ретроспективный анализ случаев острых химических отравлений за последние 13 лет среди взрослого и детского населения Астраханской области.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ статистических материалов (отчет отделения острых отравлений – форма №64, «Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии» – учетная форма № 58-1/у, карта стационарного больного – форма № 003/у, журнала регистрации острых отравлений) бытовых химических отравлений населения Астраханской области. Оценивались распространенность, структура, половозрастной состав пациентов, вид острого отравления.

**Результаты.** За период с 2000 г. по 2012 г. в области зарегистрировано 42281 случая острых отравлений химической этиологии. Интенсивный показатель отравлений в 2000 г. 237,9 на 100 тыс. населения. Максимальное увеличение по сравнению с 2000 г. отмечалось в 2006 г., когда прирост достигал 57,3 %. Несмотря на снижение в 2012 году по сравнению с 2011 годом (на 20,1 %), общий уровень коли-

чества отравлений остается достаточно высоким. В субъектах ЮФО показатель распространенности острыми бытовыми отравлениями значительно ниже, чем в Астраханской области. В области стабильно высокий уровень регистрируется в Харабалинском районе (501,2 на 100 тыс. населения), Наримановском (425,0), г. Астрахань (323,5), Красноярском (295,9), Икрянинском (234,7) районах. Территорией риска является г. Астрахань, на долю которого приходится 69,1 % всех отравлений, 30,9 % на сельские районы. Среднепогодный уровень распространенности острых отравлений по г. Астрахань 323,5 на 100 тысяч населения. Мужчин среди пострадавших 57,5 %, женщин – 42,5 %. Соотношение мужчин к женщинам в 2000 г. составляло 1,8:1, в 2012 г. 1,3:1. Из общего количества детей и подростков 54,8 % составляют девочки. Острые отравления взрослых 82,3 % всех зарегистрированных, детей – 17,7 %. Среди лиц старше 18 лет наибольший удельный вес больных приходится на самый трудоспособный возраст (от 20 до 49 лет) – 68,9 %. До 18 лет имеется два возрастных периода, когда число случаев отравлений увеличивается, от 1 года до 6 лет – 40,6 % и от 15 до 19 лет – 36,9 %. У лиц старше 18 лет наибольший процент пришелся на лиц с относительно низким социальным статусом – неработающие лица трудоспособного возраста – 52,9 %. Произошло снижение самоубийств, с пика в 75,1 случаев на 100 тыс. человек в 2008 году до 45,1 в 2012 году. Суицидальные попытки предпринимали в основном женщины (71,8 %). В этиологической структуре 40 % занимали отравления лекарственными средствами, токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения в 60 % случаев. На первом месте в г. Астрахани отравления лекарственными препаратами, в сельских районах отравления алкоголем.

**Вывод.** Ситуация по острым экзогенным отравлениям в Астраханской области за период 2000-2012 годы может расцениваться, как неблагоприятная. Подавляющее большинство отравлений приходится на население трудоспособного возраста. Наибольшую опасность представляют отравления, вызванные токсическим действием алкоголя и лекарственными веществами. В городе значительный вклад вносят отравления лекарственными препаратами, в районах области алкоголь.

#### **Список литературы.**

1. Неотложная клиническая токсикология (руководство для врачей) /Под ред. Е.А.Лужникова. — М.: Медпрактика – М, 2007. — С. 9-11.
2. Соболева М.К. Регистр острых отравлений у детей г. Новосибирск за 15 лет /Соболева М.К., Кольцов О.В. // Педиатрия. – 2003. - №3. – С.61-65
3. Третий съезд токсикологов России, 2-5 декабря 2008 г. Москва. Тезисы докладов / М-во здравоохранения и соц. развития РФ [и др.]. – М., 2008. – 556 с.

# ОЦЕНКА МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ СМЕРТНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЯХ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гладченко Ю.Л., Сердюков А.Г., Гладченко А.Ю., Парфенов Л.Л.,  
Нуржанов А.Г., Макева Е.В.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, Россия

**Цель исследования.** Изучение показателей смертности от острых экзогенных отравлений, как важного компонента общей смертности, который можно отнести к управляемым причинам, дать оценку медико-экономического ущерба от смертности.

**Материалы и методы:** Информационной базой послужили данные о смертности населения Астраханской области от острых экзогенных отравлений за 2008-2011 гг. Используются годовые отчеты ГУЗОТ «Астраханское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», анализ отчетов отделения острых отравлений за 2008-2011 гг. (форма № 64).

**Результаты.** В период с 2008 по 2011 гг. от острых экзогенных отравлений в Астраханской области умерло 1665 человек из них 74,4 % составили мужчины. Средний возраст умерших от отравлений 44,1 года (min – 1мес; max – 86 лет). Из умерших 65 % находились в трудоспособном возрасте. Большинство были лицами мужского пола (81 %). Наибольшее число смертельных исходов вызывают токсиканты, входящие в группы T51, T52, T53, T54 T58, T59, T65 по МКБ 10. Первое место занимают отравления алкоголем и его суррогатами. В 2008 г. количество умерших с данной патологией составляло 52,2 %, увеличилось до 58,5 % в 2010 г. Среди умерших преобладали мужчины (84,3 %). За период 2008-2011 гг. основной объем экономических потерь населения Астраханской области формируется за счет группы возраста – 30-39 года – 4559,0 человеко-лет трудоспособной жизни и 25-29 лет – 3541 человеко-лет. Общее количество недожитых человеко-лет до конца трудоспособного возраста среди лиц обоих полов по причине смертности от отравлений составило 20335 человеко-лет (социальный ущерб). Наибольший экономический урон области нанесен преждевременной смертностью от отравления алкоголем – 1357643378. рублей. Второе место занимают отравления окисью углерода и другими ядовитыми газами – ущерб от смерти составил 637922582. рублей, третье место занимает отравления неизвестными яда-



ми – 7617,76 млн рублей. В структуре материальных потерь от преждевременной смертности по причине отравления доля потерь за счет возрастной группы 30-34 года составляет 22,3 % (668 млн руб.). Экономический ущерб от преждевременной смертности по причине отравлений наркотиками составил – 121350878 рублей, лекарственных отравлений – 240986344. рублей. Совокупный экономический ущерб от преждевременной смертности, обусловленной острыми экзогенными отравлениями за 2008 – 2011 гг. составил 2997142216 рублей.

**Вывод.** Проблема смертности населения трудоспособного возраста в Астраханской области носит общесоциальный характер и должна стать объектом особого внимания, поскольку оказывает существенное влияние на демографическую ситуацию и состав трудовых ресурсов.

#### **Список литературы.**

1. Неотложная клиническая токсикология (руководство для врачей) /Под ред. Е.А. Лужникова. — М.: Медпрактика – М, 2007. — 608 с.

2. Проблемы стандартизации и внедрения современных диагностических и лечебных технологий в практической токсикологической помощи пострадавшим от острых химических воздействий, Екатеринбург, сентября 2008 г.: Тез. докл. Российской науч. конф. – Екатеринбург, 2008.- 175 с.

3. Третий съезд токсикологов России, 2-5 декабря 2008 г. Москва. Тезисы докладов / М-во здравоохранения и соц. развития РФ [и др.]. – М., 2008. – 556 с.

4. Иноземцев Е.С. Статистическая оценка материального выражения потерь региона в связи со смертностью населения //Вестник Самарского государственного экономического университета – №1 (27) – Самара: Изд-во СГЭУ, 2007. – С.53-57

## **КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ЛОР-СЛУЖБЫ ГОРОДА МОСКВЫ**

**Голухов Г.Н., Крюков А.И., Соколов Г.Е.**

**ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского», Москва, Россия**

Одним из приоритетных направлений развития государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и каче-

ства медицинской помощи. Обязательным условием для осуществления прогресса в этом направлении является эффективное функционирование системы здравоохранения, которое в большой степени определяется наличием достаточного количества квалифицированных медицинских кадров.

**Цель исследования:** Анализ укомплектованности штатного расписания амбулаторно-поликлинических учреждений города Москвы медицинскими кадрами

**Материалы и методы:** выборочная выездная проверка 20 амбулаторных центров и 20 филиалов на территории 11 административных округов города Москвы; по специально разработанной анкете проведен сбор информации из 71 филиала амбулаторных центров

**Результаты:** По результатам проведенной проверки были получены данные об укомплектованности штатного расписания врачами оториноларингологами и средним медицинским персоналом. В среднем, укомплектованность врачевскими кадрами составила 60,2 %. Наибольший процент укомплектованности штатов врачевскими кадрами отмечен в Зеленоградском (81 %) и северо-восточном (76 %) административных округах; наименьший – в восточном (54 %) и западном (44 %).

По среднему медицинскому персоналу также отмечается низкая укомплектованность кадрами (59,9 %). Наилучшая укомплектованность средним медицинским персоналом отмечена в Зеленоградском административном округе и составляет 92 %; наименьшая – в восточном административном округе (47 %). В тоже время на долю медицинских сестер приходится львиная доля оториноларингологического приема. Квалифицированная медсестра, владеющая навыками проведения современных инструментальных методик первого уровня, значительно снижает рутинную нагрузку на ЛОР-врача, что является залогом ранней диагностики заболеваний ЛОР-органов и своевременного начатого лечения.

Проведенный анализ возрастного состава амбулаторных оториноларингологов показал, что в поликлиниках и амбулаторных центрах преимущественно работают специалисты в возрасте 40-60 лет. То есть молодые специалисты, выпускники интернатуры и ординатуры, получив сертификат специалиста не идут работать в учреждения амбулаторно-поликлинического звена.

Для решения проблемы низкой укомплектованности амбулаторно-поликлинических учреждений медицинскими кадрами разработан ряд рекомендаций:

— После обучения в клинической ординатуре необходимо обязательное распределение специалистов для работы в медицинских организациях амбулаторного профиля как минимум на 3 года посредством активного развития трехсторонних соглашений между студентам, ДЗМ, ЛПУ. Выбор места работы дол-

жен осуществляться путем взаимодействия образовательных учреждений с Департаментом здравоохранения города Москвы.

— Для осуществления перспективного кадрового планирования необходимо создания кадрового профиля отрасли, основанного на достоверной информации.

— С целью повышения престижности и авторитета профессии амбулаторного врача-оториноларинголога в номинации «Лучший оториноларинголог года» рассматривать исключительно поликлинических ЛОР-врачей. Для этого разработать положение о «Лучшем ЛОР-враче округа». Из числа последних следует отбирать номинанта на городскую Премию в рамках фестиваля «Формула жизни»

— Активное использование возможностей внебюджетной деятельности медицинскими организациями для обеспечения достойной заработной платы врачебному персоналу.

**Вывод.** Описанная ситуация является регулируемой, и при осуществлении грамотного подхода к организации работы, созданию лучших условий для работы медицинского персонала может быть разрешена.

Учитывая дефицит кадров целесообразно регулировать потоки пациентов внутри амбулаторных центров и между филиалами с учетом укомплектованности врачебными кадрами и загруженности врачей.

## **РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Горбунов В.И., Верушкина А.С., Возженникова Г.В., Исаева И.Н.**

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Во многих европейских странах государственные деятели провозгласили основным политическим направлением улучшение качества жизни (КЖ) населения. Проблемы измерения КЖ приобретают стратегическое значение. Транснациональной консалтинговой группой Mercer Human Resource Consulting [1] ежегодно составляется рейтинг КЖ в городах мира. Россия представлена в рейтинге двумя городами – Москвой и Санкт-Петербургом, которые по последним данным заняли соответственно 163 и 165 места<sup>а</sup>(из 221). В нашей стране популяционные исследования КЖ проведены не более чем в десяти регионах.

**Цель исследования:** изучить и оценить показатели КЖ населения Ульяновской области (УО).

**Материалы и методы.** Исследование проведено с использованием русскоязычной версии общепринятого в международной практике опросника SF-36 [2]. Сбор данных осуществляли методом анкетирования на основе прямого опроса респондентов. Популяционная выборка включила 1648 жителей УО в возрасте от 16 до 93 лет, в том числе 708 мужчин и 940 женщин. Средний возраст респондента в 42,5±18,2 лет.

**Вывод.** Полученные нормативные показатели КЖ оценили с позиций сравнительного анализа с показателями КЖ популяций других регионов России, представивших к публикации результаты своих исследований. Рейтинг КЖ в исследованных регионах страны следующий: по физическому компоненту здоровья (ФКЗ) на 1-м месте Костромская область [3], на 2-м – Санкт-Петербург [4], на 3-м – УО, на 4-м – Москва, Рязань, Саратов, Тула, Ярославль [5], на 5-м – Краснодарский край [6], на 6-м – Новосибирск [7]. По психическому компоненту здоровья (ПКЗ) два лучших региона – Костромская область и Санкт-Петербург; УО занимает 5-е место; на последнем месте – Краснодарский край. Выявлены особенности: практически по всем шкалам параметры КЖ мужчин УО выше, чем женщин, однако значимые различия получены для шкал ФКЗ, в остальных регионах КЖ мужчин по всем шкалам достоверно выше КЖ женщин; во всех регионах имеются значимые корреляции возраста и параметров КЖ по типу отрицательной корреляционной связи; параметры КЖ по всем шкалам опросника выше у городских респондентов, чем у сельских; при этом в УО эти различия достоверны по всем шкалам опросника, а в остальных регионах – по шкалам ФКЗ. Выводы. В рейтинге КЖ из шести регионов России УО по шкалам ФКЗ заняла 3-е место, по шкалам ПКЗ – предпоследнее; КЖ мужчин достоверно превышает КЖ женщин по шкалам ФКЗ; КЖ городских жителей по всем шкалам значимо выше КЖ сельских.

#### **Список литературы.**

1. Исследование Mercer: Рейтинг качества жизни в городах мира 2011 года. [Электронный ресурс]//Центр гуманитарных технологий. URL: <http://gtmarket.ru/news/state/2011/11/30/748>.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.-М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.-320с.-ISBN 973-5-373-01011-5.
3. Крюленко И.П., Ионова Т.И., Никитина Т.П. и др. Популяционное исследование качества жизни населения Костромы и Костромской области//Вестник Международного центра исследования качества жизни. -2009.- № 13-14. – С.41-50.

4. Новик А.А., Ионова Т.И., Гандек Б. и др. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга//Проблемы стандартизации в здравоохранении.–2001.–№4.–С.22-31.

5. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»)//Научно-практическая ревматология.–2008.–№1.–С.36-48.

6. Терентьев Л.А. Качество жизни населения региона (на примере Краснодарского края)//Вестник Санкт-Петербургского университета.–2009.–Вып.1.–С.176-183.

7. Симонова Г.И. Богатырев С.Н., Горбунова О.Г. и др. Качество жизни населения Сибири (популяционное исследование)//Бюллетень СО РАМН.–2006.–№4(122).–С.52-55.

## **ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПЕДАГОГОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ**

**Григорьев Г.Ю. Оприщенко С.А.,**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Как известно, существенное влияние на подрастающее поколение молодежи оказывают педагоги. В постоянном процессе обучения им приходится сталкиваться с усилением технологического и учебного процесса, человеческим контингентом и множественными социально-негативными факторами, влияющими на его здоровье и здоровье учащихся. Сейчас, как и всегда, умение находить в конкретном случае лучшие способы воспитательного воздействия на учащегося, доходчиво объяснять материал, формировать самостоятельную работу учащихся, вызвать интерес к тому или иному предмету, правильно преподнести учебный материал – все это возлагается на преподавателя, но задачи, которые ставятся перед самим педагогом, постоянно усложняются и совершенствуются. Чтобы соответствовать новым уровням образования, педагогу необходимо постоянно совершенствовать свои знания при помощи инновационных форм обучения, ведь современное общество требует от него намного большего результата, чем это было в прошлом столетии. Но это общество не всегда

учитывает, что важнейшую роль в педагогическом процессе играет здоровье преподавателя и социальные факторы его жизни.

**Цель исследования:** проанализировать особенности образа жизни педагогов в медицинских колледжах.

**Материалы и методы:** проведено анкетирование 87 преподавателей московских медицинских колледжей.

**Результаты.** Анализ медицинской активности показал, что 37,9 % преподавателей при заболевании несвоевременно обращается к врачу, причем 30,2 % из них осорomiaют листок нетрудоспособности, но продолжают ходить на работу, а 34,1 % преподавателей не обращаются к врачу, продолжая работать. Отмечено, что 37,9 % педагогов не считают нужным выполнять назначения и рекомендации врача. Обращаются к врачу в первый день заболевания лишь 35,6 % преподавателей.

Выявлено, что среди опрошенных наибольшее психоэмоциональное напряжение 78,5 % испытывают на работе. 16,6 % – в общественном транспорте и 4,9 % – в домашних условиях. При возникновении неприятной ситуации, быстро раздражаются 54,6 % опрошенных, из которых 11,9 % опрошенных долго после этого «приходят в себя». Конфликтные ситуации с коллегами на работе происходят у 36,9 % опрошенных, из них быстро решают конфликтную ситуацию 34,2 % педагогов.

В период утомления и для снятия эмоционального напряжения преподаватели используют различные средства, в том числе употребляют в больших количествах кофе, успокоительные препараты, алкогольные и алкогольсодержащие напитки и табакокурение. Так среди опрошенных кофе употребляют 79,3 %, успокоительные препараты 32,7 %, алкоголь и алкогольсодержащие напитки и курят 48,9 % респондентов, среди которых 75,7 % мужчин и 24,3 % женщин.

Немаловажную роль в эффективности трудового процесса преподавателей играет и организация их досуга и проведение выходных и отпусков. По результатам анкетирования следовало, что большинство опрошенных (64,2 %) тратят свои выходные на занятия домашними делами, 26,3 % на дополнительную работу. В свободное от работы время гуляют на свежем воздухе лишь 17,4 %, посещают культурные мероприятия – 5,4 % респондентов, ходят в гости или принимают гостей – 7,6 %, смотрят телевизор – 6,1 %, за компьютером – 4,3 %, подготовкой к занятиям уделяют время 1,5 %. Черной отпуск 68,5 % проводят дома, 16,7 % на даче, а 14,8 % предпочитают уехать отдохнуть за границу. Отдохнувшими после выходных себя считают лишь 32,3 % респондентов, а после отпуска 42,7 %.

Регулярно занимаются только 6,4 %, регулярно физические упражнения выполняют 7,9 % опрошенных, из которых большая часть делает утреннюю зарядку.

ку, каждый третий посещает занятия фитнесом. Основной причиной низкой физической активности 91,4 % преподавателей назвали нехватку времени, затем – большую занятость на работе (47,3 %), третье место – отсутствие интереса к занятиям спортом.

Исследование показало, что после выходных отдохнувшими себя чувствует лишь треть педагогов, а после отпуска только половина опрошенных. В отношении медицинской активности исследование показывает, что медицинская активность педагогов медицинских училищ находится на очень низком уровне.

**Выводы.** Результаты исследования наглядно показали, что преподаватели медицинских колледжей в большинстве случаев имеют низкую медицинскую активность, проявляющуюся в несвоевременном обращении к врачу, в невыполнении рекомендаций медицинских работников, в недостаточной физической активности. Кроме того, среди педагогов имеет значительное распространение вредных привычек, что, безусловно, отражается на их заболеваемости.

## **НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**Гусева Н.К., Герман С.В.**

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Нижний Новгород, Россия

Экспертно-реабилитационный маршрут (ЭРМ) граждан, нуждающихся в установлении статуса инвалида, включает три основных этапа: I этап – определение показаний и оформление пакета документов для направления гражданина на медико-социальную экспертизу (МСЭ); II этап – оказание государственной услуги по проведению МСЭ в ФГУ МСЭ; III этап – проведение реабилитационных мероприятий. От объема и качества экспертной работы медицинских организаций (МО) по направлению больных на МСЭ зависит количество экспертиз, своевременность и правильность экспертных решений в ФГУ МСЭ. Для обеспечения последовательности, преемственности и непрерывности экспертно-реабилитационного процесса должна быть полная согласованность в работе МО и ФГУ

МСЭ. Однако на практике такая согласованность в ряде случаев отсутствует, что требует изучения проблем реализации этапа направления граждан на МСЭ. Это определило актуальность и цель работы.

**Цель исследования** – определить проблемы реализации I этапа экспертно-реабилитационного маршрута – направления пациентов на МСЭ.

**Материалы и методы.** Источником информации послужили данные о результатах освидетельствования граждан в ФКУ «ГБ МСЭ по Нижегородской области» за 2010-2012 гг.

**Результаты.** При направлении пациентов на МСЭ в типичное, «среднестатистическое» бюро МСЭ общего профиля в 98,5 % случаев форма 088/у-06 была оформлена в территориальной поликлинике, в 0,3 % – в стационаре, в 0,2 % – в женской консультации, в 0,6 % – в ведомственных медицинских организациях, в 0,4 % гражданин обратился в бюро МСЭ самостоятельно. Доля больных, направленных на дообследование в МО при проведении МСЭ (из-за несоблюдения стандартов обследования при направлении на МСЭ), составила в 2010г. – 2,50 %, в 2011г. – 2,43 %, в 2012г. – 2,06 % от общего числа освидетельствованных граждан. Следует отметить, что при необходимости реализации программы дополнительного обследования (ПДО) ЭФМ становится более сложным и затратным, так как некоторые обследования, рекомендованные действующими стандартами, не могут быть проведены в территориальных поликлиниках, и больных приходится направлять в другие учреждения, где нередко существуют очереди для проведения таких обследований бесплатно, либо предлагаются платные услуги.

Отсутствие синергизма в работе приводит также к расхождению в экспертных заключениях врачебных комиссий МО и ФГУ МСЭ: доля лиц, не признанных инвалидами при первичном освидетельствовании в филиалах ФКУ «ГБ МСЭ по Нижегородской области», составила в 2010г. – 6,99 %, в 2011г. – 7,03 %, в 2012г. – 5,82 %.

### **Выводы.**

1. Для лиц, нуждающихся в установлении статуса инвалида, экспертно-реабилитационный процесс начинается в медицинских организациях, в первую очередь – в территориальных поликлиниках, которые являются основным источником направления пациентов на МСЭ. При дефектах организации амбулаторно-поликлинической помощи ЭФМ пациентов становится сложным и трудно реализуемым.

2. Организация направления граждан на МСЭ в настоящее время нуждается в совершенствовании. Модернизация государственной системы МСЭ должна



осуществляться параллельно с модернизацией амбулаторно-поликлинических учреждений в целях оптимизации их общей работы, направленной на повышение уровня социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Давыдова Т.Е.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Физическое развитие человека – это совокупность морфологических и функциональных свойств организма, определяющих запас его физических сил, выносливость, трудоспособность или боеспособность. Результаты исследования показателей физического развития военнослужащих следует использовать для дифференцированного подхода при разработке комплекса мероприятий, направленных на улучшение процесса адаптации призывников к военной службе, и, в целом, для повышения боеготовности Вооруженных Сил Российской Федерации.

**Цель исследования.** Дать характеристику показателям физического развития военнослужащих срочной службы.

**Материал и методы.** Изучение физического развития выполнено среди 500 военнослужащих. Исследование проводилось через один месяц после призыва в сухопутные войска, расположенные на территории Оренбургской области. Были оценены следующие антропометрические показатели: рост, вес, толщина кожно-жировых складок в 8 стандартных точках (методом калиперометрии), обхваты. Кроме того оценивались: сила кисти рук и показатели жизненной силы легких.

**Результаты исследования.** Анализируя полученные результаты, установлено, что военнослужащие с недостаточным питанием ( $ИМТ < 18,5$ ) составили 7,8 %, с пониженным питанием ( $ИМТ = 18,5 - 19,4$ ) – 10 %. Практически у половины (49,6 %) военнослужащих  $ИМТ$  имел нормальные значения (от 19,5 до 22,9). Повышенное питание ( $ИМТ 23,0 - 27,4$ ) зафиксировано у 27,8 % военнослужащих. Ожирение I степени ( $ИМТ 27,5 - 29,9$ ) было выявлено у 3,4 %, ожирение II степени ( $ИМТ 30,0 - 34,9$ ) – у 1,4 % обследуемых.

Крепкое телосложение имели 22,8 % военнослужащих, хорошее – 25,6 %, среднее – 12,2 %, слабое – 28,6 %, и очень слабое телосложение – 10,8 %.

Нормальное содержание жировой ткани по данным калиперометрии (от 9 до 11 %) имели 37,4 % военнослужащих, выше нормы (более 17 %) – 6,0 %, ниже нормы (до 9 %) – 56,6 %.

Узкогрудие (индекс Эрисмана) отмечено у 78,2 % военнослужащих. Лица с нормальным развитием грудной клетки составили 21,8 %.

Среднее и выше среднего значения силового индекса имели только 32,2 % военнослужащих, а ниже среднего – 67,8 %.

Результаты исследования показали, что у подавляющего числа военнослужащих (78,2 %) жизненный индекс был ниже среднего. У 21,3 % обследуемых лиц показатель имел среднее значение.

В целом, физическое развитие военнослужащих было оценено следующим образом: недостаточное – 17,3 % обследуемых, удовлетворительное – 49,6 %, хорошее – 32,6 %.

**Вывод.** Таким образом, большинство военнослужащих (82,2 %) имели хорошие и удовлетворительные показатели физического развития. Группа военнослужащих, составившая 17,8 %, имела недостаточное физическое развитие и нуждалась в проведении комплекса мероприятий, направленных на улучшение этих показателей.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА**

**Денисова Т.Г., Васильева Э.В., Сидорова Т.Н., Грузинова Е.Н.**

Автономное учреждение Чувашии Институт усовершенствования врачей  
Минздрава развития Чувашии, Чебоксары, Россия

В настоящее время в России сложилась весьма неблагоприятная демографическая обстановка [1]. Рождение здорового ребенка становится все более проблематичным из-за низкого индекса здоровья женщин – будущих матерей. Женщины с дефицитом массы тела представляют группу высокого перинатального риска и репродуктивных потерь [2,3].

**Целью исследования** являлась разработка новых подходов к прегравидарной подготовке женщин с дефицитом массы тела и ведению беременности.

**Материалы и методы:** Из 198 женщин с дефицитом массы тела были сформированы 2 группы: основная группа – 100 женщин. В основной группе проводилось целенаправленное профилактическое лечение во время беременно-

сти, II группа лечение не получала. Критериями включения в исследование явились: первородящие с индексом массы тела меньше 20 кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты.** Течение беременности, родов изучались в основной группе – 100 пациенток, которым применили разработанную нами методику ведения беременности. Группа сравнения -98 беременных с дефицитом массы тела, у которых беременность велась в соответствии с существующими стандартами. Согласно нашей методике при первой явке основной группе женщин с ДМТ было назначено: при пониженном уровне эстрогенов малые дозы эстрогенов в сроки 5-7 недель с постепенной отменой препарата, хорионического гонадотропин при низком базальном уровне до 12 недель, для поддержания функции желтого тела прогестерона до 18 недель беременности.

Женщинам основной группы с ДМТ было решено назначить метаболическую коррекцию адаптационно-гомеостатических реакций фетоплацентарной системы в 6-8 нед, 12-14 нед, 20-22 нед и 30-32 нед гестации в условиях дневного стационара 10 дней: комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3; декстроза 5 % – 400,0 + депротеинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот 5,0 в/в. Во второй половине беременности чередуя через день с декстрозой 5 % + метаболический препарат, содержащий янтарную кислоту 100 мг, никотинамид 10 мг, инозин 20 мг, рибофлавин мононуклеотид 2 мг.; сульфат магния 25 %-10 мл внутривенно капельно при угрозе прерывания беременности; надропарин кальция 0,3 п/к для улучшения микроциркуляции (после результатов гемостазиограммы); комплекс комбинированный поливитаминный с микро- и макроэлементами.

У женщин с ДМТ основной группы выявлено в 3,9 раза меньше Синдрома задержки роста плода на УЗИ в 32-34 недели чем у женщин с ДМТ группы сравнения; гестозов меньше в 2,5 раза; угрозы прерывания беременности меньше в 2,3 раза.

**Вывод.** Проведение комплекса лечебных мероприятий в пренатальном периоде и беременным с дефицитом массы тела позволяет снизить уровень перинатальных осложнений, улучшить исходы для плода и новорожденного, снизить частоту тяжелого поражения ЦНС и критических состояний у новорожденных и детей раннего возраста.

### **Список литературы.**

1. Общественное здоровье и здравоохранение /Ю.П. Лисицын, – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

2. Акушерство. Национальное руководство /под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинского – М., 2008. – 1280 с.

3. Герасимова Л.И. Дефицит массы тела как фактор риска репродуктивных потерь. //Л.И. Герасимова, и др., //Общественное здоровье и здравоохранение // Науч.-практ. журн.- Казань, 2012. № 2. – С.18-21.

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Денисова Т.Г., Басильева Э.В., Сидорова Т.Н.**

АУ Чувашии Институт усовершенствования врачей  
Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары, Россия

Демографические проблемы для России в настоящее время имеют важное геополитическое значение и сохранение здоровья каждого ребенка -- гражданина России, это особая стратегическая и в высшей степени приоритетная задача государства [1, 2]. Проблема плацентарной недостаточности по сей день остается одной из главных проблем современного акушерства. Итоговый вывод мирового акушерского сообщества о запаздывании лечебных мероприятий, проводимых по факту уже декомпенсированных форм плацентарной недостаточности и задержки развития плода, требует пересмотра существующих практических подходов [3, 4].

**Целью исследования** явилось разработка программы для ЭВМ «Мониторинг факторов риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития».

**Материалы и методы.** В основу работы положены результаты исследований, проведенных с 2006 по 2010 г. в акушерском отделении Городская клиническая больница № 1, г. Чебоксары. Проведен ретроспективный анализ 100 случаев рождения доношенных детей с синдромом задержки роста плода, проанализированы сведения о женщинах, амбулаторные карты беременных и истории родов со случаями рождения детей с задержкой внутриутробного развития и выявлены факторы риска.

**Результаты.** В результате проведенного исследования разработана Программа для ЭВМ «Мониторинг факторов риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития» (получено свидетельство РФ № 2010615035). Приложение предназначено для анализа факторов риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития, с рекомендациями принципов формирования групп риска беременных по развитию син-

дрома задержки внутриутробного развития плода, что позволило улучшить эффективность мероприятий по антенатальной профилактике перинатальных осложнений.

Женщинам группы риска формирования задержки внутриутробного развития, были проведены профилактические мероприятия в критические периоды развития плода, что позволило снизить уровень операций кесарево сечение по экстренным показаниям, значительно снизить количество осложнений в родах со стороны роженицы и плода, а также в послеродовом периоде. В результате использования Программы и методики ведения количество детей, рождающихся с задержкой внутриутробного развития, снизилось в 3,5 раза, а доля детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития, по акушерскому отделению снизилась до 10,8 %.

**Вывод.** Выявление беременных группы риска рождения доношенных детей с синдромом задержки внутриутробного развития и разработка и внедрение профилактических мероприятий – инструмент для повышения качества индивидуального здоровья рождающихся детей.

#### **Список литературы.**

1. Путин В.В. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 25 апр. 2005 г. /В.В. Путин. – М., 2005.
2. Баранов А.А., Величковский Б.Т., Кучма В.Р. Пути снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации // Справочник педиатра. 2010. № 6. С. 7 – 14.
3. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность – опять загадки и предположения: информационное письмо /В.Е. Радзинский //Плацентарная недостаточность: реалии и перспективы. – М., 2009. – С. 32.
4. Герасимова Л.И, Мониторинг факторов риска рождения детей с синдромом задержки внутриутробного развития/Л.И Герасимова и др. //Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 73-74.

## **ГИПОДИНАМИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БОЛИ В СПИНЕ У СТУДЕНТОВ АМУРСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

**Добровинская К.Ю., Войт Л.Н.**

ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Россия

Эпидемиологические исследования, направленные на изучение распространенности боли, в том числе и болей в спине, стали регулярно проводиться в на-

шей стране в начале 80-х годов прошлого столетия [2]. По данным литературы, доля болезней органов опоры и движения в общей структуре заболеваемости достигает 80 %, в большинстве случаев, это патология позвоночника [3]. Нарушение осанки и искривление позвоночного столба, возникающие вследствие недостаточного развития мышц спины, неправильной однообразной позы при чтении и письме, чрезмерной нервной нагрузки, являются основной причиной ежегодного роста заболеваемости костно-мышечной системы [1].

**Цель исследования.** Изучение причины и распространенности болей в спине, а так же динамики развития заболевания за время учебы в академии среди студентов как особой социальной группы населения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов одномоментного тестирования 318 (юношей – 78, девушек – 240) студентов I-VI курсов Амурской ГМА. Возраст студентов от 17 до 25 лет.

**Результаты.** Возникновение болевого синдрома в спине обнаружилось у абсолютного числа опрошенных (100 %), при этом более половины (56 %) студентов одновременно испытывают болевой синдром в двух отделах позвоночника и десятая часть студентов (9 %) отмечают боль по ходу всего позвоночного столба. Так же, в ходе анкетирования выяснено, что студенты I курса наибольший дискомфорт испытывают в области шейного отдела позвоночника и с увеличением длительности обучения распространенность болевых ощущений растет. Наибольший показатель болевого синдрома зафиксирован среди студентов IV и VI курсов.

Исследуя причину возникновения болевого синдрома 58 % опрошенных студентов считают, что боль является следствием низкой двигательной активности, преобладанием статических нагрузок и наличием в ВУЗе некомфортной мебели, которая не соответствует морфометрическим показателям. При анкетировании выяснено, что большинство студентов (62 %) не занимаются никакими физическими упражнениями и именно данный процент опрошенных наиболее подвержен хроническому болевому синдрому в различных отделах позвоночника. Основная причина отсутствия физических нагрузок это нехватка времени (наибольшее число студентов ответивших положительно таким образом приходится на I, II и VI курсы академии).

**Вывод.** Таким образом, изучение причин и распространенности болевого синдрома в спине у студентов Амурской ГМА свидетельствует о росте данной патологии среди лиц молодого возраста и составляет актуальную проблему общественного здоровья, которая требует дальнейшего исследования для планирования медицинских мероприятий по диагностике, лечению и профилактике забо-

левания. Нельзя не обратиться и к профилактике данной патологии, которую желательно начинать с самого раннего детского возраста. Правильная осанка, постоянные занятия физкультурой, особенно плаванием, владение методами психической и мышечной релаксации, сохранение хорошей физической формы с отсутствием лишнего веса, правильно организованный режим дня — основные пути профилактики болей в спине.

#### **Список литературы.**

1. Артеменков А.А. Динамика заболеваемости студентов в процессе обучения / А.А.Артеменков // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2012. – №1. – С. 47-49.
2. Болевые синдромы / В.А.Михайлович, Ю.Д.Игнатьева – Ленинград, 1990. – 334 с.
3. Шеметов Г.Н. проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи / Г.Н. Шеметов, Е.В. Дуброва // Организация здравоохранения. – 2009. – Том 5, №4. – С. 526-530.

## **ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ**

**Долгинцев В.И.**

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия  
Минздрава России, Тюмень, Россия

Каждый день жизнь большого числа людей находится в руках системы здравоохранения. С момента благополучных родов здорового ребёнка и до момента оказания достойной помощи слабым пожилым людям системы здравоохранения несут на себе жизненно важную непрерывную ответственность перед людьми на протяжении всей их жизни. Поэтому мы часто можем слышать такие вопросы. Каковы составляющие хорошей системы здравоохранения? Что делает систему здравоохранения справедливой? Почему в одних странах, в отдельных её регионах системы здравоохранения работают хорошо, а в других плохо? Такие вопросы становятся предметом для общественных дебатов, как на международном, так и на национальном и региональном уровнях.

**Цель исследования** – обосновать исключительную роль и ответственность государственной и муниципальной власти, значение политической воли в охране здоровья людей и развития системы здравоохранения.

**Материалы и методы.** В работе использованы международный, отечественный и региональный опыт развития и функционирования систем здравоохранения, анализ проблем охраны здоровья населения, а также системный подход их решения.

**Результаты.** Известно, что все проблемы здоровья людей и развития системы здравоохранения носят межведомственный характер. Усилиями только системы здравоохранения как ведомства нельзя решить ни одну проблему, связанную со здоровьем человека. Главная задача медицинских работников, особенно организаторов здравоохранения, постоянно напоминать руководителям всех уровней власти, всех ведомств, особенно экономических, что они являются ответственными, прежде всего, за здоровье людей и систему здравоохранения. То есть охрана здоровья людей находится в их руках и зависит от их политической решимости. Пример первый. Начало научного обоснования развития системы здравоохранения в Тюменской области относится к 1975 году, когда по инициативе первого секретаря городского комитета КПСС г. Нижневартовска С.Д. Великопольского и руководства НГДУ «Мегионнефть» нами в 1975-1983 годы были разработаны: 1) рекомендации по снижению заболеваемости как причины временной нетрудоспособности; 2) система диспансеризации и гигиенического обучения и воспитания нефтяников; 3) нормативы потребности в стационарной медицинской помощи (183,9 койки на 10000 населения) для планирования развития больничной помощи до 1990 года для промышленных городов Севера Тюменской области; 4) рекомендации по медицинскому обеспечению нефтяников в вахтовых поселках, 5) система наблюдений за состоянием здоровья работников «Нижневартовскнефтегаза» и факторами окружающей среды (отраслевой мониторинг). Пример второй. В 2006 году произошёл решительный поворот к социально-ориентированной экономике. Президентом В.В. Путиным были выдвинуты четыре национальных проекта, в том числе по здравоохранению. Таким образом, осознание приоритетности первичной медико-санитарной помощи есть результат политической воли, проявленный Главой нашего государства.

**Вывод.** Система здравоохранения – одна из самых сложноорганизованных и консервативных систем в обществе. Поэтому необходимы концептуальные основы здравоохранения, его чёткая долгосрочная, а не рассчитанные на 2-3 года мероприятия. Политику здравоохранения нужно принимать всерьёз. Следует всем нам – органам власти, научным и образовательным организациям, бизнес-структурам, лицам, принимающим решения осознать, что нельзя обеспечить охрану здоровья людей, не сделав её предметом политики. Вот почему политика здравоохранения является наиболее важным явлением демократической жизни.



# ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Долгинцева Н.И.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия  
Минздрава России, Тюмень, Россия

Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространённых, высоко затратных хронических заболеваний, является серьёзной проблемой здравоохранения всех стран мира – как индустриальных, так и развивающихся. Во всех странах практически повсеместно отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом. Заболеваемость СД ежегодно увеличивается во всех странах мира на 5-7 % а каждые 12-15 лет – удваивается.

**Цель исследования** – выявить возрастно-половые особенности распространения сахарного диабета в Тюменской области.

**Материал и методы.** В работе использованы статистический метод, показатели частоты заболеваемости и распространённости СД 1 типа и СД 2 типа на 100000 населения соответствующего пола в возрастных группах по пятилетним интервалам от 0-9 лет до 80 лет и старше за 2005-2009 годы по данным официального статистического учёта заболеваний.

**Результаты.** Анализ заболеваемости населения Тюменской области СД 1 типа показал, что в возрасте 0-9 лет уровень её у женщин в 1, 2 раза выше, чем у мужчин ( $10,18^{0}/_{0000}$  и  $8,42^{0}/_{0000}$  соответственно). У более старших возрастных группах (от 10-14 лет до 45-49 лет) заболеваемость СД 1 типа мужчин выше, чем женщин, достигал максимума у обоих полов в возрасте 20-24 года ( $14,05^{0}/_{0000}$  у мужчин и  $11,00^{0}/_{0000}$  у женщин). В возрасте 50-54 года заболеваемость женщин существенно (в 1, 4 раза) выше ( $8,11^{0}/_{0000}$ ), чем мужчин ( $5,6^{0}/_{0000}$ ). В последующих возрастных группах заболеваемость СД 1 типа мужчин и женщин снижается (в возрасте 55-59 лет у мужчин –  $4,30^{0}/_{0000}$ , у женщин –  $5,53^{0}/_{0000}$ ). С возраста 60-64 года у мужчин в анализируемые годы заболеваемость СД 1 типа не регистрировалась, а у женщин регистрировалась в возрастных группах 60-64 года ( $0,71^{0}/_{0000}$ ) и 65-69 лет ( $1,95^{0}/_{0000}$ ).

Заболеваемость населения СД 2 типа отмечена у мужчин ( $1,97^{0}/_{0000}$ ) и женщин ( $1,71^{0}/_{0000}$ ) с возраста 20-24 года. В старших возрастных группах заболеваемость СД 2 типа у мужчин и женщин непрерывно растёт, достигая максимальных уровне в возрасте 55-59 лет ( $644,32^{0}/_{0000}$  у мужчин, рост в 327,1 раза;  $1078,42^{0}/_{0000}$

у женщин, рост в 630,7 раза). В целом уровень заболеваемости СД 2 типа у женщин в 2,2 раза выше, чем у мужчин ( $252,83^0/0000$  и  $115,45^0/0000$  соответственно).

Распространённость СД 1 типа у мужчин и женщин Тюменской области регистрировалась во всех анализируемых возрастных группах. Минимальный уровень её отмечен в возрасте 0-9 лет ( $30,77^0/0000$  у мужчин и  $32,08^0/0000$  у женщин). В старших возрастных группах распространённость СД 1 типа растёт, достигая максимальных показателей у мужчин в возрасте 50-54 года ( $237,86^0/0000$ ), а у женщин – в возрасте 55-59 лет ( $206,51^0/0000$ ). В целом распространённость СД 1 типа у мужчин в 1,12 раза выше ( $135,26^0/0000$ ), чем у женщин ( $119,77^0/0000$ ).

Распространённость СД 2 регистрировалась за изучаемый период у мужчин с возраста 20-24 года ( $4,62^0/0000$ ), а у женщин с 15-19 лет ( $2,98^0/0000$ ). Следует отметить быстрый рост распространённости заболевания с возрастом как у мужчин, так и у женщин, причём отмечены 2 пика распространённости СД 2 типа – в возрасте 55-59 лет ( $4469,80^0/0000$  у мужчин и  $8420,26^0/0000$  у женщин) и в возрасте 75-79 лет ( $7240,27^0/0000$  у мужчин и  $9889,34^0/0000$  у женщин).

**Вывод.** Заболеваемость населения Тюменской области СД 1 типа выше у мужчин, причём наиболее высокие показатели отмечаются в возрасте 20-24 года как у мужчин, так и у женщин. Распространённость СД 1 типа также более характерна для мужчин, чем для женщин, а наиболее высокие уровни её отмечаются в возрасте 50-54 и 55-59 лет. Заболеваемость СД 2 типа отмечается у мужчин и женщин с возраста 20-24 лет и достигает самых высоких уровней в 55-59 лет. Для распространённости СД 2 типа у мужчин и женщин характерен быстрый её рост с возрастом с пиками в 55-59 и 75-79 лет.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЭТАПА КОМПЛЕКСНОГО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ г. МОСКВЫ**

**Дрожжина Н.А., Тишук А.Е.**

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

В настоящее время особую тревогу вызывает то обстоятельство, что на фоне двукратного снижения по ряду причин в течение последних десятилетий численности родившихся происходит неуклонное снижение качественных показателей состояния здоровья детского населения.

**Цель исследования.** В этой связи нами был реализован предварительный этап, предшествующий комплексному социально-гигиеническому исследованию здоровья школьников в связи с условиями учебы и быта. В последующем с учетом результатов данного пилотного исследования предполагается проведение углубленного социально-гигиенического исследования данного контингента населения.

**Материалы и методы.** Объектом изучения стали учащиеся одной из средних общеобразовательных школ Северного административного округа г. Москвы. По результатам анкеты опрашивались ученики 4–5 классов, как рубежа начального образования, 9-го класса, как получивших общее основное образование, и 11 класса, как завершивших программу общего среднего образования. Исследованием была охвачена сплошная совокупность всех учащихся упомянутых классов данной школы. Опрос проводился строго на анонимной основе. В результате было собрано 59 полностью и правильно заполненных анкет. В ходе статистической обработки материала использовались современные электронные статистические программы.

**Результаты.** Исследованием установлено, что физическое развитие исследуемой группы детей и подростков в принципиальном отношении соответствует принимаемым за норму параметрам.

В числе большого перечня определяющих параметры физического развития факторов одно из приоритетных ранговых мест принадлежит организации питания детей в школе. В частности, кратности питания в течение дня следует оценивать как вполне удовлетворительную. Выяснилось, что в школьной столовой постоянно или редко обедают практически все школьники всех исследованных классов. Вопрос о том, какие проблемы видят учащиеся в школьном питании, выявил следующие проблемные точки: для младших школьников это оказалась невкусная еда, а для старших – недостаток времени для приема пищи. В меньшей степени имело значение невозможность соблюдать необходимую диету.

Определено, что за время учебы в школе состояние здоровья детей ухудшается. В то же время, определенная часть из детей, и их родителей не знают о результатах плановых диспансеризаций и не интересуются ими.

Среди школьников 11 класса уже начинает вырисовываться закономерность, характерная для взрослого населения страны. Имеется в виду то, что обращаемость за медицинской помощью по причине заболеваемости женского населения выше по сравнению с аналогичными показателями у мужчин, а смертность, напротив, выше среди мужчин по сравнению с женщинами.

Важно иметь в виду то обстоятельство, что именно в школьном возрасте закладываются те стереотипы, которые в дальнейшем определяют дальнейшую судьбу

бу человека. Многое зависит от того обстоятельства, пройдет или нет подросток мимо укоренения привычки курения, склонности к употреблению алкоголя, сформируется ли у него стремление вести здоровый активный образ жизни. В нашем примере подавляющее большинство опрошенных старшеклассников ответили на вопрос о курении отрицательно. Нет оснований говорить и об увлечении школьной молодежью энергетическими напитками. Все опрошенные девушки учащиеся девятого класса и юноши учащиеся одиннадцатого класса отметили, что не употребляют их совсем.

Таким же образом, подавляющее большинство старшеклассников отрицательно отнеслись к употреблению алкогольных напитков. Не употребляют их подавляющее большинство учащихся девятого и одиннадцатого класса. От 16,6 % до 33,3 % опрошенных ответили, что употребляют их редко, никто из опрошенных не заявил о частом употреблении. Еще более отрицательно отнеслись школьники старших классов к вопросу употребления энергетических напитков с содержанием алкоголя. Практически все однозначно заявили о том, что данный вид напитков для них не приемлем.

**Вывод.** Физическая активность является неперенным атрибутом гармоничного развития человека, что особенно важно для школьного возраста, когда организм только формируется. В то же время, полученные ответы дают основание полагать, что склонность к занятиям физкультурой отличается в зависимости от пола. Так, во всех возрастных группах заявили об однозначно положительном восприятии занятий физкультурой в школе почти все школьники мужского пола. Это достаточно резко контрастирует с ответами школьниц, среди которых положительное отношение к школьным занятиям физкультурой имеет место у небольшой части ответивших. Отношение к внеклассным занятиям физической культурой опрошенных также является неоднородным. Основная масса школьников чаще не делает утреннюю зарядку вообще или делает ее редко. Наиболее активно занимаются в спортивных секциях и плавательных бассейнах юноши 9 и 11 классов. Немаловажным компонентом физической активности является участие в играх на открытых спортивных площадках во дворе или на территории школы.

Даже на этапе начальной школы значительная часть детей заведомо излишнее время просиживает у компьютера. С возрастом данная тенденция только углубляется. При этом снижается удельный вес тех, кто использует компьютер для игр и общения в соцсетях, и нарастает доля учащихся, преследующих учебные цели.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Дубович Е.Г., Оприщенко Д.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Показатели здоровья детского населения имеют существенное значение, поскольку, сохраняя здоровье детей, государство и общество создает основу для воспроизводства здоровых поколений. В настоящее время ухудшение состояния репродуктивного здоровья женщин способствует возрастанию количества преждевременных родов [1], частота которых в развитых странах мира составляет 5,0-12,5 % и в последние годы имеет тенденцию к росту [2]. Проблема недоношенности носит четко выраженный медико-социальный характер в настоящее время вклад недоношенных новорожденных в неонатальную смертность составляет 70 %, в заболеваемость – 75 % [3].

**Целью исследования.** Разработка и оценка эффективности программы комплексной медико-социальной реабилитации и детей раннего возраста, родившихся недоношенными.

**Материалы и методы.** В рамках данного исследования проведено многоэтапное медико-социальное исследование 783 недоношенных детей раннего возраста и их матерей.

**Результаты.** На основании данных, полученных в ходе медико-социального исследования недоношенных детей, была разработана программа реабилитации данного контингента детей, которая включала обязательное наличие трех её разделов – медицинского, социального и психологического. Отмечено, что среди детей, прошедших данную программу реабилитации, достоверно в 2,7 раз ниже удельный вес детей с кратностью 7 и более заболеваний в год (10,2 % против 27,4 %) и в 4 раза меньше удельный вес детей с длительностью острых заболеваний 40 и более дней в год (48,0 % против 67,6 %,  $p < 0,05$ ). При оценке психомоторного развития выявлено, что среди детей, прошедших программу реабилитации достоверно в 2,8 раз реже встречались дети с задержкой познавательного (17,1 % против 48,4 %), в 2,7 раз – языкового (20,0 % против 54,0 %), в 2,4 раза реже моторного развития (17,1 % против 41,6 %,  $p < 0,05$ ) Матери, воспитывающие недоношенных детей, прошедших реабилитацию по сравнению с матерями, не прошедших реабилитацию достоверно реже отмечают

чувство страха и тревоги (25,1 % против 51,7 %), нарушение сна (19,5 % против 43,3 %), плаксивость ( 23,1 % против 49,4 %), изменение аппетита и веса (16,9 % против 41,8 %), чаще выполняли рекомендации врачей в полном объеме (98,2 % против 58,6 %,  $p < 0,01$ ), систематически посещали необходимых ребенку специалистов (97,3 % против 78,1 %,  $p < 0,05$ ), проводили ежедневные занятия для развития ребенка в домашних условиях (92,6 % против 31,1 %,  $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Для улучшения состояния здоровья детей раннего возраста, родившихся недоношенными, а также психологического состояния матерей, воспитывающих данный контингент детей целесообразно проведение комплексной медико-социальной реабилитации, включающей медицинский, психологический и социальный разделы.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Дубровин М.С., Полунин В.С.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время наблюдается тенденция к росту показателей заболеваемости, в том числе связанной с травмами и отравлениями: 2001 г. – 6868 случаев, 2009 г. – 7026 случаев на 100 тыс. населения. В структуре заболеваемости взрослого населения РФ травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) занимают 10 место. По данным на 2009 г. распространенность травм ЧЛО у мужчин составляет 1,7%, у женщин – 0,6%, у лиц обоих полов – 1,1% из 86,6%. За последнее десятилетие количество повреждений различных частей лицевого черепа увеличилось в 2-3 раза. Также наблюдается утяжеление характера и вида травм, в частности увеличение доли тяжелых переломов верхней челюсти, массивных разрушений средней зоны лица.

**Цель исследования.** Медико-социальное исследование больных трудоспособного возраста с травмой челюстно-лицевой области.

**Материалы и методы.** При проведении медико-социального исследования было опрошено около 500 пациентов трудоспособного возраста с травмой ЧЛО, проживающих в г. Москве. Проанализированы истории болезни пациентов, наблюдавшихся в реанимационном отделении ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы в период с 2009 по 2011 гг.

**Результаты.** Полученные результаты показали, что производственные травмы ЧЛО составили  $23,0 \pm 1,5\%$ , бытовые травмы –  $77,0 \pm 1,52\%$  ( $p < 0,01$ ), из них в домашних условиях произошли  $43,2\%$  травм, на улице –  $26,7\%$ , на транспорте –  $4,7\%$ , спортивные –  $2,4\%$ . У большинства пациентов ( $58,1\%$ ) была установлена I и II степень тяжести повреждений, у каждого четвертого пациента – IV степень тяжести. В соответствии с тяжестью травмы ЧЛО пациентам была оказана необходимая лечебно-реабилитационная помощь в условиях стационара: проведено от 2 до 5 оперативных вмешательств  $58,3\%$  пациентам, среди которых большая часть была прооперирована в первые сутки после травмы.

Средний возраст пациентов на момент получения травмы ЧЛО составил  $38,3 \pm 2,1$  лет. Максимум госпитализаций среди наблюдаемых пациентов приходилось на 11 и 12 месяцев от даты дня рождения пациентов ( $73,6\%$ ). Большинство пациентов с травмой ЧЛО были мужчинами ( $77,1\%$ ), имели общее среднее или среднее специальное образование ( $72,2\%$ ). По социальному положению среди пациентов преобладали рабочие  $54,2\%$ , каждый четвертый пациент был неработающим ( $25,7\%$ ). Пациенты, состоящие в браке, составили  $63,1\%$ , каждый третий пациент был холостым ( $31,5\%$ ), остальные – вдовы или разведенные. Половина пациентов с травмой ЧЛО ( $51,7\%$ ) характеризовали взаимоотношения в своих семьях как хорошие, каждый третий пациент ( $36,1\%$ ) считал их спокойными с редкими ссорами, у  $12,2\%$  пациентов наблюдались плохие взаимоотношения с частыми ссорами.

Отмечено, что у  $70,6\%$  случаев травма была у пациентов, находящихся в состоянии алкогольной интоксикации. В целом у пациентов с вредными привычками по сравнению с контрольной группой достоверно чаще в  $1,6$  раза наблюдается более тяжелое течение последствий травмы ЧЛО, в большинстве случаев сопровождающееся различными осложнениями ( $86,3\%$  против  $53,8\%$ ).

**Вывод.** Таким образом, травмы челюстно-лицевой области чаще встречаются среди мужчин трудоспособного возраста, имеющих среднее образование, работающих рабочими. Особенно неблагоприятным является наличие алкогольной интоксикации, поскольку не только способствует получению травмы, но приводит к более тяжелому течению заболевания.

# ДИНАМИКА УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2012 гг.

Дьяченко Т.С., Грибина Л.Н., Широков В.О.

Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Россия

В настоящее время в связи с ухудшением состояния здоровья граждан трудоспособного возраста и омоложением инвалидности важнейшей задачей обеспечения социально-экономического благополучия страны считается укрепление здоровья населения. Поскольку инвалидность служит одним из основных показателей общественного здоровья, её снижение в настоящее время представляет одну из стратегических целей обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения. -

**Цель исследования.** Осуществить углубленный анализ показателей первичной инвалидности взрослого населения Волгоградской области в динамике за 2007-2012 гг.

**Материалы и методы.** На основании данных Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Волгоградской области» рассчитаны показатели первичной инвалидности за 2007-2012 гг., структура инвалидности по причинам и группам.

**Результаты.** За период с 2007 г. по 2012 г. удельный вес граждан, впервые признанных инвалидами, варьировал от 31,1 до 32,3 % от общего числа инвалидов. В динамике за годы исследования отмечается четкая тенденция снижения уровня первичной инвалидности, как в абсолютных величинах, так и в интенсивных показателях. В 2007 г. число лиц, впервые признанных инвалидами, составило 17132 человека, в 2008 г. – 15489 человек, в 2009 г. – 16213 человек, в 2010 г. – 16160 человек, в 2011 г. – 14760 человек. В 2012 г. данный контингент уменьшился до 14611 человек. Соответственно происходило снижение интенсивных показателей первичной инвалидности. Так, если в 2007 г. на 10000 населения приходилось 80,01 лиц, впервые признанных инвалидами, то к 2012 г. этот показатель снизился до уровня 68,52.

За годы исследования изменилась структура первичной инвалидности в зависимости от возрастной характеристики трудоспособного и нетрудоспособного контингентов. Если в 2007 г. преобладало количество лиц нетрудоспособного



возраста (10232 человека, или 59,7 %), то к 2012 г. количество инвалидов в обеих группах стало практически одинаковым. В группе трудоспособного возраста преобладали мужчины с вариацией за годы наблюдения от 65,2 до 70,2 %, а в группе нетрудоспособного возраста – женщины (55,2 – 60,1 % соответственно).

Среди причин первичной инвалидности за исследуемый период заболевания сердечно-сосудистой системы составляли в среднем 40 %, злокачественные новообразования – 23 %, заболевания костно-мышечной системы – 7,9 %, туберкулез – 5,8 %, последствия травм – 4,7 %, психические расстройства – 3,9 %, прочие заболевания – 14,7 %.

Сравнительная характеристика интенсивных показателей первичной инвалидности по причинам инвалидности в Российской Федерации и в Волгоградской области позволила установить, что по всем нозологическим группам, за исключением злокачественных новообразований и туберкулеза, показатель первичной инвалидности на 10000 населения в Волгоградской области ниже, чем в Российской Федерации. Более высокие показатели первичной инвалидности при злокачественных новообразованиях и туберкулезе в Волгоградской области определяются более высоким уровнем заболеваемости этими нозологическими формами по сравнению с аналогичными показателями в Российской Федерации.

Распределение инвалидов по группам представлено следующим образом: I группа – 12,4 %, II группа – 45,9 %, III группа – 41,7 %.

**Вывод.** Изучение первичной инвалидности на региональном уровне позволяет конкретнее определить медико-социальные проблемы и факторы риска и разработать меры профилактики возникновения стойких ограничений жизнедеятельности среди населения.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Евстигнеев С.В., Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А.**

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия  
Пензенская областная клиническая больница, Пенза, Россия

Показатели заболеваемости населения относятся к ведущим критериям общественного здоровья. Для реализации мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи целесообразно анализировать показатели регионального здоровья, включая уровни и структуру заболеваемости населения.

**Цель исследования.** Установить закономерности изменения показателей заболеваемости населения Пензенской области.

**Материал и методы.** Объектом для изучения явились жители Пензенской области. Период наблюдения: 2010 – 2012 годы. В работе использованы данные официальной статистики по Пензенской области. В исследовании применены статистический и аналитический методы.

**Результаты.** Установлено, что уровень общей заболеваемости населения Пензенской области по данным обращаемости в медицинские организации за анализируемый период снизился на 5,2 % (с 1577,9 на 1000 населения в 2010 году до 1550,4 на 1000 населения в 2012 году). В целом показатель общей заболеваемости населения Пензенской области в 2012 году был ниже средне российского показателя, который составлял 1605,8 на 1000 населения. Но по отдельным классам болезней в исследуемом регионе отмечалось превышение средне российских показателей, так по классу психические расстройства и расстройства поведения превышение составляло 19,2 %, по классу болезней органов пищеварения – 17,7 %, по классу болезней системы кровообращения – 6,5 %.

В 2012 году структура основных причин общей заболеваемости жителей, проживающих в Пензенской области, была следующей: 1-е место – болезни органов дыхания (22,7 %); 2-е место – болезни системы кровообращения (16,1 %); 3-е место – болезни органов пищеварения (8,8 %); 4-е место – болезни костно-мышечной системы (8,8 %), 5-е место – болезни мочеполовой системы (8,8 %) и прочие.

Установлено, что за последние три года в Пензенской области показатели общей заболеваемости снизились, как среди взрослого, так и среди детского населения. Общая заболеваемость взрослого населения снизилась на 6,4 % с (1446,5 до 1359,1 на 1000 населения). В структуре данной заболеваемости лидировали болезни системы кровообращения (20,9 %), на втором месте – болезни органов дыхания (13,8 %), на третьем месте – болезни костно-мышечной системы (10,1 %). Показатели общей заболеваемости детского населения (0 – 14 лет) снизились только на 0,5 % – с 2257,6 до 2223,3%. В структуре преобладали болезни органов дыхания (50,7 %), болезни органов пищеварения (9,0 %) и болезни глаза (5,1 %).

Первичная заболеваемость населения Пензенской области за анализируемый период также имела тенденцию к снижению, за анализируемый период уровень данного показателя снизился на 3,0 % (с 768,8 на 1000 населения в 2010 году до 746,3 на 1000 населения в 2012 году). В 2012 году структура основных причин

первичной заболеваемости жителей Пензенской области характеризовалась преобладанием: на 1 месте – болезнью органов дыхания (39,2 %); на 2 месте – травм и отравлений (11,3 %); на 3 месте – болезнью органов пищеварения (6,4 %); на 4 месте – болезнью кожи и подкожной клетчатки (6,1 %); и на 5 месте – болезнью мочеполовой системы (5,1 %).

Уровень первичной заболеваемости детского населения за исследуемый период несколько повысился и составил в 2012 году 1732,9‰. Рост показателя первичной заболеваемости детского населения отмечен по классу болезней глаза, инфекционных болезней, болезней мочеполовой систем и органов пищеварения.

**Вывод.** Таким образом, в Пензенской области за прошедшие три года наметилась тенденция к снижению показателей общей и первичной заболеваемости населения.

## **МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Евстигнеев С.В., Перепелкина Н.Ю., Калининна Е.А.**

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Пензенская областная клиническая больница, Пенза, Россия

В настоящее время в России медико-демографическая ситуация составляет одну из острейших социальных проблем общества [1, 2, 3]. 7 мая 2012 г. утвержден Указ Президента РФ – «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» [3].

**Цель исследования.** Установить закономерности изменения медико-демографических показателей состояния здоровья населения Пензенской области.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились жители Пензенской области. Периодом наблюдения стали: 2010-2011 годы. В работе использованы данные официальной статистики по Пензенской области. В исследовании применены статистический и аналитический методы.

**Результаты.** Отмечено, что по данным Всероссийской переписи населения (2010 года) по численности постоянно проживающего населения Пензенская область занимает 9-е место в Приволжском федеральном округе и 33-е место в Российской Федерации.

Учитывая итоги Всероссийской переписи населения 2010 года, установлено, что в Пензенской области проживает 1 385,2 тыс. чел., среди них 930,1 тыс. чел.

(67,6 %) – городские жители и 456,1 тыс. чел. (32,4 %) – сельские. За последние восемь лет (межпереписный период) отток жителей из села составил 18,1 %, а городское население уменьшилось только на 1,6 %. В Пензенской области сохраняется депопуляция населения, только за последние 8 лет численность жителей региона уменьшилась на 66 755 чел., что составило 4,8 %. В Пензенской области установлено превышение численности женщин над мужчинами. В 2011 году доля женского населения составила 54,4 %, а мужского – 45,6 %. Возрастной состав населения изучаемого региона характеризовался высокой долей старого населения (26,3 %) и низкой долей детского населения (14,4 %).

В 2011 году в регионе основные показатели воспроизводства населения имели следующий уровень: коэффициент рождаемости составил 10,1 на 1000, коэффициент общей смертности 15,2 на 1000, естественный прирост населения был отрицательным -5,1 на 1000.

Уровень смертности населения Пензенской области по причине болезней системы кровообращения, занимающих 1 место, составлял 971,0 на 100 000 населения, по причине злокачественных новообразований, занимающих 2 место, равнялся 214,3 на 100 000 населения и от внешних причин, которые занимали 3 место, составлял 154,8 на 100 000 населения.

В регионе динамика уровня смертности детей первого года жизни за последние два года резко снизилась и в 2011 году не превысила 5,7%. По сравнению с 2010 годом показатель уменьшился в 1,4 раза.

В Пензенской области отмечается незначительное повышение ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, которые в 2011 году составил: у мужчин – 63,8 лет; у женщин – 76,8 лет; у мужчин и женщин (оба пола) – 70,2 лет.

**Вывод.** Таким образом, в Пензенской области отмечается выраженный отрицательный естественный прирост населения, низкий коэффициент рождаемости и высокий коэффициент смертности, в структуре которого более половины всех случаев приходится на болезни органов кровообращения.

#### **Список литературы.**

1. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Проблемы российской смертности, ее последствия и приоритетные направления действий // Науч. тр. Всерос. науч.-практ.конф. (Москва, 30-31 мая 2006 г.). – М., 2006.
2. Щепин О.П., Тишук Е.А. Проблемы демографического развития России // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 3. – С. 5 – 9.
3. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

# ПРОГРАММА И МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОГОРОДНИМ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Егорова Н.А., Апаннина И.М.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Вопрос формирования, сохранения и укрепления здоровья студентов имеет особую социальную значимость, так как ухудшение состояния здоровья приводит к снижению эффективности учебной, а в дальнейшем и профессиональной деятельности. Студенческую молодежь можно отнести к группе повышенного риска, в силу воздействия целого комплекса факторов (социально-бытовые факторы, условия обучения), негативно влияющих на состояние их физического, психического и репродуктивного здоровья. В то же время, внедрение инновационных образовательных технологий повышает требования к состоянию здоровья студентов. В связи с поступлением в ВУЗы в форме ЕГЭ, процент иногородних учащихся, поступающих в московские университеты, возрастает. Многие из прибывших в мегаполис потенциальных студентов не способны успешно адаптироваться к новой среде, что негативно влияет на состояние их здоровья.

**Цель исследования:** на основании изучения медико-социальной характеристики иногородних студентов медицинского ВУЗа, разработать рекомендации по совершенствованию оказания им медико-социальной помощи.

**Материалы и методы:** исследование проводится на базе РНИМУ им. Н.И. Пирогова, муниципальных поликлиник №94 и №42 ЮЗАО г. Москвы. Объектом исследования являются иногородние студенты, обучающиеся в РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

**Результаты.** В ходе исследования разработаны документы сбора материала: выборочная карта по изучению заболеваемости и физического развития студентов РНИМУ и анкета, для изучения образа жизни студентов.

В выборочную карту, посредством зыкопировки данных из медицинских карт амбулаторных больных внеслись следующие данные: возраст, пол, курс, факультет, форма обучения, место проживания, данные физического развития, данные о заболеваемости по результатам медицинских осмотров и обращаемости, наличие академических отпусков, инвалидности, группа здоровья. В анкете предусмотрено 6 разделов, в которых сгруппированы вопросы касающиеся условий жизни и обучения, оценки студентами своего состояния здоровья, характера сна и

отдыха, питания, физической активности, половой активности, наличия вредных привычек, оценки качества оказания медицинской помощи.

**Вывод.** Разработанные программа и методика изучения состояния здоровья, образа жизни и организации медицинской помощи иногородним студентам медицинского вуза позволят разработать мероприятия по совершенствованию медико-социальной помощи данной группе студентов.

#### **Список литературы.**

1. Попов А.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского ВУЗа: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/ А.В. Попов, – М., 2008, 225 с.
2. Свиридова И.А. Медико-социальные детерминанты повышения качества жизни студенческой молодежи: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/И.А. Свиридова, – М., 2011, 194 с.

## **ПРОГРАММА «РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ» ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

**Емельянова О.С., Грибина Л.Н., Сабанов В.И.**

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Важной мерой финансовой поддержки государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерное наблюдение детей в течение первого года жизни, является реализация мероприятий программы "Родовой сертификат" (РС). К основным целям программы относятся повышение качества медицинской помощи, сохранение и укрепление здоровья матери и ребенка, улучшение демографической ситуации.

**Цель исследования.** Оценить объемы финансовых средств, направленных на укрепление службы охраны материнства и детства в целом по стране и в Волгоградской области за период 2006-2012 гг.

**Материалы и методы.** В ходе исследования осуществлена статистическая и аналитическая обработка данных о фактических расходах на реализацию программы «Родовый сертификат» за период 2006-2012 гг., предоставленных Волгоградским региональным отделением Фонда социального страхования РФ и Фондом социального страхования РФ.

**Результаты.** Фактические расходы на реализацию программы РС в Волгоградской области за исследуемый период составили 1,3млрд.руб. Медицинская помощь была оказана 164,4тыс. женщин.

В 2006г. по программе РС в учреждения здравоохранения региона было перечислено 163,5млн руб., из них 29,9 % было направлено в женские консультации, 70,1 % – в родильные дома. В последующие годы финансирование увеличилось, и в 2012 г. общая сумма расходов на оплату родовых сертификатов составила 294,9 млн руб., что в 1,8 раза превысило объем 2006 г. За период реализации программы учреждения родовспоможения получили 61,0 % денежных средств по программе РС, женские консультации – 28,7 %, детские поликлиники – 10,3 %.

За период 2006-2012гг. на реализацию программы РС в Фонд социального страхования РФ было направлено 109,6 млрд. руб. Начиная с первого года реализации проекта затраты на РС постепенно увеличивались – с 9,2 млрд. руб. до 18,0 млрд. руб. в 2011г. В 2012г. отмечено снижение финансового обеспечения на 400 млн руб. При этом объем денежных средств в 2012г. превысил уровень 2006 г. в 1,9 раза (с 9,2 млрд. руб. до 17,6 млрд. руб.) [1].

В России за период реализации программы РС медицинская помощь оказана более чем 10,9 млн женщин. Благодаря дополнительному финансовому обеспечению улучшилась материально-техническая база учреждений родовспоможения: приобретено 23,6 тыс. единиц современного дорогостоящего медицинского оборудования [2].

**Вывод.** Реализация программы «Родовый сертификат» внесла существенный экономический вклад в укрепление службы родовспоможения и детства. Полученные средства были направлены на обновление медицинского оборудования, приобретение лекарственных препаратов для беременных и на оплату труда медицинских работников, что в целом помогло изменить ситуацию в области родовспоможения в лучшую сторону, а также улучшить демографическую ситуацию. В 2012г. Волгоградская область сохранила третье место по рождаемости в Южном федеральном округе.

#### **Список литературы.**

1. Отчет о деятельности Федерального Фонда обязательного медицинского страхования в 2012 г.// Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. №4. С.19.

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2013 г. № 420 “Об утверждении Программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка”.

## **РУДН – ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**Жернов В.А., Зубаркина М.М., Торшин В.И., Фомина А.В.**

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Ректорат и Объединенный профсоюзный комитет РУДН разработали программу «Здоровье» на 2009-2012 годы, в основу которой были заложены принципы охраны здоровья студентов и сотрудников и механизмы ее реализации. Актуальность обусловлена целым рядом факторов, основным из которых является приоритетное направление демографической политики – улучшение здоровья населения, в том числе, молодежи – будущего общества, что отражено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». Проанализировав итоги ее выполнения, важность, необходимость и перспективность данной программы, Ректорат, Объединенный профсоюзный комитет и Координационный совет приступили к реализации программы перспективного развития «Здоровье» – «РУДН – территория здорового образа жизни» на 2013 -2018 годы, которая позволит выделить приоритетные направления для сохранения здоровья в современных условиях, дополнять их при поэтапном выполнении и оценивать эффективность. В ней предусмотрена система мер по формированию у обучающихся, профессорско-преподавательского состава и сотрудников потребности в здоровом образе жизни, поскольку именно он в значительной степени сохраняет здоровье. Меры по укреплению здоровья должны основываться на данных основных показателей здоровья студентов, профессорско-преподавательского состава и сотрудников РУДН, условий, позволяющих студентам адаптироваться к жизни в Москве, осуществлять здоровый образ жизни, успешно учиться.

**Цель исследования.** Выявление основных закономерностей возникновения болезней у обучающихся, профессорско-преподавательского состава и сотрудников РУДН, разработка принципов комплексной профилактики негативного воздействия чрезмерных физических, эмоциональных, психологических нагрузок, связанных с возрастом, полом, регионами проживания с целью пропаганды здорового образа жизни



**Материалы и методы.** Диспансеризация. Лабораторные исследования. Инструментальные методы исследования. Статистические методы. Информационно-образовательные методы (памятки для студентов, лекции, видеоматериалы, сайт РУДН «Здоровый образ жизни»)

**Результаты.** Разработка комплексной программы диагностических, лечебных, профилактических мероприятий по улучшению качества жизни обучающихся, профессорско-преподавательского состава и сотрудников Университета. Рекомендации по профилактике заболеваний глаз, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, репродуктивной системы. Рекомендации по совершенствованию комплекса мер, направленных на снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, повышение мотивации к здоровому образу жизни. Внедрение санитарных паспортов кафедр на факультетах Университета. Выработка предложений для создания программы «Вузы России – территория здорового образа жизни» на основе программы стратегического развития «Здоровье» – «РУДН – территория здорового образа жизни» за 2013-2018 гг.

**Вывод.** Эффективность работы программы «Здоровье» за 2009-2012 годы позволила внедрить программу перспективного развития «Здоровье» – «РУДН – территория здорового образа жизни» на 2013–2018 годы, как одно из важнейших направлений развития Университета. Это поможет обучающимся, профессорско-преподавательскому составу и сотрудникам реализовать на практике здоровый образ жизни.

## **СРОКИ УСТАНОВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Жукова Н.В., Полунина Н.В., Жуков В.А., Дедова Н.Г.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», Москва, Россия

**Цель исследования.** Определить сроки постановки клинического диагноза, начала комплексного лечения и продолжительности стационарного лечения больных ревматоидным артритом.

**Материалы и методы.** Первичным источником данных явились истории болезней пациентов, госпитализированных по поводу РА. В работе были использованы следующие методы социально-гигиенического анализа: статистический (методы вариационной статистики), экспертный, компьютерные технологии организации и обработки первичных данных.

**Результаты.** По данным проведенного исследования 706 больных, госпитализированных по поводу РА, 693 пациентам (98,16 %) клинический диагноз был поставлен в первый день их госпитализации, двум пациентам – на второй день, четырем пациентам – на 4-й день, у 7 больных (0,99 %) конкретный срок постановки клинического диагноза не указан.

Установлено, что 96,88 % исследуемых больных начали получать лечение в первый день их госпитализации.

Все госпитализированные по поводу РА получили лекарственную терапию. Чаще всего лечение этих больных проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами – 96,32 % исследуемых больных. Глюкокортикоидные средства (ГКС) по частоте их использования для лечения больных РА занимали 2-е ранговое место – 87,54 %. Базисная терапия препаратами метотрексат, арава, сульфасалазин, лефлуномид и др. была проведена в 69,9 % случаях. 96,32 % госпитализированных по поводу РА получали симптоматическое лечение по поводу сопутствующих заболеваний, частота которых составила 261,5 заболевания на 100 госпитализированных.

Учитывая специфику клинических проявлений заболеваний РА достаточно часто применялись такие виды лечения, как: физиотерапия – в 94,05 % случаях, ЛФК – в 89,38 % случаев, внутрисуставное введение глюкокортикоидных средств (ГКС) – в 80,17 % случаев, внутрисуставная блокада – в 21,67 % случаев.

В результате проведенного комплексного лечения 98,58 % госпитализированных по поводу РА выписаны из стационара с улучшением клинических проявлений, как основного заболевания (РА), так и сопутствующей патологии для динамического наблюдения в поликлиниках по месту их проживания. Из 706 обследованных больных РА 7 пациентов без перемен клинических проявлений основного заболевания и 2 пациента с ухудшением клиники РА и общего состояния были переведены в другие отделения больницы.

По данным экспертной оценки, установлено, что 68,13 % госпитализированных по поводу РА выписаны из стационара своевременно, 27,48 % – выписаны досрочно и 4,25 % пациентов выписаны с «задержкой», т.е. сроки их пребывания в стационаре превышали продолжительность стационарного лечения этих боль-

ных, регламентированную стандартами. Среднее число дней пребывания больных РА в стационаре зависело от тяжести их состояния при поступлении и нозологической формы основного заболевания, кратности и характера сопутствующей патологии. Так, среднее число дней пребывания в стационаре пациентов, поступивших в удовлетворительном состоянии, составило  $19,94 \pm 0,12$  дней, и поступивших в тяжелом и средней тяжести состоянии соответственно –  $23,33 \pm 2,72$  дня (серонегативный РА) и  $21,71 \pm 1,11$  дней.

Основной причиной досрочной выписки из ревматологического отделения больных РА является перевод этих больных на амбулаторное лечение в поликлиниках по месту жительства после проведенного комплексного обследования, подбора лекарственных средств и проведенного интенсивного лечения (92,27 % от общего числа досрочно выписанных больных РА). 5,67 % досрочно выписанных из ревматологического отделения были переданы в другие отделения в связи с выраженной клиникой сопутствующих заболеваний.

Основными причинами длительного пребывания больных РА в стационаре являются:

1. тяжелое состояние при поступлении в стационар (36,67 случаев);
2. осложнение основного заболевания (33,67 случаев);
3. наличие выраженной клиникой сопутствующих заболеваний (30,00 случаев на 100 больных РА с длительным сроком пребывания в стационаре).

**Вывод.** Представленные в статье материалы исследования могут быть использованы при сравнительном анализе деятельности ревматологических отделений городских больниц.

## **ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН**

**Застрожин М.С., Дрожжин А.А.**

ФГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Энергетические напитки, с момента их появления на рынке в 1997 году, продолжают набирать все большую популярность [1]. Потребление кофеина, в больших дозах содержащегося в энергетических напитках, снижает чувствитель-

ность к инсулину, повышает артериальное давление [2]. Также наблюдается возникновение нарушений в центральной нервной системе, сердечнососудистой системе, пищеварительной и выделительной системах [3]. На сегодняшний день также не определено и точных мотивов употребления энергетических напитков, хотя по некоторым данным основными причинами употребления энергетических напитков, являются стремление побороть усталость и улучшение ощущения эффекта алкоголя [4].

**Цель исследования.** Выяснение причин столь высокой популярности энергетических напитков (ЭН) в молодежной среде и определение гендерных различий в употреблении энергетических напитков среди молодежи.

**Материалы и методы.** В качестве объекта исследования выступили граждане Российской Федерации в количестве 1377 человек, разделенные на 2 группы по половому признаку. Возрастной диапазон опрошенных составил 12-39 лет. В качестве метода исследования было выбрано анкетирование с последующим анализом заполненных анкет. По разработанной нами анкете было опрошено: 682 юноши и мужчины (группа А) и 695 девушек и женщин (группа Б).

**Результаты.** Как показали результаты анализа, 94,6 % опрошенных (N=1302) в той или иной степени употребляют ЭН. Из них 17,7 % опрошенных (N=244) имеют опыт приема ЭН совместно с алкоголем. Количество опрошенных мужского пола, имевших опыт приема энергетических напитков совместно с алкоголем (25,1 %, N=171), в 2,5 раза больше аналогичной группы женского пола (10,5 %, N=244). В качестве повода мужская группа чаще всего отмечала экзамены (31,2 %, N=213) и спорт (26,7 %, N=182), а женская – экзамены (61,4 %, N=639). Ярких гендерных различий по данным остальных пунктов опроса не отмечалось.

**Вывод.** На основании анализа полученных данных, можно сделать вывод, о том, что степень употребления энергетиков достаточно высокая, как мужской, так и женской частью опрошенных. Но мужская часть опрошенных в большей степени, чем женская, предпочитает употреблять ЭН совместно с алкоголем, что говорит о том, что мужской пол находится в более высокой степени развития осложнений от злоупотребления энергетиками, так как алкоголь потенцирует действие кофеина, входящего в их состав.

В качестве повода к употреблению ЭН юноши и мужчины чаще всего отмечали экзамены и спорт, а девушки и женщины – экзамены.

#### **Список литературы.**

1. Boyle M, Castillo VD: Monster on the loose. Fortune 2006, 154:116-122.
2. Bichler A, Swenson A, Harris MA: A combination of caffeine and taurine has

not effect on short term memory but induces changes in heart rate and mean arterial blood pressure. *Amino Acids* 2006, 31:471-476.

3. Carrillo JA, Benitez J: Clinically significant pharmacokinetic interactions between dietary caffeine and medications. *ClinPharmacokinet* 2000, 39:127-153.

4. Attila S, Cakir B. Energy-drink consumption in college students and associated factors. *Nutrition*.2011;27:316–322.

## **ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Зенина Л.А., Киселева И.В.**

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Молодежь является важным ресурсом (интеллектуальным, экономическим, стратегическим), обеспечивающим устойчивое развитие страны.

**Цель исследования.** Разработка и обоснование такой организационной модели охраны здоровья, которая учитывает характер патологии, распространенной в студенческой среде, их ожидания и потребности в получении помощи, степень информированности и готовность управлять собственным здоровьем.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе межвузовского студенческого медицинского центра Самарского государственного медицинского университета в течение 2003–2008 гг. Объектом исследования явились студенты 8 Самарских ВУЗов.

Данные о заболеваемости по обращаемости (отчеты, форма №12), данные профилактических осмотров (35672 Карты учета диспансеризации, уч.ф.131у-86) и медико-социологическая информация (621 «Карта изучения мнения студентов о системе охраны здоровья студентов» за 2007). Методы исследования – статистический, социологический.

**Результаты.** Исследование показало, высокий уровень заболеваемости по многим нозологическим формам, и по обращаемости, и по данным профилактических осмотров, а также и неблагоприятные динамические тенденции (показатели или стабильны или возрастают).

По данным обращаемости ведущими нозологическими формами являются: болезни органов дыхания (51,5 % – в структуре и 558,6 – на 1000), органов пищеварения (соответственно 8,1 и 83,6), мочеполовых (7,4 и 77,1), нервной системы (7,0 и 77,4), костно-мышечной (5,3 и 55,6), органов зрения (4,8 и 51,4).

Анализ заболеваемости по данным профилактических осмотров, когда, как известно, выявляются заболевания, не имеющие выраженной клинической симптоматики, показал иную закономерность. Ведущей патологией, являются заболевания костно-мышечной системы, органов зрения и органов дыхания (соответственно 254,4 – 247,5 – 241,3 на 1000 осмотренных).

Медико-социологическое исследование позволило получить некий поведенческий портрет среднего студента. В шкале приоритетов, влияющих на здоровье, образу жизни он отводит лишь третье место, после факторов внешней среды и медицинской помощи (первое и второе места). У него низкая медицинская активность, он уверен, что обращаться за медицинской помощью следует только в экстренных случаях (32,0 %), только по поводу заболевания (25,8) или с целью получения справки о здоровье (17,2), Очень редко обращается за профилактическим советом (4,5 на 1000 обследованных).

При высокой информированности (83,3 %) приобщенность к здоровому образу жизни значительно ниже (38,8 – 23,1). Однако Большинство студентов (81,0) готовы и планируют изменить образ жизни в сторону его улучшения, но в поликлинике, по их мнению, редко проводится профилактическая работа (27,2 %).

**Вывод.** Таким образом, оптимальная модель охраны здоровья студентов – это всеобщий мониторинг, информирование, консультирование, их доступность и, готовность медицинской службы к такой профилактической работе.

Предложенная модель ориентирована на строгую систему учета, распределение на группы по степени здоровья, проведение адресных оздоровительных мероприятий, на постоянное взаимодействие с администрациями ВУЗов, общественными организациями. Каждое структурное подразделение имеет свою систему показателей как часть общей системы, свою долю ответственности за результаты деятельности.

## **ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР-РУКОВОДИТЕЛЕЙ**

Иванова В.И., Матвейчик Т.В.

Государственное учреждение образования Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Качество жизни отражает степень удовлетворения физических, психологических, социальных потребностей, материальных и духовных нужд личности, яв-

ляясь наиболее важной социальной категорией, характеризующей структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения.

Рост интереса к проблеме качества жизни обусловлен отсутствием равенства при распределении общественных благ, ресурсов. Особое место принадлежит оценке качества жизни у руководителей. Стрессы, высокая эмоциональная и физическая нагрузка, ответственность, неравномерный рабочий ритм, психологические перегрузки ведут к тому, что сердечно-сосудистыми заболеваниями, нервными расстройствами страдают около 20 % высших руководителей в развитых странах мира.

**Цель исследования.** Системное комплексное изучение физического, психического и социального состояния главных и старших медицинских сестер на основе изучения удовлетворения потребностей личности.

**Материалы и методы.** Проведено исследование качества жизни 107 медицинских сестер-руководителей: главных медсестер опрошено 27, старших – 80. В общей группе сестер-руководителей с высшим образованием было 28 человек, со средним специальным – 79. Исследование проведено при помощи методики NAIF с использованием анализа данных самооценки по физической мобильности, эмоциональному состоянию, сексуальной функции, социальному статусу, познавательной функции, экономическому состоянию.

**Результаты.** При анализе самооценки эмоционального состояния выявлено, что достоверно его более высокий уровень при оценке в баллах отмечают медицинские сестры-руководители, имеющие квалификационную категорию по сравнению с медицинскими сестрами, не имеющими категории ( $P < 0,05$ ). Экономическая удовлетворенность, была достоверно выше в группе медицинских сестер-руководителей, имеющих I квалификационную категорию по сравнению с группой, не имевшей категории ( $P < 0,05$ ).

У главных и старших медицинских сестер с высшим образованием по сравнению с медицинскими сестрами-руководителями со средним специальным образованием был отмечен достоверно более высокий уровень познавательной функции и социальной удовлетворенности ( $P < 0,05$ ).

Интегральный показатель качества жизни, характеризующие все аспекты, был достоверно выше у главных медицинских сестер по сравнению со старшими ( $P < 0,05$ ). При увеличении общего стажа работы наблюдалась тенденция к снижению интегрального показателя качества жизни, которая достигала статистически значимого уровня при сравнении групп с общим стажем до 10 лет и более 30 лет ( $P < 0,05$ ).

**Вывод.** Высшее образование придает медицинским сестрам-руководителям социальную удовлетворенность. Интерес представляет то, что и другие показате-

ли в комплексе отражают улучшение качества жизни специалистов с высшим образованием.

Улучшение эмоциональной и экономической составляющих качества жизни происходит с ростом квалификации главных и старших медицинских сестер. Заслуживает внимание более высокое качество жизни у главных медицинских сестер по сравнению со старшими по всем шкалам использованной методики.

Таким образом, для повышения качества жизни медицинским сестрам руководителям важно расширять свой кругозор, повышать профессиональную квалификацию, получать высшее образование.

#### **Список литературы.**

1. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов //Мн., 2000.-16 с.
2. Хирургия вросшего ногтя: монография / Ю.М. Гаин [и др.]. – Минск: Издатель Змицер Колас, 2007. - 224 с.

## **ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Исаева И.Н., Горбунов В.И., Возженникова Г.В., Верушкина А.С.**

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Особенности быта и образа жизни студентов, постоянно увеличивающийся объем информации, высокое нервно-эмоциональное напряжение в период зачетных занятий и экзаменационных сессий, существенно отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу чрезвычайно уязвимой в плане возникновения функциональных отклонений в здоровье и хронических заболеваний [1, 2].

**Цель исследования** – изучение здоровья студентов Ульяновского государственного университета (УлГУ), а также факторов его формирующих.

**Материал и методы.** Заболеваемость студентов изучалась по данным обращаемости в студенческую поликлинику. Изучение информированности студентов о здоровом образе жизни и выявление субъективных факторов, влияющих на здоровье, проводилось методом анкетирования 390 студентов медицинского факультета УлГУ.

**Результаты.** Большинство студентов оценивают свое здоровье как «хорошее» (64 и 70 % студентов) и «удовлетворительное» (33 и 46 % студентов) I и VI курса



медицинского факультета соответственно. 35,2 % студентов считают, что за время обучения в ВУЗе их здоровье не изменилось, 62,5 % отмечают, что ухудшилось, и лишь 2,3 % считают, что их здоровье улучшилось. Нами установлено, что около половины студентов старшего курса (47,6 %) имеют хронические заболевания.

Имеет место низкая медицинская активность студентов: посещают врача для получения справок 40 % студентов I курса и 37,3 % студентов VI курса, при заболевании 47 и 37,5 % студентов, с профилактической целью лишь 8 и 3 % студентов соответственно.

Менее половины студентов I и VI курса (41,4 и 42,2 %) придерживаются, по их мнению, норм здорового образа жизни. При этом часто употребляют спиртные напитки (раз в неделю и чаще) 4,3 % студентов I курса и 18,3 % старшекурсников. Большинство из них предпочитают слабоалкогольные напитки и пиво. Курят 15 % первокурсников и 30 % старшекурсников.

Большинство ведут малоподвижный образ жизни, свободное время проводят дома за компьютером, телевизором и чтением книг 44,2 % студентов I курса и 71,3 % студентов VI курса. Регулярно занимаются спортом только 22,4 % и 16,2 % студентов медиков I и VI курса соответственно.

Уровень общей заболеваемости за период с 2010 по 2012 увеличился на 24,3 % и составил в 2012 году 1313,0 на 1000 студентов против 1056,3 в 2010 году.

Отмечен также рост уровня первичной заболеваемости на 33,7 % в 2012 году 742,8 на 1000 студентов против 555,5 в 2010 году.

В структуре первичной заболеваемости студентов за анализируемый период на первом ранговом месте находились болезни органов дыхания (50,0 %), на втором – болезни мочеполовой системы (13,0 %), на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (11,5 %).

**Вывод.** Таким образом, большинство студентов не придерживаются норм здорового образа жизни. Это подтверждается высокой распространенностью вредных привычек (курение, частое употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание).

За 2010-2012 гг. произошел рост общей заболеваемости студентов на 24,3 % и рост первичной заболеваемости на 33,7 %, что является критерием ухудшения здоровья студентов.

#### **Список литературы.**

1. Проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи / Шеметова Г.Н., Дудрова Е.В. // Саратовский научно-медицинский журнал.- 2009.-том 5, №4, с. 526-530.

2. Роль факторов риска образа жизни в формировании заболеваемости студентов / Кожевникова Н. Г. // Земский врач. 2011.- №6, с.13-17.

## **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РАЙОННОГО ЦЕНТРА РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Казаева О.В., Михайлюк Е.А.**

Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

В России сохраняется отрицательный тренд уровня заболеваемости детского населения, в том числе в небольших городах.

**Цель исследования.** Изучение заболеваемости детского населения Скопинского района Рязанской области.

**Материалы и методы.** На основе данных официальной отчетной документации за 2010 – 2012 гг. проанализирована заболеваемость детей (0 – 14 лет) и подростков (15 – 17 лет) с применением социально-гигиенических методов.

**Результаты.** Численность детского населения Скопинского района составила: дети 0 – 14 лет в 2010 году – 7969, в 2011 г. – 7980, в 2012 г. – 7219; подростки 15 – 17 лет – 1866, 1800 и 1324 соответственно.

Общая заболеваемость детей 0 – 14 лет в течение 2010 – 2012 гг. снизилась на 8,8 %.

При снижении общего уровня заболеваемости отмечен достоверный прирост показателей заболеваемости детей по следующим классам болезней: болезни крови и кроветворных органов (на 102 %); травмы и отравления (на 79 %); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 42 %); болезни глаза и его придаточного аппарата (на 42 %); болезни кожи и подкожной клетчатки (на 22 %).

Наблюдалось снижение уровня заболеваемости болезнями системы кровообращения (на 80 %); новообразованиями (на 26 %); болезнями нервной системы (на 31 %); органов пищеварения (на 28 %), органов дыхания и психическим расстройствами (на 12 %); мочеполовой и костно-мышечной систем (на 9 %).

В структуре заболеваемости детского населения района в 2012 г. на первом месте находились болезни органов дыхания (54 %), на втором – болезни кожи и подкожной клетчатки (8,2 %), на третьем – травмы и отравления (6,9 %).

Среди подросткового населения Скопинского района в 2010 – 2012 гг. наблюдается выраженная тенденция к росту показателей заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни. За рассматриваемый период отмечен достоверный рост заболеваемости по 10 основным классам болезней: болезни эндокринной системы (на 338 %); болезни кожи и подкожной клетчатки (на 300 %); болезни мочеполовой системы (на 182 %); травмы и отравления (на 157 %); болезни крови и кроветворных органов (на 151 %); психические расстройства (на 64 %); болезни нервной системы (на 25 %); болезни глаза и его придаточного аппарата (на 51 %); болезни органов дыхания (на 46 %), показатели инфекционной и паразитарной заболеваемости среди подростков возросли в 2012 г. по сравнению с 2010 г. в 5 раз.

Снижение показателей заболеваемости произошло по 4 классам болезней: болезни системы кровообращения (на 92 %); болезни костно-мышечной системы (на 75 %); врожденные аномалии развития (на 84 %); болезни уха и сосцевидного отростка (на 4 %).

В структуре заболеваемости подростков в 2012 г., как и у детей в возрасте 0 – 14 лет на первом месте находились болезни органов дыхания (64,9 %), на втором – болезни кожи и подкожной клетчатки (10,5 %), на третьем – травмы и отравления (6,7 %).

**Вывод.** Результаты исследования диктуют необходимость проведения комплексных социально-гигиенических исследований для разработки адекватных профилактических мероприятий, реализация которых позволит смягчить предполагаемые негативные демографические изменения в обществе.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕТНЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Казаева О.В.**

Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Вопрос организации отдыха и оздоровления детей в Рязанской области имеет особую значимость, как важнейшая составляющая государственной политики в отношении подрастающего поколения, и является одним из приоритетных в деятельности Управления Роспотребнадзора по Рязанской области.

**Цель исследования.** Оценить эффективность мероприятий по оптимизации летней оздоровительной кампании.

**Материалы и методы.** Проведен анализ заболеваемости детей в различных типах оздоровительных учреждений за 2011 – 2013 гг., а также оценка эффективности отдыха и оздоровления с применением социально-гигиенических методов.

**Результаты.** Для достижения целей по обеспечению устойчивой ситуации по укреплению и оздоровлению детей и подростков Управлением Роспотребнадзора по Рязанской области ставился ряд тактических задач, главные из которых: не допустить уменьшения количества детей, охваченных всеми видами отдыха и оздоровления; добиться «выраженного оздоровительного эффекта» не менее 90 %; предупреждение групповой, вспышечной инфекционной заболеваемости среди детей и подростков. На решение этих задач была направлена вся организационно-методическая работа, нормативно-правовая деятельность, мероприятия по улучшению материально-технической базы объектов отдыха и оздоровления детей, подготовка кадров для работы на подконтрольных объектах, контрольно-надзорные мероприятия и др.

В результате реализации комплекса мероприятий удалось добиться снижения заболеваемости детей в оздоровительных учреждениях с 9,5 в 2011 году до 4,1 (на 1000 отдохнувших) в 2013 году.

Анализ эффективности оздоровления детей проводится в соответствии с МР 2.4.4.0011 – 10 «Методика оценки эффективности оздоровления в загородных учреждениях отдыха и оздоровления детей». В Рязанской области эффективность оздоровления отдохнувших детей оказалась следующей: выраженный оздоровительный эффект наблюдался у 92 % детей (в 2012 г. – 88,9 %). В 2013 году по Российской Федерации данный показатель составил 90,2 %. Слабый оздоровительный эффект отмечен у 7,4 %, отсутствие оздоровительного эффекта – у 0,6 % отдохнувших.

**Вывод.** Учитывая положительные результаты, полученные при решении поставленных задач, необходимо продолжение работы по совершенствованию оздоровительной кампании, главная цель которой – создание всех необходимых условий для полноценного отдыха и оздоровления всех категорий детей Рязанского региона.

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Касимовская Н.А., Якушина И.И.

Первый Московский государственный медицинский  
университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия

В последние десятилетия в России отмечается значительное ухудшение здоровья одной из важнейших групп населения – детей [1,3]. Снижается не столько рождаемость, сколько качество здоровья родившихся детей, являясь серьезной проблемой, как для клинической медицины, так и для общественного здоровья [4]. На современном этапе развития здравоохранения и общества в структуре общей заболеваемости и смертности детского населения существенную долю составляет наследственная и врожденная патология, распространенность которой, в настоящее время, составляет 30 на 1000 родившимися живыми [2], что актуализирует поиск путей решения данной проблемы.

**Цель исследования.** Научное обоснование введения системы семейной профилактики врожденной патологии на этапе планирования беременности.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование предполагается включение 1000 пациентов, обратившихся в некоторые медико-генетические консультации на территории России. Проведено пилотное исследование 250 респондентов, способом заочного анкетирования.

**Результаты:** В пилотном анкетировании приняли участие 250 респондентов, из которых 232 (93 %  $\pm$ 3,9 %) составили беременные женщины и 18 пациентов (7 %  $\pm$ 2,4 %), возраст которых в основной возрастной группе составил от 26-35 лет (62,4 %). В результате исследования выявлено, что социальный статус основного контингента является работающие пациенты (65,2 %), в большинстве (75,6 %) состоящие в зарегистрированном браке, в большинстве не имеющие детей (57,6 %) или имеющие одного ребенка (33,6 %), в основном проживающие крупном мегаполисе городе Москве (81,2 %) и в большинстве (67,2 %) удовлетворенные своими жилищными условиями.

В результате исследования у респондентов выявлены факторы риска, оказывающие негативное воздействие на их репродуктивное здоровье: экология места проживания (45,6 %), употребление продуктов, содержащих химические добавки

(35,7 %), работа на вредном производстве (16,7 %), курение (10,4 %), наличие инфекции (6,8 %), неполноценное питание (6,4 %), наличие заболевания с наследственной предрасположенностью (6 %).

**Вывод.** Таким образом, оптимизация организации первичной профилактики для своевременного выявления факторов риска на этапе планирования беременности при проведении семейного медико-генетического консультирования может позволить снизить уровень врожденной и наследственной патологии.

#### **Список литературы.**

1. Сабгайда Т.П., Окунев О.Б. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период. // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». М., 2012. №1.

2. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. // ИД «Менеджер здравоохранения». М., 2012.

3. Тулякова О.В., Авдеева М.С., Четверикова Е.В. Возрастные и региональные особенности заболеваемости детей г. Кирова. // Молодой ученый. Киров. 2012. №2. С. 328-331.

4. Цуркан С.В. Клинико-организационное обоснование ранней профилактики пренатальной патологии как компонента улучшения здоровья общественного здоровья. Автореф. дисс «...» канд.мед наук. Москва, 2011.

## **СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ ВТОРИЧНОГО УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Качур А.Ю.**

Министерство здравоохранения Украины, Киев. Украина

**Цель исследования.** Представить стратегические подходы к реформированию вторичного уровня медицинской помощи населению.

**Материалы и методы.** В ходе выполнения работы использовано контент-анализ, системный подход и библиосемантический метод.

**Результаты.** Стратегические подходы к реформированию вторичного уровня медицинской помощи заключаются в обеспечении всех категорий населения

страны равнодоступной, дифференцированной, качественной медицинской помощью при эффективном использовании ресурсов отрясли здравоохранения.

Основными составными реформы вторичной медицинской помощи являются структурная перестройка, внедрение современных методов финансирования, а также материально-техническое и технологическое переоснащение лечебных учреждений в соответствии с видом оказываемой медицинской помощи.

На вторичном уровне оказания медицинской помощи происходит формирование госпитальных округов которые объединяют территорию нескольких административных территорий в зависимости от плотности и характера расселения населения с учетом состояния транспортных коммуникаций, материально-технического и кадрового обеспечения стационаров, профиля их деятельности, а также структуры медицинских услуг.

Структура госпитального округа включает многопрофильную больницу интенсивного лечения, больницы планового лечения, больницы восстановительного лечения, учреждения медико-социальной помощи населению и хосписы, а также консультативные поликлиники и консультативно-диагностические центры. Больницы формируются по принципу интенсивности оказания медицинской помощи пациентам.

Планируется постепенное объединение многопрофильных и монопрофильных или специализированных лечебных учреждений.

Отработаны примерная структура больниц разных типов, их табеля оснащения, порядок направления пациентов, порядок и критерии отбора существующих больниц для реформирования в больницы интенсивного лечения.

В новых условиях финансирование больниц осуществляется по методу «глобального бюджета» в соответствии с целевыми бюджетными программами по двум кодам (текущие и капитальные затраты) при децентрализации нормирования штатного расписания и оплате труда медицинских работников в зависимости от объема и качества выполненной работы за определенными критериями.

Финансирование и управление учреждениями здравоохранения вторичной медицинской помощи осуществляется с областного уровня.

**Вывод.** Новая система вторичной медицинской помощи страны должна обеспечить всем категориям населения равный доступ до всех видов качественной вторичной медицинской помощи при более эффективном и рациональном использовании имеющихся ресурсов и мотивации медицинских работников к эффективной работе.

# ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ ВРАЧАМИ – СТОМАТОЛОГАМИ

Клименко В. И., Возный А.В., Смирнова И.В., Чернявский В.В.

Запорожский государственный медицинский институт, Запорожье, Украина

**Цель исследования** – проведение анализа обеспеченности населения Запорожской области врачами стоматологами в коммунальных учреждениях государственной формы собственности.

**Материалы и методы.** Данные Запорожского областного центра медицинской статистики области о штатах и обеспеченности врачами стоматологами.

**Результаты.** На протяжении последнего 10-летия отмечается тенденция к сокращению штатных единиц врачей-стоматологов Запорожской области с 499,0 в 2006 г. до 455,5 в 2012 г. Колебания штатов врачей-стоматологов отразились на обеспеченности штатными единицами: 2006 г. – 2,68, а в 2012 г. – 2,54. Несмотря на ежегодный выпуск врачей стоматологов Запорожским государственным медицинским университетом количество физических лиц в коммунальных учреждениях государственной формы собственности Запорожской области практически не увеличивается и в среднем составляет 303,5 (за последние 5 лет).

Как следствие, всего выше изложенного, показатель обеспеченности (на 10 тыс. нас.) врачами стоматологами в Запорожской области составляет 2009 г. – 1,6; 2010 г. – 1,66; 2011 г. – 1,69; 2012 г. – 1,77, что в 2 раза ниже показателя по Украине – 3,54 (на 10 тыс.нас.) в 2011 г.

При анализе состояния кадров врачей стоматологов в зависимости от специальности (хирурги, ортопеды, ортодонты) обращает на себя внимание тот факт, что на протяжении последних 5 лет отмечается тенденция к незначительному увеличению стоматологов хирургов ежегодно на 1-2 штатные единицы, что привело к увеличению обеспеченности врачами стоматологами хирургами с 0,27 (на 10 тыс. нас.) в 2009 г. до 0,31 (на 10 тыс. нас.) в 2012 г., что все равно в 1,4 раза ниже обеспеченности данными врачами по Украине.

Значительно худшая ситуация обеспеченности врачами стоматологами ортопедрами и ортодонтами в Запорожской области, численность которых ежегодно снижается, в результате этого уменьшается коэффициент обеспеченности. Врачами стоматологами ортопедрами Запорожская область обеспечена в 2012 г. в 1,8 раза ниже показателя по Украине (0,37 на 10 тыс. нас – в Запорожской области против 0,68 – в Украине). Еще хуже обеспеченность врачами стоматологами ор-



тодонтами: 0,03 (на 10 тыс. нас.) в Запорожской области в 2012 г., что в 4 раза ниже обеспеченности в стране.

**Выводы.** Таким образом, отмечается хронический дефицит врачей – стоматологов всех специальностей, что приводит к снижению доступности и качества их работы. Увеличение сроков ожидания пациентами приёма снижает изначально доступность стоматологической помощи населению, приводя к ухудшению состояния стоматологического здоровья, снижая качество жизни населения.

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Клименко В.И., Коваленко А.В.**

Запорожский государственный медицинский институт, Запорожье, Украина

**Цель исследования.** Оценка организации работы медицинских учреждений Запорожской области по профилактике артериальной гипертензии.

**Материалы и методы.** Анализ данных уровня диспансеризации населения с диагнозом «Артериальная гипертензия», данные о возмещении средств по Запорожской области по пилотному проекту "О реализации пилотного проекта по внедрению государственного регулирования цен на лекарственные средства для лечения лиц с гипертонической болезнью".

**Результаты.** На протяжении последних 10 лет уровень диспансеризации среди всего населения области в связи с болезнями органов кровообращения колебался от 2569,83 (на 10 тыс. нас.) (в 2005 г.) до 4321,63 (на 10 тыс. нас.) (в 2008 г.), в среднем 3207,36 (на 10 тыс. нас.). Среди населения трудоспособного возраста разброс уровня диспансеризации за последнее 10-летие был в пределах статистической ошибки и в 2012 г. составил – 1 685,60 (на 10 тыс. нас. трудоспособного возраста).

По состоянию на 01.2013 г. на диспансерном учете в Запорожской области состояло 556044 взрослого населения с болезнями органов кровообращения, уровень диспансеризации – 3701,12 (на 10 тыс. нас.) из них – 377625 человек взрослого населения с диагнозом «Гипертоническая болезнь» – 2513,53 (на 10 тыс. взрослого нас.), что соответствует 67,9 % удельного веса сердечно-сосудистой патологии.

В связи с этим было принято постановление Кабинета Министров Украины от 25.04.2012 № 340 «О реализации пилотного проекта по внедрению государственного регулирования цен на лекарственные средства для лечения лиц с гипертонической

болезнью». В соответствии с вышеуказанным постановлением министерством здравоохранения Украины был разработан ряд нормативно-правовых документов, создан координационный совет и по данным МЗ Украины на 2013 г. государство выделило 191 миллион гривен (23875 тыс. у.е.) на данный пилотный проект.

За первое полугодие 2013 г. Запорожская область использовала только 610,3 тыс. грн. из выделенных ей 6878,9 тыс. грн., что составило менее 10 %. По данным отчетов департамента здравоохранения Запорожской областной государственной администрации за этот же промежуток времени было выписано 316988 рецептов, а 125922 лиц получили лекарственные средства. Даже если предположить, что все эти лица получили лекарственные средства впервые, а не ежемесячно обновляли рецепты с целью получения и постоянного приема препаратов, как это необходимо при данной патологии, то пилотным проектом охвачено 33,35 % диспансерной группы.

Жесткий контроль и волевое решение со стороны управленческого звена значительно не улучшило ситуацию и за текущие 10 месяцев (по состоянию на 01.11.2013 г.), когда согласно данным пилотного проекта в Запорожской области израсходовано 31,98 % выделенных денежных средств.

**Вывод.** Что важная роль в профилактике принадлежит не только государственным структурам (таким как МЗ Украины, Государственная служба лекарственных средств, региональные управления здравоохранения), но и практическому здравоохранению. Задачей медицинских работников лечебно-профилактических учреждений является информационно-просветительская работа по разъяснению принципов и подходов к лечению гипертонической болезни, а также мотивировать, переубедить пациента в том, что лечение должно быть постоянным, а гипертония должна стать контролируемой.

## **ТОКСИЧНОСТЬ И ОПАСНОСТЬ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПУТЯХ ПОСТУПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

**Козырева Ф.У., Булацева М.Б.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования.** Дать оценку токсичности и опасности синтетическим моющим (СМС) и чистящим (СЧС) при различных путях поступления в организм человека.

**Материалы и методы.** Для достижения цели исследования изучались данные научной литературы. Проводился санитарно-токсикологический эксперимент и анкетный опрос населения. Материалы экспериментальных исследований подвергнуты статистической обработке.

**Результаты.** Действие СМС и СЧС при поступлении в желудок, через кожу и ингаляционным путем зависит от: агрегатного состояния СМС и СЧС (паста, жидкость, порошок); соблюдения инструкции по использованию и хранению СМС и СЧС; количества полосканий посуды и белья после применения СМС и СЧС; времени контакта с товарами бытовой химии.

При этом детергенты (ПАВ), входящие в состав СМС, на поверхностях образуют плохо смываемые пленки, обнаруживаемые в концентрациях 0,03-0,06 мг/л. Кроме того, возможно загрязнение синтетическими средствами продуктов питания при неправильном хранении.

Исследования воздушной среды показали, что максимальная концентрации аэрозоля СМС по величине анионоактивных ПАВ уже через 10 минут снижается в два раза. При этом отмечается высокая дисперсность пыли СМС. В эксперименте на животных при введении СМС "Вихрь" и "Био-С" в трахею было установлено, что поступление СМС в дыхательные пути приводит к развитию острого обструктивного бронхита, аллергического альвеолита, острой пневмонии, сопровождающейся нарушением микроциркуляции, повышением проницаемости сосудов, отеком слизистой, наличием спазмированных бронхов, обструктивной эмфиземы.

Четырехмесячное ингаляционное воздействие СМС с ежедневной экспозицией по 4 часа, приводила к развитию интоксикации, с проявлением общетоксических и специфических эффектов.

Перкутаный путь поступления для СМС и СЧС в организм считается основным. В результате постоянного воздействия на кожу может развиваться аллергическое поражение кожи рук, изменения в виде шелушения, сухости, отечности, уменьшения эластичности кожи, сдвиг pH в щелочную сторону, снижение ее бактерицидных свойств[2]. Причиной поражения кожных покровов у людей может явиться контакт с бельём, обработанным детергентами.

На основании комплекса проведенных исследований удалось обосновать перкутанную нагрузку на организм для анионоактивных ПАВ – 0,55 мг/кг, для неионогенных ПАВ – 0,01 мг/кг. Обоснован предельно допустимый уровень (ПДУ) остаточных количеств ПАВ на белье (нательное, постельное, полотенца и т.д.) равный 5,0 мкг/см<sup>2</sup>. По данным литературы СМС и СЧС обладают малой токсичностью, как при однократных, так и при повторных введениях, способность к на-

коплению в организме выражена, как правило, слабо. Установлено, что введение СМС и СЧС изменяют активность ферментов, проницаемость клеточных мембран, состав периферической крови, иммунобиологическую реактивность и оказывает сенсibiliзирующее действие. Как показали наши исследования, СМС не обладают избирательным эмбриотоксическим действием.

**Вывод.** Несмотря на невысокую острую токсичность и слабо выраженные кумулятивные свойства, эти вещества способны оказывать неблагоприятное воздействие на организм. Поэтому все новые рецептуры этого класса бытовой химии (СМС и СЧС), внедряемые в производство и быт, на стадии, предшествующей сертификации требуют тщательного изучения с целью ограничения их содержания в различных объектах окружающей среды

#### **Список литературы.**

1. Мудрый И.В., Чмиль В.Д. Токсикологическое исследование синтетических моющих средств на основе поверхностно-активных веществ // Современные проблемы токсикологии. – 2000. – № 4. – С.29-35.

2. Сидорин Г.И., Фролова А.Д., Луковникова Л.В. и др. Аллергоопасность синтетических моющих средств в зависимости от их концентрации и протеазных добавок в рецептуре // Токсикологический вестник. – 1996. -№ 5. – С.17-21.

## **ОЦЕНКА РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ г. МОСКВЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ**

**Королик В.В., Аль Сабунчи А.А., Булацева М.Б., Дагаева З.А.**

ГОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, кафедра гигиены, Москва, Россия

**Цель исследования.** Изучение, анализ техногенной загрязнённости атмосферного воздуха.

**Материалы и методы.** Нами в течение 5 лет (2008-2012 гг.) проведено изучение, анализ техногенной загрязнённости атмосферного воздуха в районах расположения школ всех административно-территориальных округов г.Москвы с использованием ежегодных статистических материалов государственных докладов Москомприроды [1], Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспот-

ребнадзора [2]; рассчитан и оценён риск неканцерогенных воздействий техногенных химических веществ по значениям коэффициентов опасности HQ и индексов опасности HI [3].

Учитывая сочетанное воздействие техногенных токсикантов на различные органы и системы по суммарному значению индекса опасности (HI) определены критические органы и системы, риск повреждения которых является максимальным. К таким органам и системам относятся органы дыхания и кровь.

**Результаты.** Оценка риска заболеваний органов дыхания показала, что максимальное загрязнение воздуха техногенными веществами за период наблюдений установлено в: Западном округе (HI=2,84-3,93), Юго-восточном (HI=3,3-4,9), Центральном (HI=1,9-3,0), Южном (HI=2,4-3,4), Северо-западном (HI=1,8-2,7) и Северо-восточном округах (HI=1,4-2,1). Более низкие значения HI зафиксированы в Юго-западном округе (HI=1,3-1,6).

В различных административных округах г. Москвы риск заболеваний системы крови за 5 лет наблюдений существенных отличий не имел и колебался в пределах (HI=1,05-2,15).

Установлено, что наибольший «вклад» в суммарную величину HI, определяющую риск заболеваний органов дыхания вносят: взвешенные частицы (PM<sub>10</sub>); озон (O<sub>3</sub>), азота диоксид (NO<sub>2</sub>), азота оксид (NO), а в риск заболеваний системы крови – углерода оксид (CO), азота оксид (NO) и азота диоксид (NO<sub>2</sub>).

**Вывод.** Таким образом, данные исследований показали, что во всех административных округах г.Москвы содержание в воздухе ряда техногенных веществ превышает допустимую величину индекса опасности (HI), следовательно, риск заболеваний органов дыхания и крови высок.

В связи с этим, необходима активная реализация государственных и городских программ по снижению загрязнённости воздуха (обновление городского транспорта за счёт приобретения автотранспортных средств с повышенными экологическими характеристиками), использование альтернативных видов топлива (сжиженный природный газ), ужесточение требований к моторному топливу, широкое применение каталитических нейтрализаторов и др.

#### **Список литературы.**

1. О состоянии окружающей природной среды г. Москвы в 2008, 2009, 2010, 2011 и 2012 гг.: Государственный доклад Москомприроды. – М., 2008-2012 гг.
2. О санитарно-эпидемиологической обстановке в РФ в 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 гг.: Государственный доклад. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 гг.

3. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. – М., 2004 г. Конференция обществ.медицина в марте 2014г.

## **СЕКТОРЫ, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

**Коршевер Н.Г., Сидельников С.А.**

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия

**Цель исследования** заключается в определении перечня секторов, заинтересованных в охране здоровья населения, и исследовании их значимости.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты анонимного опроса по специально разработанной анкете 93 врачей, проходящих усовершенствование на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье.

**Результаты.** Установлено, что в работе по охране здоровья населения принимают участие не менее 23 секторов. Из них 13 были отнесены к более значимым (основным): администрация территории (аппарат главы администрации); депутаты думы территории; средства массовой информации и печати; здравоохранение; сфера образования; сфера молодежной политики, физической подготовки, спорта и туризма; общественные организации; органы внутренних дел и прокуратура; военный комиссариат; сфера социального развития; сфера охраны окружающей среды и природопользования; сфера финансов; сфера обеспечения безопасности жизнедеятельности населения.

Ещё 10 секторов были определены как менее значимые: строительство и жилищно-коммунальное хозяйство; сельское хозяйство; ветеринария; промышленность и энергетика; сфера культуры; транспорт; сфера торговли; дорожное хозяйство; охотничье хозяйство и рыболовство; лесное хозяйство.

**Вывод.** Определение перечня секторов, принимающих участие в охране здоровья населения, и их значимости позволит целенаправленно исследовать закономерности функционирования соответствующей системы межсекторального взаимодействия.

# ТЕХНОЛОГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Коршевер Н.Г., Сидельников С.А.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия

**Цель исследования** заключается в обосновании технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения.

**Материалы и методы.** В ходе выполнения работы использовались следующие методы исследования: аналитический; нормативно-правового мониторинга; графический; социологический; логический; программирования; весовых коэффициентов (парного сравнения); анализа служебной и медицинской документации; статистический, в том числе моделирования с реализацией расчетных задач на ЭВМ.

Осуществлён анализ результатов анонимного опроса по специально разработанным анкетам 327 врачей, проходивших усовершенствование на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. Данные лица имели опыт организационной работы не менее десяти лет и коэффициент компетентности  $\geq 4,0$  баллов по привычной 5-балльной шкале. Кроме того, опрошено 794 человека (не медицинских работников), проживающих в Саратовской области и проходивших плановое обследование в одном из центров Здоровья.

**Результаты.** Были проведены: теоретико-методологический анализ опыта исследования работы по охране здоровья населения; изучение медико-демографических характеристик населения Саратовской области; исследование значимости 37 детерминант здоровья и влияния на них заинтересованных секторов; определение значимости и удельного веса секторов; конструирование многовекторного автоматизированного способа оценки успешности межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения; проектирование и апробация соответствующей технологии оптимизации – первичная оценка, выявление векторов, определивших тот или иной результат («отличный», «хороший», «удовлетворительный» или «неудовлетворительный»), целенаправленное осуществление корригирующих мероприятий, динамическая оценка и т.д.

**Вывод.** Предлагаемая технология успешно апробирована и может быть использована для оптимизации охраны здоровья населения конкретного территориального образования.

# ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

**Костенко Е.В., Маневич Т.М., Тяжельников А.А.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Целью исследования** явилось изучение особенностей сопутствующих заболеваний системы кровообращения среди пациентов, перенесших ишемический инсульт.

**Материалы и методы.** По данным первичной медицинской документации проведен анализ сопутствующей заболеваемости болезнями системы кровообращения у 1317 пациентов, перенесших ишемический инсульт, из них 638 (48,4 %) мужчин и 679 (51,6 %) женщин, средний возраст 59,5±3,7 лет.

**Результаты.** Проведенный анализ сопутствующей заболеваемости выявил, что наиболее распространенными являются болезни системы кровообращения, которые были выявлены у 76,5 % пациентов, перенесших ишемический инсульт. Изучение внутренней структуры данного класса болезней позволило установить, что наиболее часто встречаемыми заболеваниями явились: артериальная гипертензия – 63,50 %, ишемическая болезнь сердца – 42,29 %, нарушения ритма сердца в виде постоянной формы мерцательной аритмии – 14,46 %, пароксизмальная форма мерцательной аритмии – 12,23 %. Реже встречались: мультифокальный атеросклероз – 11,20 %, синдром слабости синусового узла – 0,06 %, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта – 0,06 %. Более, чем у половины пациентов (56 %) имелось 2 и более сопутствующих заболеваний изучаемого класса болезней.

**Вывод.** Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями у пациентов, перенесших ишемический инсульт, являются болезни системы кровообращения. Внутренняя структура класса болезней системы кровообращения у пациентов, перенесших ишемический инсульт, представлена артериальной гипертензией (63,50 %), ишемической болезнью сердца (42,29 %) нарушениями ритма сердца (26,69 %). У 56 % пациентов, перенесших ишемический инсульт, имеется 2 и более сопутствующих болезней системы кровообращения.

## **Список литературы.**

1. Гусев, Е.И. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации / В. И. Скворцова, В. В. Крылов // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т. 39. – № 1 – С. 128-133.



2. Евзельман, М.А. Оптимизация системы этапной неврологической помощи больным с ишемическим инсультом в крупном городе России: автореф. дис. д-ра. мед. наук: 14.02.03/ Михаил Адольфович Евзельман. – М. – 2006. – 48с

3. Полунина, Н.В. Анализ медико-организационных мероприятий по профилактике инсультов и реабилитации постинсультных состояний на современном этапе / Е.И. Нестеренко, Х. Э. Абанто // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья – 2000. – № 5. – С. 18-22.

4. Скворцова, В.И. Программа эпидемиологического мониторинга «Регистр инсульта» для апробации в территориях Российской Федерации: метод. реком. / Л.В. Стаховская, Н.А. Пряникова и др. – М.: Минздравсоцразвития РФ, 2005. – 28 с.

5. Спирин, Н.Н. Опыт применения кавинтона у больных с лакунарным инсультом, развивавшимся на фоне сахарного диабета и артериальной гипертензии / Н.Н. Спирин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т.107, №4.- С.- 65-66.- С. 2007

6. Ширшова, Е.В. Мультидисциплинарный подход при восстановительном лечении и реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.11 / Елена Вениаминовна Ширшова. – М., 2010. – 44 с.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО–ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОЗДОРОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Кудряшова Л.В.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Россия, Москва

**Цель исследования:** на основании изучения состояния здоровья детей 0-7 лет, разработать рекомендации по улучшению их здоровья в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

**Материалы и методы:** изучены особенности заболеваемости у 2654 детей в возрасте 0-7 лет, которые дополнены результатами опроса родителей об особенностях их образа жизни и медицинской активности.

**Результаты.** Ведущее место в структуре общей заболеваемости детей занимают болезни органов дыхания. Удельный вес болезней органов дыхания у детей

от 0 до 7 лет в среднем составляет 52,8 % (на первом году составляет 40,5 %, к третьему году возрастает до 59,2 %, к седьмому году составляет 56,3 %). Уровень заболеваний наиболее высок на 2 году жизни по сравнению с первым и третьим годами жизни (соответственно 2308,9 ‰, 1264,1 ‰ и 1764,4 ‰) и на 5 году жизни по сравнению с четвертым, шестым и седьмым годами жизни (соответственно 2308,9 ‰, 1264,1 ‰ и 1764,4 ‰).

Наибольшее число часто болеющих детей приходится на детей в возрасте 4-5 лет, когда 29,5 % детей болели более четырех раз в течение года, что достоверно в 1,4 раза выше, чем в возрасте от 0 до 3 лет (17,8 %,  $p < 0,001$ ) и в 1,6 раза выше, чем в возрасте от 5 до 7 лет (21,1 %,  $p < 0,001$ ).

Изучение внутренней структуры класса болезней органов дыхания показало, что преобладают острые респираторные вирусные инфекции верхних и нижних дыхательных путей, на долю которых приходится 83,6 %.

Обращает на себя внимание то, что острые респираторные заболевания у детей являются серьезной проблемой вследствие их широкой распространенности и развития различных осложнений. Целесообразно в первую очередь проводить лечебно-оздоровительных мероприятий среди детей, имеющих высокий уровень заболеваемости, это часто болеющие дети.

Проведённый опрос матерей, воспитывающих детей 0-7 лет показал, что соблюдают режим дня 39,9 %, соблюдают режим питания 65,5 %, проводят закаливающие процедуры только 28,5 %, курят 31,2 %, своевременно обращаются к врачу в случаи болезни ребенка 72,5 %, выполняют всех рекомендации врача 62,7 % опрошенных.

**Выводы.** Заболеваемость у данного контингента детей сохраняется на высоком уровне и имеет свои особенности, матери имеют в большинстве случаев низкий уровень медицинской активности, что необходимо учитывать в профилактической работе при наблюдении за ними. Лишь в этом случае можно снизить заболеваемость среди детей.

#### **Список литературы.**

1. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2002 году (статистические материалы). – М.: ЦНИИИОЗ. – 2003. – 109 с.
2. Заболеваемость населения России в 2006 году. Статистические материалы. Часть III. – М.: ЦНИИИОЗ. – 2011. – 131 с.

# ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Кулешова В.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Кулешова Е.Ю.

Финансовый университет при Правительстве РФ, Москва, Россия

**Цель исследования.** Фармакоэкономическая оценка ассортимента ЛС, относящихся к перечню жизненно важных и необходимых ЛС, являющегося основой лекарственной терапии в соответствии со стандартами лечения.

**Материалы и методы.** Ассортимент перечня жизненно важных и необходимых ЛС (ЖВНЛС), справочник «Orange Book», Контент-анализ, анализ «Минимизации затрат».

**Результаты.** На первом этапе нами был сформирован перечень международных непатентованных наименований ЛС, относящихся к ЖВНЛС. Затем, для каждого наименования ЛС, с использованием данных справочника «Orange Book», разработанного FDA, был выявлен статус ЛС. На его основе были определены: какие ЛС являются оригинальными, какие дженериками и если дженериками, то к какой группе относятся: к группе «А», если отличаются по биоэквивалентности от оригинальных ЛС на 3–4 % и являющиеся заменой оригинальным по финансовым соображениям), или к группе «В» – не прошедшие клинических испытаний на терапевтическую эквивалентность, и которые не могут быть автоматической заменой оригинальному препарату или генерику, относящемуся к группе «А».

**Выводы.** В результате проведенного анализа ассортимента ЛС, перечня ЖВНЛС, нами было разработано справочное информационное пособие, с указанием на то, какое ЛС является оригинальным, а какое генерическим и группу дженерика. Данной информацией могут воспользоваться лечебные учреждения при формировании заявок на ЛС для лечения больных в стационаре, врачи поликлиник при назначении ЛС пациентам, а также фармацевтические работники для обоснования оптимального выбора ЛС посетителем аптеки.

## Список литературы.

1. Фармакоэкономика в научных исследованиях и практическом здравоохранении (материалы Региональной конференции, Курск, 27 февраля 2003 г.).- Курск: КГМУ, 2003.- С.68-69.

2. Л.Б. Хрустицкая Оригинальные лекарственные средства и дженерики – реалии современного фармацевтического рынка // Медицинские новости.- 2007, №12.- С. 34-38.

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА НА УРОВЕНЬ ПОТРЕБНОСТИ В СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Курносиков М.С., Кисель Р.М., Рольгейзер Л.С.**

МБУЗ КГБ №1, Сургут, Россия

**Цель исследования:** изучение влияния медицинской активности пациента на длительность стационарного лечения при внематочной беременности.

**Материалы и методы.** Для решения поставленной задачи было проведено исследование медицинской активности женщин, находящихся на стационарном лечении по поводу внематочной беременности в гинекологическом отделении МБУЗ КГБ №1 г. Сургут. Всего в исследовании приняло участие 200 человек. Данные получены путем выкопировки данных из медицинской документации и анкетирования.

В качестве критического срока стационарного лечения, в соответствии с которым производилось деление на группы сравнения, принимали 5 суток. В основную группу включили 105 женщин, длительность стационарного лечения которых превышала 5 суток, в контрольную 95 женщин длительность стационарного лечения которых была 5 и менее суток. Средний срок пребывания в условиях круглосуточного стационара в контрольной группе составил  $4,98 \pm 0,16$  суток, в основной  $6,48 \pm 0,11$  суток (различия достоверны,  $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Высокая частота обращения в лечебные учреждения при появлении первых симптомов заболевания (недомогания) наблюдалась у большинства обследованных женщин. Самолечение в той или иной степени используют практически все женщины исследуемых групп, однако в контрольной группе только  $5 \pm 2,23$  % женщин всегда используют данный метод, тогда как в основной их доля была в практически в пять раз больше –  $24 \pm 4,16$  % (различия достоверны,  $p < 0,05$ ). Не выявлено в сравниваемых группах ни одного случая совпадения факта самолечения и субъективной оценки знаний на достаточном уровне.

В качестве основных источников информации более половины женщин основной и контрольной группы ( $52 \pm 4,9$  % в основной и  $53 \pm 5,1$  % в контрольной группе) использовалась специальная литература. В основной группе достоверно чаще ориентировались на информацию, полученную из средств массовой информации ( $11 \pm 3,2$  % в контрольной и  $32 \pm 4,4$  % в основной группе, различия достоверны,  $p < 0,05$ ). В три раза чаще женщины основной группы признавались, что могут самостоятельно, без совета с врачом прекратить лечение ( $14 \pm 3,4$  % в основной группе против  $5 \pm 2,2$  % в контрольной группе, различия достоверны,  $p < 0,05$ ), однако в некоторых случаях прекратить лечение могли более половины женщин сравниваемых групп ( $68 \pm 4,7$  % в контрольной группе и  $62 \pm 4,7$  % в основной группе, различия не достоверны,  $p > 0,05$ ). Информировали о нарушении данных врачом рекомендаций достоверно чаще в контрольной группе ( $32 \pm 4,8$  % в контрольной против  $5 \pm 2,1$  % в основной,  $p < 0,05$ ).

Достоверно чаще женщины контрольной группы уточняли у врача информацию о графике приема препаратов, данных им рекомендациях ( $63 \pm 4,9$  % в контрольной и  $33 \pm 4,6$  % в основной группе, различия достоверны,  $p < 0,05$ ), что позволяет использовать данный признак в качестве прогностического.

**Вывод.** Использование полученных данных дает возможность не только констатировать факт влияния, но, что наиболее важно, планировать программы воздействия на факторы (напрямую или косвенно) с целью управления потребностью в стационарной помощи. Снижение потребности в стационарной помощи позволяет повысить эффективность расходования ресурсов системы здравоохранения.

### Список литературы

1. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение / Н.В.Полунина // М. – 2010. – 544с.
2. Акушерство. Национальное руководство. / Под ред.Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: Медицина, 2007. – 1300 с.
3. Хетагурова А.К. Оценка влияния социально-экономических факторов и особенностей поведения пациента на потребность в стационарной помощи в послеродовом периоде / А.К.Хетагурова, С.Н.Черкасов, М.С.Курносиков // Экономика здравоохранения.- Москва. – 2013. – №1-2. – с.11-14.

# МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Лавлинская Л.И., Ситникова Л.Н., Лавлинская Т.А.

Воронежская государственная медицинская академия  
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

**Цель исследования:** выявить медико-демографические аспекты Воронежской области для определения приоритетов медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Статистические материалы МЗ РФ и Воронежского областного комитета государственной статистики, статистический метод.

**Результаты.** Общая демографическая ситуация в Воронежском регионе складывается весьма интересно: в последнее десятилетие численность населения снижалась до 2010 года и только в 2011 и 2012 годах численность населения увеличилась за счет миграционных процессов и на начало 2013 года составила 2 331 506 человек. Основная причина сокращения населения: число умерших превышает число родившихся. С конца восьмидесятых годов смертность превышает рождаемость, то есть население области убывает естественным образом. Наиболее существенным проявлением неблагополучия демографического развития области стал заметно прогрессирующий рост смертности, достигший своего пика в 2003 г. – 19,0%. С 1975 г. рост смертности стал устойчивой тенденцией. В 2003 г. число умерших в области более чем в 2 раза превышало число родившихся, а в 2012 г. смертность превысила рождаемость в 1,5 раза. С начала 2007 года в области наметилась тенденция увеличения показателя рождаемости. В Воронежской области наблюдается отрицательный естественный прирост населения.

Младенческая смертность лучше любых слов характеризует положение дел в государстве. За последнее десятилетие показатель младенческой смертности в регионе уменьшился на 40,7 %. Именно снижение младенческой смертности в значительной степени определило снижение общего показателя смертности детей 0-4 и 0-14 лет.

Часто причиной смерти детей в раннем возрасте становится «отсутствие детской хирургической помощи, нехватка специалистов и специального медицинского транспорта». Поэтому с появлением квалифицированной помощи летальность среди младенцев снижается. Таких результатов удалось добиться благодаря улучшению качества медицинской помощи, введения перинатального центра, который занимается лечением детей с рождения до года.

Перинатальный центр в Воронежской области позволяет сохранить жизнь более 80 % детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, то есть до 1,5 килограммов. Центр принимает 10 % физиологических родов и 90 % – осложненных. Показатель материнской смертности в Воронежской области почти в два раза ниже среднего по России (8,4 и 16,2 на 100 тысяч родившихся живыми соответственно в 2011 г., 7,9 – в 2012 г.).

В прошлом году количество искусственных прерываний беременностей составило 12 062 случая, если сравнить с 2011 г., то количество сократилось на 785. Также в 2012 году впервые количество родов в два раза превысило количество аборт. При этом удельный вес нормальных родов равен 37,5 %.

**Вывод.** Критерии оценки здоровья населения должны строиться с учетом основополагающих функций системы здравоохранения, которыми являются медицинское обеспечение воспроизводства популяции через сохранение репродуктивного здоровья членов популяции и обеспечение родовспоможения, социально-экономическая функция здравоохранения – заключающаяся в воспроизводстве и сохранности людских, а, следовательно, и трудовых ресурсов общества.

## **ИЗУЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Лисицын Ю. П., Савельева Е. Н.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования.** Разработать предложения по совершенствованию изучения актуальных вопросов ОМС в системе постдипломного образования руководителей (резерва руководителей) медицинских организаций.

**Материалы и методы.** В работе использованы методы анализа документов, публикаций, опрос слушателей, обучающихся на кафедре управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ФУВ РНИМУ им Н.И. Пирогова.

**Результаты.** На основании анализа информации по вопросам медицинского страхования можно выделить периоды его развития в России: с 1858 по 1912 год

создавались больничные кассы на отдельных предприятиях, осуществлявшие добровольное медицинское страхование. В 1912 году был принят закон, в соответствии с которым предполагалось создание системы социального страхования, частью которого должно было стать законное (обязательное) медицинское страхование, в 1917-1918 г.г. существовала «рабочая страховая медицина». Обязательное медицинское страхование (ОМС) существовало в период НЭП с 1921-го по 1929-ый год. Отдельные его элементы сохранялись в социальном страховании советского периода. В соответствии с Конституцией РФ современная Россия является социальным рыночным государством, имеет государственную систему социального страхования, частью которого является ОМС. С 1993 по 2010 г.г. система ОМС формировалась и развивалась в соответствии с Законом «О медицинском страховании в РФ». Знание истории ОМС позволяет с точки зрения накопленного опыта анализировать его сегодняшние проблемы. С 2011 года реализуется ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", система ОМС работает по правилам единым для всей страны. Опрос, проводимый нами с 2011 года по настоящее время, показывает, что руководители медицинских организаций и лица, включенные в резерв на руководящие должности, положительно относятся к новому закону и правилам ОМС единым для всей страны (96 %), но отмечают и необходимость их совершенствования. Выявлено критическое отношение к некоторым разделам правил ОМС, особенно, связанным с оплатой медицинской помощи (49 %) и расчетом тарифов. Следует отметить, что именно эти вопросы станут наиболее актуальными в 2014 году, в связи с изменениями в системе ОМС.

**Выводы.** Для совершенствования подготовки руководителей медицинских организаций по вопросам ОМС необходимо в процессе обучения рассматривать актуальные вопросы ОМС с учетом исторического опыта и мнения слушателей. В современных условиях особого внимания требует изучение рекомендованных способов оплаты медицинской помощи по программе ОМС в связи с актуальностью для слушателей и планируемые изменениями финансирования здравоохранения в 2014 году.

#### **Список литературы.**

1. Лисицын Ю.П., Стародубов В.И., Савельева Е.Н. Медицинское страхование. Учебное пособие.- М: Медицина, 1995.- 144 с.
2. Лисицын Ю.П., Таранов А.М., Савельева Е.Н. Система страхования в здравоохранении. Учебно-методическое пособие.- М: Федеральный фонд ОМС, 2001.- 224 с.



3. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".- М: Российская газета, № 5353, 3 декабря 2010 г.

## **К ВОПРОСУ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ**

**Лобас В.М., Шишацкая Н.Ф., Дорохова Е.Т., Защик Н.С.**

Донецкий национальный медицинский университет им. Горького,  
Донецк, Украина

**Цель исследования:** изучить состояние обеспечения прав пациентов в системе здравоохранения Украины.

**Материалы и методы.** В ходе исследования использовано социологический метод, которым охвачено 4 группы респондентов: главные врачи (администраторы, 300 чел), ключевые лица (руководители здравоохранения регионального уровня, 27 чел), представители организаций пациентов (25 чел) и пациенты (400 чел). Обработка полученных результатов проводилась с использованием программы обработки данных SPSS.

**Результаты.** В ходе исследования определено 175 индикаторов отвечающих 14 правам пациентов и создано «Матрицу прав пациентов».

В общем виде результаты анализа исследования реализации прав пациентов (средневзвешенные индексы оценок по экспертным группам по правам в целом, а также согласованность оценок) выглядит следующим образом: общий показатель реализации прав пациентов находится на среднем уровне (0,12), общая согласованность оценок также на среднем уровне (0,26).

Наиболее высокую оценку реализации прав пациентов в целом дали группы «Ключевых лиц» (0,37) и «Администраторов» (0,35), наименьшую – «Организации пациентов» (-0,24) и «Пациенты» (0, 02).

Наиболее высокие оценки реализации прав пациентов зарегистрированы по следующим правилам: «Право на частую жизнь и конфиденциальность» (0,55); «Право на подачу жалоб» (0,44); «Право на предупреждение неоправданных страданий» (0,33); «Право на согласие» (0,21).

Наиболее низкие оценки реализации прав пациентов зарегистрированы по следующим правам: «Право на компенсацию» (-0,31); «Право на качественную помощь» (-0,14); «Право на использование современных технологий» (-0,10).

Наиболее консолидированные оценки экспертных групп зафиксированы по правилам: «Право на информацию» (0,02); «Право на компенсацию» (0,08); «Право на предупреждение неоправданных страданий» (0,12).

Наименее консолидированные оценки экспертных групп получены по правам: «Право на безопасность» (0,63); «Право на подачу жалоб» (0,41); «Право на уважение времени пациента» (0,40).

При этом встановлены значительные разногласия в оценках между конкретными экспертными группами, которые проанализованы и позволили определить соответствующие коэффициенты корреляции.

Наиболее высокое значение коэффициента корреляции (0,94) установлено между группами экспертов «Администраторы больниц» и «Ключевые лица», что позволяет сделать вывод о близости подхода этих групп к проблеме в целом и большой однородности их оценки по каждой конкретной ситуации.

Следующий по значимости коэффициент (0,63) зафиксирован между группами «Организации пациентов» и «Пациенты». Это значение (хоть и не такое высокое, как в первом случае), также позволяет говорить о существенной однородности позиций этих двух экспертных групп.

В то же время, между группой «Пациенты» и группами «Администраторы» и «Ключевые лица» значение коэффициента корреляции находится на среднем уровне (0,49-0,47), а у группы «Организации пациентов» – на еще более низком уровне (0,21-0,32).

**Вывод.** Данные проведенного социологического исследования показали в целом достаточный уровень соблюдения прав пациентов в учреждениях здравоохранения Украины.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ В ЯКУТИИ**

**Луцкан И.П., Борисова Е.А.**

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Якутск,  
Россия

**Целью исследования** явился анализ системы медицинского сопровождения воспитанников ДЮСШ г. Якутска.

**Материалы и методы.** Проведен анализ отчетных форм №1 – ДО «Сведения об учреждении дополнительного образования детей» ДЮСШ г. Якутска за

2010-2012 г. и отчетов Республиканского центра лечебной физкультуры и спортивной медицины за 2008 – 2012 гг. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Заболеваемость юных спортсменов ниже показателей заболеваемости учащихся общеобразовательной школы. В структуре выявленной патологии на 1 месте болезни органов пищеварения, в основном за счет кариеса; на 2 месте – болезни нервной системы (291,6‰); на 3 месте – болезни глаза (151,0‰); на 4 месте – болезни уха и органов дыхания (135,4‰), далее – болезни сердечно-сосудистой системы (93,7‰). Оценка состояния здоровья детей, занимающихся спортом, показала, что практически здоровы 15,2 % от числа всех юных спортсменов. 75,5 % юных спортсменов имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья, требующие дообследования. Не получили допуск к занятиям спортом 9,3 % воспитанников ДЮСШ, как результат недочетов в системе отбора на начальном этапе.

1. Для преемственности целесообразно, чтобы медицинским сопровождением юных спортсменов занимались: отделение спортивной медицины центров лечебной физкультуры и спортивной медицины, территориальная детская поликлиника, реабилитационно-оздоровительный центр (отделение).

2. Медобслуживание во время тренировок, сборов, соревнований должны оказывать специалисты центра лечебной физкультуры и спортивной медицины.

3. Внедрить комплексное обследование всех желающих заниматься спортом детей в Центре здоровья с проведением анкетирования родителей для допуска детей к занятиям спортом, с последующим проведением ежегодного наблюдения для мониторинга состояния здоровья юных спортсменов;

4. Проведение реабилитационных и оздоровительных мероприятий в существующих отделениях восстановительного лечения территориальных поликлиник и больниц и организация оздоровления юных спортсменов.

**Вывод.** Выявлены проблемы организационного характера в медицинском обеспечении юных спортсменов в республике: острый дефицит врачебных кадров и недостаточная материально-техническая база, как в республиканском центре, так и отсутствие медицинского блока в ДЮСШ; отсутствие преемственности между республиканским центром и амбулаторно-поликлиническим звеном. Предложенная система совершенствования медицинского обеспечения воспитанников ДЮСШ, в том числе система отбора детей для занятий различными видами спорта на муниципальном уровне позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и снизить уровень заболеваемости юных спортсменов без дополнительных финансовых затрат.

### **Список литературы.**

1. Гурьянов М.С. Состояние здоровья и пути совершенствования медицинского обслуживания воспитанников ДЮСШ: Автореферат дис. канд. мед. наук. – Казань, 2002. – 24 с.
2. Корнеева И.Т. Патогенетические основы коррекции функциональных изменений сердца юных спортсменов: Автореферат дис. докт. мед. наук. – Москва, 2003. – 40 с.

## **АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Лыгина Ю.Е.**

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»

Минздрава России.

Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения Астраханской области «Детская стоматологическая поликлиника», Астрахань, Россия

**Цель исследования.** Провести анализ обращаемости детского населения города Астрахани и Астраханской области возрасте от 0 до 3 лет за стоматологической помощью.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ обращаемости детского населения города Астрахани и Астраханской области возрасте от 0 до 3 лет в ГБУЗ АО «Детская стоматологическая поликлиника» за два года. Для получения данных применялся показатель наглядности.[1,2,3] Он применяется для анализа однородных чисел, эти величины представлены в динамике. Для вычисления показателей наглядности одна из сравниваемых величин принимается за 100 %, а остальные рассчитываются в процентном отношении к ней.

**Результаты.** Рассматривая обращаемость за стоматологической помощью детей от периода новорожденности до трех лет из городской и сельской местности, мы выявили, что чаще всего дети обращаются с целью профилактического осмотра. Второй по частоте причиной обращения детей из сельской местности по международной классификации болезней является герпетический гингивостоматит (В00.2) – 18,7 %, у городских детей – ангилоглоссия (Q38.1) – 19,6 %. Треть-

ей по частоте причиной обращения детей из сельской местности является ангилоглоссия (Q38.1) – 17,1 %, у городских детей – гингивостоматит (B00.2) – 9,1 %. На четвертом месте у детей проживающих в сельской местности находится – периапикальный абсцесс с полостью (K04.6) – 14,0 %, из этой группы у 33,3 % детей периодонтит возник в результате травмы челюстно – лицевой области. Также обратившихся детей с пульпитом (K04.0) из сельских районов – 4,7 %, городских – 1,6 %. С вывихом зуба (S03.2) маленьких сельских жителей – 4,6 %. С кариесом: кариес эмали (K02.0) и кариес дентина (K02.1) городских жителей обратилось – 4,1 %, сельских – 6,2 %.

Распространенность кариеса временных зубов в этой возрастной группе у детей города Астрахани составила – 11,2 %, у детей из области – 18,8 %. Интенсивность кариеса у сельских детей – 0,96, у городских – 0,71. По данным национального руководства интенсивность поражения временных зубов кариесом составляет по индексу КПУ у детей в возрасте года – 0,3, двухлетних – 0,9, трехлетних – 2,8.[4]

**Вывод.** Таким образом, в результате анализа обращаемости детей раннего возраста из города Астрахани и Астраханской области в ГБУЗ АО «Детская стоматологическая поликлиника» выявлено, что наиболее частой причиной обращения детей является профилактический осмотр, герпетический гингивостоматит, ангилоглоссия. Реже обращались с травмами и заболеваниями твердых тканей зубов. Распространенность и интенсивность кариеса выше у детей из сельских районов. Полученные результаты указывают на актуальность данной проблемы, о нуждаемости данной возрастной группы детей в стоматологической помощи и о разработке профилактических программ.

#### **Список литературы.**

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544с.
2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608с.
3. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ООО «МИА», 2010. – 544 с.
4. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. – 890 с.

# УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ И КАЧЕСТВОМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Лысенко И.Л., Михайлова Т.И., Риос Дятчин Э.

Городская поликлиника №180 Департамента здравоохранения  
города Москвы, Москва, Россия

**Цель исследования.** В современном обществе главной движущей силой социально – экономического прогресса выступает инновационный процесс. В практическом здравоохранении этот процесс сдерживает недоразвитость организационных технологий по внедрению современных инструментов управления и дефицит специалистов, способных предвидеть, своевременно распознавать и успешно решать все проблемы развития [1,3,4].

В этой связи, наиболее важным критерием оценки эффективности деятельности основного звена системы – учреждений, оказывающих первичную медико-социальную помощь, является изучение мнения населения об удовлетворенности качеством оказываемой в городских поликлиниках медицинской помощи, степени ее доступности, что послужило целью настоящего исследования.

**Материалы и методы.** Для достижения цели исследования, был проведен социологический опрос пациентов городских поликлиник для взрослого населения города Москвы по специально разработанной анкете, содержащей 25 вопросов [2]. В анкетировании приняли участие 1679 респондентов из восьми административных округов. Результаты анкетирования были обработаны в соответствии с существующими методиками по организации проведения социологических опросов и оценены по коэффициентам доступности и качества медицинской помощи для населения. Для рейтинговой оценки учреждений здравоохранения и административных округов в целом были рассчитаны интегральные показатели, являющиеся среднеарифметическим значением коэффициентов удовлетворенности, рассчитанных по отдельным вопросам.

**Результаты.** Установлено, что общий интегральный показатель удовлетворенности населения медицинской помощью (среднегородской) составил 0,85, показатель удовлетворенности населения качеством медицинской помощи – 0,77, показатель удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи – 0,78 ( $t=2,14$ ,  $p<0,05$ ). При этом наиболее существенные и достоверные различия

данных показателей отмечались в городских поликлиниках Центрального административного округа (ЦАО) и Южного административного округа г. Москвы (ЮАО) – 0,90 и 0,62 соответственно. Оценка респондентами уровня квалификации врачей достаточно высокая, средний коэффициент удовлетворенности составил 0,81. Наиболее низкая удовлетворенность результатами оказания медицинской помощи отмечена при анкетировании пациентов в ЗАО, ЮАО, ВАО. Следует отметить, что наиболее высокую оценку у всех респондентов получило отношение медицинского персонала, коэффициент удовлетворенности в среднем составил 0,91.

**Вывод.** Полученные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности деятельности учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Основные результаты исследования могут быть использованы в практической работе менеджеров здравоохранения различных уровней с целью повышения эффективности работы медицинских организаций и удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи.

#### **Список литературы.**

1. Антикризисное управление: Учебник. 2-е изд., доп. и перераб. / Под ред. проф. Э.М. Короткова. М.: ИНФРА-М, 2007. 287 с.
2. Информационное письмо Департамента здравоохранения города Москвы от 13.04.2012г. М., 2012. 9 с.
3. Кустышева Г.Г., Кульков В.В., Булучевская Н.П. Реализация концепции развития здравоохранения региона/Труды Всероссийской конференции «Стратегия реформирования регионального здравоохранения». М., 2000. С. 82-83.
4. D. Phillips-Donaldson. 100 years of Juran // Quality Progress. May 2004. P. 30-31.

## **КАЧЕСТВО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НАСЕЛЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

**Лысенко И.Л., Михайлова Т.И., Бреусов А.В.**

Городская поликлиника №180 Департамента здравоохранения города Москвы,  
Москва, Россия

**Цель исследования.** В Российской Федерации планомерность решения задач повышения качества медицинской помощи затруднена отсутствием обще-

принятых методик оценки его исходного уровня [1, 2]. В настоящее время, в соответствии с действующими приказами Минздрава РФ, основным методом при проведении контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях страны является метод экспертных оценок [3, 4].

**Материалы и методы.** В работе приведены основные результаты, полученные в ходе анкетирования 526 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет по вопросам качества и удовлетворенности оказываемой им амбулаторно-поликлинической помощи в условиях амбулаторного медицинского центра (поликлиники 2-го уровня) за период 2010-2012 гг.. В выборке анкетированных преобладали мужчины (55,3 % против 44,7 %), наибольшая доля приходилась на лиц в возрасте 40-49 лет (42,4 %), средний возраст респондентов составлял 39,4±4,2 года.

Результаты анкетирования были обработаны в соответствии с существующими методиками по организации и проведению социологических опросов.

**Результаты.** В ходе обсуждения полученных результатов установлено, что доступность и качество квалифицированной и специализированной амбулаторной помощи остаются на недостаточном уровне. Так, на ожидание времени приема участковых терапевтов и врачей-специалистов до 15 минут потратили всего 31,6 % пациентов, ждать приема более часа пришлось 8,4 % опрошенных. Уважительное отношение медицинского персонала к пациентам отметили 87,9 % респондентов, 9,3 % пациентов посетовали на его отсутствие.

Оценивая работу персонала учреждения, всего 71,2 % опрошенных назвали ее хорошей. В целом удовлетворены оказанной помощью только 38,2 % респондентов, 12,1 % не понравилось отсутствие гарантий сохранения медицинской тайны, 8,2 % указали на плохое отношение персонала к больным, 5,5 % – на плохое качество лечения, главными причинами чего были названы: нехватка необходимых лекарственных средств (20,3 %), отсутствие специалистов или желаемых методик обследования (7,2 %), недостаточная квалификация участковых врачей-терапевтов (3,1 %).

**Вывод.** Таким образом, в ходе исследования выявлен ряд предотвратимых нарушений, основным из которых является превышение времени ожидания приема, что требует систематического принятия организационных мер со стороны администрации. Основные результаты исследования могут быть использованы в практической работе органов управления здравоохранением различных уровней с целью повышения эффективности работы медицинских организаций и удовлетворенности пациентов доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи.



### **Список литературы.**

1. Вялков А.И., Хальфин Р.А., Никонов Е.Л. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе // ГлавВрач. 2009. №3. С. 16-25.
2. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Скоморохова Т.В. Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в системе ДМС: теоретические основы проблемы // Экономика здравоохранения. 2003. № 10. С. 11-16.
3. Светличная Т.Г., Цыганова О.А. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг // Социальные аспекты здоровья населения 2011. №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru>
4. Чумаков А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы): автореф. Дис д-ра мед. наук. Иваново. 2009. 42 с.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Майорская А.С., Беликов Д.С.**

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Цель исследования.** В соответствии с данным положением дел, нами была поставлена цель проведения ряда исследований по данной теме на базе ГБУ РМЭ «Волжская ЦРБ» для последующей разработки путей совершенствования системы управления в государственных учреждениях здравоохранения, адаптированных под современные российские реалии.

**Материалы и методы.** Во время исследований, мы подробно изучали и использовали ряд положений и приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, касающихся данной темы. Помимо этого, нами был проведен ряд интервью с администрацией ГБУ РМЭ «Волжская ЦРБ» и ведущими сотрудниками кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение с курсом Экономики и управления в здравоохранении СамГМУ».

**Результаты.** На основании полученных результатов, мы разработали более эффективную систему управления государственными учреждениями здравоохранения, базирующуюся на равноправном разделении рычагов управления между главным

врачом [3, С. 1] и директором. В нашей модели главный врач отвечает исключительно за качество проводимых лечебных процессов, в то время как директор отвечает за все административно-хозяйственные, общественные и экономические вопросы учреждения. При этом мы пришли к заключению, что должность «Директор» может замещаться только специалистами с образованием «Экономика и управление в здравоохранении». Выпускники данного факультета получают все необходимые медицинские и экономические дисциплины по профилю здравоохранения, что формируют у них специфичный «профессиональный менталитет». Иными словами, должность директора в государственном медицинском учреждении должен занимать человек подходящий к решению профессиональных проблем с экономической точки зрения, прекрасно понимая особенности лечебного процесса. Также нами было разработано специальное положение, касающееся назначения на должности заместителей. Оно строго регламентирует возможное количество заместителей, их образование и должностные обязанности в зависимости от уровня больницы.

**Вывод.** Подводя итоги проделанной работы, мы пришли к выводу, что внедрение разработанной нами модели приведёт к повышению эффективности управления в государственных медицинских учреждениях, что позволит значительно приблизиться к планке европейского уровня здравоохранения.

#### **Список литературы.**

1. Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением РФ. – Саратов, 2006. – 216 с.
2. Экономика здравоохранения. / Под научной редакцией М.Г. Колосницкой, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2009. – 476 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н – г. Москва.

## **ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

**Макаров В.Ю., Шильникова Н.Ф.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия.

**Цель исследования.** Провести анализ экономической эффективности использования государственных ресурсов при оказании помощи в условиях стационаров на территории Забайкальского края за период 2008-2012гг.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования использовались данные статистической формы №62, утвержденной приказом Росстата от 29.07.2009. с применением методики методика, утвержденная Коллегией Счетной палаты РФ по аудиту эффективности государственных расходов при реализации государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи [1].

**Результаты.** Медицинская помощь в стационарных условиях предоставляется 60 медицинскими организациями государственной формы собственности. Период 2008-2012гг. характеризуется дефицитом финансирования территориальной программы в среднем  $20,35 \% \pm 7,4$ .

Фактически выполненные объемы стационарной помощи превышают нормативы в течение всего анализируемого периода. Несмотря на наметившуюся тенденцию сокращения, стационарная помощь преобладает и превышает норматив на 14,72 %. Все вышеизложенное свидетельствует о недостаточных темпах структурной перестройки регионального здравоохранения, при этом, объемы медицинской помощи, оказанной населению в стационарах, составили в среднем  $59,8 \% \pm 0,79$  от объема услуг, оказанных всеми поставщиками услуг здравоохранения.

Проведена оценка эффективности управления объемами и стоимостью стационарной медицинской помощи с использованием методики: где:  $P_6$  – неэффективные расходы на управление объемами стационарной медицинской помощи в расчете на одного жителя (тыс. рублей);  $OC_f$  – фактический объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (дни);  $OC_n$  – норматив объема медицинской помощи в расчете на одного жителя, установленный территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (дни);  $С_{кд}$  – фактическая стоимость одного койко-дня;  $V_n$  – среднегодовая численность населения в субъекте РФ. Формула рассчитывается при  $OC_f > OC_n$  [2].

Выявлен экономический ущерб вследствие неэффективного управления объемами стационарной медицинской помощи в Забайкальском крае, который за анализируемый период составил 5 267 465 166 рублей. Самый большой экономический ущерб вследствие неэффективного управления объемами и стоимостью стационарной медицинской помощи установлен в 2008г. в размере – 1 403 272 798 руб.

**Вывод.** Несбалансированность объемов медицинской помощи по нормативу и увеличение объемов стационарной помощи приводит к снижению доступности бесплатной медицинской помощи, а так же достаточно ощутимому экономическому ущербу для отрасли в целом.

### **Список литературы.**

1. Дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи в разрезе субъектов РФ / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И. М. Леонов и др. // Менеджер здравоохранения. Науч.-практич. журнал. – 2011. – № 4. – С. 6-30.

2. Шильникова, Н.Ф. Научное обоснование эффективности использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне, обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению: дис. ... д-ра мед. наук :14.00.33: защищена 24.12.08 : утв. 06.03.09 / Н.Ф. Шильникова. – Москва, 2008. – 267 с.

## **ДЕСИНХРОНОЗ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Маневич Т.М., Тяжелников А.А.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Целью исследования** явилось изучение распространенности десинхронозов у больных ЦВБ.

**Материалы и методы.** Обследовано 178 пациентов, с ЦВБ (средний возраст  $62.5 \pm 7.4$  лет, мужчин – 87 (45.1 %), женщин – 91 (55,9 %). Анализ распространенности нарушений сна и десинхронозов проводился на основании психологического тестирования: когнитивные тесты, оценка аффективной и поведенческой сферы, нарушений сна.

**Результаты.** ЦВБ у данной группы пациентов распределялись следующим образом: субарахноидальное кровоизлияние (поздний восстановительный период) – 1.12 %, внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние (поздний восстановительный период) – 1,12 %, последствия инфаркта мозга – 4.5 %, инсульт неуточненный как кровоизлияние или инфаркт -5,6 %, закупорка и стеноз прецеребральных и церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга – 2.25 %, другие цереброваскулярные болезни (церебральный атеросклероз, гипертензивная энцефалопатия, хроническая ишемия мозга, последствия цереброваскулярных болезней) – 85,45 %. Десинхронозы были выявлены у 153 пациентов (86 %). Проведенное исследование показало высокую частоту встречаемости десинхронозов у больных ЦВБ и их положительную корреляционную взаимосвязь с развитием когнитивных и некогнитивных (поведенческих и аффек-

тивных) нарушений у данной группы пациентов, а также влиянием на качество жизни больных.

**Вывод.** Таким образом, десинхроноз можно рассматривать как фактор риска развития ЦВБ и инсульта у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Следовательно, раннее выявление и коррекция десинхроноза может способствовать профилактике инсульта и сосудистой деменции у данной категории больных.

### **Список литературы.**

1. Аведисова, А. С. Циркадианные ритмы: типичная и атипичная депрессии. Результаты анкетного исследования Циркадиан-П /А. С. Аведисова, Р. В. Ахапкин, М. П. Марычев, Ф. Ш. Шагиахметов//Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. – № 3. – С. 20—27.

2. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: монография; изд. 9, Иркутск: РИО ИГМАПО, 2013. 303 с.

3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России. Инсульт. Приложение Журнал неврологии и психиатр им. С.С. Корсакова, 2003;8,4-9. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/analiz-dannykh-epidemiologicheskogo-monitoringa-insulta-v-rossiiskoi-federatsii#ixzz2W8YsJexM>

4. Castilla-Guerra L, Espino-Montoro A, Fernández-Moreno MC, López-Chozas JM Abnormal blood pressure circadian rhythm in acute ischaemic stroke: are lacunar strokes really different?// Int J Stroke. 2009 Aug;4(4):257-61. doi: 10.1111/j.1747-4949.2009.00314.x

5. Jiménez Caballero PE; López Espuela F; Portilla Cuenca JC; Ramírez Moreno JM; Pedrera Zamorano JD; Casado Naranjo I Charlson comorbidity index in ischemic stroke and intracerebral hemorrhage as predictor of mortality and functional outcome after 6 months.//J Stroke Cerebrovasc Dis. 2013; 22(7):e214-8

6. Covassin N, de Zambotti M, Cellini N, Sarlo M, Stegagno L. Cardiovascular down-regulation in essential hypotension: Relationships with autonomic control and sleep.//Psychophysiology. 2013 May 8. doi: 10.1111/psyp.12055. [Epub ahead of print]

7. Das AM, Khan M. Obstructive sleep apnea and stroke. //Expert Rev Cardiovasc Ther. 2012 Apr;10(4):525-35. doi: 10.1586/erc.12.25.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ г. НИЖНЕВАРТОВСКА

Марносова О.В., Сопова И.Л.

НФ ОАО «Югория-Мед», Нижневартовск, Россия

**Цель исследования:** исследование основных характеристик питания студентов ВУЗов г.Нижневартовска.

**Материалы и методы.** Данные об характеристиках питания студентов ВУЗом г.Нижневартовска были получены путем анкетирования студентов 1-5 курсов. Всего роздано анкет 1000, собрано заполненных анкет 976. В качестве характеристик питания рассматривали: регулярность приемов пищи; частота приемов пищи; характер пищи; зависимость характеристик питания от степени ответственности за собственное здоровье.

**Результаты.** Регулярно принимали пищу только 72 % студентов. Почти треть опрошенных студентов принимали пищу столько раз, сколько им позволяла текущая ситуация. Среди тех, кто принимал пищу регулярно, каждый четвертый делал это три раза в день (40 %), каждый третий (29 %) более трех раз в день или два раза в день (27 %) и только 2 % студентов принимали пищу только один раз в день.

Наибольший объем пищи студенты предпочитают принимать во второй половине дня (40 %), более трети студентов (36 %) наибольший объем пищи принимают в середине дня. Каждый шестой из опрошенных студентов (17 %) делал акцент на утреннее время, 7 % студентов наибольший объем пищи принимали ночью.

Качество принимаемой пищи интересует практически всех студентов за исключением 7,5 %, которые указали в анкетах, что характер пищи их не интересует – «мне все равно, что я ем». Каждый третий студент (30 %) не всегда следит за качеством принимаемой пищи и признавались, что они стараются питаться правильно, но употребляли много жареной, копченой, жирной и острой пищи, а также периодически – «фастфуд».

Подавляющее большинство студентов (93 %) принимают пищу между основными приемами, из них 30 % – пили чай, или кофе, остальные употребляли фрукты, йогурты, шоколад, конфеты, печенье, фастфуд. Большинство студентов регулярно употребляют газированные напитки, и только каждый четвертый опрошенный старается их исключить из своего рациона.

Студенты, которые указали в анкетах, что считают себя ответственными за свое здоровье, имели отличные от других характеристики питания. Они чаще принимали пищу регулярно ( $p < 0.05$ ), практически всегда интересовались качеством принимаемой пищи ( $p < 0.05$ ), реже принимали пищу между основными приемами ( $p < 0.05$ ).

Полученные данные соответствуют и распределению жизненных приоритетов, указанных студентами. Так приоритет «здоровье» они размещали только на четвертое место, вслед за приоритетами «работа», «семья» и «образование».

**Вывод.** Таким образом, в результате исследования доказано, что студенты, обучающиеся в ВУЗах г. Нижневартовска, особенно те из них которые не считают себя ответственными за свое здоровье имеют повышенный риск развития заболеваний желудочно-кишечного тракта, который необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий в данной группе населения.

#### **Список литературы.**

1. Полунина Н.В. Факторная обусловленность состояния здоровья студенческой молодежи // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2006. № 3. С. 46.
2. Хетагурова А.К., Кучеренко В.З., Пешков М.Н., Эккерт Н.В. Теоретические основы качества жизни, связанного со здоровьем населения // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 2. С. 10.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВОСТОЧНОМ АДМИНИСТРАТИВНОМ ОКРУГЕ ГОРОДА МОСКВЫ**

**Маслова Д.В.**

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** на основании изучения медико-социальной характеристики, разработать мероприятия по оптимизации образа жизни лиц пожилого возраста, проживающих в Восточном административном округе города Москвы.

**Материалы и методы.** На базе городской поликлиники № 16 Восточного административного округа г. Москвы, исследовано 485 лиц в возрасте старше 60

лет и 480 лиц в возрасте 30-59 лет (группа сравнения). Исследование проводилось с помощью специально разработанного опросника.

**Результаты.** Среди исследуемой группы преобладают женщины, что достоверно больше, чем в группе сравнения (78,0 % % против 54,0 % %  $p < 0,001$ ). Среди респондентов исследуемой группы достоверно больше лиц, имеющих среднее специальное образование по сравнению с контрольной группой (46,0 % против 36,0 % ,  $p < 0,05$ ). 25,4 % респондентов исследуемой группы имеют высшее образование. Среди пожилых лиц 87,0 % % являются одиночками (не состоят в браке, вдовцы/вдовы, разведены), что достоверно больше по сравнению с контрольной группой, в которой 54,0 % % состоят в браке ( $p < 0,001$ ). 42,0 % % респондентов основной группы имеют третью и 60,0 % % – вторую группу инвалидности.

При изучении медико-социального статуса обследованных пожилых людей установлено, что первые ранговые места занимали болезни костно-мышечной системы (76,5 %) и системы кровообращения (75,0 %). Из всех обследованных лишь 30,4 % обслуживали себя полностью, а 65,4 % – с помощью технических средств реабилитации; самостоятельно могли передвигаться 54,6 %, а 40,8 % – с помощью вспомогательных средств. Более половины (54,0 %) лиц исследуемой группы не работают, что достоверно больше по сравнению с контрольной группой (28,1 % ,  $p < 0,0001$ ).

**Вывод.** На основании проведенного исследования были разработаны рекомендации по оптимизации образа жизни лиц пожилого возраста, проживающих в Восточном административном округе города Москвы: 1. проводить социально-психологические и социально-педагогические мероприятия с пожилыми больными. 2. проводить санитарно-просветительскую работу среди пожилого населения округа для развития мотивации к проведению диспансеризации и ее регулярности. 3. Изыскать возможность организациями медико-социальной реабилитации трудоустроить лиц пожилого возраста с целью повышения их социального благополучия.

#### **Список литературы.**

1. Явных В.И. Роль социального обслуживания в адаптации пожилых людей в новых социально-экономических условиях: Автореф. дисс. канд. социол. наук. М., 2002.
2. Яцемирская, Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология/Р.С. Яцемирская, И.Г. Беленькая. М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС.- 1999.
3. Hagedorn B. Occupational therapy: foundations for practice. Models, frames of reference and core skills. Churchill Livingstone. London, 1992.



## КАДРОВЫЙ РЕСУРС В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Матвеев Р.С., Салеев Р.А., Викторов В.Н., Козлова Н.Е.

АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития  
Чувашии, Чебоксары, Россия.

**Цель исследования:** изучение эффективности использования кадровых ресурсов в системе оказания стоматологической помощи населению в условиях реформирования.

**Материалы и методы:** Проанализировано кадровое обеспечение стоматологической поликлиники № 1 и особенности использование кадровых ресурсов в период реформирования службы, а также отчетные формы работы городской стоматологической поликлиники.

**Результаты.** МУЗ «Городская стоматологическая поликлиника» образована путем слияния 4-х муниципальных учреждений здравоохранения. Поликлиника с общей проектной мощностью филиалов 1786 посещений в смену оказывает стоматологическую помощь 74 % населения г. Чебоксары, в т.ч. 101004 детям, 238309 взрослым, на основании лицензии на медицинскую деятельность поликлиники №ЛО-21-01-000402 от 9 марта 2010 г.

В базовых поликлиниках были изучены условия и факторы, оказывающие влияние на качество медицинской помощи: организация труда медперсонала, квалификация врачей и средних медицинских кадров, нагрузка врачей, укомплектованность врачами и средним медперсоналом, использование медицинских стандартов, система контроля качества оказываемой медицинской помощи, материальное и моральное стимулирование труда врачей за объем и качество медицинской помощи. Отмечено увеличение числа пациентов, обслуживаемых по программам ДМС, до 260 чел., объем финансирования увеличился до 7 298 200 руб. за 3 года. Внедрение прогрессивной системы оплаты труда по конечным результатам, обеспечило рост среднемесячной зарплаты за 3 года в среднем в 1,4 раза.

**Вывод.** В условиях мирового экономического кризиса объединение стоматологических клиник показало высокую медицинскую, социальную, экономическую эффективность, обеспечило конкурентоспособность учреждения, способствовало повышению доступности и повышению качества оказания стоматологических услуг населению, сохранив объемы выполнения Программы государственных гарантий и увеличив рост консолидированного бюджета в 3,3 раза за 5 лет.

### **Список литературы.**

1. Мустафаев Р.Р. Повышение качества стоматологического обслуживания населения с учетом оценки маркетинговой политики учреждений здравоохранения: Дисс.... канд. мед. наук. – Казань. – 2011. – 113 с.
2. Шведенко И.В. Управление ресурсами стоматологической службы на примере Приморского края: Дисс.... докт. мед. наук. – Владивосток. – 2009. – 235 с.
3. Герасимова Л.И., Матвеев Р.С., Викторов В.Н. Особенности управления кадровыми ресурсами в условиях реформирования стоматологической службы на муниципальном уровне. /Современные проблемы науки и образования: электронный журнал.- 2013. – № 2.

## **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ШКОЛЬНИКОВ**

**Милушкина О.Ю., Скоблина Н.А., Бокарева Н.А., Тихонова Ю.Л.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ НИЦЗД РАМН,  
Москва, Россия

**Цель исследования.** Изучить влияние медико-социальных факторов на морфофункциональные показатели современных детей и подростков.

**Материалы и методы.** Анализ анкетных данных родителей 535 московских школьников позволил выявить некоторые особенности периода беременности матери и родов, факторы раннего детства, условия и факторы образа жизни детей и их родителей в начале XXI века и представить социально-гигиенический портрет современной семьи, воспитывающей школьника.

**Результаты.** В каждой второй семье один или оба родителя имеют высшее образование, каждая пятая семья неполная, 12 % семей имеют доход ниже прожиточного минимума, жилая площадь на одного члена семьи менее 5 м<sup>2</sup> в каждой десятой семье, около 4 % многодетные семьи (четыре и более детей).

В семьях, где воспитываются мальчики, достоверно чаще возраст матери при рождении данного ребенка составлял 30 лет и старше (26,2 % против 20,6 % у девочек,  $p < 0,05$ ). Контакт с вредными производственными факторами имеют 9-10 % матерей. Установлен высокий уровень распространенности вредных привы-

чек у родителей: употребление алкоголя, в том числе во время беременности – указали 50 % и матерей, и отцов; курящие матери составляют 26 %, отцы – почти 60 %. Конфликтная семейная обстановка в 3,3 % семьях.

Среди неблагоприятных факторов в жизни детей следует отметить недостаточное время, уделяемое физкультуре и спорту вне школы: более 60 % детей нерегулярно или совсем не посещают занятия с двигательным компонентом, что приводит к нарушениям морфофункционального развития современных школьников [2].

Анализ питания семей показал, что 42,7-86,9 % детей регулярно (7 раз в неделю) получают основные группы пищевых продуктов: мясо, молоко, яйца, рыбу, сливочное масло, фрукты и овощи, крупяные и хлебобулочные изделия. Однако 24,5 % детей получают мясо и рыбу только 1-2 раза в неделю. Около 4 % детей только 1-2 раза в неделю употребляют молоко и молочные продукты.

Использование регрессионного анализа позволило получить данные о взаимосвязи медико-биологических и социальных факторов и морфофункционального состояния детей и подростков. Стандартизованные коэффициенты регрессии составляют: прием лекарств матерью во время беременности (0,36), порядковый номер родов (-0,27), состав семьи (0,27), образование отца (0,25), конфликтная семейная обстановка (0,24).

**Вывод.** Профилактическая работа в образовательных организациях со школьниками групп риска нарушения морфофункционального развития должна учитывать факторы условий и образа жизни семьи и координировать деятельность медицинского персонала и социальных педагогов в учреждении.

#### **Список литературы.**

1. Величковский Б.Т. Основы жизнеспособности нации. Введение в социальную биологию человека. – М., 2012. – 72 с.
2. Кучма В.Р., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А., Детков В.Ю., Федотов Д.М. Гигиеническая оценка влияния средовых факторов на функциональные показатели школьников // Гигиена и санитария. – 2013. – № 5. – С. 91-94.
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
4. Полунина Н.В., Борисенко В.В. Роль семьи в сохранении здоровья детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2004. Т. – №4. С. 61-64.

# ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У ОДИНОКИХ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мороз И.Н., Калинина Т.В., Светлович Т.Г.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
РОО «Белорусское Общество Красного Креста», Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Сравнительная оценка качества жизни, связанного со здоровьем, одиноких и одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста (60 лет и старше) при разных условиях оказания медико-социальной помощи (МСП).

**Материалы и методы.** При проведении исследования использовались методы: социологический (опрос), метод экономического анализа «затраты – эффективность», анализ документов, статистический. Для оценки показателей качества жизни, связанных со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше был использован опросник SF-36, дополненный вопросами, характеризующими удовлетворенность населения получаемой МСП [3].

Было опрошено 780 одиноких и одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста, среди которых МСП в стационарных условиях оказывалась 138 нуждающимся (17,7 %) и 642 нуждающимся (82,3 %) – на дому.

**Результаты.** Средний возраст респондентов составил 76,5 (95 %ДИ 75,9 – 77,1) лет, среди которых удельный вес лиц в возрасте 60-74 лет составлял 40,0 % (312 из 780), в возрасте 75-89 лет – 56,9 % (444 из 780), в возрасте 90 лет и старше – 3,1 % (24 из 780). Средний возраст пациентов, которым была оказана МСП на дому, был статистически значимо ниже (Kolmogorov-Smirnov test,  $p < 0,005$ ), чем средний возраст пациентов, получавших МСП в стационарных условиях, и соответственно составил 76,2 (95 %ДИ 75,6-76,7) и 78,2 (95 %ДИ 76,7-79,8) года.

Анализ психологического и физического компонентов здоровья одиноких и одиноко проживающих лиц в возрасте 60 лет и старше свидетельствует о низком качестве их жизни, независимо от условий предоставления МСП. Психологический и физический компоненты здоровья пациентов при оказании МСП на дому достигали 43,9 балла (95 %ДИ 43,2-44,7) и 34,4 (95 %ДИ 33,5-35,2) балла. При оказании МСП в стационарных условиях психологический и физический компоненты здоровья пациентов составляли 40,8 балла (95 %ДИ 38,9-42,6) и 31,4 (95 %ДИ 29,8-33,1) балла.

Однако следует отметить, что показатели психологического и физического компонентов здоровья пациентов были статистически значимо выше при оказа-

нии МСП на дому ( $p < 0,05$ ), чем в стационарных условиях. Это обусловлено тем, что среди пациентов, которым оказывалась МСП в стационарных условиях, доля лиц в возрасте 60-74 года была статистически значимо ниже (Chi-square,  $\chi^2=15.9$ ,  $p=0,001$ ), чем среди пациентов, которым МСП предоставлялась на дому, и соответственно составляла 32,6 % (45 из 138) и 41,6 % (267 из 642).

**Вывод.** Показатели психологического и физического компонентов здоровья одиноких и одиноко проживающих лиц в возрасте 60 лет и старше свидетельствует о низком качестве их жизни, независимо от условий предоставления МСП.

#### **Список литературы.**

1. Пушкова Э.С. Качество жизни пожилых. Опыт Санкт-Петербургской гериатрической службы // Мир медицины. – 1999. – № 9. – С. 1–3.
2. Подопригра Г.М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 15–15.
3. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю. Л. Шевченко. М., 2007. -320 с.

## **ДИСТАНЦИОННЫЕ ЗАНЯТИЯ КИНЕЗИТЕРАПИЕЙ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ**

**Московцев Г.Н.**

Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования.** Опробовать возможность обучения пациентов с муковисцидозом кинезитерапии с использованием интернет-технологий и оценить эффективность дистанционных занятий.

**Материалы и методы.** Занятия с больными муковисцидозом из разных городов России проводились по скайпу. Преимущества такого обучения перед традиционными (по литературе и пособиям, либо непосредственно в медучреждении), в следующем: комфортные условия занятий (ты дома); интерактивный режим (контакт с преподавателем, можно все показать, объяснить, вдохновить); нет риска перекрестного заражения (при муковисцидозе он чрезвычайно высок); регулярность и возможность выбора удобного времени занятий (никаких очередей); независимость от города и места проживания (доступно в режиме онлайн для жи-

телей отдаленных мест, поездки не нужны); возможна сетевая передача опыта и знакомство пациентов с муковисцидозом друг с другом (сейчас им резко не хватает общения).

**Результаты.** Проведены циклы индивидуальных занятий с пациентами из городов Екатеринбург, Стерлитамак, Нижний Новгород, Москва и др. Во всех случаях удавалось обучить больного муковисцидозом специальным техникам кинезитерапии и добиться заметного улучшения его состояния. Побочных отрицательных эффектов и осложнений не было. Результат всегда зависел в основном от приверженности пациента занятиям. Вот отзывы пациентов об эффективности проведенных онлайн занятий (длительность курса от двух месяцев): Дима, 34 года: «Раньше не мог встать с кровати – сейчас избегаю на десятый этаж»; Катя, 23 года: «Сатурация была 94 – сейчас 97, количество мокроты уменьшилось с 400 до 250 мл в сутки; Лена, 13 лет: «Избавилась от синегнойной палочки, набрала 8 кг». Вот более подробные данные из дневника самоконтроля одной из пациенток: «Здоровье улучшилось, я легче переношу физические нагрузки; перестала кашлять; нет одышки (раньше запыхивалась после 5 мин. бега); перестало постоянно першить в горле; чаще и лучше отходит мокрота (её стало меньше, теперь она не такая густая и светлая, а была зеленой); повысился аппетит; стала просыпаться в 8:00 без будильника; улучшилась осанка; повысилось настроение, стала более спокойной, уравновешенной». Оценки подтверждаются объективными параметрами и заключением лечащего врача.

В настоящее время набрана группа пациентов с муковисцидозом из разных городов для проведения занятий по разработанной схеме.

**Вывод.** Проведение дистанционных занятий кинезитерапией с использованием Интернета эффективно и имеет ряд преимуществ перед традиционным, особенно для пациентов с муковисцидозом.

#### **Список литературы.**

1. Московцев Г.Н. Я дышу, или Муковисцидоз изнутри. СПб, «Питер», 2013, 384с.

2. Московцев Г.Н. Личный опыт профилактики обострений при муковисцидозе. Сборник тезисов докладов XI Национального конгресса «Муковисцидоз у детей и взрослых», М., 2013, с.59-60.

# ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, КАК ПРОФИЛАКТИКА МУКОВИСЦИДОЗА

Московцев Г.Н.

Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования.** Определить и опробовать на личном опыте профилактические методы и приемы, с помощью которых больному муковисцидозом удастся снизить частоту обострений, минимизировать дозировку лекарств и повысить функциональные показатели работы легких и организма в целом.

**Материалы и методы.** У автора муковисцидоз, тяжелое течение, дыхательная недостаточность второй-третьей степени. Все эксперименты выполнялись им на себе в домашних условиях. Параметры (сатурация, пульс, вес, количество мокроты, показатели пикфлоуметрии и др.) измерялись и фиксировались ежедневно. При разработке индивидуальной системы профилактики автор исходил из следующих посылок. Необходимы: постоянный мониторинг здоровья, управляемое самоведение; врач и пациент должны работать сообща, и не только в периоды кризисов и госпитализаций; регулярность выполнения домашних процедур и занятий кинезитерапией; позитивный настрой, вера в свои силы и правильность пути.

Ведение здорового образа жизни включало в себя следующее: правильное дыхание (с обязательным освоением диафрагмального); сбалансированное питание (с включением в рацион специальных питательных смесей); строгое соблюдение правил гигиены, общей и специальной (промывание носа и т.п.); разработка и соблюдение режима дня (тайм-менеджмент, раннее засыпание и подъем); выработка правильной осанки; закаливание (обливания, купания, парная баня и пр.); спорт, физическая активность (ходьба, бег, лыжи, танцы и др.); Специальные процедуры (базовая медикаментозная терапия, ингаляции, кинезитерапия с аутогенным дренажем и др.); общение, активное участие в социальной жизни (с обязательным ощущением того, что ты приносишь пользу, нужен людям); принятие и следование идеологии здоровья (позитивное мышление, пропаганда здорового образа жизни с муковисцидозом, вовлечение в него других пациентов).

**Результаты.** Эксперимент был начат в полном объеме в июле 2011г., после трех подряд пребываний в стационарах общей продолжительностью более трех месяцев (лихорадка с высокой температурой возобновлялась через короткое время после окончания внутривенного курса антибиотиков). Параметры в 2011г.: са-

турация 86 %, объем форсированного выдоха – 35 %, жизненная емкость легких – 60 %. Приходилось круглосуточно применять кислород.

Для выхода из кризиса использовались все приведенные выше приемы, продолжительность занятий кинезитерапией составляла не менее пяти часов в день. Через 6-8 месяцев занятий, соблюдения режима и процедур удалось достичь следующих показателей: сатурация 94-96 %, объем форсированного выдоха – 63 %, жизненная емкость легких – 85 %. Эти показатели удается поддерживать до настоящего времени (около трех лет). Кислород сейчас применяется по самочувствию. Обострений и необходимости в госпитализациях с внутривенным введением антибиотиков за указанный период не возникало, хотя прежде в больницу приходилось ложиться 2 – 4 раза в год.

**Вывод.** Здоровый образ жизни при активном применении адаптивной физической культуры и базовой медикаментозной терапии позволяет значительно облегчить течение муковисцидоза.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ТАЗОВОЙ ДЕСЦЕНЦИИ И ДИССИНЕРГИИ**

**Мухтарова С.М., Омарова Г.К., Юлдашева А.И., Алиева Ш.У.**

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
Алматы, Казахстан

**Цель исследования:** изучить структуру причин синдромов тазовой десценции и диссинергии у женщин в зависимости от возраста.

**Материалы и методы.** В исследование участвовали 90 женщин с синдромом тазовой десценции и диссинергии, которые были разделены по возрастным категориям: женщины в репродуктивном периоде, позднем репродуктивном периоде, перименопаузе и постменопаузе. Использовались клинические и статистические методы исследования.

**Результаты.** Средний возраст составил  $53,2 \pm 7$  лет. В зависимости от возрастного периода пациентки были распределены следующим образом, большинство женщин, страдающих СТДиД, были в постменопаузальном периоде 61 (67,8 %), на втором месте – в перименопаузальном 21 (23,3 %), на третьем – позднем репродуктивном периоде 6 (6,7 %) и на четвертом месте – активном репродуктивном периоде 2 (2,2 %). Оценка репродуктивного анамнеза пациенток выявила, что все женщины имели в анамнезе роды: у 20 (22,2 %) – 1 роды, у 57 (63,4 %) – до 3-х родов и у 13 (14,4 %) – 4 и более.



Проведенное исследование выявило, что у 72 женщин (80 %) новорожденные были со средней массой тела, тогда как у 18 женщин (20 %) – макросомия.

Результаты исследования показали, что основными причинами развития СТДиД, явились сочетание 2-х и более причин у 65 женщин (72,2 %), гипоэстрогенемия у 61 (67,7 %), акушерский травматизм у 27 (30 %), повышение внутрибрюшинного давления у 18 (20 %), ненормированный физический труд у 15 (16,7 %), дисплазия соединительной ткани у 15 (16,7 %).

Основными жалобами женщин с СТДиД являлись: недержание мочи при напряжении у 65 женщин (72,2 %), ощущение инородного тела во влагалище у 36 (40 %), дискомфорт в промежности у 29 (32,2 %), чувство давления внизу живота у 28 (31,1 %), в недержание газов у 23 (25,6 %), недержание кала у 15 (16,7 %), учащение мочеиспускания у 3 (3,3 %).

**Вывод.** Таким образом, синдром тазовой десценции и диссинергии (СТДиД) наиболее часто встречаются у рожавших женщин, преимущественно в постменопаузальном периоде.

Основными факторами риска СТДиД являются гипоэстрогенемия, акушерский травматизм, дисплазия соединительной ткани, а так же сочетание причин. Основными жалобами женщин с СТДиД явились недержание мочи при напряжении, ощущение инородного тела и дискомфорт во влагалище.

#### **Список литературы.**

1. Swift S.E., Tate S.B. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – V. 189. – P. 372-377.
2. Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2005. – V.19. – P. 895-911.

## **ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ПРОЕКТА**

**«Клиника, дружественная к молодежи»**

**Нагаев Р.Я., Ахмерова С.Г., Ахмадуллина Г.Х., Шамгулова С.Ф.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования:** определение путей совершенствования медико-социальной помощи подросткам на основе анализа особенностей их образа жизни и организации досуга.

**Материалы и методы.** Проведено изучение образа жизни 467 школьников 15-17 лет, проживающих в городе Сибай. В социологическом исследовании была использована анкета для изучения медико-социальных причин нарушения здоровья и анкета «СИНДИ», адаптированная к условиям жизни в России.

**Результаты.** Выявлены снижение объема двигательной нагрузки, уменьшение продолжительности ночного сна и времени пребывания на свежем воздухе, редкий прием горячей пищи, преобладание в рационе фаст-фуда, замена реального общения со сверстниками общением в социальных сетях, снижение нижней границы приобщения к психоактивным веществам, ранняя трудовая занятость, преимущественно развлекательный, а не познавательный досуг. Недостаточная медицинская активность отмечена у 84,6 % подростков. По данным медицинских осмотров только 11,2 % школьников может считаться абсолютно здоровыми. Большинство обследованных относятся к третьей группе здоровья (78,4 %), 10,4 % относятся ко второй группе здоровья.

Анкетирование 208 педиатров г. Сибай показало, что с учетом особенностей поведения и образа жизни подростков в детских поликлиниках необходимо создавать медико-социальную службу по работе с подростками.

Примером подобного медико-социального центра является модель «Клиника, дружественная к молодежи» (КДМ). На сегодняшний день в Российской Федерации создано более 130 КДМ. В Республике Башкортостан работают шесть КДМ: в городах Октябрьский, Нефтекамск, Сибай и три Клиники в Уфе.

В городе Сибай КДМ функционирует на базе детской поликлиники с 2007 года. Штаты КДМ составляют врачи узких специальностей, психологи, социальные педагоги, юристы. На базе КДМ проводятся оздоровительные, реабилитационные, санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, организуется волонтерское движение. В клинике можно проконсультироваться у психолога, юриста, изучить материалы по вопросам здорового образа жизни, планирования семьи, по профилактике наркомании, алкоголизма и табакокурения. На базе КДМ организована диспансеризация детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Повторный опрос показал, что 92,8 % педиатров одобрили деятельность КДМ. 76,4 % отметили, что КДМ во многом позволяет разгрузить участкового педиатра и узких специалистов на амбулаторном приеме, 54,2 % считают, что наблюдение подростка в КДМ позволяет более качественно проводить профилактику социально-обусловленных заболеваний.

**Вывод.** Развитие на базе амбулаторно-поликлинических учреждений модели «Клиника, дружественная к молодежи» является наиболее оптимальным вариан-

том трансформации подростковой службы, ее соответствия специфическим потребностям и образу жизни подростков.

#### **Список литературы.**

1. Амлаев, К.Р. Результаты изучения некоторых аспектов образа жизни молодежи ряда Российских городов / К.Р. Амлаев, М.А. Ашихмина, Е.В. Крылова, Н.В. Загребина [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 8-11.

2. Константиновский, Д.Л. Жизненные траектории молодежи: 10 лет спустя. Социологическое исследование / Д.Л. Константиновский, Е.Д. Вознесенская, Г.А. Чередниченко, Ф.А. Хохлушкина. – М.: Институт социологии РАН, 2010. – 277с.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Насибуллин А.М., Копецкий И.С., Полунина Н.В.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования** – изучить организацию медицинской помощи в исследуемой группе пациентов в условиях многопрофильного стационара крупного города.

**Материалы и методы.** Объектом научного наблюдения и анализа явились 514 пациентов с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области, которые находились на стационарном лечении в ГКБ № 1 и ГКБ № 36 г. Москвы, имеющих в своем составе отделения челюстно-лицевой хирургии. Распределение пациентов с огнестрельными ранениями было проведено в зависимости от локализации ранения на группы А и В. В группу А (61,3 %) вошли больные с огнестрельными ранениями мягких тканей, в группу В (38,7 %) – с повреждениями костных структур челюстно-лицевой области.

**Результаты.** Анализ оказания медицинской помощи больным с огнестрельными ранениями показал наличие дефектов на всех этапах оказания помощи, устранение которых дает возможность повысить качество оказания помощи в стационаре и после выписки из него и, соответственно, улучшить показатели

здоровья пациентов с огнестрельными ранениями ЧЛЮ. Выполненное исследование позволило разработать оптимальный алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с огнестрельными ранениями лица мирного времени.

**Вывод.** Разработанные мероприятия по реабилитации пациентов с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области в условиях мегаполиса позволили снизить показатель среднего койко-дня пребывания пациентов в стационаре за трехлетний период в группе А на 3,9, в группе В – на 4,9. Снижение среднего количества койко-дней объясняется внедрением разработанного алгоритма непосредственной фиксации костных фрагментов в день поступления. Раннее оказание помощи, этапный подход к лечению с учетом состояния костных и мягких тканей в каждом конкретном случае приводит к значительному уменьшению частоты развития воспалительных осложнений, посттравматических дефектов и деформаций, сокращает продолжительность реабилитационного периода и повышает экономический эффект лечения этой сложной категории больных.

#### **Список литературы.**

1. Полунина Н.В., Копецкий И.С., Притыко А.Г. Травматизм челюстно-лицевой области (опыт 50-летнего наблюдения). // Ж. Вестник РГМУ. – 2012. – №2. – С. 31-34.
2. Копецкий И.С., Гончарова А.В. Комплексный подход в организации лечения больных с травмой лицевого скелета // Ж. Вестник оториноларингологии. – М., 2008. – №5. – С.28-29.
3. Фиалко П.Н., Юрмазов Н.Б., Малков Н.В., Ахапкин С.М. Огнестрельное ранение лица травматическим оружием // Медицина в Кузбассе. – 2008. – №4. – С. 26-27.

## **РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ И ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**Нелюбова О.А., Сазанова Г.Ю., Утц С.Р., Моррисон А.В.**

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет»  
им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов, Россия

**Цель исследования:** изучение динамики показателей заболеваемости сифилисом и гонореей взрослого населения Саратовской области за период с 2007-2012 гг.

**Материалы и методы:** официальные статистические данные министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральной

службы государственной статистики. Использовались аналитический и статистические методы исследования.

**Результаты.** Проведен сравнительный анализ заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией за период с 2007 г. по 2012 г. В Российской Федерации снижение уровня заболеваемости сифилисом взрослого населения за исследуемый период составила 12,34 % (2007 г. – 63,0 сл., 2012 г. – 33,0 сл. на 100 тыс. населения), гонококковой инфекцией составил 10,4 % (2007 г. – 60,8 сл., 2012 г. – 36,4 сл. на 100 тыс. населения), в Приволжском федеральном округе (ПФО) – соответственно 12,15 % (2007 г. – 65,7 сл., 2012 г. – 32,6 сл. на 100 тыс. населения) и 9,3 % (2007 г. – 65,8 сл., 2012 г. – 41,6 сл. на 100 тыс. населения).

Снижение показателя заболеваемости сифилисом в Саратовской области за 6 лет составило 11,25 % (2007 г. – сл., 2012 г. – сл. на 100 тыс. населения). Несмотря на снижение заболеваемости гонореей взрослого населения в РФ и ПФО рост показателя заболеваемости по Саратовской области составил 19,9 % (2007 г. – 37,2 сл., 2012 г. – 24,0 сл. на 100 тыс. населения), что превышает данный показатель заболеваемости в Российской Федерации на 9,5 %, в ПФО – на 10,6 %. По уровню заболеваемости сифилисом среди регионов ПФО Саратовская область занимает четвертое ранговое место, по уровню заболеваемости гонококковой инфекцией – одиннадцатое место.

#### **Выводы.**

1. Отмечается снижение уровня заболеваемости взрослого населения Саратовской области сифилисом.
2. Несмотря на положительную динамику, уровень заболеваемости гонореей по Саратовской области превышает уровень заболеваемости этой инфекцией взрослого населения по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному округу.
3. Выявленные тенденции показателей заболеваемости взрослого населения Саратовской области гонококковой инфекцией и сифилисом свидетельствуют о недостаточном уровне профилактической работы при оказании первичной медико-санитарной помощи и необходимости оптимизации ее организации.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ УЧАСТКОВЫМИ ТЕРАПЕВТАМИ

Оприщенко С.А., Оприщенко Д.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи и оптимизация работы участковых врачей стоят приоритетными задачами в рамках модернизации системы отечественного здравоохранения.

**Целью исследования** явилось определение объема и характера работы участкового врача на поликлиническом приеме.

**Материалы и методы.** На базе 4 поликлиник различных округов г. Москвы, в течении 2 недель был проведен самохронометраж работы 14 участковых терапевтов.

**Результаты.** В результате проведенного исследования было установлено, что в среднем 32 % рабочего времени врач затрачивает на выполнение различных манипуляций, не связанных непосредственно с приемом больных. Полученные данные позволили определить структуру занятости- 1) на выяснение вопросов, связанных с нетрудоспособностью пациентов, на участие в совещаниях, консультациях- 35 %, 2) на заполнение выписок, направлений, других документов, в том числе с помощью компьютеров – 34 %, 3) выяснение вопросов с регистратурой- 15 %, 4) решение хозяйственных вопросов, перерывы 12 %, 5) на прием пищи – 4 %. Необходимо подчеркнуть, что данное анкетирование проводилось в весеннее время года, и число пациентов в среднем на приеме превышало 20 человек. В связи с этим, среднее время приема каждого пациента составляло от 6 до 10 минут.

**Вывод.** Подводя итог вышесказанному, можно сказать, что почти треть рабочего времени тратится врачом на выполнение задач, опосредованно связанных с пациентом, которые косвенно ведут к уменьшению времени, выделяемого на каждого больного при его посещении участкового врача. Необходимо обеспечить благоприятные условия работы участковому терапевту с целью увеличения времени затрачиваемого на каждого больного для повышения точности постановки диагноза и составления плана, контроля назначаемого лечения.

# БОЛЬНИЧНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Орлов А.Е., Павлов В.В., Суслин С.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Цель исследования.** Изучение больничной летальности в крупном многопрофильном стационаре для повышения качества медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Использовались статистический и аналитический методы исследования по данным городской клинической больницы города Самары (отчетная форма № 30) за 2007-2011 годы.

**Результаты.** Показатель больничной летальности за период с 2007 по 2011 года колебался в динамике от 1,5 до 2,1 %. В целом за этот период он вырос на 40 %. Наибольшим был темп прироста показателя в 2008 и 2010 годах.

Общий показатель летальности в стационаре складывается из показателей летальности на койках разного профиля. Летальность на койках хирургического профиля за пять лет при колебаниях в динамике остается выше базового уровня (общего значения летальности в стационаре). Некоторое его снижение (по отношению к предыдущим годам) отмечалось в 2009 и 2011 годах. Выравнивание динамического ряда летальности на койках хирургического профиля демонстрирует тенденцию к росту показателя.

Уровень больничной летальности нейрохирургического профиля снизился в 2008-2009 годах (при максимальном темпе снижения – 33,3 % – в 2009 году). В 2010 году произошел его рост с последующим снижением. При выравнивании динамического ряда было установлено, что общей тенденцией является снижение показателя.

На травматологических койках после значительного снижения летальности в 2008 году показатель вырос в 2009 году и снижался в последующем, что отражает общую тенденцию к снижению показателя. На койках торакальной хирургии (которые открыты в 2007 году) показатель также менялся неоднозначно, однако за период с 2008 по 2011 год он снизился на 24,8 %.

На ожоговых койках показатель летальности ежегодно меняет свою направленность. Однако в целом за пять лет имеет место тенденция к его небольшому росту.

На неврологических койках уровень летальности последовательно снижается, за исключением 2011 года, когда он вырос (не достигнув, однако, уровня 2007 года), то есть в целом имеет место тенденция к снижению показателя.

На койках гнойной хирургии уровень больничной летальности меняется волнообразно, в целом же имеет слабо выраженную тенденцию к снижению.

На кардиологических койках за рассматриваемый период имеется тенденция к снижению больничной летальности.

**Вывод.** Таким образом, проведенный анализ показывает, что больничная летальность в крупном городском стационаре имеет тенденцию к росту, главным образом, за счет коек хирургического профиля. Самый высокий уровень летальности (в 2011 году) отмечается на койках торакальной хирургии (10,0 %). Далее следуют неврологические койки (7,3 %), ожоговые (5,8 %), кардиологические (3,7 %), койки гнойной хирургии (1,6 %), нейрохирургические (1,4 %), травматологические (1,3 %). На остальных койках уровень больничной летальности значительно ниже.

Полученная информация позволяет принимать управленческие решения по повышению качества медицинской помощи, как на стационарном этапе, так и на этапе амбулаторной медицинской помощи.

## **КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МНЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ГОРОДСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

**Орлов А.Е., Суслин С.А., Павлов В.В.**

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Цель исследования.** Изучение мнения сотрудников городского многопрофильного стационара о качестве медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Опрошено 528 респондентов из числа врачей и среднего медицинского персонала городской клинической больницы № 1 города Самары по специально разработанной анкете. Использовался социологический метод исследования.

**Результаты.** Средний возраст опрошенных составил  $44,3 \pm 1,8$  лет, преобладали женщины (84,7 %). Большая часть сотрудников (76,9 %) имела квалификационную категорию (в т.ч. 9,7 % – вторую; 6,6 % – первую; 60,6 % – высшую). Отвечая на вопрос о подготовленности в вопросах КМП, 49,2 % респондентов считали себя достаточно подготовленными (55,6 % мужчин и 48,0 % женщин);



20,3 % сочли себя не вполне подготовленными (11,1 % мужчин и 22,0 % женщин).

Респондентам в пятибалльной системе предлагалось оценить качество помощи, оказываемой в больнице. Неудовлетворительным его считали 1,5 % опрошенных (только женщины); удовлетворительным – 18,8 % (9,1 % мужчин и 20,7 % женщин); хорошим – 47,8 % (63,6 % мужчин и 44,8 % женщин); отличным – 31,9 % (27,3 % мужчин и 32,8 % женщин). Средний балл составил  $4,1 \pm 0,109$  ( $4,18 \pm 0,17$  среди мужчин и  $4,09 \pm 0,1$  среди женщин).

Проведенное исследование подтвердило, что, во-первых, в стационаре ведется систематическая работа по обучению медицинского персонала вопросам оценки, контроля и обеспечения КМП. И врачи, и средний медперсонал достаточно активно занимаются самообразованием (60,8 %). Во-вторых, указанная работа имеет позитивный результат, что проявляется высоким процентом считающих себя осведомленными в вопросах КМП (58,0 %), хорошей оценкой качества помощи, оказываемой в больнице (особенно в «собственных» подразделениях), и высокой долей респондентов, считающих, что в больнице ведется постоянная работа по обеспечению КМП (72,0 %). В-третьих, деятельность по обучению КМП требует совершенствования, поскольку на многие вопросы тестового характера респонденты не смогли дать полного и правильного ответа (в отношении компонентов КМП, видов контроля, осуществляемых страховыми медицинскими организациями, средств контроля).

**Вывод.** Целесообразно продолжить в многопрофильном стационаре работу по повышению квалификации персонала в области КМП, деятельность по совершенствованию критериев результативности, мероприятия по улучшению КМП (включая совершенствование системы оплаты труда, укрепление материально-технической базы, решение кадровых вопросов – укомплектование больницы высококвалифицированными кадрами). Особое внимание в учебно-разъяснительной работе следует уделять молодым сотрудникам и дифференцировать ее характер (с учетом полученных в исследовании данных) в различных подразделениях больницы.

#### **Список литературы.**

1. Брескина Т.Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2008 – 40 с.

2. Кучеренко В.З. Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения России // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 4. – С. 46-50.

# МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Павлов В.В., Орлов А.Е., Суслин С.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Цель исследования.** Изучение мнения пациентов многопрофильного стационара о качестве медицинской помощи для ее улучшения.

**Материалы и методы.** Опрошено 357 респондентов из пациентов городской клинической больницы № 1 города Самары по специально разработанной анкете. Использовался социологический метод исследования.

**Результаты.** Средний возраст опрошенных составил  $39,8 \pm 1,9$  лет, преобладали женщины (61,3 %). Среди изученной совокупности наиболее высокой была доля служащих (32,8 %) и рабочих (30,8 %); 16,4 % пациентов было представлено безработными (в том числе 13,0 % – домохозяйками); 15,8 % – пенсионерами; 4,2 % – студентами.

Санитарно-гигиеническими условиями в стационаре были удовлетворены менее половины (40,6 %) респондентов. Еще столько же (43,5 %) указали, что они скорее удовлетворены, чем нет. Качеством питания было удовлетворено большинство пациентов («да» ответили 61,5 %, «скорее да» – 29,1 %).

Подавляющее большинство опрошенных пациентов полностью (82,5 %) или в большей степени (14,4 %) было удовлетворено качеством проведенного лечения. Оценивая в пятибалльной системе уровень организации оказания медицинской помощи в стационаре, более половины (51,5 %) респондентов считали, что он соответствует хорошему значению; 43,5 % – отличному. Небольшой (4,2 %) была доля удовлетворительных оценок, и лишь единичные респонденты (0,8 %) считали организацию помощи неудовлетворительной (1,2 % лиц 30-39 лет; 1,8 % – 50-59 лет и 1,6 % – 60 лет и старше).

Средний балл оценки качества составил  $4,38 \pm 0,03$ , колеблясь среди лиц разного возраста от 4,31 (50-59 лет) до 4,45 (до 20 лет), а среди респондентов разного социального статуса – от 4,22 (служащие) до 4,53 (студенты). Минимальный уровень среднего балла зафиксирован в хирургическом отделении стационара (4,0), максимальный – в неврологическом (4,91).

**Вывод.** Исследование показало, что в большинстве своем пациенты были удовлетворены как условиями пребывания в стационаре, так и качеством диагностических и лечебных мероприятий, организацией медицинской помощи. По

всем оценивавшимся аспектам случаи полной неудовлетворенности респондентов были единичными; невысока и доля тех, кто был частично не удовлетворен теми или иными параметрами. Наибольшие нарекания пациентов вызывают санитарно-гигиенические условия и питание. В то же время весьма важную роль играют деонтологические аспекты, поскольку имеют место случаи неудовлетворенности пациентов взаимоотношениями с медицинским персоналом и пожелания совершенствования этой составляющей качества медицинской помощи. Особо внимания в этом плане требуют женщины, пациенты более молодого возраста, безработные и домохозяйки. Имеющиеся в разных отделениях различия свидетельствуют о важной роли заведующих в формировании соответствующих условий и обеспечении высокого уровня удовлетворенности пациентов.

#### **Список литературы.**

1. Болоняева Н.А., Скворцова М.П. Качество медицинской услуги в общественном мнении пациентов услуг // Медицинская диагностика. Управление и качество. – 2007. – № 2. – С. 46-49.

2. Павлов В.В., Вакулич Е.А. Опыт проведения самооценки медицинского учреждения в рамках конкурса качества // Здравоохранение. Модернизация. Качество. Результат: Сб. статей. – Самара, 2012. – С. 5-12.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В КОНТЕКСТЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Павлов В.В., Суслин С.А., Орлов А.Е.**

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Цель исследования.** Изучение динамики показателей деятельности городского многопрофильного стационара для повышения качества его работы.

**Материалы и методы.** Использовались статистический и аналитический методы исследования по данным городской клинической больницы города Самары (отчетная форма № 30) за 2007-2011 годы.

**Результаты.** Показатель средней длительности работы койки стационара имеет выраженную тенденцию к росту. В целом за период с 2007 по 2011 год он увеличился на 11,8 %, составив в 2011 году 340,0 дней. Наибольшим (105,9 %)

был показатель роста в 2008 году. Средняя длительность пребывания на койке за анализируемый период времени практически не менялась (8,2-8,3 дней). Оборот койки значительно (на 6,5 %) увеличился в 2008 году по сравнению с предыдущим годом, затем три года почти не менялся (39,5-39,9) и вновь снизился в 2011 году практически до первоначального уровня (37,2).

В 2011 году с перегрузкой (более 340 дней в году) работали койки следующих профилей: детские, травматологические, проктологические, патологии беременности. Близким к нормативному уровню был показатель на хирургических койках для взрослых, травматологических для взрослых, урологических, койках для беременных и рожениц, гинекологических, сосудистой хирургии, кардиохирургических. На койках остальных профилей показатель значительно ниже нормативного.

В 2011 году средняя длительность пребывания больного на койке была максимальной на ожоговых койках (24,1 дней), койках сосудистой хирургии (20,4 дней) и торакальной хирургии для детей (19,6 дней). Развитие медицинских технологий и экономические реалии обуславливают тенденцию (и необходимость) постепенного снижения данного показателя по всем профилям.

**Вывод.** По результатам исследования в целом больница работает на сравнительно высоком уровне (без отчетливой динамики), но в различных подразделениях ситуация складывается по-разному. Не всегда управленческие решения, касающиеся реструктуризации коечного фонда больницы, являются вполне обоснованными, и следует констатировать, что необходимо дальнейшее совершенствование структуры больницы. Несмотря на то, что традиционные статистические показатели не утратили своей управленческой значимости, более полное представление об уровне организации работы стационара, а также того или иного подразделения в контексте обеспечения КМП дает комплексная оценка, включающая расчет показателей по конкретным подразделениям с учетом специфики последних, в том числе расчет дифференцированных критериев результативности. Эти критерии позволяют ранжировать все отделения и делать более обоснованные заключения об организации и качестве их работы и о стимулировании сотрудников.

#### **Список литературы.**

1. Бакланов Т.Н., Попович В.К., Шишкина И.Б. Научно-организационные аспекты обеспечения качества оказания медицинской помощи в многопрофильной больнице // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 6(28). – С. 3-7.

2. Павлов В.В., Орлов А.Е. Модель конечного результата как механизм тотального управления качеством в организации // Теоретический и практический журнал «Информационный архив». – 2013. – № 1. – С.36-37.

## **РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

**Павловская О.Г., Ионова Н.В., Привалова Н.В.**

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, Оренбург, Россия

**Целью исследования** явилось изучение общественного здоровья детского населения Оренбургской области за 1997-2012 гг.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования явились показатели информационно-аналитических сборников о состоянии здоровья детей и подростков, подготовленных Росстатом Оренбургской области. В работе использован аналитический метод.

**Результаты.** При анализе численности населения Оренбургской области от 0 до 14 лет за период 1997-2012 года установлено, что показатель за 15 лет снизился на 43,8 % и составил 333 519. Доля детского населения снизилась на 27,4 % и соответствовала 16,4 % всего населения области.

Показатель рождаемости за пятнадцать лет имели двухфазный характер, так, был отмечен его спад с 1998 года по 2001 г., а затем прирост от исходного показателя на 47 %.

Младенческая смертность с 1997 года в регионе снизилась на 58,3 %. Показатель младенческой смертности в области за 2012 год составил 9,3 ‰ Прирост по сравнению с 2011 годом составил 29,0 % и связан, в первую очередь с переходом на новые критерии регистрации новорожденных детей.

К 2012 году общая заболеваемость у детей составила 2323,4 случая на 1000 детского населения. В структуре причин на первом месте стояли болезни органов дыхания (51,1 %), на втором – болезни глаза (6,1 %), на третьем – болезни органов пищеварения (5,0 %).

В 2012 году уровень первичной заболеваемости у детей достиг 1781,4 на 1000 детского населения. В структуре причин первичной заболеваемости на первом месте болезни органов дыхания (62,8 %), на втором месте травмы и отравле-

ния (6,0 %), на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,3 %). За десятилетний период отмечен рост травм и отравлений у детей.

По Оренбуржью к 2012 году показатель детской инвалидности снизился до 26,9 на 10 000 детского населения. В структуре причин первичной детской инвалидности первое ранговое место занимали психические расстройства и расстройства поведения, второе место – врожденные аномалии, третье место – болезни нервной системы. С 2009 года область стабильно занимает первое место в Приволжском федеральном округе и третье место в России с детской инвалидностью по причине туберкулеза.

**Вывод.** Таким образом, за последнее десятилетие установлены благоприятные тенденции здоровья детского населения Оренбургской области в виде роста рождаемости, снижения младенческой смертности в основном за счет перинатальной, снижения уровней детской инвалидности. Однако неблагоприятными показателями является рост первичной и общей заболеваемости, туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а также травм и отравлений. Поэтому необходимо развитие социальной политики региона по укреплению здоровья детского населения на основе комплексных подходов.

#### **Список литературы.**

1. Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения".

## **НЕДОСТАТОЧНО ПРОДУМАННЫЕ РЕШЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

**Пивоваров Ю.П.**

Российский национальный исследовательский медицинский Университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В первой половине XX века очень востребованной являлась фраза, приписываемая садоводу-экспериментатору И. Мичурину – «Мы не должны ждать милости от природы. Взять их у нее наша задача». Не вдаваясь в философский

смысл этого высказывания, следует признать его не вполне соответствующим истинному положению. Природные процессы рациональные и саморегулируемые по своей сути, неадекватно воспринимают вмешательство в них человека и, как правило, не оставляют эти вмешательства безнаказанными.

Так, сооружение Петербургской дамбы, предназначенной для борьбы с наводнениями в северной столице и, потребовавшей большие капиталовложения, не только не решила, в полной мере проблем наводнений [2], но и привела к значительному загрязнению зарегулированной дамбой участку Финского залива [1]. Следует отметить, что строительство дамбы осуществлялось вопреки заключению комиссии созданной Академией Наук страны под председательством члена-корреспондента А. Яблокова. Комиссия пришла к выводу, что строительство экономически и экологически не обосновано; приведет к изменению структуры и динамики водных потоков в восточной части залива; резко ухудшит экологические и санитарно-гигиенические показатели качества воды; полностью ликвидирует эффективность мероприятий по очистке сточных вод города и оздоровлению Невской губы. Было рекомендовано прекратить строительство. Однако строительство продолжалось. Дирекция строительства дамбы заплатила более 175 тыс. долларов голландской гидрологической лаборатории, которая, подкрепив свое мнение авторитетом известных международных экспертов, дала положительное заключение на продолжение строительства. Сейчас, когда строительство практически завершено и прогнозы экспертной комиссии Академии Наук подтвердились, следует признать, что ее заключение было взвешенным и объективным. Вместе с тем, справедливости ради следует отметить, что в октябре 2013 года закрытие запорных сооружений дамбы предотвратило серьезное наводнение в городе, в результате прохождения Атлантического урагана «Св. Иуда», в то время как имели место многочисленные ветровые разрушения объектов городской среды.

Более разумным и обоснованным стало инженерное решение итальянских специалистов разработавших сооружение для защиты от наводнений город Венецию. Разработка предусматривает в Венецианском заливе цепочку из 78 подводных сооружений, которая в случае необходимости может быстро превращаться в защитное сооружение. Основой сооружения являются понтоны, высотой 28 м. Понтоны с помощью шарнирных устройств одним концом фиксируются на дне залива. Противоположная сторона понтона остается свободной. В обычных условиях заполненный водой понтон лежит на дне залива, не нарушая его гидрологических особенностей и не препятствуя движению судов. При угрозе повышения уровня воды в заливе понтоны продуваются сжатым воздухом и всплывают сво-

бодным концом над водной поверхностью, создавая временную дамбу. При возвращении уровня воды к обычному уровню понтоны вновь заполняются водой и ложатся на дно. В настоящий момент такие сооружения состоят из 4 понтонов, но показали свою эффективность и целесообразность. Реализация данного проекта, рассчитана на полное введение в строй в 2017 году (3).

Примером недостаточно квалифицированного подхода является и авантюрная по своей сути идея переброски северных рек в Каспийское море, которая хотя к счастью и не была реализована, вызвала существенное изменение радиационного фона на территории Пермского края. На этой территории были произведены Мирные ядерные взрывы с целью создания желоба для переброски речного стока в сторону Каспийского моря [4].

Попытка оказалась неудачной, а полученные в результате взрывов каналы имели иные параметры, чем это предполагалось на основании теоретических прогнозов. Уже в наши дни мэр г. Москвы Ю.М. Лужков пытался реанимировать идею переброски воды сибирских рек, обосновывая ее целесообразность экономической выгодой от продажи питьевой воды в Азиатские страны, испытывающие большой дефицит в этом продукте. Идея эта также не нашла поддержки. Трудно даже представить к чему бы привела реализация данного проекта. Не вызывает лишь сомнения тот факт, что переброска воды Сибирских рек привел бы к затоплению обширных территорий Волгоградской и Астраханской областей, а также Калмыкии и Казахстана, так как эти территории расположены ниже уровня Мирового океана. Что касается территории Сибири, включая заполярные ее регионы, то эти последствия трудно даже предположить, однако, скорее всего они имели бы необратимые и глобальные последствия. Проявлением возможного отрицательного процесса изменений является, в частности, пример этого года, когда в результате обмеления северных рек было нарушена доставка грузов в Заполярье и пришлось почти 50 % грузов отправлять в эти регионы воздушным транспортом. И это произошло на фоне не нарушенного стока Сибирских рек.

#### **Список литературы.**

1. Красавин А., Говердовская О., Лосан А., Логвинов М. «Питерская дамба. Самые неудачные проекты российской власти», Электронный журнал, Компания деловой еженедельник, 21.09.2009.
2. Трофимов Ю. «Дамба в порядке, волна подвела», Ж. Санкт-Петербургские ведомости, № 174 от 16.09.2011.
3. Защита от наводнений Венеции. «ПАНОРАМА» – русскоязычный интернет еженедельник. 28.1.2012.



4. Пивоваров Ю.П., Михалев В.П. «Радиационная экология», Москва, Изд-во «Академия», 2004.

## **ТРАГЕДИЯ АРАЛЬСКОГО МОРЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ РЯДА НЕДОСТАТОЧНО ПРОСЧИТАННЫХ АДМИНИСТРАТИВНЫХ РЕШЕНИЙ**

**Пивоваров Ю.П.**

Российский национальный исследовательский медицинский  
Университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Конец XX и начало XXI века знаменовались рядом экологических последствий, обусловленных принятием на разных уровнях решений без их аналитически обоснованного анализа. Примером последствий таких решений, направленных на вмешательство человека в природу является катастрофа Аральского моря (озера).

До 1950-х годов Аральское море, расположенное на границе Казахстана и Узбекистана занимало около 68 тыс. км<sup>2</sup>, его длина составляла 426 км, а глубина порядка 68 м. В нем обитало 34 вида рыбы, в том числе 20 имели промысловое значение. [1]

В 60-х годах четвертое по величине озеро мира начало высыхать.

В 1989 году Аральское море распалось на два изолированных водоема – Малое Аральское море на территории Казахстана и Большое Аральское море на территории Узбекистана. [1,2,3]. К 2000 году Большое Аральское море разделилось на западную и восточную части, площадь которых составляла около 25 %, а объем воды не более 10 % от исходного уровня [2]. На месте некогда глубоководного, судоходного моря образовалась новая песчано-солончаковая пустыня Аралкум, площадью около 38 000 км<sup>2</sup> [4].

Нельзя сказать, что процесс высыхания Аральского моря прошел незамеченным для окружающих. В 80-90 годах XX столетия Министерством образования и науки СССР было организовано две комплексные экспедиции, в которых приняли участие представители научной общественности страны. В данных экспедициях принимали участие и сотрудники нашей кафедры – доценты А.Д. Дериглазов и А.А. Величко [5].

Данными и рядом других, в том числе международных экспедиций и форумов было установлено, что причиной трагедии Аральского моря явился ряд факторов [5,6,7].

Первичным звеном был интенсивный сброс воды из рек Сыр-Дарья и Аму-Дарья в оросительные системы для полива сельскохозяйственных плантаций, прежде всего, полей хлопка, являющегося для Узбекистана основным источником получения твердой валюты.

Недостаток речного стока решили пополнить за счет усиления таяния снега и ледников в верховьях рек. С той целью проводилось авиационное распыление сажи для «чернения» снежных склонов и ледников. Проведенные мероприятия позволили повысить уровень таяния и дать дополнительный уровень воды в речной сток. При этом, однако, следует отметить, что если дополнительный сток от таяния снегов в полной или частичной степени восполнялся в зимний период, то накопленный в течение многих лет массив льда в ледниках не восполнялся в полной мере.

В результате отбора больших количеств воды реки потеряли существенное количество речного стока, течение рек замедлилось. Как следствие этого, началось зарастание рек и каналов тростником и камышом, началось их заболачивание.

Для ликвидации этого процесса в указанные водоемы было запущено большое количество молоди белого амура и толстолобика – видов рыбы питающихся молодыми побегами тростника. Биологический метод позволил в относительно короткий промежуток времени очистить русла от тростника, но как следствие этого увеличилась площадь и объем испарения воды. В результате нерациональные потери воды возросли в еще большей степени. Все это вместе взятое привело к тому, что речной сток не смог обеспечить восполнение потерь морем воды в результате донной фильтрации и испарения.

Очевидно, что решение проблем остатков Аральского моря требует для своего решения большого комплекса мероприятий, включающих сокращение территорий под орошаемое использование, переход от обычных копаных каналов для орошения на закрытые водоводы с непроницаемыми для воды стенками и основаниями, и ряда других серьезных государственных мероприятий.

Только в этом случае, как в теоретическом плане, так и в большом временном периоде и при больших экономических затратах возможно обратное развитие процесса в полном или частичном варианте.

### **Список литературы.**

1. Аральское море: прошлое, настоящее и будущее (Материалы международной конференции) – Арал-2009), С-Петербург, 2009.
2. Завьялов П.О. и др. Большое Аральское море в начале XXI века.
3. Из-во Наука, Москва, 2012.
4. Снегур А. Аралкум – самая молодая пустыня в мире. Интернет: <http://aralkum – usbekistan-i-kazahsnfn-samaja-molodaja-pustynja-v-mire/html>, 19 июня 2013.
5. Берг Л. Аральское море (научные результаты Аральской экспедиции), 2012, 653 стр.
6. Аральское море. Причины гибели Арала и экологические последствия. Интернет: OrexCa.com. 25 января 2013.

## **ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ КАТАСТРОФЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРОРАБОТКИ ПРОБЛЕМЫ НА ПРИМЕРЕ БАНГЛАДЕШ**

**Пивоваров Ю.П., Шейна Н.И., Аль Сабунчи А.А.**

Российский национальный исследовательский медицинский Университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

На протяжении почти всего XX века основными проблемами государства Бангладеш являлись низкий уровень экономического развития, высокая плотность и бедность населения, а также серьезный дефицит доброкачественной пресной воды для хозяйственных, сельскохозяйственных и питьевых целей. Для решения последней проблемы в 70-х годах столетия, по предложению ряда Канадских фирм, в стране начали осуществлять мелиорацию сельских районов страны. С этой целью было пробурено более 2 млн скважин для подъема межпластовых вод [1,2]. При этом никто не удосужился провести предварительные геологические и гидрологические исследования для установления состава таких вод.

В результате, начиная с 1993 года, в стране появились случаи начальных стадий проявления нарушений здоровья сельского населения, которые позднее (1996 г.) были определены как хроническое отравление мышьяком. По данным Департамента здравоохранения страны в настоящее время признаки таких отравлений отмечены у около 24 млн жителей страны [3].

Позднее было установлено, что мышьяк попадает в поверхностные воды в результате их загрязнения, выкачиваемыми из скважин межпластовыми водами [4,5]. Причиной их загрязнения данным элементом являются минералы арсениты, которые залегают в глубоких слоях на большей части территории страны (около 80 %).

Выполненные на кафедре гигиены исследования [6] показали, что от 47 до 65 % скважин загрязнены мышьяком в концентрациях превышающих ПДК от 7 до 10 раз. Первые признаки интоксикации мышьяком появляются у сельского населения через 0,5-2 года с момента начала питьевого использования загрязненной воды, что зависит от объема потребляемой воды и концентрации в ней мышьяка. К ранним клиническим признакам относятся: потемнение кожи (диффузный меланоз) на теле или ладонях; пятнистая пигментация (пятнистый меланоз) на груди, спине и конечностях; меланоз слизистой ротовой полости (языке, деснах и губах).

На поздних стадиях развивается плоскоклеточный или базальноклеточный рак, рак мочевого пузыря и болезнь Боуэна. У городского населения, обеспеченного водопроводной водой из поверхностных водоемов, случаев интоксикации мышьяком отмечено не было.

Трагизм ситуации заключается в том, что поступающие на поверхность с межпластовыми водами мышьяк никуда не исчезает. Он трансформируется в виде разных солей, в ряде случаев меняя свою валентность и образуя новые соединения подчас более токсичные, чем исходные. Его накопление происходит в поверхностных водах, илистых отложениях водоемов, включая рисовые чеки и почву. Концентрируется в сельскохозяйственной продукции. Законсервировать скважины с высоким содержанием мышьяка из-за огромного их количества нереально, заместить их другими источниками водоснабжения невозможно, а провести очистку воды от мышьяка экономически нереально. Таким образом, на территории Бангладеш образовалась искусственная биогеохимическая провинция эндемичная по высокому содержанию мышьяка в воде, донных отложениях и выращенной сельскохозяйственной продукции.

В силу изложенного, нами было предложено обеспечить снижение поступления мышьяка в организм сельского населения путем усиления санитарно-просветительной работы: недопустимость использования межпластовых вод для питьевых и пищевых целей, организация очистки индивидуальных запасов воды с помощью современных технологий, обеспечение населения централизованно очищенной от мышьяка воды в бутилированном виде или ее завоз в цистернах.

Одновременно предложено медицинской службе усилить работу по выявлению начальных проявлений интоксикации мышьяком и осуществлению их лечения. В настоящее время правительство Бангладеш совместно с агентствами международной помощи, координируемыми ЮНИСЕФ, приступило к реализации грандиозного проекта, направленного на бурение артезианских скважин, позволяющих обеспечить всех жителей водой из водоносных пластов, залегающих на большой глубине и не содержащих мышьяк и его соединения.

#### **Список литературы.**

1. Чоудхури М. Мышьяк в питьевой воде: Экологический кризис в Бангладеш. Водочистка. – 2005. – № 2. – с. 46-48.

2. Howard, Guy. Healthy villages: a guide for communities and community health workers// Includes bibliographical references? 2009, 106-103.

3. Talukder S.A., Chatterjt A., Zhtng J., Rosmus W. / Studies of Drinking Water Quality and Arsenic Calamity in Groundwater of Bangladesh// Proceedigs of the International Conference on Arsenic Pollution of Groundwater in Bangladesh. Dhaka. 2/1998, 43.

4. Tsujis J.S., L.I. Yost, L.M. Barraj, C.G. Serafford, P.J. Mink/ Use of background inorganic arsenic exposures to provide perspective on risk assessment results//Regul. Toxicol . Pharmacol., 2007.48. 5968/

5. WHO. Report of the Inaugural Meeting of the Internacional Network of Drinking-water Regulations. Ceneva,21-22/2008,

6. Музахедул Ислам. «Гигиеническая оценка распространенности мышьяка в воде и продуктах питания и его влияние на здоровье населения Республики Бангладеш» (кандидатская диссертация), М., 2012

## **ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Платоникина А.М.**

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

**Цель исследования.** Оценить динамику и структуру первичной инвалидности пациентов трудоспособного возраста с БСК.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на примере Оренбургской области. Применены статистический и аналитический методы исследования.

Анализировались данные годовых форм федерального государственного статистического наблюдения №7-собес и аналитических сборников ФГБУ «ФБМСЭ». Сроки исследования – период с 2003 по 2012 гг. Объектом исследования явилось трудоспособное население, проживающее на территории Оренбургской области, и страдающее БСК.

**Результаты.** Анализируя данные официальной статистической отчетности, обращает на себя внимание факт увеличения (особенно в 2011 году) абсолютного числа направлений на медико-социальную экспертизу лиц трудоспособного возраста с БСК. При этом часть пациентов не имела ограничений жизнедеятельности, им не требовался посторонний уход, поэтому в результате освидетельствования они не признавались инвалидами.

В целом за период с 2003 по 2012 гг. произошел рост (на 44,3 %) уровня первичной инвалидности пациентов с БСК, которые признаны инвалидами первой группы, с 0,39 до 0,7 на 10000 населения соответствующего возраста.

В структуре БСК в 91,5 % случаев первая группа инвалидности устанавливалась вследствие церебро-васкулярной болезни (ЦВБ). В динамике с 2003 по 2012 гг. зарегистрирован рост (на 46,9 %) показателей инвалидности вследствие ЦВБ.

Выявлена тенденция снижения первой группы среди впервые признанных инвалидами в трудоспособном возрасте вследствие ишемической болезни сердца (ИБС). За анализируемый период уровень инвалидности вследствие ИБС в исследуемом регионе снизился в 3 раза (в 2003 г. – 0,03 на 10 000, в 2012 г. – 0,01 на 10 000).

За исследуемый период в Оренбургской области динамика уровня впервые признанных инвалидами с установление первой группы инвалидности вследствие хронических ревматических болезней сердца (ХРБС) и заболеваний, характеризующихся повышенным артериальным давлением (ГБ), изменялась не значительно.

**Вывод.** Таким образом, в Оренбургской области за последнее десятилетие в структуре первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста преобладала ЦВБ, доля которой увеличилась, второе место занимала ИБС, уровень первичной инвалидности вследствие данной нозологической формы существенно вырос, третье место разделяли ХРБС и ГБ, доля и уровень которых существенно не изменялись.

#### **Список литературы.**

1. Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т. и др. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально-значимых заболеваний // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – №3. – С. 3 – 10.

2. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения в России / О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин. – М.: Медицина, 2007. – 360 с.

## **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ТОЛСКОГО КИШЕЧНИКА**

**Полунина В.В., Павлова С.В., Ипатов А.А.**

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В структуре заболеваемости детей школьного возраста болезни органов пищеварения занимают второе место. При этом, запор отмечается у ¼ детей, обратившихся к гастроэнтерологу. Запор оказывает отрицательное влияние на рост и развитие детского организма, нарушает адаптацию ребенка и значительно ухудшает качество жизни. Длительное течение запоров, а также отсутствие лечения могут приводить к такому серьезному и социально значимому осложнению как недержание кала.

**Цель исследования.** Изучить социально-гигиеническую характеристику детей с острыми и хроническими запорами и оценить ее влияние на характер и течение запора.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 140 детей основной группы с запорами и 76 (47 (61,8 %) мальчиков и 29 (38,2 %) девочек) здоровых детей контрольной группы в возрасте 4-12 лет. Пациенты основной группы были разделены на две группы, 61 (36 (59,0 %) мальчиков и 25 (41,0 %) девочек) ребенок с острым запором и 79 (50 (63,3 %) мальчиков и 29 (36,7 %) девочек) детей с хроническими запорами. Анализ образа и анамнеза жизни, а также течения запора проводился на основании анкетирования, опроса и данных выборочных карт пациентов.

**Результаты.** При анализе акушерского анамнеза матерей было выявлено, что почти половина детей с запорами (45,0 %) родились от первой беременности и первых родов, что достоверно ( $p < 0,05$ ) в 1,5 раза меньше, чем в контрольной группе (67,1 %). Установлено, что матери, имеющие детей с запорами, чаще в 1,8

раза, чем матери детей контрольной группы прерывали предыдущую беременность операцией аборт (соответственно 49,3 % против 27,6 %, при этом они достоверно ( $p < 0,05$ ) в 1,8 раза чаще по сравнению с группой сравнения имели в анамнезе 2 и более абортов. Во время беременности отмечались различные осложнения (анемия, гестозы, угроза прерывания беременности) у 61,4 % матерей, имеющих детей с запорами, что достоверно ( $p < 0,05$ ) в 1,5 раза выше, чем в контрольной группе (40,8 % случаев). Более половины основной группы детей 65,0 % и 77,6 % детей контрольной группы родились в срок, при этом 72,9 % детей основной и 88,2 % детей контрольной группы при рождении получили оценку по шкале Апгар 7 и более баллов. По результатам проведенного опроса дети основной группы достоверно в 1,4 раза чаще (71,4 %) дети в контрольной группе (52,6 %) находились на искусственном вскармливании с 6 месяцев. Известно, что существенную роль на здоровье детей оказывает возраст матери при рождении ребенка. Полученные данные свидетельствуют, что средний возраст матери при рождении ребенка с запорами составил 29,6 года ( $m = \pm 0,63$ ), что достоверно выше в 1,3 раза по сравнению с контрольной группой, где возраст матери был равен 23,2 года ( $m = \pm 0,54$  лет). Существенное значение имеет также наследственнаяотягощенность по заболеваниям пищеварительной системы. Анализ полученных данных показал, что 77,9 % случаев в семьях основной группы у отца или матери были заболевания желудочно-кишечного тракта, что в 2,8 раза чаще, чем в контрольной группе (27,6 %). Также следует отметить, что среди родителей с заболеваниями ЖКТ запоры отмечались у 72, % основной группы и 47,6 % родителей контрольной группы.

За последние годы при изучении показателей здоровья населения, в том числе и детского, ведущая роль принадлежит выявлению основных факторов влияющих на состояние здоровья. В нашем исследовании, мы уделили внимание некоторым факторам образа жизни, оказывающим особое влияние на заболевание органов пищеварения, таким как соблюдение режима поведения и питания, диеты, адекватной физической активности.

Было отмечено, что соблюдение режима дня в основной группе было только в каждой четвертой семье (24,3 %), имеющей ребенка с запорами, что было в 2,2 раза реже, чем в контрольной группе, где более, чем в половине семей соблюдался режим дня (53,9 %). Также необходимо отметить, что дети с хроническими запорами в 1,8 раза чаще и дети с острыми запорами в 1,5 чаще не соблюдали режим дня, чем дети из контрольной группы. При анализе полученных данных, было выявлено, что в основной группе менее, чем в половина семей (44,3 %) следо-



вала рекомендациям врача по режиму и рациону питания, что в 1,6 меньше, чем в контрольной группе (71,1 %). В семьях, где у ребенка был острый запор, диета соблюдалась в 50,8 % случаев, а в семьях с хроническими запорами в 39,2 % (различия достоверны). Оценка физической активности показала, что в основной группе только каждый третий ребенок имеет адекватную физическую нагрузку (32,9 %), а в контрольной группе 76,3 % детей имели соответствующую возрастную физическую активность, что в 2,3 раза чаще, чем в группе детей с запорами. Также необходимо отметить, что в семьях, где у ребенка отмечался острый запор, адекватная физическая активность была почти у половины детей (44,3 %), в отличие от семей с ребенком, страдающим хроническими запорами, где только каждый четвертый ребенок (24,1 %) имел адекватную физическую активность.

Своевременное и правильное лечение острого запора является важным фактором, способствующим уменьшению частоты формирования хронического запора. Поэтому особое значение имеет медицинская активность родителей, в том числе их отношение к посещению педиатра с лечебной и профилактической целью, к готовности выполнения его советов и рекомендаций. Анализ полученных данных свидетельствует, что своевременное обращение к педиатру при наличии нарушений состояния здоровья у ребенка было отмечено почти в 2 раза чаще в контрольной группе, чем в основной (84,2 % в контрольной группе против 44,3 % в основной группе).

**Вывод.** Изучение социально-гигиенической характеристики исследуемого контингента установило, что в основной группе детей запорами по сравнению с контрольной группой достоверно чаще у матерей отмечался отягощенный акушерский анамнез и течение настоящей беременности с осложнениями, у родителей почти в 3 раза чаще регистрировались заболевания желудочно-кишечного тракта. Кроме того среди детей, страдающими особенно хроническими запорами, достоверно чаще были выявлены нарушения режима поведения и питания, имело место нерациональное питание, недостаточная физическая нагрузка. Перечисленные неблагоприятные факторы не только способствовали возникновению запора, и формированию хронического процесса.

# РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДОРСОПАТИЯМИ

Полунина Н.В., Костенко Е.В., Тяжельников А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Целью исследования** явилась разработка программы медико-социальной реабилитации пациентов с дорсопатиями на основе анализа роли социально-гигиенических факторов в формировании здоровья исследуемой группы.

**Материалы и методы.** На основании анализа медицинских карт амбулаторного больного и результатов анкетирования пациентов было оценено состояние здоровья пациентов с дорсопатиями и выявлены особенности их образа жизни. Общее количество больных – 770 человек, из них 346 (44,9 %) мужчин и 424 (55,1 %) женщин, средний возраст –  $42,5 \pm 7,3$  лет.

**Результаты.** Для установления наиболее значимых факторов образа жизни был применен дисперсионный анализ однофакторных комплексов для качественных признаков. Наибольшее доленое участие в формировании благоприятных показателей здоровья имеют медицинская активность и благоприятный психологический климат. На их долю приходится 70,3 % среди всех рассматриваемых факторов. В целом здоровый образ жизни чаще в 2,1 раза ведут лица, имеющие благоприятные показатели здоровья, по сравнению с пациентами, у которых состояние здоровья оценивается как неблагоприятное (21,6 % против 10,1 %,  $p < 0,001$ ). Коэффициент корреляции между оценкой состоянием здоровья и характером образа жизни составляет  $K=0,639$ ,  $m=\pm 0,018$ ,  $p < 0,001$ . Результаты свидетельствуют о достоверном увеличении распространенности позитивных характеристик медицинской активности среди пациентов, имеющих высокий уровень медицинской грамотности, коэффициент корреляции:  $r=-0,692$ ,  $m=\pm 0,0028$ ,  $p < 0,001$ .

На втором месте находится психологический климат в семье, сила его влияния составляет  $\eta=0,568$ ,  $m=\pm 0,0024$ ,  $p < 0,001$ . Среди комплекса характеристик значимыми являются: наличие плохих взаимоотношений между членами семьи ( $\eta=0,815$ ,  $m=\pm 0,0022$ ,  $p < 0,001$ ) и постоянных, трудноразрешимых конфликтов ( $\eta=0,489$ ,  $m=\pm 0,0028$ ,  $p < 0,001$ ); отсутствие взаимопомощи и поддержки ( $\eta=0,392$ ,

$m=\pm 0,0032$ ,  $p<0,001$ ) и семейных традиций ( $\eta=0,299$ ,  $m=\pm 0,0032$ ,  $p<0,001$ ); удовлетворенность отдыхом ( $\eta=0,416$ ,  $m=\pm 0,0032$ ,  $p<0,001$ ).

Третье место занимает трудовая активность, сила и достоверность влияния:  $\eta=0,472$ ,  $m=\pm 0,0026$ ,  $p<0,001$ . Наиболее сильное влияние оказывают: наличие или отсутствие профессиональных вредностей и несоблюдение техники безопасности ( $\eta=0,716$ ,  $m=\pm 0,0018$ ,  $p<0,001$ ); степень удовлетворенности сложившимся морально-психологическим климатом ( $\eta=0,513$ ,  $m=\pm 0,0022$ ,  $p<0,001$ ); степень удовлетворенности условиями труда ( $\eta=0,462$ ,  $m=\pm 0,0024$ ,  $p<0,001$ ); степень соответствия занимаемой должности и места работы полученному образованию ( $\eta=0,398$ ,  $m=\pm 0,0028$ ,  $p<0,001$ ).

Таким образом, выявлены наиболее значимые факторы образа жизни, влияющие на формирование здоровья пациентов. Учитывая, что более 70 % от общего влияния приходится на управляемые факторы, то акцент при разработке оздоровительных мероприятий был сделан на оптимизацию этих факторов.

**Вывод.** Оздоровительная программа медико-социальной реабилитации включала мероприятия по повышению уровня медицинской активности, в том числе обучение пациентов навыкам здорового образа жизни. Для этой цели была организована «Школа для пациентов с дорсопатиями», занятия в которой проводились врачами-неврологами, психологами, врачами лечебной физкультуры. Это позволило увеличить удельный вес пациентов, выполняющих назначения и рекомендации врача, повысивших физическую активность, изменить режим работы и чередовать вынужденное положение тела с отдыхом. Активное посещение школы дало возможность выработать стратегию преодоления болевого синдрома и сократить долю пациентов, испытывающих ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания позвоночника.

#### **Список литературы.**

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Крылов В.В. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации. Неврологический вестник – 2007 – Т. XXXIX, вып. 1 – №. 128-13
1. Дюктова М.В. Организационно-методические подходы к формированию муниципальной системы реадaptации лиц старшей возрастной группы. – Дисс. канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2005. – 240с.
2. Корабельникова Е.А., Голубев В.Л. Психофизиологические особенности неврологических расстройств // Неврол. журн. – 2004. – Т. 104. – №10. – с. 69-73
3. Лавлинская Л.И. Комплексное изучение медико-социальных проблем здоровья женщин старшего трудоспособного возраста. Дисс. докт. мед. наук. – М.

– 2005. – 314с.

4. Полунина Н.В. Медико-социальные факторы риска и их профилактика. //Профилактика заболев. и укрепл. здоровья. – 2001. – № 3. – С. 10 – 16.

5. Свистунова Е.Г. Организационно-методические и социально-правовые аспекты медико-социальной реабилитации инвалидов: Дисс.докт.мед.наук. – М., 2004. – 338с.

6. Gerdes N., Funke U.-N., Schüwer U. et al. "Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER)" – Entwicklung und Validierung eines neuen Assessment-Instruments. // Die Rehabilitation (Stuttg). – 2012.

7. Dombovy M.L. Neurorehabilitation for other neurologic disorders. // Continuum. – 2011. – Vol. 17. – № 3 (Neurorehabilitation). – P. 606-616.

## **СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Пушкова С. И.**

ГБУЗ «Городская клиническая больница №67 им. Л.А.Ворохобова»,  
Москва, Россия

**Цель исследования.** Цель исследования – всестороннее изучение мнения пациентов о платных медицинских услугах, оказываемых в муниципальном учреждении здравоохранения. Главные задачи исследования: определение целевой аудитории и сегментирование ее, составление группового портрета потребителя платных медицинских услуг, получение информации о требованиях пациентов, критериях, которыми они руководствуются при выборе лечебного учреждения, и выяснение степени удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, оказанными им на платной основе. Дополнительные задачи: выяснение степени информированности потребителей о правилах предоставления платных и бесплатных для пациентов медицинских услуг в государственных лечебных учреждениях, выяснение мнения пациентов о стоимости и качестве платных медицинских услуг, оказанных им в ГКБ №67.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось методом анкетирования пациентов отделения платных медицинских услуг ГКБ №67. Стандартизирован-

ные открытые анкеты, используемые в исследовании, содержали 32 вопроса. В анкетировании приняли участие 412 респондентов, отобранных методом случайного выбора.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что целевая аудитория потребителей платных медицинских услуг состоит из двух сегментов – пациентов, оплачивающих медицинские услуги по индивидуальным договорам, и пациентов, получающих платные услуги в рамках договоров добровольного медицинского страхования. Требования к качеству платных услуг, их стоимости, а также степень удовлетворенности оказанными медицинскими услугами в каждом сегменте различны. В обоих сегментах доверие к медицинским работникам и удовлетворенность лечением оказались высокими, а информированность о правилах оказания платных и бесплатных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях – очень низкой.

**Вывод.** В условиях одноканального финансирования стратегия развития и продвижения платных медицинских услуг в лечебных учреждениях должна учитывать интересы двух разных сегментов потребителей. Необходимо повышать информированность населения о возможностях получения медицинских услуг на платной и бесплатной для пациентов основе.

## **ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 1998-2012 гг.**

**Рахматуллин Э.В., Султанаева З.М.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** На основе анализа динамики показателей заболеваемости разработать мероприятия по профилактике наиболее распространенных болезней.

**Материалы и методы.** Изучение показателей общей и первичной заболеваемости по обращаемости населения Республики Башкортостан за 1998-2012гг. проведено на основании анализа данных годовой отчетной формы ф-12. Проведен сравнительный анализ динамики уровней данных показателей по классам заболеваний, темпов их роста путем определения коэффициентов опережения.

**Результаты.** За изучаемый период первичная заболеваемость среди взрослого населения увеличилась с 62784,5 до 63965,9, общая с 137523,9 до 173106,2.

Среди детского населения как первичная, так и общая заболеваемость также имели тенденцию к увеличению. Общая заболеваемость подростков с 2008г. стала выше, чем у детей (0-14 лет). Сравнительный анализ базисных темпов роста уровней общей заболеваемости показал, что такая тенденция началась еще в 2003г., когда коэффициент опережения распространенности заболеваний между подростками и детьми стал увеличиваться. Уровень первичной заболеваемости детей (0-14 лет) все годы был выше уровня заболеваемости подростков, однако показатели базисного темпа роста первичной заболеваемости у подростков были выше, чем у детей.

Уровень первичной заболеваемости детей в динамике увеличился со 130302,6 в 1998г. до 166334,9 на 100000 соответствующего населения в 2012г. Ведущие места по уровню первичной заболеваемости занимают болезни органов дыхания, а травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин с третьего места переместились на второе, на третьем – болезни органов пищеварения. Уровень первичной заболеваемости подростков увеличился за 1998-2012гг. в 1,6 раза (с 93040,1 до 148484,7 на 100000 соответствующего населения). На первом месте стоят болезни органов дыхания (54519,7). Обращает внимание значимый рост (в 2,8 раза) травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, которые также как у детей заняли второе место, на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки. Вызывает тревогу увеличение среди подростков заболеваемости психическими расстройствами (в 4,0 раза), новообразованиями (в 3,3), болезнями костно-мышечной и соединительной ткани (в 2,4), мочеполовой системы (в 2,1). Уровень травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин среди взрослого населения практически остается на одном уровне, и на протяжении изучаемого периода занимал второе место, однако их доля в структуре первичной заболеваемости выросла с 16,0 до 18,2 %.

**Вывод.** Таким образом, за период 1998-2012гг. среди наиболее распространенных болезней во всех возрастных группах населения РБ отмечается значимый рост травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, что предполагает необходимость проведения углубленного исследования их причин и организации медицинской помощи при данном классе болезней.

#### **Список литературы.**

1. Лисицын Ю.П. Здравоохранение в XX веке. М.: Медицина, 2002.- 216с.
2. Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О., Медик В.А. Здоровье населения – основа развития здравоохранения. Национальный НИИИ общественного здоровья РАМН, 2009.- 375с.

# ПРЕДПОСЫЛКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Рогачева Т.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

**Цель исследования.** Выявление предпосылок репродуктивного здоровья современной российской молодежи.

**Материалы и методы.** В качестве объекта исследования выступили молодые люди в возрасте 17-18 лет, обучающиеся на первых курсах ВУЗов/ колледжей (на базе общего среднего образования) г. Екатеринбурга. С помощью серийно-гнездовой выборки был произведен отбор учебных групп первого курса. Всего было опрошено 128 учащихся колледжа и 150 студентов Вузов. Выборка составила 156 юношей (56,1 % массива) и 122 девушки (43,9 %).

**Результаты.** Как известно, репродуктивное здоровье зависит от многих факторов. Первой предпосылкой наличия или отсутствия возможности иметь здоровое потомство выступает начало сексуальной жизни. Так, по результатам нашего исследования, возраст 17 лет выступает медианным для начала половой жизни современных студентов. Однако до 17 лет сексуальные отношения имел почти каждый второй (47,4 %), причем принципиальная разница по гендерному признаку отсутствует. Лояльное отношение к сексуальным связям в подростковом возрасте во многом определяет собственное сексуальное поведение. Почти единодушным (93 % опрошенных) является мнение молодежи о том, что сексуальный дебют должен состояться не позднее 18-19 лет. Такой высокий показатель объясняется тем, что именно этот возраст ассоциируется у молодежи с взрослением, началом условно самостоятельной жизни, вне опеки учителей и большей свободой, предоставляемой родителями. Вместе с тем нельзя не заметить радикализм значительной части молодежи:  $\frac{3}{4}$  (75 %) учащихся колледжа и 68 % студентов Вузов считают, что начинать половую жизнь можно не позднее 16-17 лет. Примерно такая же доля молодежи, на наш взгляд, на основании этого критерия может быть отнесена к группе риска: 18 % учащихся колледжа и 25 % студентов полагают вполне допустимым начало сексуальных отношений еще в подростковом возрасте (до 15 лет). К этому же возрасту, по признанию опрашиваемых, большая их часть уже испытывала сексуальное влечение.

Вторым фактором выступает характер этих связей, их устойчивость и направленность. Группа, состоящая из молодых людей, живущих половой жизнью,

но при этом не имеющих постоянного партнера, довольно высока: 12,6 % от общего количества опрошенных плюс каждый четвертый, имеющий случайные сексуальные связи. То есть каждый 4-5 представитель учащейся молодежи отличается рискованным сексуальным поведением. Контрольную и, одновременно, уточняющую нагрузку несет в себе информация о количестве сексуальных партнеров за последние 6 месяцев. Эта информация полностью согласуется с предыдущей: 38 % опрошенных и живущих половой жизнью имели связь не менее, чем с двумя партнерами. Каждый 4-5 (22,5 %) – не менее, чем с тремя; каждый 7-8 (13,3 %) – не менее, чем с четырьмя партнерами.

Таким образом, рискованность сексуального поведения довольно значительной части испытуемых проявляется не только в их довольно раннем сексуальном дебюте, но и в сложившейся у них практике спонтанных, неупорядоченных сексуальных связей.

Третья предпосылка репродуктивного здоровья – это отношение к возможности приобретения инфекций, передающихся половым путем. В своем непосредственном окружении респонденты довольно редко встречаются с людьми, переболевшими или болеющими такими заболеваниями: на наличие таких знакомых указали 11 % учащихся и 5 % студентов. Это обстоятельство, по-видимому, выступает несколько «расслабляющим», успокаивающим фактором. Представления о возможных путях заражения венерическими заболеваниями примитивны. Довольно широко распространены мнения, что источниками этих инфекций могут быть кровососущие насекомые, общее полотенце или туалет, поцелуй и посуда. Потрясает, что только 4 % молодежи уверены в возможности заразиться через шприц и 5 % – через кровь. Симптомами сифилиса считают кашель 27 % и головную боль – 26,6 % из числа опрошенных. Те же симптомы рассматривают как признаки гонореи 9,4 % (кашель) и 15,8 % (головная боль).

**Вывод.** Таким образом, можно констатировать стихийный характер формирования сексуальной культуры, характерный для современного российского социума, разновекторность воздействия на молодого человека информации по этому поводу, отсутствие достижимых и авторитетных для молодежи источников информации. Безответственное отношение к данному виду деятельности приводит к серьезным проблемам в более старшем возрасте, когда человек решается стать родителем.



# ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ВРАЧАМИ И ЛИЦАМИ С ВЫСШИМ НЕМЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Романова А.П., Щавелева М.В., Иванова В.И.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Дать сравнительную оценку «ориентированности» на ЗОЖ и здоровосозидающее поведение врачей и лиц с высшим немедицинским образованием.

**Материалы и методы.** Инструментом исследования служит анкета, состоящая из двух частей: вопросы, направленные на идентификацию половозрастных признаков и социального статуса опрашиваемых лиц, а также основные вопросы, предложенные для выявления «ориентированности» на ЗОЖ и здоровосозидающее поведение. Анкета прошла рецензирование в ГНУ «Институт социологии НАН Беларуси»; анкетирование проводилось во всех регионах республики по специально разработанной схеме. Для сопоставления было сформировано 2 выборки: первая – «врачи» и вторая – группа сравнения: «население», условиями создания которых было наличие высшего образования. В этих группах были сформированы своеобразные «копи – пары», обеспечивающие половозрастную идентичность. Таким образом, было сформировано 70 пар.

**Результаты.** Анализу подвергнуто 140 анкет, по 70 в каждой выборке. Достоверные различия в самооценке здоровья анкетированных отсутствовали ( $p > 0,05$ ), но в ходе исследования была отмечена определенная тенденция: врачи склонны более высоко и однозначно (последнее – в силу полученного образования) оценивать состояние своего здоровья. В сохранении и укреплении «своего» здоровья врачами (по 5-балльной шкале) была дана более высокая оценка системе здравоохранения, «населением» же более высокая оценка дана собственным усилиями. Врачи более критичны к оценке собственного вклада в «личное здоровосозидание» и гораздо реже оценивали свое внимание к здоровью как достаточное (28,6 и 52,9 на 100 опрошенных в каждой группе,  $p < 0,01$ ).

По данным исследования, в течение последних 2 – 3 лет ни в одной из исследуемых групп не произошло значимых изменений в отношении к своему здоровью.

По разному оценено негативное влияние различных факторов на личное здоровье. С точки зрения врачей, на их здоровье негативно влияют: психоэмоциональный стресс; малоподвижный образ жизни; экологические условия; наличие вредных привычек; условия труда/учебы и наследственность делят 5 – 6 мес-  
174

та. В группе сравнения («население») в личном аспекте оценочные приоритеты выстроились следующим образом: экологические условия, психоэмоциональный стресс; малоподвижный образ жизни; наследственность – высокая стоимость лекарств (делят 4 – 5 места); условия труда/учебы. Фактор вредных привычек в группе сравнения потерял свою актуальность.

Врачи и группа сравнения не отметили фактор «недостаток информации о здоровье и ЗОЖ» как значимый. Однако, ответы на ряд вопросов, касающихся «промежуточных биологических показателей» свидетельствуют о недостаточном уровне знаний наиболее о важных параметрах деятельности организма и соответственно здоровья. Вопросы о нормальных уровнях давления, сахара и холестерина крови вызвали затруднения в группе сравнения (от 20 до 55 %, соответственно). Незнание показателей своего организма представители группы сравнения показали в 1,8 – 4 раза чаще (для различных параметров), чем врачи.

#### **Выводы.**

1. Лица с различным образованием неоднозначно оценивают влияние поведенческих факторов риска на собственное здоровье. Врачи более критичны к «личному здравосозиданию».

2. На текущий момент значительная часть населения не готова к полноценному контролю за своим здоровьем и факторами, его определяющими, в силу отсутствия определенных (базисных) знаний о показателях нормально функционирующего организма.<sup>2</sup>

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ БАЗИС РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Ростовцев В.Н.**

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», Минск, Беларусь

**Цель исследования** заключается в определении эффективного диагностического базиса развития первичной медицинской помощи (ПМП).

**Материалы и методы.** Технологические характеристики диагностических

---

<sup>2</sup> .Консультативный документ для руководства разработкой глобальной стратегии ВОЗ в области физической активности и здоровья <http://www.belmapo.by/downloads/gastroenterology/2009/pitenie.pdf> режим доступа 08.04.2012

методов, применяемых и представляющих интерес для применения в системе ПМП.

Метод исследования заключается в установлении соответствия метода диагностики требованиям, предъявляемым к диагностическому базису развития ПМП. Эти требования включают: 1) неинвазивность и пассивность, 2) выявление ранних стадий и рисков заболеваний, 3) охват основных систем организма.

**Результаты.** Выявление диагностического метода, полностью соответствующего всем перечисленным выше требованиям. Это метод функциональной спектрально-динамической диагностики [1].

Метод спектрально-динамический реализуется с помощью Комплекса Медицинского Спектрально-Динамического (КМСД) [2]. Метод эффективен не только для диагностики заболеваний и лечебного консультирования, но также для оздоровительно-профилактического консультирования [3] и для диспансеризации [4]. Эти применения интересны для врачей общей практики. Самостоятельный интерес представляет применение метода в режиме экспресс-диагностики при проведении профилактических медицинских осмотров, в системе обязательных периодических осмотров определенных категорий работников и в диагностическом скрининге. Он полезен также в работе врачей скорой медицинской помощи.

Особый интерес представляют задачи создания на основе КМСД телемедицинских систем диагностики и консультирования и систем автоматической телемедицинской диагностики. Последнее особенно важно в аспекте развития домашней медицины, одним из направлений развития которой является телемедицинское направление.

**Вывод.** В заключение отметим, что функциональная спектрально-динамическая диагностика претендует на статус диагностического базиса развития первичной медицинской помощи населению.

#### **Список литературы.**

1. Зиборова, Н.В. Технология спектрально-динамической диагностики (Новая медицинская технология) /Н.В. Зиборова, В.М. Воинова, Б.А. Кобринский, В.Н. Ростовцев //Разрешение на применение новой медицинской технологии (выдано на имя ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России»): утв. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 12.05.11 (ФС № 2011/086).<sup>187</sup>

2. Комплекс Медицинский Спектрально-Динамический [Электронный ресурс]. – Минск, 2009. – Режим доступа: <http://www.kmsd.su>.

3. Ростовцев, В.Н. Оздоровительно-профилактическое консультирование на основе спектрально-динамической диагностики /В.Н. Ростовцев //Современная медицина: тенденции развития: мат. межд. заочной науч.-практ. конф., Новосибирск, 6 мая 2013 г. – Новосибирск, 2013. – С. 68-72.

4. Ростовцев, В.Н. Технология диспансеризации на основе спектрально-динамической диагностики /В.Н. Ростовцев //Современная медицина: актуальные вопросы: мат. XXII межд. заочной науч.-практ. конф., Новосибирск, 26 августа 2013 г. – Новосибирск, 2013. – С. 113-120.

## **РЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НАСТОРОЖЕННОСТИ ОБЩЕСТВА К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ**

**Рошин Д.О.**

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Цель исследования.** Выявить региональные различия распространенности факторов риска развития сахарного диабета и их влияние на уровень настороженности населения в отношении данного заболевания.

**Материалы и методы.** В 2011-2012 гг. в 23 регионах Российской Федерации проведено социологическое исследование в форме анкетирования по вопросам настороженности к сахарному диабету и распространенности факторов риска его развития. Было опрошено 1500 совершеннолетних респондентов, не страдающих диабетом и проживающих в данном регионе. Вопросы касались самооценки знаний с последующей их проверкой, наличия социальных и медицинских факторов риска получить данное заболевание. В паспортной части производилась дифференцировка по полу, возрасту и региону проживания, а также по уровню образования и области профессиональной деятельности.

Первичные данные обрабатывались с использованием ЭВМ и программного обеспечения Microsoft Excel 2007. Для выявления зависимостей проверялась значимость коэффициента корреляции Пирсона.

**Результаты.** Среди опрошенных 58,5 % составляли женщины, 41,5 % – мужчины. Средний возраст среди обоих полов 40,6 лет. Треть респондентов (29,5 %) имеют средне-специальное образование, 65,3 % – высшее.

Для анализа были отобраны регионы, по которым результаты выборки являются репрезентативными: Республика Башкортостан, Республика Карелия, Республика Татарстан, Московская область, Ярославская область и г. Москва.

Базовые знания об эпидемиологии сахарного диабета являются основой для настороженности в отношении данного заболевания, показателем проводимой санпросветработы. Знает о возможности заболеть диабетом во взрослом возрасте каждый второй – в Карелии (58,4 %), Башкирии (51,3 %) и Москве (46,5), каждый третий – в Татарстане (37,5 %) и лишь каждый четвертый в Московской и Ярославской областях (23,0 и 23,1 % соответственно).

Оценивалось наличие знаний о возможных осложнениях диабета, что может являться базой для профилактики и высокой комплаентности пациентов. Предлагалось выбрать из списка известные респонденту трудности, которые может испытывать больной диабетом: трудности с передвижением, снижение мыслительной активности, сосудистые нарушения, артериальная гипертензия, снижение зрения и заболевания почек. Максимальный показатель знания осложнений диабета на уровне 1,3 на человека из шести предложенных в Башкирии, где отметили два и более показателя 33,8 % мужчин и 34,8 % женщин и Ярославской области, где такое же количество выбрали 46,7 % лиц мужского пола и 55,8 % женского. Ниже среднее значение на человека в Татарстане (1,2), Карелии и Москве (1,1), Московской области (1,0).

Для оценки распространённости факторов риска, было предложено выбрать те из них, которые респондент мог бы отнести к себе: повышенный вес, артериальная гипертензия, сидячий образ жизни, курение. Самая большая распространённость факторов риска отмечается в Московской области, где в среднем приходится по 1,9 факторов на человека, одним фактором риска обладает 18,2 % мужчин и 33,3 % женщин, двумя и более – 63,6 % и 55,6 % соответственно. Ниже средний показатель в Ярославской области (1,7), Татарстане и Башкирии (1,4), Карелии и Москве (1,3).

Выявляется несоответствие распространённости факторов риска и уровня базовых знаний населения о патологии. Лидером по распространённости факторов риска сахарного диабета является Московская область: среднее значение 1,9 на человека. Минимальное значение в Москве и Республике Карелия (1,3). Обладают максимальными базовыми сведениями об эпидемиологии диабета в Республике Карелия (58,4 %), минимальными – в Московской области (23,0 %). Максимальными знаниями о течение заболевания обладают жители Башкирии и Ярославской области (1,3); минимальными – в Московской области (1,0).

**Вывод.** Выявлено отсутствие прямой, либо обратной связи уровня знаний и настороженности населения в отношении диабета, не смотря на различную картину распространенности факторов риска развития данного заболевания в регионах. Таким образом, повышение риска заболевания не влечёт за собой повышения настороженности и информированности, что является показателем низкого уровня первичной и вторичной профилактики в тех регионах, где это наиболее необходимо.

## **СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Рябкова О.И., Ростовцев В.Н., Марченкова И.Б., Кузьменко В.Е.,  
Терехович Т.И.**

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», Минск, Беларусь

**Цель исследования** состоит в выявлении социальных детерминант смертности от БСК.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на основе методологии медико-социального индикаторного анализа [1]. Был проведен корреляционный анализ с непараметрической корреляционной мерой Спирмена ( $p \leq 0,05$ ) динамических рядов показателей смертности от БСК, а также подклассов БСК всего населения и населения трудоспособного возраста и динамических рядов 78 социальных показателей в республике и ее регионах за период 2000-2010 гг. Изучены следующие аспекты социальных условий: 1) состояние макроэкономики и промышленно-производственной сферы; 2) обеспеченность населения (денежное и жилищное); 3) характер питания; 4) вредные привычки 5) характеристики населения (демографические, медико-социальные и др.).

**Результаты.** Выявлена система социально-экономических детерминант смертности от БСК и подклассов БСК, т.е. таких социально-экономических показателей, для которых обнаружена и содержательно обоснована связь их динамики с динамикой показателей смертности от БСК. В систему детерминант вошли общие детерминанты смертности (выявлены в большинстве регионов по совокупности причин смерти от БСК, ИБС, ЦВБ и ИМ) и частные (выявлены для большинства регионов по конкретному подклассу причин смерти от БСК). Среди об-

ших детерминант выделено 5 основных, т.е. таких детерминант, которые актуальны для республики в целом и каждого из регионов (реальный размер назначенной пенсии, объем производства непродовольственных товаров, индекс объема продукции промышленности, число нуждающихся в улучшении жилищных условий, коэффициент брачности). Выявлено также, что динамика смертности от БСК существенно зависит от структуры питания населения (24 % детерминант – характеристики питания).

**Выводы.** Анализ системы социально-экономических детерминант смертности от БСК позволил заключить, что:

1. На динамику смертности от БСК в Беларуси влияют, в основном, 4 класса социальных условий, определяющих, соответственно, уровень социального оптимизма, духовно-нравственный уровень, уровень социальной защищенности и условия, связанные со структурой питания населения;

2. Наиболее сильно в динамике смертности от БСК в Беларуси проявляется влияние социальных условий, задающих уровень социального оптимизма;

3. Условия, связанные со структурой питания населения подлежат корректировке в первую очередь, в силу их более легкой управляемости по сравнению с другими названными;

4. Ключевое направление улучшения социальных условий с целью снижения смертности от БСК прежде всего должно быть ориентировано на изменение к лучшему духовно-нравственной составляющей жизни населения Республики Беларусь.<sup>3</sup>

## **ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТОВ И ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

**Сазанова Г.Ю., Еругина М.В., Пархоменко А.А.**

Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

**Цель исследования.** Выявить структурные диспропорции при оказании медицинской помощи больным со стабильной стенокардией.

---

<sup>3</sup> Рябкова, О.И. Методология медико-социального индикаторного анализа /О.И. Рябкова, И.Б. Марченко, В.Е. Кузьменко, В.Н. Ростовцев //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. -2012. – №3. – С. 18-35

**Материалы и методы.** Разработана оригинальная карта выкопировки данных из первичной медицинской документации, в которую заносились данные о наличии диагностических, лечебных и лекарственных мероприятий из 1271 медицинских карт больных со стабильной стенокардией, находившихся на лечении в кардиологических отделениях центральных районных, городских и федеральных медицинских организаций. Исследуемая совокупность формировалась методом случайной выборки. Проводилась сравнительная оценка фактического выполнения диагностического, лечебного и лекарственного компонента стандарта в зависимости от кратности применения и категории медицинской организации. В стандарте предусмотрено 57 параметров диагностического компонента, 77 параметров лечебного компонента и 18 параметров лекарственного компонента.

При оценке выполнения диагностического, лечебного и лекарственного компонента со стандартной кратностью применения 0,9 и ниже за 100 % принималась соответствующая доля выборочной совокупности. В ходе исследования применялись статистический, математический и аналитический методы.

**Результаты.** Ни один компонент стандарта не выполнялся с рекомендованной стандартом кратностью. Так, из 57 параметров диагностического компонента, которые должны выполняться с различной кратностью применения, выполнялись только 13 (22,8 %). Причем, наименьшее их выполнение отмечено в центральных районных и федеральных медицинских организациях (по 29,8 %). В городских больницах выполнение диагностических исследований составило 38,6 %. В центральных районных больницах не выполнялись 13 параметров (22,8 %) в городских больницах – 7 параметров (12,3 %).

Изучение выполнения 77 параметров лечебного компонента также выявило структурные диспропорции. На всех уровнях оказания медицинской помощи этой группе больных не выполнялись: изотопная ангиография, динамическая нефросцинтиография, дуплексное сканирование вен, чреспищеводная эхокардиография. Коронарография (кратность применения 0,5) не выполнялась в центральных районных и городских больницах, в областных и федеральных медицинских организациях выполнялась с кратностью 0,6.

Из 18 параметров лекарственного компонента ни один не выполнялся с заявленной частотой применения. Антиагреганты (кратность применения 0,7) и антикоагулянты (кратность применения 0,2) назначались в федеральных медицинских организациях с кратностью 1,2 и 0,4 соответственно. Антиангинальные средства (кратность применения 1,0) в центральных районных и федеральных и областных медицинских организациях назначались в 59 % и 51 % соответствен-



но, в городских больницах – в 77 % от рекомендованной стандартом частотой назначения.

#### **Выводы.**

1. В результате проведенных исследований выявлены структурные диспропорции при оказании медицинской помощи больным со стабильной стенокардией на всех этапах оказания медицинской помощи.

2. Выявленные структурные диспропорции позволяют ставить вопрос о необходимости создания поэтапных стандартов оказания медицинской помощи пациентам с кардиологической патологией.

## **ОСОБЕННОСТИ ЦЕНОВОЙ ПОЛИТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЛАТНЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ**

**Сахибгареева Э.Х.**

Московский медицинский институт «РЕАВИЗ», Москва, Россия

**Цель исследования:** анализ факторов, влияющих на восприятие цены потребителями платных стоматологических услуг.

**Материалы и методы.** Исследование основано на материалах анализа данных опроса пациентов коммерческих стоматологических клиник, расположенных в густонаселенных районах города Самары. В опросе участвовало 2125 пациентов. Всего собрано 1998 анкет. Из них 812 пациентов обратились в данное учреждение впервые (40,6 %), 1186 пациентов (59,4 %) обратились повторно.

**Результаты.** Показано, что низкая цена, покрывающая только затраты на оказание медицинской помощи не является оптимальной с управленческой точки зрения. Стремление снизить цену, когда, в соответствии с классическими представлениями экономической теории спрос будет возрастать, а выручка организации расти, в здравоохранении не всегда оправдано. Анализ потребительского выбора показал, что цену услуги пациенты относили к разряду факторов, которые свидетельствовали о качестве медицинской помощи (86 на 100 опрошенных пациентов, обратившихся в коммерческую стоматологическую организацию). Однозначно низкая цена услуги воспринималась большинством пациентов как угроза высокому качеству, а качество является основным побудительным мотивом к

обращению в конкретную медицинскую организацию. Наиболее предпочтительно для пациентов была средняя или высокая цена медицинской услуги.

Анализ потребительского поведения позволил выявить также, что принцип разделения на уровень цены у пациентов и их восприятия дороговизны услуги не основывался на объективных данных анализа рынка стоматологических услуг, даже в местном масштабе. По результатам опроса пациентов коммерческой стоматологической клиники только четверть пациентов (24 %) заявили, что всегда сравнивают цены в данной клинике с ценами в других клиниках перед началом планового лечения, практически половина респондентов (44 %) сравнивают цены иногда, когда считают предложенную цену отклоняющейся от среднего уровня (завышенной или заниженной). Каждый пятый (20 %) опрошенный пациент заявил, что никогда не сравнивает цены, каждый восьмой (12 %) затруднился с ответом на данный вопрос, что можно интерпретировать как отсутствие практики сравнительного ценового анализа у данной группы пациентов. Если сравнение осуществляется, то большинство ориентируется на общий уровень цен («дорогая» клиника или «недорогая») и только каждый пятый пациент, сравнивающий цены, ориентируется на значение цены конкретной выбираемой им услуги. Важное значение имеет определенный нижний порог цены, снижение ниже которого, по мнению пациентов, представляло угрозу качеству обслуживания.

**Вывод.** Ценовая политика коммерческой медицинской организации как один из важнейших элементов маркетинговой стратегии должна основываться на доказательных данных о влиянии цены, не только на потребительский выбор, но и на величину спроса, как важнейшей категории эффективности ее деятельности. Информация о показателях эластичности величины спроса по цене и по доходу потенциального пациента является необходимым элементом для построения эффективной маркетинговой стратегии медицинской организации.

#### **Список литературы.**

1. Стародубов В.И. Механизмы эффективного реформирования финансирования в здравоохранении / В.И. Стародубов. – М.: Медицина, 2007. – 287 с.
2. Шаповалова М.А. Основы маркетинга. Маркетинг медицинских услуг / М.А.Шаповалова, Кашкарова И.А., Аношко В.П. // Астрахань: Изд-во АГМА, 2010. – 143 с.

# ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПЕРВИЧНЫЙ ВЫБОР ПАЦИЕНТАМИ КОММЕРЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

Сахибгареева Э.Х.

Московский медицинский институт «РЕАВИЗ», Москва, Россия

**Цель исследования.** Выявить факторы, влияющие на первичный выбор пациентами коммерческого медицинского учреждения, оказывающего стоматологические услуги.

**Материалы и методы.** В опросе участвовало 812 пациентов, которые обратились в данное учреждение впервые. Респондентам предлагалось выделить из группы один или два конкурирующих фактора, оказавших наиболее сильное влияние на выбор данного медицинского учреждения. Для систематизации ответов респондент имел в распоряжении несколько вариантов готовых ответов, а также мог самостоятельно сформулировать ответ. Рассчитывались интенсивные показатели частоты встречаемости того или иного ответа на 100 опрошенных.

**Результаты.** В результате исследования определено, что наиболее часто встречающимися мотивами, в соответствии с ответами респондентов, повлиявшими на выбор коммерческой стоматологической клиники назывались следующие: стремление к получению качественных стоматологических услуг, комфортность обслуживания, рекомендации друзей и знакомых, рекомендации врачей-стоматологов, реклама, негативный опыт взаимодействия с государственными и муниципальными медицинскими учреждениями.

Большинство пациентов выбрали коммерческое медицинское учреждение в надежде на качественное обслуживание. На данную причину как основную указали 61 из 100 опрошенных пациентов коммерческой стоматологической клиники. Каждый четвертый пациент 25 из 100 опрошенных ответил, что при выборе коммерческой стоматологической клиники надеялся на комфортное обслуживание и более высокую доступность медицинской помощи, рекомендация друзей и знакомых послужили поводом к обращению у 29 из 100 опрошенных, рекомендации врачей у 14 из 100 опрошенных. Рекламу, как повод, подтолкнувший к обращению, рассматривал только каждый десятый пациент (11 из 100 опрошенных). На негативный опыт взаимодействия с государственными и муниципальными медицинскими учреждениями обратили внимание почти треть опрошенных (31 из 100 опрошенных). Каждый десятый пациент (9 из 100 опрошенных) не смог сформулировать основную причину обращения в коммерческую

медицинскую организацию. Особо следует отметить, что никто из опрошенных не отметил, что обратился в коммерческое медицинское учреждение по причине удобного расположения клиники.

**Вывод.** Наиболее частыми из называемых основных (базовых) причин (мотивов), побудивших пациента обратиться в коммерческую стоматологическую клинику является его надежда получить качественную медицинскую помощь. Так как данный мотив обращения является наиболее распространенным, маркетинговая политика организации должна именно данный мотив поддерживать и усиливать. Однако, учитывая невозможность выполнения пациентами анализа качества оказываемой им медицинской помощи, пациенты могут ориентироваться на определенные признаки, свидетельствующие, по их субъективному мнению, о том, что медицинская помощь (стоматологические услуги), в выбранном ими медицинском учреждении, будут качественными.

#### **Список литературы.**

1. Кучеренко В.З. Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в добровольном медицинском страховании: теоретические основы проблемы / В.З.Кучеренко, В.М.Алексеева, Т.В.Скоморохова // Экономика здравоохранения. 2003. № 10. С. 11-16.

2. Черкасов С.Н. Исследование потребительского поведения на рынке стоматологических услуг / С.Н. Черкасов, А.Р. Сараев, О.А. Скудина, Э.Х. Сахибгареева // Материалы 9-й Международной научно-практической конференции «Проблемы развития предприятий: теория и практика»-Самара, 2010.-ч.1-с.59-61.

3. Родина Т.С. Причины обращения за стоматологической помощью взрослого населения крупного города в медицинские организации различных форм собственности / Т.С. Родина, О.Е. Коновалов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П.Павлова. 2010. №2. С.68-72.

## **ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА**

**Северин Г.К.**

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель исследования:** изучить и проанализировать показатели заболеваемости населения Донецкой области злокачественными новообразованиями (ЗН) за период с 2003 по 2013 год.

**Материалы и методы.** В ходе исследования были использованы данные отраслевой статистики за период с 2000 по 2012 гг. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по общепринятым методам [2].

**Результаты.** Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в Донецкой области за период с 2000 по 2012 год показал, что этот показатель неуклонно растет из года в год. Так в 2000 году заболеваемость составила 319,7 случаев на 100 тыс. населения, а в 2012 году – 343,6 увеличившись за изучаемый период в 1,07 раза. Среди городского населения заболеваемость ЗН за последние тринадцать лет увеличилась в 1,09 раза (с 323,9 случаев на 100 тыс. населения в 2000 году до 352,9 – в 2012 году). Лишь у сельского населения, которое в области составляет менее 5 %, прослеживается незначительное снижение заболеваемости ЗН в 1,03 раза (с 301,9 случаев на 100 тыс. населения в 2000 году до 291,5 – в 2012 году).

Анализ структуры заболеваемости злокачественными новообразованиями взрослого населения Донецкой области на протяжении изучаемого периода показал, что основными болезнеобразующими остаются шесть локализаций, которые дают 51,5 % всей онкологической патологии, а именно: трахеи, бронхов и легких – 11,2 % (38,2 случаев на 100 тыс. населения); молочной железы – 11,1 % (38,1 случаев на 100 тыс. населения); прочих заболеваний кожи – 9,3 % (31,7 случаев на 100 тыс. населения); ободочной кишки – 7,3 % (25,1 случаев на 100 тыс. населения); желудка – 6,6 % (22,6 случаев на 100 тыс. населения); прямой кишки – 6,0 % (20,4 случаев на 100 тыс. населения), что соответствует первым шести ранговыми местам во всей структуре онкологически заболеваний.

#### **Выводы.**

1. Полученные результаты показали, что за последние тринадцать лет показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями среди жителей Донецкой области увеличились в 1,07 раза преимущественно за счет городского населения (в 1,09 раза), поскольку среди жителей села этот показатель уменьшился за этот же период в 1,03 раза.

2. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями шесть локализаций (трахеи, бронхов и легких; молочной железы; прочих заболеваний кожи; ободочной кишки; желудка и прямой кишки), продуцируют более половины всех ЗН и занимают первые шесть ранговых мест во всей структуре онкологических заболеваний.

# ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Северин Г.К.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

**Материалы и методы:** в ходе исследования были использованы данные отраслевой статистики за период с 2003 по 2012 гг. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по общепринятым методам[4].

**Результаты:** полученные результаты свидетельствуют о том, что за сравнимый период в Донецкой области смертность от ЗН имеет тенденцию к снижению. Так в 2003 году было зарегистрировано 209,4 случая на 100 тыс. населения, а в 2012 году – этот показатель снизился до 198,8 (в 1,05 раза). При этом в динамике эти показатели носили волнообразный характер, и наибольшие значения смертности были отмечены в 2004 году (210,4 случаев на 100 тыс. населения), а наименьшие – в 2008 (193,4 случаев).

В городской местности (в области более 95 % населения проживают в городах) смертность от ЗН колебалась от 193,6 случаев на 100 тыс. населения в 2008 г., до 208,2 – в 2004 г. За десятилетний период (с 2003 по 2012 гг.) она уменьшилась в 1,03 раза (от 205,8 до 199,6 случаев на 100 тыс. населения соответственно).

Изучение смертности от злокачественных новообразований среди сельского населения показало, что наибольшее значение этого показателя отмечалось в 2003 году и составило 225,1 случаев на 100 тыс. населения, а наименьшее – в 2012 (181,1 случаев на 100 тыс. населения) и за десятилетний период имело незначительные колебания. Следовательно, в сельской местности этот показатель уменьшился за 10 летний период в 1,24 раза.

**Вывод.** Таким образом, данные смертности населения Донецкой области от злокачественных новообразований свидетельствуют о намечившемся снижении за последнее десятилетие этого показателя в 1,05 раза (с 209,4 случаев на 100 тыс. населения в 2003 г., до 191,4 – в 2012 г.), в городах области с 205,8 (в 2003 г.), до 193,3 случаев на 100 тыс. населения (в 2012 г.) в 1,03раза, а в сельской местности смертность населения от ЗН за десятилетний период уменьшилась в 1,24 раза (с 225,1 случаев на 100 тыс. населения в 2003 г., до 181,1 – в 2012 г.).

## Список литературы.

1. Г.В. Бондарь, Л.Н. Кузнецова Онкологическая помощь в Украине // Журн. НАМН України, 2011.- Т.17, №1. С.26

2. А.С. Гудзь Напрями вдосконалення медико-соціальної експертизи й реабілітації хворих на злоякісні новоутворення органа зору та його придатків // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія, 2011, №2.- С.88-98

3. Показатели здоровья населения и деятельности медицинских учреждений Донецкой области за 2003-2012годы.

## **СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМОВ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ПРОВЕРКИ ФОРМИРОВАНИЯ ДОСТОВЕРНЫХ, ПОЛНЫХ И НЕПРОТИВОРЕЧИВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ В СОСТАВЕ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ**

**Седов А.А., Берсенева Е.А., Голухов Г.Н.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Сегодня информационные технологии вошли не только в жизнь врача, но и пациента<sup>4</sup>. Соответственно представляет интерес вопрос о потребностях пациентов, и том, насколько информационные технологии эти потребности удовлетворяют.

Роль информационных технологий в работе врача определена достаточно четко, распространение информационных систем проводится централизованно, и порядок их использования регулируется как законодательно, так и административно. С одной стороны это, несомненно, ограничивает скорость распространения инновационных идей и методик, с другой — гарантирует заранее определенное качество информации, производимой в этих системах.

С информационными технологиями для пациентов дело обстоит несколько по-другому. На данный момент это множество разрозненных сервисов самого различного характера. Несомненно, требуется упорядочение и типов сервисов, и ожиданий пациентов.

**Материалы и методы.** Материалами исследования явились официальные документы и источники литературы, сведения обо всех аспектах работы медицинских организаций, общедоступные сайты в сети интернет.

---

<sup>4</sup> Амиров Р.И., Марапов Д.И. Реализация кластерного подхода при создании единого информационного пространства в сфере здравоохранения на программной платформе компании «Витакор». // Материалы Всероссийской конференции «Информационные технологии в медицине». – М.: «Ковэф», 2013. – С. 35-38.

Методами исследования явились исторический и логический методы; анализ и синтез; абстрагирование; метод вывода на основе аналогии; моделирование; объектно-ориентированная и алгоритмическая декомпозиции; метод формализации; системный анализ; эксперимент; активное и пассивное наблюдение; интервьюирование.

**Результаты.** Одним из результатов исследования явилось выделение двух больших групп сервисов для пациента: сервисов ассоциированных с медицинской организацией (МО): такие как запись в расписание, личный кабинет пациента, получение результатов инструментальных и лабораторных исследований на компьютерных носителях или по электронной почте) и общедоступных информационных сервисов. Если сервисы, ассоциированные с МО находятся под их прямым управлением, а пациент уже вовлечён в лечебный процесс, то с общедоступными информационными сервисами дело обстоит по-другому. Дальнейшее исследование общедоступных сервисов, не ассоциированных с МО показало, что это сайты и форумы, которые можно посещать независимо от того, обратился ли пациент к врачу. На таких сайтах пациенты читают о лекарствах и их побочных эффектах, исследуют смысловое содержание методов диагностики, изучают описание заболеваний, симптомов, синдромов и симптомокомплексов, ищут сведения о способах эффективного лечения и прогнозе исхода заболевания.

В рамках настоящего исследования установлено, что общим свойством общедоступных информационных сервисов, является то, что они никак не обрабатывают медицинские данные обратившегося к ним пациента.

При этом совершенно точно выявлена потребность пациента получить от таких сервисов информацию не общего характера, а информацию именно о своём заболевании. На данный момент у пациентов сформирована потребность загрузить на такой сайт свои медицинские документы, и получить информацию «через призму» выставленного диагноза и проводимого лечения. Наше исследование показало, что благодаря методам лексического и семантического анализа такие технологии становятся технологиями сегодняшнего дня. Нынешнего состояния таких технологий достаточно для проведения полностью автоматического (без участия врача-эксперта) подробного анализа структурированного медицинского документа (например, такого как эпикриз) как на предмет формального соответствия требованиям, предъявляемым к нему нормативными документами, так и на предмет наличия ожидаемого фактического содержания (проверка своевременности и полноты проводимых обследований, адекватности назначенной терапии и установленного диагноза, выявление несвоевременных оперативных вмешательств и т.д.).



В настоящее время ряд крупных организаций ведут работы по созданию подобных систем (например, Российский фонд фундаментальных исследований) в рамках научных проектов, однако, учитывая особенности распространения информационных технологий в здравоохранении, следует ожидать того, что на рынок услуг для пациентов они придут существенно раньше, чем на рынок услуг для врача.

**Выводы.** На основании проведенного исследования уже сегодня должны быть сделаны следующие выводы:

8. В настоящее время необходимо сосредоточить максимальные административные усилия на организации лечебно-диагностического процесса, и подготовке достоверных медицинских документов, особенно тех, которые пациенты получают на руки по результатам лечения.

9. В составе госпитальных информационных систем необходимо в кратчайшие сроки осуществлять создание алгоритмов автоматизированной проверки формирования достоверных, полных и непротиворечивых медицинских документов, поскольку в ближайшее время результаты лечения, отраженные в этих документах, будут проверяться беспристрастными компьютерами, действующими в интересах пациента.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

**Сенижук А.И., Шильникова Н.Ф.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

**Цель исследования.** Оценить динамику социально значимой заболеваемости по данным обращаемости населения за период 2000-2012 годов.

**Материалы и методы.** Исследование проведено с использованием исторического, санитарно-статистического, аналитического методов.

**Результаты.** Комплексная оценка заболеваемости населения по данным обращаемости определила низкий уровень показателей: первичной заболеваемости (200г. – 560,2‰; 2011г. – 722,8‰; 2012г. – 736,1‰, темп прироста составил 31,4 %, РФ 2011г. – 797,4‰) и распространенности (2000г. – 1014,7‰; 2011г. – 1450,8‰; 2012г. –

1475,8%, темп прироста 45,44 %, РФ 2011г. – 1604,0‰), что ниже среднероссийского 2011г. на 9,36 % и 9,55 % соответственно. Выявлены особенности распространенности социально значимых заболеваний. Онкологическая ситуация в Забайкальском крае за последние годы характеризуется низким, но достоверно увеличивающимся уровнем как первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями: 2001г. – 223,8±15,0, 2011г. – 285,8±16,8 на 100 000 населения ( $p<0,05$ ), с ежегодным средним темпом прироста +2,5 %, так и распространенности: 2001г. – 1351,6 ±36,5, 2011г. – 1644,8±40,0 на 100 000 населения ( $p<0,05$ ), остается ниже, чем в РФ на 22 % (2011г. – 365,4), что обусловлено недостаточной организацией профилактического направления первичной медико-санитарной помощи в крае, а также низкой медицинской и профилактической активности населения [3]. Ситуацию с заболеваемостью туберкулезом следует оценить как напряженную. Показатели заболеваемости по краю выше аналогичных по России на 28,4 %. Заболеваемость сифилисом по Забайкальскому краю имеет тенденцию к снижению, при этом превышает общероссийский на 54,4 %, что свидетельствует о крайне неблагоприятной эпидемиологической ситуации в крае. За анализируемый период отмечено стабильное увеличение распространенности психической заболеваемости к 2006 году в сравнении с 2000г. на 18,0 % и снижение к 2012г. на 17 %. Данный показатель превышает аналогичный по России на 27,9 %. Одной из характеристик заболеваемости психическими расстройствами является высокий уровень инвалидизации среди больных, что обуславливает высокий экономический ущерб при данном виде патологии.

**Вывод.** Неблагоприятные тенденции заболеваемости социально значимой патологией ведут к увеличению потребности населения в медицинской помощи, требуют проведения конкретных мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи и в целом системы здравоохранения на территории Забайкальского края. Существенным механизмом, способным ограничивать рост потребности в медицинской помощи, является совершенствование профилактической деятельности, кроме того, для достижения наиболее высоких результатов необходимо данные мероприятия осуществлять непрерывно и систематично.

#### **Список литературы.**

1. Щепин О. П., Медик В. А. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 384 с.
2. Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение / М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 544 с.
3. Шильникова Н. Ф., Сенижук А. И., Пимкин М. Г. Социально-гигиеническая оценка показателей онкологической заболеваемости в Забайкаль-

## **ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА МИГРАЦИОННЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Сиротко М.Л., Байкова А.Г.**

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Цель исследования** – оценить миграционный потенциал студентов 6 курса лечебного факультета СамГМУ, завершающих обучение в июне 2014 года, на основе изучения факторов, определяющих выбор места проживания после окончания ВУЗа.

**Материалы и методы.** В рамках совместного проекта с НИУ «Высшая школа экономики» и МГУ имени М.В. Ломоносова «Оценка миграционного потенциала студентов выпускных курсов высших учебных заведений стран СНГ» был проведен опрос студентов 6 курса лечебного факультета СамГМУ (175 человек или 50,4 % от общего числа студентов – выпускников лечебного факультета СамГМУ 2013-2014 учебного года) по специально разработанной анкете «Миграционные установки студентов выпускных курсов вузов» (авторы: М.Б. Денисенко, Т.Я. Четвернига, О.С. Чудиновских, 2013). Анкетирование студентов проводилось методом самостоятельного заполнения, подготовка анкет к вводу и формирование базы данных – на основе соответствующего программного обеспечения.

**Результаты.** Число иногородних студентов на выпускающем курсе равно 228, что составляет 65,7 % от общего числа студентов выпускного курса. Среди 175 человек, принявших участие в опросе, иногородними оказались 107, т.е. 61,1 % от числа опрошенных. Таким образом, было соблюдено соотношение между иногородними студентами и студентами, постоянно проживающими в Самаре, соответствующее таковому на выпускном курсе в целом. Было выделено 4 группы респондентов, нацеленных на: 1) внешнюю миграцию (за пределы РФ), 3,4 %; 2) внутреннюю миграцию (в пределах РФ), 17,1 %; 3) эмиграцию из Самары, но без четких установок на внешнюю либо внутреннюю миграцию, 14,9 %; 4) на дальнейшее проживание в Самаре, 64,6 %. Соотношение местные/иног-

родные студенты в каждой из групп оказалось следующим: 1) 66,7/33,3 %; 2) 20/80 %; 3) 19,2/80,8 %; 4) 38,9/61,1 %. Что касается семейного положения респондентов, то в каждой из групп обнаружилась доля состоящих в браке: 1) 0 %; 2) 42,9 %; 3) 18,2 %; 4) 13,3 %. На вопрос анкеты о причинах выбора конкретного места переезда самыми популярными ответами (при возможности выбрать не более трех вариантов) стали «там я могу рассчитывать на хорошую зарплату» (20), «там я могу найти интересную работу» (18), «это мой родной город/село» (16).

**Вывод.** Среди выпускников лечебного факультета СамГМУ 2013-2014 учебного года преобладают студенты, не нацеленные на отъезд из Самары. Среди студентов, допускающих для себя миграцию внутри РФ или не имеющих на данный момент четких миграционных установок, большинство составили иногородние, т.е. люди, уже обладающие опытом учебной миграции. Также в двух вышеуказанных группах доля лиц, состоящих в браке, оказалась выше, чем в двух других. Это говорит о том, что наличие собственной семьи может оказывать положительное влияние на миграционную мобильность молодежи. Анализируя ответы выпускников о причинах выбора определенного места для переезда, можно сделать заключение, что приоритетными факторами, влияющими на миграционные установки, являются высокая заработная плата, возможность карьерного роста и ориентация на возвращение в родной город/село.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ситникова Л.Н., Лавлинская Л.И.

Воронежская государственная медицинская академия  
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

**Цель исследования.** Изучение репродуктивного поведения студентов Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко.

**Материалы и методы.** Использовались социологический и статистический методы исследования. Проведено анкетирование по специально разработанным анкетам студентов первого и шестого курсов.

**Результаты.** Студенты 1 курса составили 51,2 %, студенты 6 курса – 48,8 %. Половозрастная структура исследуемой группы: мужчины – 32,7 %; женщины – 67,3 %; 17-18 лет – 46,8 %; 23-24 лет – 46,3 %.

Источниками знаний о методах контрацепции и заболеваниях, передающихся половым путем назвали: интернет – 65,4 % студентов; научно-популярную ли-

терапугу – 49,3 %; друзей – 29,0 %; родителей – 26,1 %; учителей – 6,9 %; медицинских работников – 27,6 %.

Спокойно относятся к раннему началу половой жизни 24,7 % респондентов, причем 11,5 % убеждены, что это можно делать и до 17 лет. Положительно относятся к внебрачным половым отношениям 62,0 % студентов. Мотивом вступления в половые отношения 12,0 % назвали любопытство; 63,5 % – сознательное решение вступить в половую связь; 69,3 % – любовь. 28,3 % считают, что помимо постоянного партнера возможны половые контакты с разными партнерами.

Безопасными половыми отношениями 28,3 % респондентов считают половые отношения с использованием контрацепции; 2,4 % первокурсников не знают, что такое безопасные половые отношения. Среди известных студентам методов контрацепции преобладают низкоэффективные традиционные методы (61,4 %) – презервативы и прерванный половой акт; 4,8 % первокурсников ничего не знают о методах контрацепции.

Все респонденты имеют позитивные репродуктивные установки и полагают, что женщина должна иметь детей: оптимальным возрастом первых родов 44,9 % считают 22-23 года. 47,6 % респондентов полагают, что в семье должно быть двое детей; 35,9 % ориентированы на многодетность.

**Вывод.** Большая часть сексуально активного контингента ведёт довольно рискованную половую жизнь. Ранние сексуальные дебаты, вынужденное удлинение добрачного периода, частая смена сексуальных партнёров – это основные характеристики сексуального поведения в молодежной среде.

Среди студентов медицинского ВУЗа получены следующие данные: только каждый четвертый студент источником знаний о методах контрацепции и заболеваниях, передающихся половым путем назвал родителей и медицинских работников, каждый двадцать первый первокурсник ничего не знает о контрацепции, каждый сорок второй первокурсник не знает, что такое безопасные половые отношения. Каждый четвертый респондент спокойно относится к началу половой жизни до совершеннолетия, каждый восьмой респондент мотивом вступления в половые отношения назвал любопытство, каждый третий считает, что помимо постоянного партнера возможны половые контакты с разными партнерами.

Сложившаяся ситуация требует углубленного изучения репродуктивного здоровья, выработки новых эффективных подходов к решению проблемы полового воспитания детей и подростков, этическое воспитание молодежи, повышение уровня общей культуры и образования.

# МЕСТО ИНФОРМАЦИОННОГО ОТРАСЛЕВОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА В КОММУНИКАТИВНОЙ ПОЛИТИКЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Слабкий Г.А., Знаменская М.А., Левенец Н.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.  
Донецк. Украина

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика. Киев. Украина

**Цель исследования:** определить задачи, функции, методы работы информационного отраслевого ресурсного центра как организационной составляющей комплексной системы коммуникаций по информационному обеспечению проведения реформы здравоохранения страны.

**Материалы и методы.** При выполнении работы использованы следующие методы библиосемантический, структурно-логического анализа, описательного моделирования, контент анализа, системного подхода.

**Результаты.** Центральным элементом системы должен стать информационный ресурсный центр (Центр) по обеспечению коммуникаций в здравоохранении.

Стратегическим направлением деятельности Центра является прогнозирование потребности разных категорий населения в коммуникациях по конкретным вопросам здравоохранения; прогнозирование положительного и отрицательного влияния средств и содержания коммуникаций на позицию разных категорий населения в отношении реформы здравоохранения; обеспечение коммуникаторов достоверной, комплексной и своевременной информацией.

Тактическим направлением деятельности Центра является сбор и накопление информации, а также планирование коммуникативных мероприятий в системе здравоохранения на разных уровнях управления с методическим обеспечением их проведения и определением эффективности проведения мероприятий.

Разработаны основные направления деятельности Центра: сбор, анализ, накопление и распространение максимально доступной международной и отечественной информации с определенных вопросов; информационное обеспечение управления процессом коммуникаций; организационно-методическая работа.

Эффективность деятельности Центра обеспечивается путем использования современных технологий коммуникации; методов массового и индивидуального

информирования населения; своевременности и достоверности предоставления информации; изучения потребности населения: в целом и отдельных целевых групп в информации и форме ее подачи и удовлетворения этой потребности.

Информация в Центр и обработанная из Центра поступает как в плановом так и в текущем порядке. При этом Центр в своей деятельности имеет профессиональные связи с международными организациями, связи в пределах отрасли здравоохранения, межсекторальные связи на уровне государства, а также связи с отдельными целевыми группами влияния.

**Вывод.** Предложенный информационный ресурсный центр должен обеспечить прогнозирование потребности и обеспечение всех участников процесса реформирования системы здравоохранения страны, и все население в целом необходимой достоверной и своевременной информацией с выбором оптимальных методов ее подачи.

Для этого он проводит ее сбор, накопление, анализ и распространение, а также изучение в ее потребности и эффективность отдельных коммуникативных мероприятий и деятельности системы в целом.

## **ВЛИЯНИЕ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МОТИВАЦИЮ ПРИЗЫВНИКОВ ИЗ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ**

**Смирнов С.В.**

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

**Цель исследования.** Установить медико-социальные факторы, влияющие на формирование положительной мотивации к военной службе по призыву у молодых людей, проживающих в сельской местности Оренбургской области.

**Материалы и методы.** Проведено социологическое исследование с помощью специально разработанной анкеты, содержащей вопросы, каждый из которых имел от 2 до 15 вариантов ответов. Для проведения анонимного анкетирования путем случайной выборки была сформирована совокупность из 932 призывников в возрасте от 18 до 26 лет. Репрезентативность выборки была рассчитана с помощью общепринятых методов.

**Результаты.** При определении отношения призывников к военной службе ответы распределились следующим образом: «военная служба – это конституция»

онный долг каждого мужчины» – 84,2 % , «я бы прошел альтернативную службу» – 0,6 % , «я за профессиональную армию» – 12,9 % , «затрудняюсь ответить» – 2,3 % . В соответствии с целью исследования подробно изучена группа призывников, выбравшая вариант ответа «военная служба – это конституционный долг каждого мужчины». Установлено, что возрастной состав характеризовался преобладанием лиц в возрасте 18 лет, доля которых равнялась 38,4 % , 19 лет – 25,2 % , 20 лет – 17,8 % . При изучении уровня образования респондентов установлено, что преобладали лица со средним профессиональным образованием – 24,2 % , со средним специальным образованием – 22,8 % . По социальному происхождению отмечено, что в данной группе преобладали призывники, которые воспитывались в семьях рабочих – 58,6 % и крестьян – 24,5 % . При оценке материального положения 78,1 % опрошенных оценили его как удовлетворительное. Анкетирование позволило установить, что 69,4 % респондентов воспитывались в «полных» семьях и имели 2-3 братьев или сестер. Женатых призывников было 2 % .

При оценке собственного здоровья более 97 % призывников считали себя полностью здоровыми, а 72 % редко болели простудными заболеваниями и только 20 % опрошенных имели ранее оперативные вмешательства.

На следующем этапе исследования для изучения морально-деловых качеств призывников им были предложены тесты на изучение нервно-психической устойчивости и познавательных способностей. Установлено, что высокая нервно-психическая устойчивость отмечалась у 20,9 % , хорошая – 62,2 % , удовлетворительная – 16,9 % . При тестировании на познавательные способности были получены следующие результаты: высокая познавательная способность отмечалась у 17,2 % призывников, хорошая – 53,4 % , удовлетворительная – 29,4 % . Респондентов с неудовлетворительными нервно-психической устойчивостью и познавательными способностями не выявлено.

**Вывод.** В результате проведенного социологического исследования был определен медико-социальный статус призывников, проживающих в сельской местности Оренбургской области, которые считают, что «военная служба по призыву – это конституционный долг каждого мужчины». Полученные данные будут использованы призывными комиссиями при распределении призывников для прохождения военной службы в различных видах и родах ВС РФ.

#### **Список литературы:**

1. Шигапов Б.Г. О состоянии здоровья подростков-допризывников //Военно-медицинский журнал. – 2007. –Т.328. – с.79-80.
2. Ефимова С.В. Комплексная оценка состояния здоровья, образа и качества



жизни лиц призывного возраста, проживающих в крупном городе: Автореф. дис. ...к.м.н. – Оренбург, 2012. – 26 с.

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИЗЫВНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Смирнов С.В., Кузьмин С.А.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

**Цель исследования:** установление параметров КЖ призывников из сельских населенных пунктов Оренбургской области и города Оренбурга.

**Материалы и методы.** Исследование параметров КЖ выполнялось по Международному стандартизированному опроснику MOS SF-36 (автор – J.E. Ware, 1992).

Для участия в анонимном анкетировании методом случайной выборки, были сформированы две группы по 500 призывников в каждой, в возрасте от 18 до 25 лет. В первую группу вошли призывники проживающих в городе Оренбурге, а во вторую группу – в сельских населенных пунктах Оренбургской области.

Опросник MOS SF-36 имеет 36 вопросов, которые формируют 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), выраженность болевых ощущений (Б), общее восприятие здоровья (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психологическое здоровье (ПЗ). По каждой шкале ответы на вопросы получают от 0 до 100 баллов, при этом максимальное (большее) количество баллов соответствует более высокому значению КЖ [2].

**Результаты.** Анализируя субъективную оценку состояния здоровья призывников, полученную при помощи опросника MOS SF-36, было выявлено, что в первой группе на «отличное» оценили состояние своего здоровья – 21 %, на «очень хорошее» – 16 %, на «хорошее» – 40 %, на «посредственное» – 20 %, и на «плохое» – 3 % респондентов. Во второй группе преобладало число призывников с оценкой здоровья «отличное» 48,8 %. Число молодых людей, оценивших состояние своего здоровья как «очень хорошее» и «хорошее» было примерно одинаково и составило 21,8 и 25,4 % соответственно. В то же время число призывников, оценивших своё здоровье на «посредственно» составило всего лишь 3,8 % и «плохое» 0,2 %.

Изучение субъективной оценки своего здоровья у призывников в сравнении с прошлым годом по первой и второй группам показало, что преобладало число лиц, считающих, что состояние их здоровья «так же, как год назад» и составило соответственно 59 % и 53,2 %. Вариант ответа «значительно лучше» при анкетировании выявлен у 10 % в первой группе и 22 % во второй группе.

Средние значения показателей КЖ призывников колебались от 69 баллов в первой группе и 74,1 баллов во второй группе (по шкале Ж), 88 баллов в первой группе и 96,9 баллов во второй группе (по шкале ФФ). В целом, средний балл КЖ у призывников в первой группе составил 76 баллов из 100 возможных, а во второй группе – 86,6 балла. Распределение шкал в убывающей последовательности в первой группе было следующим: Ж, ОЗ, РФФ, ПЗ, РЭФ, Б, СФ, ФФ, а во второй группе: Ж, ПЗ, ОЗ, РФФ, Б, СФ, РЭФ, ФФ.

**Вывод.** На основании полученных данных о КЖ призывников можно дифференцированно подходить к комплектованию команд для прохождения военной службы по призыву в различных родах и видах ВС РФ.

#### **Список литературы.**

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.

2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. Учебное пособие /Под ред. Ю.Л. Шевченко.– М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.– 304 с.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Солтамакова Л. С.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** Предметом научных исследований является поиск биохимических маркеров для диагностики субклинически протекающего угрожающего выкидыша.

**Материалы и методы.** Предметом изучения явились 150 пациенток с угрозой прерывания беременности. Беременные были разделены на 3 клинические группы. В 1-ую клиническую группу были включены 50 женщин в I триместре;

во вторую группу-50 беременных во II-го триместра и в 3-ю группу пациентки III-го триместра. Методы исследования: сбор анамнеза, клинико-лабораторные методы, УЗИ.

Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом. Информированное согласие было получено у всех пациенток. Все пациентки были сопоставимы по возрасту, соматическому анамнезу. Критерии исключения из исследования: первая беременность, возраст моложе 20 лет, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии.

**Результаты.** Наиболее информативным доклиническим маркером в первом триместре беременности являются биохимические маркеры. Во втором триместре гестации сочетание УЗИ и биохимических маркеров. В третьем триместре беременности определение биохимических маркеров в цервикальном канале.

**Выводы.** Координация научных исследований по проблеме репродуктивного здоровья и организация медицинской помощи при его нарушении позволит снизить репродуктивные потери.

#### **Список литературы.**

1. Голубев В.А. Перспективы научных исследований в области охраны репродуктивного здоровья /В.А. Голубев// Материалы 9-го всероссийского научно-го форума «Мать и дитя». -2007. С.624.
2. . Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность/В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова// Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2009. -196с.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. /В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих// М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.-536с.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Солтамякова Л. С.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель исследования:** В 2006 году для изучения причин материнской смертности был проведен анализ случаев смерти беременных, рожениц и родильниц.

**Материалы и методы.** В 20 субъектах Российской Федерации, на основании пояснительных записок главных акушеров-гинекологов субъектов Российской Федерации и данных учетной формы №003/у-МС «Карта донесения о случае

200

материнской смерти», утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 21 июня 2006 года №500 (1, 2007) систематизация и определение основных причин акушерских осложнений.

**Результаты.** Проведенный анализ причин материнской смертности показал, что ведущее место занимают кровотечения, преэклампсия и эклампсия, сепсис. При этом, авторами было отмечено, что среди причин смертности доля предотвратимых составила до 31,5 %.

С целью улучшения качества и доступности акушерско-гинекологической помощи, в Российской Федерации была разработана и внедрена в работу субъектов 3-х уровневая система оказания помощи в рамках программы «Модернизации здравоохранения Российской Федерации». Реализация региональных программ модернизации позволила укрепить материально-техническую базу учреждений родовспоможения, оптимизировать акушерский коечный фонд, начать внедрение современных информационных технологий и порядков оказания медицинской помощи, начать поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами. Результатом модернизации службы родовспоможения явилось повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям, снижение материнской смертности в Российской Федерации.

**Вывод.** Резервом для дальнейшего снижения материнской смертности является продолжение целенаправленной работы по совершенствованию лечебно-диагностических мероприятий, доступности медицинской помощи, технологий оказания акушерско-гинекологической помощи<sup>5</sup>.

## **ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ**

**Суслин С.А., Павлов В.В., Орлов А.Е.**

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Цель исследования.** Изучение организации экспертизы качества медицинской помощи в городской многопрофильной больнице.

**Материалы и методы.** На основе материалов первичной учетной документации городской клинической больницы города Самары за 2011 год с использо-

---

<sup>5</sup> Шарапова О.В. Анализ причин материнской смертности в субъектах Российской Федерации /О.В. Шарапова, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева, О.Г. Фролова, Л.П. Королева// Материалы 9-го всероссийского научного форума «Мать и дитя». -2007. С.642.

ванием методов – статистического, аналитического, экспертных оценок – проанализирована организация экспертизы качества медицинской помощи.

**Результаты.** В городской клинической больнице было разработано «Положение о порядке организации и проведения экспертизы КМП» и ряд приложений к нему, включая положение об эксперте; порядок формирования регистра экспертов; первичную учетную документацию. Среди проанализированной совокупности пациентов (400 человек) мужчины составили 29,5 %; женщины – 70,5 %. Одна треть экспертиз были плановыми, две трети – целевыми. Почти треть пациентов (29,4 %) было госпитализировано в плановом порядке, в экстренном порядке – 61,8 %. Поступило без направления 8,8 % пациентов.

Наиболее оптимальной длительность пребывания в стационаре была при плановой госпитализации (только 2,5 % пациентов лечились до трех дней; 17,5 % – более двух недель). При экстренной госпитализации 8,0 % поступивших находились в стационаре не более трех дней и максимальным (31,9 %) был удельный вес находившихся в стационаре более двух недель – среди поступивших «самотечком» соответствующие показатели составили 10,5 % и 15,8 %.

Результаты экспертизы показали, что в подавляющем большинстве (98,5 %) случаев госпитализации были обоснованными. Случаи необоснованных госпитализаций имели место в возрастных группах 20-29 (2,7 %) и 40-49 лет (6,2 %). Среди мужчин доля обоснованных госпитализаций составляла 95,5 %, среди женщин – 100,0 %. Необоснованными были признаны 14,3 % госпитализаций больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения; 5,3 % – с болезнями почек и мочевыводящих путей. Стандарты обследования и лечения были выполнены в 88,0 % случаев (среди мужчин – в 92,4 %; среди женщин – в 85,4 %). Замечания по ведению документации были высказаны более чем в половине (54,2 %) случаев. Надлежащим качество помощи было признано в 88,1 % случаев (ненадлежащим – соответственно в 11,9 %). При всех изученных летальных исходах качество помощи было признано ненадлежащим.

**Вывод.** Проведенное исследование, во-первых, подтвердило необходимость и важность систематической работы по оценке качества медицинской помощи, и, во-вторых, показало, что на современном этапе качество требует улучшения (причем, на уровень качества влияют как внутренние факторы стационара, так и внешние – возраст пациентов, характер госпитализации, уровень работы амбулаторно-поликлинической сети, включающий, в числе прочего, характер госпитализации).

#### **Список литературы.**

1. Карлов А.А., Ползик Е.В., Брыксина Н.В. Обоснование методики оценки

качества работы отделений стационара // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 5. – С. 16-20.

2. Линденбратен А.Л., Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы // Здравоохранение. – 2011. – № 6. – С. 50-55.

## ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПО КРИТЕРИЮ DALY

Терлецкая Р.Н., Щербакова С.В.

ФБГУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования.** Оценить эффективность деятельности детской поликлиники с помощью критерия DALY.

**Материалы и методы.** Анализ заболеваемости и инвалидности детского населения, проживающего в зоне обслуживания детской поликлиники проводился на основании данных официальной статистики (форма 12, 19, демографические сборники [3]). Тенденцию процесса определяли путем моделирования трендов с применением прикладных программ. Определение сроков возникновения хронической патологии и формирования инвалидности в рамках различных классов болезней было проведено по данным персонализированных баз в системе обязательного медицинского страхования. Провели расчет числа человеко-лет жизни с коррекцией на ограничение жизнедеятельности в связи с нарушениями здоровья (DALY).

**Результаты.** Были рассчитаны критерии DALY при различных болезнях как Установлено значительное сокращение количества (на 30,1 %) потерянных лет жизни в связи заболеваниями и инвалидностью в целом как в абсолютном значении, так и при перерасчете на 100 000 детского населения. Это произошло в основном за счет болезней кожи и подкожной клетчатки, системы кровообращения, органов дыхания, инфекций. Вместе с этим, увеличились потери при сахарном диабете, травмах и отравлениях. При болезнях органов пищеварения, мочеполовой системы, анемиях абсолютное повышение потерь лет здоровой жизни не сопровождалось повышением показателя DALY на 100 000 детского населения. В связи с разнонаправленностью изменений критериев DALY при различной патологии было проведено их сопоставление с динамикой показателей заболеваемости и инвалидности.

Снижение потерь здоровья в целом происходило как за счет заболеваемости и инвалидности. Аналогичные тенденции регистрировались в динамике новообразований, болезней эндокринной системы, болезней уха, органов дыхания, врожденных аномалий. Повышение показателя DALY за счет заболеваемости и инвалидности отмечалось при сахарном диабете, только за счет заболеваемости – при анемии, болезнях костно-мышечной системы, травмах и отравлениях, только за счет инвалидности – при болезнях нервной системы, глаза и его придаточного аппарата. Установлено, что снижение заболеваемости и инвалидности, обусловленных болезнями мочеполовой системы, не привело к снижению показателя DALY.

**Вывод.** Использование критерия DALY позволяет определить истинные потери здоровья даже при разнонаправленной динамике показателей заболеваемости, инвалидности в связи с различными заболеваниями и оценить эффективность принятых мер. Проведенное исследование выявило резервы совершенствования деятельности детской поликлиники при работе с детьми различного возраста.

#### **Список литературы.**

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И. Концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения // Вопросы современной педиатрии. 2010. № 5. С.8-12.
2. Терлецкая Р.Н., Бабкина Л.М. Использование критерия DALY для оценки потерь здоровья при болезнях органов дыхания в детском возрасте // Вопросы современной педиатрии. 2010. № 6. С.16-18.
3. Демографический ежегодник России, 2011. М.: Росстат, 2012. С.104.

## **ВЕГЕТАТИВНИЙ БАЛАНС НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ – ВАЖНЫЙ ФАКТОР ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Тимофийчук И.Р.**

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

**Цель исследования:** измерить уровень функционального состояния студента-медика в зависимости от активности вегетативной нервной системы. В качестве физиологических индикаторов оценки ФС мы выбрали исследование вегета-

тивных показателей: ВИК (вегетативный индекс Кердо), МОК (минутный объем крови), КХ (коэффициент Хильдебрандта). ФС оценивали с помощью опросника, который включал 30 вопросов и по показателям самочувствия, активности и настроения давал возможность полноценно охарактеризовать функциональное состояние студентов во время обычного учебного процесса и накануне модульного контроля [2].

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 98 студентах II курса Буковинского государственного медицинского университета, среди них: 30 мужчин и 68 женщин 19-21 года.

**Результаты.** В ходе проведенных исследований установлены особенности реагирования на эмоциональный стресс студентов с разным типом вегетативной нервной системы. Среди исследованных: 75 % – студенты с вегетативным балансом (нормотоники), 17 % – студенты с выраженной активностью симпатического (симпатотоники) и 7 % – парасимпатического (парсимпатотоники) отдела нервной системы. У нормотоников эмоциональный стресс вызвал незначительные изменения вегетативных показателей и указывал на активацию симпатического отдела нервной системы, а в оценке функционального состояния показатели самочувствия, активности и настроения оставались в пределах нормы. У симпатотоников накануне модульного контроля наблюдалось снижение показателей настроения, а показатели самочувствия и активности в некоторых случаях превосходили норму. Факторный анализ установил, что «самочувствие» более чувствительно к усталости, а «активность» отражает уровень напряженности, «настроение» является фактором эмоционального стресса. Вегетативная дисфункция, которая усугубляется у симпатотоников – физиологическая цена за учебу. У парсимпатотоников отмечено снижение оценки всех показателей функционального состояния, что позволяет прогнозировать риск функциональных отклонений и хронических заболеваний.

**Вывод.** Установленные особенности реакции студентов с преимуществом отделов вегетативной нервной системы дает возможность предвидеть поведенческие реакции и оценить уровень реактивности нервной системы в стрессовых ситуациях во время выполнения профессиональных обязанностей в будущем.

#### **Список литературы.**

1. Щербатых Ю.В. Связь особенностей личности студентов-медиков с активностью вегетативной нервной системы // Психологический журнал, 2002, №1, С 118-122.
2. Карвацька Н.С., Ходоровський Г.І. Психофізіологія. Навчально-методичний посібник. – Чернівці: БДМУ, 2009.-243с.



# ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА)

Томских Э.С., Шильникова Н.Ф.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

**Цель исследования.** Изучение профилактической и медицинской активности населения городского округа «Город Чита».

**Материалы и методы.** Проанализированы показатели обращаемости с профилактической целью медицинские организации амбулаторного профиля за период 1989-2010гг., а так же был проведен социологический опрос по определению самосохранительного поведения и медицинской активности населения.

**Результаты.** Для оценки медико-профилактической активности населения проанализирован показатель, определяющий удельный вес посещений с профилактической целью в поликлиниках городского округа «Город Чита». В течение последних двадцати лет данный показатель изменялся волнообразно. В период с 1990 по 1998 годы отмечался резкий спад количества посещений с профилактической целью, достигая минимальных значений в 1998 году (9,8 %). В дальнейшем формируется положительная тенденция, число профилактических посещений увеличивается в среднем на 1,7 % в год, достигая максимума в 2006 году (24,3 %). В период с 2006 по 2008 год фиксировался некоторый спад профилактической активности населения. Начиная с 2009 года, отмечен рост числа посещений с профилактической целью, так в 2010 году показатель составил 33,5 %, что на 4,7 % выше, чем по Забайкальскому краю.

Проведена оценка самосохранительного поведения и медицинской активности населения по результатам анкетирования. Достоверность результатов достигнута за счет репрезентативной выборки в количестве 1200. Респонденты представлены населением городского округа «Город Чита» в возрасте старше 18 лет, преобладают женщины средней возрастной группы (30-40 лет). Считают себя здоровыми 38,0 % опрошенных. Среди факторов, оказывающих наибольшее влияние на здоровье, по мнению респондентов, первое место занимает загрязнение окружающей среды (32,3 %). На втором социально-экономические факторы (23,4 %) и на третьем – качество оказания медицинской помощи (12,5 %). Среди мер, принимаемых населением для сохранения своего здоровья, первое место занима-

ет регулярное прохождение медицинских осмотров (35,7 %), на втором – отказ от вредных привычек (21,2 %), на третьем – занятия спортом (17,6 %). Для улучшения состояния здоровья населения городского округа «Город Чита» большинство (47,5 %) респондентов предложили модернизировать социальную инфраструктуру; 26,3 % отметили повышение качества и доступности медицинской помощи населению, 17,3 % указали усиление мер по борьбе с вредными привычками.

**Вывод.** Таким образом, в городском округе «Город Чита» сформировалась положительная тенденция профилактической активности населения. При оценке распределения показателей по шкале приоритетов здоровье занимает третье место, при этом отмечено повышение ценностного отношения к своему здоровью. По результатам исследования 11,4 % респондентов ничего не предпринимают для улучшения и сохранения своего здоровья.

#### **Список литературы.**

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. /Ю.П.Лисицын. 2-е издание, перераб.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.– 512 с.

2. Томских Э.С., Шильникова Н.Ф. Характеристика мировых демографических проблем и способов управления демографическими процессами/ ЭНИ Забайкальский медицинский вестник, - 2013-№2-С.193-199.

## **ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

**Тупиневич Г.С., Шамратова В.Г.**

Башкирский государственный университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучение предпосылок развития атеросклероза в молодом возрасте.

**Материалы и методы.** Нами было проведено исследование некоторых показателей липидного обмена, гемодинамики и гемореологии у 124 практически здоровых студентов в возрасте 17-22 лет во время обучения в ВУЗе. С целью изучения динамики соотношений между показателями риска развития атеросклероза у юношей и девушек разных возрастных групп был проведен факторный анализ, включающий показатели липидного обмена (содержание холестерина, липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности, триглицеридов), АД; ЧСС, бета-адренореактивности эритроцитов (БАР); индекс массы тела, вегетативный индекс Кердо, адаптационный потенциал, индекс атерогенности.

**Результаты.** В результате исследования было установлено, что у юношей I курса неблагоприятный липидный спектр плазмы крови сочетался с усилением склонности эритроцитов к агрегации, что может приводить к ухудшению микроциркуляции крови, и как следствие, к ухудшению гемодинамики сердечно-сосудистой системы. С увеличением возраста студентов (3, 4, 5 курс) наиболее характерными признаками взаимоотношений явились, во-первых, связи атерогенности плазмы с избыточной массой тела, во-вторых, формирование однонаправленных корреляций уровня агрессивных ЛП, ХС, ТГ с ростом АД (4 и 5 курсы), создающее в будущем дополнительный риск развития атеросклероза. При этом прослеживалась зависимость показателей липидного обмена от типа вегетативной регуляции: преобладание тонуса симпатического отдела сопровождалась либо увеличением содержания антиатерогенной фракции ХС-ЛПВП (1 и 4 курс), либо – уменьшением содержания ОХС (3 курс). Девушкам были свойственны несколько иные взаимоотношения изучаемых показателей. Практически за весь период (1,3,4 курсы) у них выявлялись связи атерогенности плазмы с показателем суспензионной стабильности крови – БАР. Реципрокный характер этих отношений позволяет говорить о наличии компенсаторных механизмов в системе гемореологии, при которых нарастание атерогенности плазмы сочетается с уменьшением микрореологических нарушений эритроцитов. Также у девушек прослеживалась корреляция между ухудшением показателей липидного обмена и увеличением массы тела, т.е. проявляется отрицательная роль такого фактора риска, как избыточный вес.

**Вывод.** Проведенный факторный анализ показателей липидного обмена, гемодинамики и гемореологии у студентов в процессе их обучения в ВУЗе показал наличие ряда возрастных и половых особенностей в комплексной структуре формирования факторов риска атеросклероза в молодом возрасте. Следовательно, уже во время процесса обучения в ВУЗе закладываются неблагоприятные изменения в организме, связанные в дальнейшем с развитием сердечно-сосудистых заболеваний.

# ПРОЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Тупиневич Г.С., Шамратова В.Г.

Башкирский государственный университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучение некоторых показателей липидного обмена, гемодинамики и гемореологии у практически здоровых студентов в возрасте 17-20 лет во время обучения в ВУЗе.

**Материалы и методы.** С целью изучения динамики соотношений между различными показателями риска развития атеросклероза проведен факторный анализ на основе матрицы данных, составленных отдельно для юношей и девушек разных возрастных групп. Исследовали 124 практически здоровых студента: юношей (61 чел.) и девушек (63 чел.). В факторный анализ были включены показатели липидного обмена (содержание холестерина, липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотности, триглицеридов), артериального давления; ЧСС, бета-адренореактивности эритроцитов (БАР); стандартные физиологические индексы (индекс массы тела, вегетативный индекс Кердо, адаптационный потенциал, индекс атерогенности).

**Результаты.** В результате исследования было выявлено следующее. У юношей наиболее характерными признаками взаимоотношений явились связи атерогенности плазмы с избыточной массой тела, которые прослеживались у всех старшекурсников (3, 4, 5 курс); а также формирование с возрастом (4 и 5 курсы) односторонних корреляций уровня агрессивных ЛП, ХС, ТГ с ростом АД, создающее в будущем дополнительный риск развития атеросклероза. При этом у юношей прослеживалась зависимость показателей липидного обмена от типа вегетативной регуляции: преобладание тонуса симпатического отдела сопровождалось либо увеличением содержания антиатерогенной фракции ХС-ЛПВП (1 и 4 курс), либо – уменьшением содержания ОХС (3 курс). Девушкам были свойственны несколько иные взаимоотношения учтенных в исследовании показателей. В отличие от юношей, практически за весь интервал времени обследования (1,3,4 курсы) выявлялись связи атерогенности плазмы с показателем суспензионной стабильности крови – БАР. Реципрокный характер этих отношений позволяет говорить о наличии компенсаторных механизмов в системе гемореологии, при которых нарастание атерогенности плазмы сочетается с уменьшением микрореологических нарушений эритроцитов. Как и у юношей, на протяжении всего периода

обучения в ВУЗе у студенток прослеживается корреляция между ухудшением показателей липидного обмена и увеличением массы тела, т.е. проявляется отрицательная роль такого фактора риска, как избыточный вес.

**Вывод.** Проведенный факторный анализ показателей липидного обмена, гемодинамики и гемореологии у студентов в процессе их обучения в ВУЗе показал наличие ряда возрастных и половых особенностей в комплексной структуре формирования факторов риска атеросклероза в молодом возрасте. Следовательно, уже во время процесса обучения в ВУЗе закладываются неблагоприятные изменения в организме, связанные в дальнейшем с развитием сердечно-сосудистых заболеваний.<sup>6</sup>

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Тяжелников А.А, Юмукия А.В.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время вся российская система здравоохранения находится в процессе реформирования: изменилась нормативно-правовая база здравоохранения, определившая новые организационно-правовые формы государственных медицинских организаций и переход на одноканальную систему финансирования отрасли, реализуется государственная программа «Модернизация здравоохранения» [1]. Наряду с общефедеральными реформами в Москве проводятся не менее масштабные организационные изменения в структуре сети амбулаторно-поликлинических и стационарных ЛПУ, реорганизация целых направлений оказания медицинской помощи, таких как онкологическая, наркологическая, психиатрическая службы, имеющие цель обеспечить большую преемственность при оказании медицинской помощи, повысить её качество и доступность. Для достижения заявленных целей Правительством Москвы утверждена госпрограмма «Столичное здравоохранение» на 2012–2016 годы, предполагающая развитие сети лечебных учреждений, капитальный ремонт и техническое перевооружение всех городских медицинских организаций [2]. Вместе с тем, на сегодняшний мо-

---

<sup>6</sup> Физиологические основы здоровья человека //Под ред. Б.И.Ткаченко, – С.-Пб, Архангельск. 2001. -728с.

мент, отсутствуют организационно-методические условия и механизмы обобщения и передачи инновационного управленческого опыта в государственных медицинских организациях. Решить эту задачу поможет создание стажировочных площадок в медицинских организациях, реализующих в пилотном режиме инновационное управленческое решение общественно-значимых социальных проблем.

**Материалы и методы.** Условиями создания стажировочной площадки являются: 1. инициатива рассмотрения вопроса о создании СП, исходящая от Департамента здравоохранения Москвы, окружных Дирекций или непосредственно от Медицинской организации, 2. обязательное согласование с Департаментом здравоохранения г.Москвы (ДЗМ), признающим представленное управленческое решение актуальным и общественно-значимым. Защита СП будет производиться на рабочей группе ДЗМ, 3. добровольное согласие руководства медицинской организации распространять положительный управленческий опыт и проводить на своей базе обучение организованных групп слушателей.

Для создания стажировочной площадки необходимо: 1. заключение договора с медицинской организацией на создание и обеспечение деятельности СП, 2. разработка программы стажировки и учебно-методических материалов, 3. набор групп слушателей, формирование расписания, 4. консалтинговое сопровождение СП на весь период функционирования.

Программы обучения на стажировочной площадке определяются такими взаимозависимыми характеристиками как: модульность, функциональность и возможность трансформации. Важнейшими темами для формирования стажировочных площадок будут: 1. разработка и реализация программ развития платных услуг, 2. разработка и реализация новой системы оплаты труда сотрудников медицинской организации, 3. система внутреннего контроля в медицинской организации, 4. внедрение системы менеджмента качества ISO, 5. оптимальные организационные решения работы в ЕМИАС, 6. разработка и реализации программ логики пациентопотоков.

Успешное создание и работа стажировочных площадок потребует тесного сотрудничества всех участников на основе реализации принципа партнерства. Департамент здравоохранения г.Москвы возьмет на себя задачу установление приоритетов и общественной значимости стажировочных площадок, РАНХиГС при президенте РФ – методическое сопровождение проекта, МГУУ Правительства Москвы – организацию учебного процесса, обобщение и оформление опыта, Медицинская организация – сопровождение групп.

**Результаты.** Ожидаемые эффекты от реализации проекта: 1. создание базы лучших управленческих практик столичного здравоохранения, 2. формирование кадрового резерва ДЗМ на основе объективных критериев отбора, 3. стимулирование внедрения и использования инновационных методов управления, 4. формирование здоровой конкурентной среды.

**Вывод.** Дальнейшее развитие профессионального образования на базе стажировочных площадок, является инновационным проектом, способным обеспечить своевременную реализацию задач модернизации здравоохранения в России.

#### **Список литературы.**

1. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

2. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП ("Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)".

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ**

**Тяжелников А.А., Костенко Е.В.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Целью исследования** явилась оценка динамики психологических расстройств у больных, перенесших ишемический инсульт, в условиях комплексного амбулаторного восстановительного лечения, включающего применение психотерапевтических методик и регулярное проведение специализированных школ для пациентов.

**Материал и методы.** Обследованы 297 больных, перенесших ишемический инсульт, из них 156 (58 %) женщин и 141 (42 %) мужчин, средний возраст пациентов  $62 \pm 1,8$  года. Всем пациентам было проведено нейропсихологическое обследование: консультация психотерапевта и тестирование: краткая шкала оценки психических функций (КШОПС) и госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. По данным обследования у 178 (70 %) пациентов отмечались клинически выраженные тревожные и депрессивные расстройства (по шкале HADS). Когнитивные расстройства – у 12 % пациентов.

Пациенты 1-й группы (32 %) наряду с медицинской реабилитацией получали психотерапевтическое лечение и регулярно посещали школу пациента. Больные 2-й группы (35 %) не посещали специализированные школы. Пациенты 3-й, контрольной, группы (33 %) проходили только медицинский раздел реабилитации.

**Результаты.** Выбор психотерапевтической методики зависел от типа течения болезни, выраженности инвалидизации и степени утраты трудоспособности, реакции пациента на болезнь, его семейного и профессионального статуса.

Пациенты 1-й группы регулярно посещали школу пациента, где занятия проводили невролог и психотерапевт. Больные получали знания об адаптивных стратегиях преодоления двигательных расстройств. Обсуждались новые, доступные в двигательном плане виды деятельности, интересы, стимулировалось позитивное отношение к жизни, пациенты обучались строить по-новому взаимоотношения с людьми, не стесняясь принимать помощь со стороны. Обсуждались типичные бытовые проблемы (диета, режим нагрузок, физкультура и пр.), разъяснялись социальные и юридические вопросы, связанные с утратой трудоспособности, оказывали помощь в социализации – максимально полноценная интеграция в социум.

В процессе комплексной реабилитации у пациентов наблюдалось уменьшение психологических расстройств: субъективное повышение аффективного тонуса, повышение самооценки и уверенности в себе, снижение уровня тревоги и депрессии. Уже после первых 4-х нед. у пациентов 1-й и 2-й групп выявлялись тенденции к снижению эмоциональной напряженности, положительный настрой на дальнейшее восстановительное лечение. По истечении 12-ти нед. больные, получающие психотерапевтическое лечение и посещавшие школу пациента, отмечали ровный фон настроения, улучшение сна, появление чувства спокойствия и уверенности в своих силах, выработку положительных форм реагирования.

У больных, не проходивших психологический раздел реабилитации, аффективная симптоматика редуцировалась медленнее, они дольше оставались пассивными, подавленными, сенситивными к внешним психотравмирующим ситуациям. Темпы регресса психологических расстройств существенно различались у больных в группах. Наиболее значимые отличия выявлялись в динамике уровня тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS к моменту окончания курса реабилитации у пациентов 1-й (86 %) и 2-й (76 %) групп.

**Вывод.** Таким образом, анализ результатов комплексного восстановительного лечения больных, перенесших ишемический инсульт, свидетельствовал о его достаточной эффективности в уменьшении основных психологических и неврологических синдромов. Психологическая коррекция не только потенцировала



регресс неврологических расстройств, но и позволила в целом позысить самооценку пациентов, обучить их новым, эффективным стратегиям адаптации к имеющемуся неврологическому заболеванию, что в целом привело к улучшению качества их жизни и ускорению социальной реадaptации. Все больные, регулярно посещавшие школу пациента, были ориентированы на дальнейшее продуктивное сотрудничество с врачами и реабилитацию.

Данное исследование подтверждает эффективность комплексного подхода к реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт, обязательным звеном которой является психологический раздел.

#### **Список литературы.**

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.; 2002.
2. Бойко А.Н., Батышева Т.Т., Матвиевская О.В. и др.// IX Всероссийский Съезд неврологов. – Ярославль, 2006 стр. 219.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.; 1985.
4. Смычек В.Б. Основы реабилитации, курс лекций. – Минск, 2006.
5. Solari A., Filippini G., Gasco P. et al. // Neurology. – 2009. – Vol. 52. – P. 57-62.

## **ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

**Устинова Н. В.**

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва, Россия

**Материалы и методы исследования.** В представленной работе для определения тенденций развития социальной педиатрии, приоритетных направлений, актуальных задач и векторов дальнейших исследований в этой области в качестве основного использован метод интерпретативного контент-анализа. Проанализированы докторские и кандидатские диссертационные работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», защищенные в РФ за период 1991-2012 гг. (до 2000 года специальность именовалась «Социальная гигиена и организация здравоохранения»).

**Результаты.** Среди общего пула диссертаций, защищенных по общественному здоровью и здравоохранению (4194 ед.инф.) диссертационные работы по

проблемам детского населения составили 621 единицу информации (14,8 %). Анализ диссертаций по направлениям социальной педиатрии проводился по следующим категориям: 1) изучение социальных (социально-психологических) причин нарушений здоровья детского населения; 2) состояние здоровья детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации; 3) организации медико-социальной помощи детскому населению.

Наиболее широко исследованным направлением социальной педиатрии, представленным в диссертациях, оказалось изучение социальных детерминант нарушений здоровья (35,9 %).

Категория социальной педиатрии «изучение состояния здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» зафиксирована в 15 % исследований. В структуре исследуемого контингента преобладающими были работы в отношении детей-инвалидов – 34,4 % и детей-сирот (оставшихся без попечения родителей) – 30,1 %.

Интерпретативный контент-анализ диссертационных исследований в области общественного здоровья и здравоохранения детского населения выявил 7,6 % работ, изучающих организацию медико-социальной помощи детскому населению.

**Вывод.** С учетом приоритета в государственной политике охраны здоровья и оптимизация здравоохранения детского населения, количество научных исследований в этой области следует признать недостаточным. Преобладающим направлением социальной педиатрии в диссертационных исследованиях общественного здоровья и здравоохранения детского населения является изучение социальных детерминант здоровья детей и подростков (35,9 %). Количество исследований состояния здоровья контингентов детей в трудной жизненной ситуации (15 %) и организации медико-социальной помощи (7,6 %) не обеспечивают полноценную научную базу для формирования эффективной системы охраны и укрепления здоровья детского населения. Таким образом, в целях оптимизации научного знания и совершенствования системы медико-социальной помощи детскому населению необходимо активизировать исследования в области социальной педиатрии.

# ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Фазлиахметова Г.Р., Соколова Ж.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучение качества оказания стоматологической помощи в муниципальных стоматологических поликлиниках города Уфы.

**Материалы и методы.** Было выкопировано 294 карт экспертной оценки качества лечения в поликлинике, заполненные экспертами страховых медицинских компаний. В картах экспертной оценки отражалась следующая информация: пол, возраст больного, период проведенного лечения, диагноз, проведенные диагностические и лечебные мероприятия, оценка качества диагностики и лечения.

**Результаты.** Среди анализированных карт больных женщины составили 66,3 %, мужчины – 33,7 %. Среди больных наибольшее количество было в возрастных группах 20-29 лет – 24,5 %, 50-59 лет – 19,4 % и 60-69 лет – 14,3 %. Анализ показал, что несоответствие диагностических мероприятий стандартам оказания медицинской помощи было в 14,3 % случаев, которые включали в себя несоответствие при лечении кариеса в 36,5 % случаев, при лечении пульпита – 23,5 %, при лечении периодонтита – 25,2 %, при лечении пародонтита – 14,8 %. Дефекты оказания медицинской помощи при лечебных мероприятиях составили 17,6 %. Из них эксперты выявили следующие несоответствия стандартам: лечение отсутствующего зуба (2,4 %), отсутствие описания рентгенографии (2,0 %), описания obturации корневого канала (8,1 %), документа об информированного согласия пациента на лечение (10,1 %) и т.д.

В заключениях эксперта были указаны замечания по сбору недостаточной информации об анамнезе, а также отсутствие или неправильное заполнение зубной формулы, отсутствие результатов дифференциальной диагностики, завышенные количества условных единиц, не корректное ведение медицинской карты амбулаторного больного.

**Вывод.** Таким образом, анализ карт экспертной оценки качества лечения позволяет выявлять основные проблемы некачественного заполнения медицинских документов, уровня квалификации врачей-стоматологов при лечении и диагностике стоматологических заболеваний.

## Список литературы.

1. Денисова Е.И. К проблеме оказания стоматологической ортопедической помощи лицам пожилого и старческого возраста / Е.И.Денисова, О.А.Козаченко, Н.Б.Соловьева // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. – 2012. – №1. – С.41-43.

2. Ф3-323 от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Федоров Д.И., Полунина Н.В., Каракаева Э.Б.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Высшее медицинское образование является важнейшей составной частью системы непрерывного профессионального образования, от результатов деятельности и состояния здоровья участников образовательного процесса в огромной степени зависит возможность максимальной передачи знаний и опыта, способствующих воспитанию и обучению будущих специалистов [1,2,3].

Социальная значимость профессиональной деятельности преподавателей высших учебных заведений определяется необходимостью формирования у студента не только профессиональных знаний, но здоровья, поскольку лишь здоровый человек ориентирован на активную жизненную позицию [4]. Это возможно лишь в том случае, если преподаватель социально активен, ведет здоровый образ жизни, целенаправлен не только на выполнение профессиональных обязанностей на должном уровне, но и на сохранение и укрепление своего здоровья [3,5]. В настоящее время предъявляются все более жесткие требования к организационному механизму управления вузами, позволяющему своевременно приводить в действие все возможности улучшения качества подготовки врачебных кадров в соответствии с потребностями учреждений системы здравоохранения. Нельзя не учитывать тот факт, что успех подготовки студентов-медиков зависит не только от уровня профессиональной подготовки педагога, но и от его состояния здоровья [6].

Ответственный характер трудовой деятельности педагогов высшей профессиональной школы, характеризующий высокой эмоциональностью и значительным числом факторов, вызывающих различные стрессогенные ситуации и снижение их качества жизни, безусловно, отражаются на их состоянии здоровья.

**Цель исследования:** Для разработки рекомендаций по укреплению здоровья педагогов высших учебных заведений выявить особенности медико-социальной характеристики преподавателей высших учебных заведений.

**Материалы и методы.** Обследовано 587 преподавателей, работающих в высших учебных заведениях различного профиля.

**Результаты.** Преподавательский коллектив представлен преимущественно женщинами, доля которых составила 63,9 %. Средний возраст преподавателей равен  $48,6 \pm 2,1$  лет, причем среди женщин он достоверно ( $p < 0,001$ ) выше, чем у мужчин (соответственно  $59,2 \pm 2,6$  против  $43,9 \pm 3,1$ ).

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) показал, что в целом число случаев ЗВУТ у преподавателей было достоверно ниже в 1,5 по сравнению с медицинскими работниками, имеющими тесный контакт с больными. Отмечен более низкий уровень заболеваемости болезнями органов пищеварения (в 2,4 раза), органов дыхания (в 1,8 раза). В тоже время среди педагогов выше уровень заболеваемости болезнями нервной системы в 1,6 раза чаще. Опрос показал, что это связано с низкой обращаемостью за медицинской помощью. Из 100 педагогов вуза 32,4 % продолжали работать в состоянии недомогания и плохого самочувствия, 19,1 % лечились самостоятельно. Особенно настораживает тот факт, что только 18,3 % преподавателей обращались к врачу при обострении хронического заболевания.

Изучение особенностей социально-гигиенической характеристики показал, что 38,9 % преподавателей не имели в домашних условиях возможностей для подготовки к учебному процессу, у 37,2 % среднедушевой доход был ниже прожиточного уровня, 18,6 % преподавателей вынуждены были снимать квартиру. Более половины обследованных вынуждены совмещать свою преподавательскую деятельность с дополнительной работой, в том числе 32,6 % подрабатывали в сфере образования, 46,1 % – врачами в практическом здравоохранении.

При оценке трудовой деятельности врачей-педагогов установлено, что она сопряжена со значительной профессиональной нагрузкой, связанной непосредственно как с проведением, так и с подготовкой к педагогическому процессу. Длительность голосовой нагрузки при проведении семинарских занятий и чтения лекций составляет в среднем  $4,1 \pm 0,3$  часа в день при условии выполнения ауди-

торной нагрузки 900 часов в течение года. Большинство преподавателей (80,3 %) вынуждены были задерживаться на работе, 76,1 % педагогов брать работу на дом. Каждый второй преподаватель не удовлетворён проведением своего свободного времени и связывал это с накопившейся усталостью после учебных занятий в ВУЗе и недостатком свободного времени для отдыха вследствие необходимости продолжения работы. Активно отдыхали только 11,9 % преподавателей, 15,3 % опрошенных совсем не отдыхали, 33,9 % – занимались домашними делами, 24,8 % – проводили время с детьми. Лишь 8,1 % педагогов стремились выполнять рекомендации по здоровому образу жизни.

**Вывод.** Проведенное изучение состояния здоровья и социально-гигиенической характеристики преподавателей, работающих в высших учебных заведениях, позволило установить неблагоприятные показатели их здоровья и неудовлетворительные критерии их социального статуса, что требует разработки оздоровительных мероприятий для данной категории населения.

#### **Список литературы.**

1. Микерова М.С., 2007 Здоровье преподавателей медицинских вузов и факторы его определяющие. Дис. канд. мед. наук. Москва, 2007.
2. Ермукашева Е.Т. Комплексное воздействие на физическое и психическое состояние женщин-преподавателей, имеющих заболевания позвоночника / Е.Т.Ермукашева // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». №2 (48) – 2009. – с. 19-24.
3. Печеркина А.А. Проблема сохранения профессионального здоровья педагога в условиях модернизации / А.А.Печеркина // Успехи современного естествознания.- №10.- 2009.
4. Никулина Т.В., 2011 Управление развитием здоровьеориентированной воспитательной системы ВУЗа Автореф. дис. канд. пед. наук, Курск; 2011.
5. Рыжов А.Я., Белякова Е.А., Игнатьев Д.И., Шверина О.В. Комплексное исследование профессионального здоровья преподавателей ВУЗа // Фундаментальные науки и практика Том 1, №3 — 2010.
6. Камаева А.А., Коньшева В.М., Халетова С.С., Дanelия Н.Г. Состояние здоровья преподавателей вуза. Казанский мед. журнал.- 1990. №5. -С. 385-386.
7. Попов А.В. Комплексное социально гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского вуза, Дис. канд. мед. наук. Москва, 2008.

# ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК СПОСОБ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Федяева А.В., Иванов В.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

При анализе структуры заболеваемости больных общего колопроктологического профиля выявляется преобладание поздних стадий клинических проявлений, как правило, требующих оперативного лечения в условиях специализированного стационара. При анализе литературных источников были выделены работы ГНЦ Колопроктологии МЗ СССР проводимые в 1982-1986гг и данные статистического исследования Минздрава РФ [1,2] по ретроспективному и проспективному исследованию заболеваемости и структуры колопроктологической патологии у населения. Данные работы показали, что в 70 % выявленных случаев болезни пациенты в силу различных причин не обращаются за медицинской помощью. В настоящее время все большему количеству населения становятся возможными современные информационные технологии на основе сети Internet. Нами была предпринята попытка применения общедоступных компьютерных технологий с целью раннего выявления больных нуждающихся в специализированном лечении.

**Цель исследования.** Оптимизация метода выявления больных с ранними стадиями колопроктологической патологии. Улучшение обращаемости населения. Увеличение доступности медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Для изучения данной проблемы бы создан интернет сайт <http://www.doktor-proktolog.ru>. Изучение и оценка половозрастной группы, статистики запросов и обращаемости проводилось на основе данных интернет приложения «Яндекс-метрика». Проведен анализ амбулаторных карт и сравнение групп пациентов обратившихся по направлению формы 046 из городских поликлиник ДЗ г. Москвы и через самозапись – через специально разработанное интернет-приложение.

**Результаты.** При обработке случайно выбранных 300 карт амбулаторного больного было выявлено – 9 пациентов первично обратившихся в КДЦ в рамках оказания медицинской помощи по системе платных услуг, что составило 3 % от

общего количества, 82 пациента обратившихся по направлениям районных поликлиник, что равно 27,33 % . Остальные 69,67 % больных обратились к нам с использованием формы интернет-записи. При проведении статистического анализа выявлено, что в группе больных обратившихся через интернет сайт число больных страдающих I, II, III и IV стадиями хронического геморроя составляет 28 %, 36 %, 20 % и 16 % соответственно против 0 %, 15 %, 47 % и 38 % в аналогичных группах больных направленных из амбулаторного звена.

**Вывод.** Применение современных информационных способов позволяет добиться достоверного увеличения числа выявления больных с ранними стадиями колопроктологических заболеваний.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

**Фомин А.А.**

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,  
Петрозаводск, Россия

**Материалы и методы:** материалами исследования являлись: учебный план, учебно-методический план, программа обучения за период с 2007 по 2013 годы. Методы исследования: исторический, структурно-функциональный (по должностям слушателей), аналитический, экспертные оценки. Исследование сплошное, в котором единицей наблюдения был 131 слушатель.

**Результаты.** В учебный, учебно-тематический план слушателей дополнительно включались разделы по решению задач, написанию выпускной работы по организации здравоохранения с выбором самостоятельно темы, при этом ни один слушатель за 2012–2013 год не указал в списке литературы основной источник знаний по специальности [1]. Решение задач по разделам учебного плана по объему написанных страниц составило примерно 130 страниц в 2012, 2013 году, а выпускная работа до 30 страниц, при этом эти два вида работ составляли основу заочной формы обучения, на которую отводилось около 400 часов учебного времени. В 2013 году доля слушателей выполнивших все задания впервые увеличи-



лась до 50 %. Слушатели, имеющие стаж работы более 5 лет составляли 80 % в 2007–2011 годах, а в 2012–2013 годах доля таких слушателей уменьшилась до 40 %.

**Вывод.** совершенствование программы дополнительного профессионального образования по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» привело к созданию новой редакции программы, учебного и учебно-тематического плана для слушателей на 2014 год, имеющих стаж работы по специальности от 5 до 10 лет: очная форма обучения составляет 200 часов; индивидуальный план – 364 часа (дистанционное обучение).<sup>7</sup>

## **ПРОБЛЕМЫ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

**Фомин А.А.**

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,  
Петрозаводск, Россия

**Материалы и методы:** материалами исследования являлись: учебный план, учебно-методический план, программа обучения за период с 2006 по 2013 годы. Методы исследования: исторический, структурно-функциональный (по должностям слушателей), аналитический, экспертные оценки. Объект исследования: практические занятия их организация и проведение. Исследование сплошное, в котором единицей наблюдения были 114 слушателей.

**Результаты.** В учебный, учебно-тематический план слушателей включены задачи по организации здравоохранения. В 2013 году группа очной формы обучения состояла из 12 слушателей, в 2012 году из 18 слушателей, а в 2011 из 7 слушателей. Имелись различия в должностной иерархии, при этом диапазон должностей колебался от верхнего уровня, которому соответствовала должность «главный врач или руководитель» и до нижней должности «врач статистик, методист», что влияло на качество преподавания. Посещаемость лекций и занятий

---

<sup>7</sup> Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2011. – 592 с.

оказались на уровне примерно 60-65 процентов. Практические занятия связаны с решением задач по типовой модели, указанной в условии и проводились на аудиторных практических занятиях. Однако некоторые задачи вызывали затруднение по следующим разделам учебно-тематического плана: вычисление средних величин, корреляция, стандартизация, задачи по экономике здравоохранения, при этом уровень сложности предлагался средний. Типовых сборников задач для слушателей цикла не разработано и приходилось использовать учебные пособия для студентов, уровень сложности «комплексные задачи» [1, 2].

**Вывод.** Проблемы программы дополнительного профессионального образования по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» привели к среднему уровню знаний по результатам квалификационного экзамена для организаторов здравоохранения по очной форме обучения в количестве 144 часов (4 недели).

#### **Список литературы.**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: ситуационные задачи к модулям: «Оценка состояния здоровья населения» и «Организация лечебно-профилактической помощи населению» / Под редакцией В.З. Кучеренко. – М.: ИД «Мысль», 2008. – 128 с.

2. Общественное здоровье и здравоохранение: деловые игры для студентов медицинских вузов (учебное пособие для практических занятий) / Под редакцией В.З. Кучеренко. – М.: ИД «Мысль», 2008. – 128 с.

## **РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ С УЧЕТОМ ПЕРЕХОДА НА РЕГИСТРАЦИЮ РОЖДЕНИЙ ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ**

**Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н., Чаусов А.А.**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Цель исследования.** Изучение репродуктивных потерь с учетом перехода на регистрацию рождений по критерию ВОЗ.

**Материалы и методы.** Для анализа использованы данные официальной статистики Росстата за 2012г, поскольку критерии статистических показателей репродуктивных потерь изменились с данного года. Поэтому целью исследования явилась

оценка репродуктивных потерь с новым подходом к их регистрации. К репродуктивным потерям мы относим плодовые потери (самопроизвольные выкидыши, аборт при сроке беременности до 22 недель, внематочную беременность, перинатальные потери – мертворожденные с 22 недель беременности и умершие в первые 0 – 168 часов из родившихся живыми), а также материнские потери на протяжении всего срока беременности и 42 дней после ее прекращения. Такой комплексный подход позволяет оценить динамику потерь на каждом этапе, эффективность мер, направленных на их снижение, выделить приоритеты для разработки мер профилактики. Медицинские критерии рождения утверждены приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011г № 1687 (в редакции приказа Минздрава России от 16.01.2013 №711). Критериями рождения по приказу являются: масса тела при рождении 500 г и более, срок беременности 22 недели и более, длина тела 25 см. и более.

**Результаты.** В 2012 г. зарегистрировано снижение абортов. Их общее число в сроки до 22 недель беременности составило 935509 (25,6 на 1000 женщин репродуктивного возраста; 49,6 на родившихся живыми и мертвыми). В 2011 г. данные показатели составляли 26,7 и 55,9 соответственно. Общее число абортов сократилось на 53866. Несколько возросло число абортов, проведенных медикаментозным методом, хотя их уровень остается незначительным (4,66 % в 2011 г. и 5,68 % общего числа в 2012 г.). Возросло число самопроизвольных абортов с 176583 в 2011 г. до 222919 в 2012г, что составило 23,83 % от общего их числа, а также увеличилось число прерываний беременности по медицинским показаниям с 8050 до 11233 в основном в связи с врожденными пороками развития с 3401 до 5863. Число внематочных беременностей возросло незначительно (2011 г. -52152 случая; в 2012 г. – 52290). Таким образом, плодовые потери до 22 недель беременности в 2012 г. – составили 987799 [1]. Перинатальная смертность в связи с изменениями критериев рождения возросла с 7,16 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2011г до 9,98‰, при этом увеличение показателя произошло как за счет мертворождаемости (с 4,49‰ до 6,34‰), так и ранней неонатальной смертности (с 2,67‰ до 3,64‰). Общее число умерших и мертворожденных в перинатальный период составило 18369 (мертворожденные 12660, умершие в 0 – 168 час – 5709). Увеличение показателя перинатальных потерь зарегистрировано во всех федеральных округах. Причем рост показателя перинатальной смертности обусловлен в основном потерями родившихся в сроки беременности 22 - 27 недель, на их долю пришлось 30,1 % [1,2]. Снижение этих потерь можно обеспечить за счет модернизации акушерской и перинатальной помощи.

**Материнская смертность.** По данным Росстата в 2012г. умерло 219 женщин (беременных, рожениц и родильниц), что составило 11,5 на 100000 живорожден-

ных (в 2011 – 291 женщина, 16,2 на 100000 живорожденных). По данным Минздрава РФ в 2012 г материнские потери составили 252 женщины – показатель 16,2 на 100000 живорожденных. Основными причинами материнской смертности в 2012г по данным Минздрава РФ были: экстрагенитальные заболевания – 37,7 %; кровотечения – 19,0 %; септические осложнения – 11,1 %; отеки, протеинурия, гипертензионные расстройства – 9,5 %; осложнения анестезии – 5,6 %; тромбоэмболия легочной артерии – 5,6 %. Во всех федеральных округах показатель материнской смертности снизился [3].

**Вывод.** При анализе динамики репродуктивных потерь с 2012г следует учитывать новые подходы к регистрации рождений. Плодовые потери до 22 недель сократились, а перинатальные возросли в основном за счет изменений регистрации рождений. Сокращение материнских потерь связано с эффективными мерами по их снижению, преимущественно от акушерских причин. Показатели репродуктивных потерь за 2012г и последующие годы нуждаются в детальном анализе с учетом особенностей регионов для разработки эффективных мер по их профилактике.

#### **Список литературы.**

1. Филиппов О.С., Гусева Е.В. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в 2012 г. (Справочные материалы) / Под ред. Е.Н. Байбаринной. – М., 2013. – 42 с.
2. Александрова Г.А., Сон Н.М., Суханова Л.П. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2013. – 208 с.
3. Филиппов О.С., Гусева Е.В. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 г. (Справочные материалы) / Под ред. Е.Н. Байбаринной. – М., 2013. – 37 с.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ И ИНТЕНСИВНОЕ МНОГОФАКТОРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ**

**Харитонов В.И.**

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова, Рязань, Россия

**Цель исследования.** Интегральная оценка профессионального риска ущерба здоровью работающих в неблагоприятных условиях труда на основе теории оценки и управления риском с определением вклада каждого из неблагоприятных

факторов для выбора и обоснования оптимального комплекса мер профилактики и социальной защиты работающих.

**Материалы и методы.** Принцип комплексности, предполагающий оценку системных комплексов, подчеркивающих их феноменологическое сродство, и принцип декомпозиции, предполагающий оценку типологически дифференцированных и этиогенезно обоснованных характеристик и показателей с учетом иерархии рисков здоровью от производственных стресс-факторов. Принципы отражены в виде концептуальной модели оценки профессионального риска ущерба здоровью для научного обоснования мер профилактики и методического аппарата на базе отечественных нормативов и стандартов ИСО, включающих дозную оценку реальных экспозиций факторов, расчет вероятности развития заболеваний, а также интегральную оценку профессионального риска.

**Результаты.** Работа выполняется в условиях, определяемых согласно руководства Р 2.2.2006-05, как экстремальные. Наиболее неблагоприятные факторы – интенсивное инфракрасное излучение на фоне тяжелого физического труда и мощное вибро-акустическое воздействие. Увеличение биологического возраста на 12 лет, изменения в свертывающей и противосвертывающей системах, напряжение процессов энерготрат и др. свидетельствует о преобладающей роли хронического перегревания при тяжелом физическом труде, и повышении эффективности воздействия других факторов, за счет увеличения метаболической активности организма, что привело к выраженным изменениям в кардио-респираторной, сердечно-сосудистой системе, и др. Признаки вибрационной патологии проявились в акселерации старения костной ткани на 11 лет. При этом, костно-суставные нарушения имели кратность к контролю до 4,6 раз и были близки к значению 5, как критерию детерминированности признака. Кохлеарные невриты с выраженным снижением слуха отмечены у 30,3% обследованных, что оценивается по 1 категории риска и 3 категории тяжести. Этиогенезный анализ профессионального риска здоровью по индексу профзаболеваний показал, что в сумме парциальные индексы, характеризующие основные производственные стресс-факторы, составляют 1,44, что соответствует экстремальным условиям и представляет высокий риск развития профзаболеваний.

**Вывод.** Впервые проведена оценка многофакторного интенсивного воздействия по комплексу показателей априорной и апостериорной оценки. Результаты исследований весомо аргументируют необходимость клинической квалификации теплового хронического поражения, корректировку критериального значения медико-биологического показателя оценки профессионального риска здоровью –

биологического возраста, а также необходимость внесения изменений в оценочную шкалу руководства Р 2.2.2006 – 05, в частности, для шумового фактора и общей вибрации. Основным итогом работы стала реализация системного подхода в профилактике через санитарные нормы и правила, с апробацией элементов профилактического комплекса в виде оценки эффективности современных индивидуальных средств защиты от шума и теплового фактора.

## **СОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ**

**Хмель А.А.**

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва, Россия

**Цель исследования.** Исследовать распространенность стресса социальной природы в различных группах населения, выявить неудовлетворенные потребности, приводящие к развитию социального «недомогания», обосновать предложенный в качестве рабочей гипотезы классификационный подход видов социального эу- и дистресса и на его основе рекомендации по коррекции образа жизни и развитию индивидуальной и коллективной профилактики.

**Материалы и методы.** Исследование следует проводить на основе применения исторического подхода, анкетного метода и статистического анализа репрезентативных выборочных совокупностей.

**Результаты.** На основе проведенного исследования может быть обоснована предложенная классификация социальных стрессов с позиции общественного здоровья, разработаны рекомендации по коррекции образа жизни и развитию индивидуальной и коллективной профилактики.

**Вывод.** В результате проведенного исследования найдут подтверждение и практическое применение классификационные подходы, отражающие значение социального стресса в структуре образа жизни различных групп населения, а также меры по коррекции негативных сторон образа жизни, связанных с воздействием стресса социальной природы.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Управление социально-экономическим развитием России. Под рук. Д.С. Львова, А.Г. Поршнева. М. Экономика, 2002.

# ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПРЕДЕЛЬНОЙ ПОЛЕЗНОСТИ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Черкасов С.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Целью исследования** стало изучение изменения предельной полезности медицинской услуги при серийном потреблении.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось методом изучения типичной практики потребительского выбора у пациентов стоматологических клиник, обратившихся по поводу лечения кариозного зуба. Было опрошено 164 пациента в возрасте 25-48 лет, имеющих кариес нескольких зубов.

**Результаты.** При изучении субъективного представления о предельной полезности медицинской услуги – лечение кариозного зуба нами получены данные, не подтверждающие уменьшение предельной полезности при повторном потреблении одинаковых медицинских услуг. Так пациенты оценивали лечение первого кариозного зуба как менее ценное благо, чем лечение последующих, особенно последнего. Это они объясняли тем, что они оценивают медицинские услуги сильнее, когда они позволяют им приблизиться к состоянию полного здоровья. Чем ближе это состояние, тем ценнее для них услуга (экономическое благо).

Денежное выражение предельной полезности также свидетельствовало о ее возрастании, а не об убывании. Пациенты готовы были платить на лечение последнего больного зуба в 1,5 раза больше (если потребуются), чем на лечение первого. Более того, после лечения всех зубов некоторые проблемы, которые раньше не имели для них никакой полезности, становились важными и переходили в категорию спроса. Пациенты стали обращать внимание на цвет зубов, наличие зубного камня и готовы были платить за лечение, хотя ранее, когда у них были кариозные зубы, такого желания не было. Достижение более высокого уровня здоровья становилось для них более ценным, то есть предельная полезность потребляемых медицинских услуг возрастала.

**Вывод.** Таким образом, особенности формирования субъективного представления о предельной полезности медицинских услуг, позволяют утверждать, что в формировании объема спроса на услуги здравоохранения данная закономерность определяет положительный наклон кривой спроса. Следовательно, единственным способом ограничения спроса на медицинские услуги в отсутствие

228

классических механизмов рыночной саморегуляции является бюджетное ограничение, что делает необходимым и обязательным внешние управленческие воздействия на систему здравоохранения с целью сохранения ее экономической стабильности и эффективности.

#### **Список литературы.**

1. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение / Н.В.Полунина // М. – 2010. – 544с.
2. Стародубов В.И. Механизмы эффективного реформирования финансирования в здравоохранении / В.И. Стародубов. – М.: Медицина, 2007. – 287 с.

## **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Чирков В.А.**

Психоневрологический диспансер № 19  
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

**Целью настоящего исследования** являлось получение сравнительной социально-гигиенической характеристики качества жизни пенсионеров, проживающих дома и в условиях дома-интерната.

**Материалы и методы.** Для достижения цели исследования, был проведен социологический опрос пенсионеров, проживающих дома и в условиях дома-интерната по специально разработанным анкетам. Всего было опрошено 978 лиц пенсионного возраста, из них 425- проживающих в условиях домов-интернатов. Результаты анкетирования были обработаны в соответствии с существующими методиками по организации проведения социологических опросов.

**Результаты.** Установлено, что основными причинами проживания пенсионеров в домах-интернатах являлось одиночество (58,6 %) , снижение двигательной активности и невозможность себя обслуживать (26,7 %) , невозможность совместного проживания с детьми (6,1 %). Состояние своего здоровья респонденты оценили как «удовлетворительное» – 62,1 %, «плохо» и «очень плохое» – 25,6 %, «хорошее» – 12,3 %. Значительная доля опрошенных – 58,5 % – оценила качество своей жизни как «удовлетворительное», «хорошим» его признали всего 8,1 %, «плохим» и «очень плохим» – 27,3 % и 5,9 % респондентов соответственно.



**Вывод.** Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии существенных трудностей в ходе приспособления стареющих людей к изменившимся условиям жизни, а также сложностей при налаживании связей между поколениями. Основные результаты исследования могут быть использованы в практической работе учреждений здравоохранения и социальной защиты населения с целью повышения их работы, повышения доступности медико-социальной помощи как комплекса медицинских и социальных услуг, предоставляемых пациентам пожилого возраста в учреждениях социальной защиты и на дому, а также оказываемых врачами, медицинскими сестрами, социальными работниками и психологами.

#### **Список литературы.**

1. Лазебник Л.Б. Необходимость создания гериатрической службы в структуре органов здравоохранения // Клиническая геронтология. 2002. № 9-10. С.89-104.
2. Пушкова Э.С. Современные возможные направления развития социальной геронтологии // Успехи геронтологии. 2001. № 7. С. 110-114.
3. Бойкова Е.В. Особенности статусно-ролевого взаимодействия пожилых людей в семейном социуме // Современные исследования социальных проблем (электронный журнал). 2012. №8(16). URL: [htt://sisp.nkras.ru/eru/issues/2012//8/boykova.pdf](http://sisp.nkras.ru/eru/issues/2012//8/boykova.pdf)
4. Vitolins M.Z., Quand S.A., Case L.D., Bell R.A., Arcury T.A., McDonald J. Ethnic and gender variation in the dietary intake of rural elders. // J. Nutr. Elderly. 2000. Vol.19. №3. P. 15-29.

## **НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СМЕРТНОСТИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

**Шарафутдинов М.А., Потапов С.О.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Оценить показатели смертности населения г. Уфы от злокачественных новообразований за 2002-2010гг.

**Материалы и методы.** В настоящее время г. Уфа является крупным экономическим и культурным центром Республики Башкортостан и Российской Федерации. Изучение смертности от злокачественных новообразований в г. Уфе проведено за межпереписной период (2002-2010гг.). Для изучения смертности насе-

ления от злокачественных новообразований г. Уфы были использованы материалы Башкортостанстата (форма № С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти») за 2002-2010гг. Рассчитаны показатели динамического ряда (абсолютный прирост и темп роста), стандартизованные показатели на евростандарт, средний возраст наступления смерти за 2002 и 2010гг.

**Результаты.** Анализ общей смертности выявил, что за 2002-2010гг. она снизилась на 7,1 %, больше за счет снижения числа умерших от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (на 37,1 %) и болезней органов дыхания (на 27,6 %). Следует отметить небольшой позитивный сдвиг за анализируемый период (2002-2010гг.) смертности мужчин от злокачественных новообразований (211,8 и 201,0 соответственно).

Среди женщин смертность от злокачественных новообразований не имела положительной тенденции и колебалась в эти годы от 152,3 (2008г.) до 162,7 (2005г.). Сравнительная оценка среднегодовых показателей (за 2002-2010гг.) смертности мужчин и женщин выявила превышение уровня смертности среди мужчин от злокачественных новообразований (в 1,3 раза).

В динамике среди мужчин несколько возросла смертность от злокачественных новообразований мужских половых органов (с 13,3 до 18,0), мочевыделительной системы (с 14,3 до 15,3), среди женщин в 2010г. по сравнению с 2002 г. больше умерло от злокачественных новообразований грудной железы (с 27,4 до 31,5 на 100 тыс. человек), злокачественных новообразований женских половых органов (с 23,0 до 27,8). Среди лиц трудоспособного возраста с 2002 по 2010 год отмечается рост смертности от злокачественных новообразований мужских половых органов – с 1,0 до 6,5 среди лиц обоего пола (2,1 до 8,8 – среди мужчин), мочевыделительной системы – с 3,1 до 3,3, женских половых органов – с 4,8 до 5,1 (с 9,2 до 27,8 среди женщин).

**Вывод.** Некоторые положительные сдвиги произошли в среднем возрасте наступления смерти у больных со злокачественными новообразованиями (в 2002г. –  $66,0 \pm 0,78$ , в 2010г. –  $65,8 \pm 0,82$  года). Больше средний возраст умерших мужчин в 2010г. по сравнению с 2002 г. был от ЗН мужских половых органов ( $p=0,046$ ), среди женщин увеличение среднего возраста умерших произошло от всех ЗН ( $p=0,045$ ), в том числе от ЗН органов пищеварения ( $p=0,046$ ).

#### **Список литературы.**

1. Максимова, Т.М., Белов, В.Б. Особенности заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований в России и странах Западной Европы // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2011. – Вып. 1. – С. 15-17.

2. Петрова, Н.Г., Мартиросян, М.М., Горин, А.О. Сопоставительный анализ показателей смертности в России и ряде стран ближнего и дальнего зарубежья // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – Вып. 4. – С. 29-31.

## **ДИНАМИКА АБОРТОВ СРЕДИ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

**Шарафутдинова Н.Х., Мустафина Г.Т.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Проанализировать динамику абортс среди городских женщин для определения приоритетных направлений по их профилактике.

**Материалы и методы.** Оценка динамики абортс среди городских женщин проведена по отчетным данным лечебно-профилактических учреждений (форма № 13 «Сведения о прерывании беременности») за последние 8 лет (2003–2010гг.). Анализируются уровень абортс по 8 городским округам республики, выявлены городские округа с высоким и низким уровнями абортс. По г. Уфе определена динамика уровня абортс, рассчитаны показатели темпа роста базисным и цепным методом. В репродуктивных возрастных группах женщин проанализированы показатели частоты абортс и их динамика за анализируемый период.

**Результаты.** Анализ динамики абортс в городских округах (далее города) Республики Башкортостан демонстрируют положительную тенденцию в сокращении данного показателя по городам и в республике в целом. Наиболее выраженная динамика наблюдается в г. Стерлитамаке, где уровень абортс в 2003 г. был самым высоким по РБ – 57,9 на 1000 женщин фертильного возраста, и в 2010 г. снизился на 57,2 % – до 24,8‰. Аналогичная ситуация отмечается в г. Агидели, где показатель сократился на 52,5 % – с 49,1 до 23,3‰, и в г.Сибее, где уменьшение произошло на 49,8 % (с 44,6 до 22,4‰).

Менее выраженные изменения отмечаются в г. Октябрьском и Салавате, где показатели уровня абортс на 1000 женщин фертильного возраста в 2003 г. были самыми низкими и составляли 37,8 и 32,9‰. За анализируемый период число абортс в г. Октябрьском сократилось на 23,0 % и составило в 2010 г. 9,1‰, в г. Салавате снизилось на 17,9 % – 27,0‰.

В г. Уфе в 2010 г. по сравнению с 2003 г. уровень абортс сократился на 30,46 % (с 44,35 до 30,84 на 1000 женщин фертильного возраста). В абсолютных числах коли-

232

чество абортот за данный период снизилось в г. Уфе на 4558 единиц – с 14102 до 9544 прерываний.

В целом в Республике Башкортостан наблюдается устойчивая положительная динамика снижения уровня абортот – на 41,79 % (с 41,4 до 24,1 на 1000 женщин фертильного возраста).

**Вывод.** Сравнивая темпы снижения числа абортот в г. Уфе и Республике Башкортостан, можно отметить, что в 2010 году по сравнению с 2003 годом в г. Уфе, снижение абортот менее выражено, чем в целом по республике.

#### **Список литературы.**

1. Стародубов, В.И., Суханова, Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. – М., 2012: изд-во Менеджер здравоохранения. – 318 с.

2. Филиппов, О.С. Состояние и перспективы развития службы родовспоможения в Российской Федерации / О.С. Филиппов, Е.В. Гусева, И.Ф. Тютюнник // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 2. – С. 4-6.

## **ПРОБЛЕМА АНЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Шарипова Ю.Г., Сафуанова Г.Ш.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Оценить проблему анемий у лиц пожилого и старческого возраста и необходимость разработки методов оптимизации диагностики и лечения данной категории больных.

**Материалы и методы.** Для оценки состояния вопроса диагностики и ведения больных с анемиями нами проведен ретроспективный анализ 182 амбулаторных карт пациентов старше 60 лет, умерших в 2011-2012гг. на дому. Пациенты наблюдались в поликлинике г. Уфы. Из них мужчин 51 (28 %), женщин 131 (72 %). Медиана возраста составила 72,4 года.

**Результаты.** У каждого больного отмечалось сочетание 3-5 сопутствующих заболеваний. Анемия (уровень гемоглобина менее 120г/л) была выявлена у 156 (85,7 %) пациентов. Диагноз анемии был выставлен лишь у 43 (27,5 %) пациентов, у 40 (93 %) из них в диагнозе фигурировала анемия не уточненного генеза, у 1 (2,3 %) – мегалобластная анемия, у 1 (2,3 %) – пострезекционная В12, фолиеводефицитная анемия, у 1 (2,3 %) – железодефицитная анемия.

В структуре анемии преобладали анемии легкой (содержание Нв 90-120г/л) степени тяжести 80 %(125) , анемии средней степени тяжести (содержание Нв 70-89г/л) наблюдались в 11 %(17), тяжелой степени (содержание Нв ниже 70 г/л) в 9 %(14) случаев. Из 156 больных с анемией лечение получили только 23 39 (25 %) пациента.

Ведущими зарегистрированными в поликлинике причинами смерти явились цереброваскулярные болезни 93(51 %), онкологические заболевания 48(26,4 %) различные формы ишемической болезни сердца 41 (22,6 %).

**Вывод.** Проблема анемий пожилого и старческого возраста является актуальной, требующей самого пристального внимания врачей и организаторов здравоохранения, поскольку выявлена недооценка влияния анемий на состояние здоровья пожилых. Необходимо продолжить исследование патогенетических механизмов развития анемии у лиц пожилого и старческого возраста, изучение клинико-гематологических особенностей анемий у лиц в возрасте старше 60 лет и разработать на этой основе наиболее эффективные диагностические и лечебные мероприятия.

#### **Список литературы.**

1. Население России 2009. Семнадцатый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневский. М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2011. — 334с.
2. Ковалева Л. Анемия у пожилых// Врач. 2005. №1. С. 15-19.
3. Воробьев П.А. Анемия в геронтологической практике// Врач. 2001. № 12. С. 22- 24.

## **СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ОМЕГА-ПОТЕНЦИАЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Шафиева Л.Н., Каюмова А.Ф.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучение функционального состояния студентов II курса в предсессионный и экзаменационный периоды по уровню тревожности, показателям вегетативного гомеостаза и показателям омега-потенциала.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 94 соматически здоровых студента. Для оценки стрессоустойчивости у студентов были изучены показатели частоты сердечных сокращений и дыхания, артериального давления; омега-потенциала головного мозга, а также рассчитаны: вегетативный индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта и уровень испытываемого стресса. Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакетов программ Excel, Statistica for Windows.

**Результаты.** По исходной величине омега-потенциала студенты были разделены на две группы: первая группа с низкими значениями (от 0 до -20 мВ); вторая – с оптимальными значениями (от -20 до -40 мВ). При стрессе у 100 % испытуемых омега-потенциал был в диапазоне низких величин, характеризующих состояние астенизации и сниженных функциональных резервов организма. У студентов второй группы наблюдался нормо- и ваготонический типы вегетативного баланса, что указывало на нормальное состояние механизмов регуляции кровообращения и удовлетворительную адаптацию организма к среде [2]. Среди студентов первой группы больший процент занимали симпатикотоники. Таким образом, низкий уровень омега-потенциала сопровождался состоянием напряженной адаптации.

**Вывод.** Полученные данные указывают на взаимосвязь между омега-потенциалом головного мозга и стрессоустойчивостью организма. В предсессионный период оценка индивидуальной стрессоустойчивости у студентов по показателям омега-потенциала позволяет выделить среди них стрессоустойчивых студентов.

#### **Список литературы.**

1. Чебыкин А.Я., Аболин Л.М. Исследование эмоциональной устойчивости и психические средства ее формирования у спортсменов /Психологический журнал. 1984. №4. – С.83-89
2. Щербатых Ю. В. Психологический журнал. – 2002. -№1. – С.118-122.
3. Сычев А. Г., Щербакова Н. И., Барышев Г. И. и др. Методика регистрации квазистойчивой разности потенциалов с поверхности головы // Физиология человека. – 1980. – Т. 6, № 1. – С. 178-180.

## **РОЛЬ ЗАНЯТИЙ ФИТНЕСОМ В УЛУЧШЕНИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Шафикова Л.Р., Гизетдинова Л.Р.**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие три группы студенток, обучающихся по специальности 060101 «Лечебное дело» Башкирского государственного медицинского университета по 20 человек в каждой, занимающихся фитнес-аэробикой. Во время исследования на всех занятиях контрольной группы (КГ) проходило разучивание и повторение комплексов базовой аэробики. Воспитание силовых способностей осуществлялось с помощью методики разви-

тия максимальной силы. Для воспитания гибкости использовалась методика с применением упражнений на растягивание.

В экспериментальных группах для эксперимента были изменены средства воспитания координации, силы и гибкости. В экспериментальной группе 1 (ЭГ-1) в основной части занятий происходило разучивание и повторение комплекса базовой аэробики и степ-комплекса. Воспитание силовых способностей осуществлялось с помощью упражнений на воспитание максимальной силы и калланетики. Для воспитания гибкости использовались упражнения на растягивание и стретчинг.

В экспериментальной группе 2 (ЭГ-2) в основной части занятий происходило разучивание и повторение комплекса базовой аэробики и комплекса тай-бо. Воспитание силовых способностей осуществлялось с помощью упражнений на воспитание максимальной силы и пилатес. Для воспитания гибкости использовались упражнения на растягивание и йога-фит. Исследование длилось 12 месяцев (декабрь 2011-декабрь 2012).

**Результаты.** За время исследования жизненная емкость легких (ЖЕЛ) выросла во всех трех группах. Причем в первой группе показатель ЖЕЛ выросла с  $2983,33 \pm 146,59$  до  $3033 \pm 139,44$  мл (на 1,7 %), во второй – с  $3008,33 \pm 125,20$  до  $3100 \pm 113,48$  мл (на 3 %), а в третьей – с  $3150 \pm 124,62$  до  $3300 \pm 116,12$  мл (на 4,8 %). Все это свидетельствует о повышении респираторных возможностей организма испытуемых девушек.

Средние значения артериального давления (АД) испытуемых трех групп и до и после исследования находились в пределах физиологической нормы и за время исследования статистически достоверно не изменились.

Показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС), также находился в пределах нормы и снизился в первой группе на 1,7 % (с  $76,67 \pm 3,15$  до  $75,42 \pm 2,88$  уд/мин), во второй группе – на 1,1 % (с  $71,67 \pm 1,94$  до  $70,92 \pm 1,89$  уд/мин), в третьей группе – на 2,4 % (с  $72,17 \pm 1,71$  до  $70,50 \pm 1,41$  уд/мин), что указывает на улучшение приспособительных механизмов сердца испытуемых и на повышение их тренированности.

Проба Мартине во всех группах снизилась, особенно в ЭГ-2. В первой группе данный показатель снизился с  $113,50 \pm 11,39$  до  $109,17 \pm 9,94$  (на 3,97 %), во второй группе с  $113,75 \pm 8,39$  до  $104,67 \pm 7,65$  (на 8,7 %), в третьей группе с  $98,25 \pm 10,72$  до  $87,00 \pm 8,26$  (на 12,9 %).

За время эксперимента в КГ показатель сердечной деятельности снизился на 11,3 %, что не является статистически значимым различием. В рассматриваемой группе произошло статистически значимое повышение уровня физического здоровья, данный показатель увеличился на 8,4 %. В контрольной группе также произошло повышение уровня работоспособности (на 5,72 %), однако оно статистически не значимо.

Во ЭГ-1 статистически значимых различий по ПСД не выявлено: показатель сердечной деятельности снизился на 13,5 %. За время исследования в группе произошло статистически достоверное повышение уровня физического здоровья – на 20 % и уровня работоспособности – на 14,41 %.

За время исследования во второй экспериментальной группе по всем показателям произошло статистически достоверное изменение. Показатель сердечной деятельности снизился на 20,9 %, показатель физического здоровья – на 34,5 %, показатель работоспособности – на 11,5 %.

Таким образом, показатель сердечной деятельности у испытуемых всех групп снизился (особенно в ЭГ-2), что говорит о возросших приспособительных возможностях сердечно-сосудистой системы и в целом организма.

Как видно из сводной таблицы 1, наибольшее изменение (в %) показателей уровня ПСД и ФЗ девушек наблюдалась в ЭГ-2, что свидетельствует об эффективности примененной в данной группе методики, направленной на повышение уровня функционального состояния на оздоровительных занятиях по фитнес-аэробике в ВУЗе. Однако в ходе исследования было выявлено, что уровень работоспособности увеличился больше в ЭГ-1. Вероятно, это связано с использованием в данной группе комплексов степ-аэробики.

**Вывод.** Таким образом, реализация разработанных методик по фитнес-аэробике в ВУЗе с использованием комплексов степ-аэробики и тай бо, калланетики и пилатес, а также стретчинга и йоги-фит позволяет улучшить функциональное состояние и здоровье студенток, будущих врачей.

## **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ С ПОЗИЦИИ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ**

**Шенна Н.И., Скрыбина Э.Г., Колесникова В.В., Мялина Л.И., Сазонова Л.П.,  
Чуб Г.Г.**

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

**Целью исследования** является разработка априорной (предварительной) оценки риска штаммов-продуцентов на основе анализа клинико-гигиенических данных обследования биотехнологических предприятий за последние 20 лет.



**Результаты.** Клинико-гигиеническое обследование основных микробиологических производств: белково-витаминного концентрата и гидролизных дрожжей (*Candida*), ферментных препаратов (*Aspergillus*, *Bacillus*), препарата дендробациллин (*B. thuringiensis*) позволило выделить зоны выраженности нарушений здоровья работающих на микробиологическом производстве в зависимости от концентрации микробного аэрозоля в воздухе цехов[4-11]. Так, при воздействии микроорганизмов-продуцентов в концентрациях  $1\text{ПДК} < \kappa \leq 10\text{ПДК}$  у работников микробиологических производств выявляются ранние признаки бронхо-легочной патологии (сухой кашель, ощущение першения в носу и горле, сухость слизистой носа), начальные проявления контактного дерматита (зуд кожи и отечность), а также миконосительство у лиц, имеющих контакт с микромицетами. Наблюдаемые изменения носят нестойкий характер и соответствуют минимальному риску. При воздействии промышленных штаммов в концентрациях на уровне  $10\text{ПДК} < \kappa \leq 100\text{ПДК}$  отмечается достоверное увеличение неспецифических заболеваний органов дыхания (трахеит, хронический бронхит, пневмония) по сравнению с контрольной группой работников, не контактирующих с микроорганизмами. При клиническом обследовании показано увеличение положительных серологических реакций и аллергологических тестов (базофильный тест, РТМЛ). Кроме этого выявлено снижение Т-лимфоцитов и увеличение В-лимфоцитов крови, а также миконосительство у работающих. Наблюдаемые стойкие и выраженные функциональные изменения, приводящие к профессионально обусловленной заболеваемости, характеризуют средний уровень профессионального риска. При воздействии высоких концентраций микробного аэрозоля ( $\kappa > 100\text{ПДК}$ ) у работников наблюдаются, как правило, специфические заболевания органов дыхания (аллергический ринит, астматический бронхит, бронхиальная астма) и кожи (дерматиты, рецидивирующая крапивница, микозы стоп и ладоней). Профессионально обусловленные заболевания на фоне формирования иммунодефицита соответствуют уровню выше среднего профессионального риска.

**Вывод.** Таким образом, полученные данные позволяют научно обосновать необходимость участия врача аллерголога-иммунолога в предварительных и периодических медицинских осмотрах работающих, что не предусмотрено в действующим приказе № 90 МЗ РФ от 14.3.1996 г. а также рекомендовать введение должности врача аллерголога-иммунолога в штатное расписание поликлинических отделений, стационаров и медсанчастей биотехнологических предприятий с соответствующим лабораторным обеспечением. По нашему мнению, программа по иммуно- и аллергоскринингу должна быть направлена на формирование групп

риска с последующим более детальным обследованием на основе клинических и специальных лабораторных методов аллерго- и иммунодиагностики.

## **АНАЛИЗ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2002-2012 ГОДЫ**

**Шильникова Н.Ф., Сенотрусова Ю.Е.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

**Цель исследования.** Анализ мертворождаемости на территории Забайкальского края в период 2002-2012 гг.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось путем выкопировки данных «Росстата», документации ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» с использованием санитарно-статистического, аналитического методов, сравнительного анализа и моделирования.

**Результаты.** На территории Забайкальского края уровень мертворождаемости в 2012 году составил 6,6‰, что на 4,8 % выше среднероссийского показателя – 6,3‰. При изучении динамики – тенденция к уменьшению, темп снижения до 2011 года – 32 %. В 2012 году показатель превышает уровень 2011 года на 29,4 % (6,6 и 5,1‰ соответственно), что обусловлено переходом России на критерии рождения, рекомендованные ВОЗ. При моделировании тренда на период 2013-2018 гг. – дальнейшее снижение мертворождаемости при сохранении сложившейся тенденции.

В структуре перинатальных потерь соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в 2012 году составляет 74,5 и 25,5 %, по РФ – 61,4 % (по рекомендации экспертов ВОЗ – не более 45,8 %). При изучении в динамике – отставание темпов снижения мертворождаемости по сравнению с уровнем ранних неонатальных потерь – 12 % против 64,1 %.

Основным резервом снижения мертворождаемости является уменьшение антенатальной смертности, о чем свидетельствует высокая доля последней в структуре мертворождаемости (85,5 % в 2012 году). Опережающие темпы снижения интранатальной смертности связаны с расширением показаний к оперативному родоразрешению, что подтверждается достоверной взаимосвязью между показателем интранатальных потерь и числом акушерских операций на 1000 родов ( $r=-0,847$ , при  $p<0,05$ ).

В структуре причин мертворождаемости более 90 % случаев обусловлены внутриутробной гипоксией и врожденными пороками развития плода.

Уровень мертворождаемости в период до 36 недель гестации достоверно превышает показатель в совокупности доношенных детей – 44,98 и 2,66‰ соответственно ( $p < 0,01$ ). Мертворождаемость недоношенных на 69,5 % ниже среднероссийского значения – 76,24‰, при обратном соотношении в категории доношенных детей – превышение краевого уровня на 9,8 % (по РФ – 2,4‰).

Среди учреждений различного уровня наибольший показатель регистрируется в стационарах III уровня – 9,72‰, (РФ – 8,73‰). В медицинских организациях I и II уровней – 5,46 и 2,8‰, что значительно ниже среднероссийских показателей – 6,25 и 6,13‰ (на 14,5 и 119 % соответственно), и свидетельствует об эффективности схем маршрутизации беременных и рожениц высокой степени риска, реализуемых в Забайкальском крае.

**Вывод.** Основной задачей в снижении перинатальных потерь является сокращение антенатальной мертворождаемости путем совершенствования работы структуры АТПК, в части проведения пренатальной диагностики, сохранения репродуктивного здоровья населения.

#### **Список литературы.**

1. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник (для студентов медицинских ВУЗов) / М. : Медицина, 2002. 416 с.

2. Стародубов В. И., Суханова Л. П. Репродуктивные проблемы демографического развития России / М., 2012. 319 с.

3. Шильникова Н. Ф., Арефьева А. И. Характеристика состояния здоровья детей зоны экологического неблагополучия (г. Бaley) // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: материалы Всероссийской науч.-практ. конф., посвященной 50-летию ЧГМА, Чита. 2003. С. 319-320.

## **СМЕРТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН КАК РЕЗЕРВ УЛУЧШЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ**

**Щавелева М.В., Глинская Т.Н.**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий, Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования.** Провести анализ случаев смерти населения Республики Беларусь от внешних причин за десятилетний период (2002 – 2011 годы), проанализировать рейтинговую значимость отдельных внешних причин. «Точкой от-  
240

счета» служит 2002г. – когда на территории республики была налажена полноценная работа по учету заболеваний и проблем, связанных со здоровьем, в соответствии с Международной статистической классификацией X пересмотра.

**Материал и методы.** Официальные статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь.

**Результаты.** В течение анализируемого периода уровень смертности от внешних причин в расчете на 1000 человек населения достоверно снизился с  $1,72 \pm 0,01$  (2002г.) до  $1,43 \pm 0,01$  (2011г.), ( $p < 0,05$ ). На трудоспособный возраст в общем числе умерших от внешних причин приходилось 71,83 % в 2002г. и 70,76 % – в 2011г. В течение анализируемого периода изменилось ранжирование мест среди причин, приводящих к наступлению смерти. В 2002г. наиболее важными причинами были: преднамеренные самоповреждения (включая самоубийство); случайные отравления алкоголем; несчастные случаи с мототранспортом. В 2011г. наиболее значимой стала такая причина как случайное отравление алкоголем; далее следовали: повреждение с неопределенными намерениями; преднамеренные самоповреждения.

Параллельно снижению общего показателя смертности населения от внешних причин шло более интенсивное снижение данного показателя для детского населения (0-14 лет): с  $22,14 \pm 1,13$  до  $12,80 \pm 0,95$  на 100 тыс. детского населения ( $p < 0,05$ ). Для абсолютного числа случаев смерти от внешних причин детей наиболее выраженное снижение наблюдалось в возрастном периоде 1 – 4 года – на 54,74 %. В 2002г. дети чаще погибали от следующих причин: «случайное утопление (погружение в воду)»; несчастные случаи, связанные с мототранспортом; «прочие случайные отравления ядовитыми веществами». К 2011г. на фоне значительного уменьшения частоты отравлений третье место в общей структуре основных причин неестественной смерти детей заняло «случайное механическое удушение».

#### **Выводы.**

1. Актуальность смертности от внешних причин определяется преждевременностью и потенциальной предотвратимостью, социальными и экономическими потерями от каждого не предотвращенного случая. Снижение смертности от внешних причин – «лежащий на поверхности» резерв улучшения демографической ситуации в любом государстве.

2. За анализируемый период (2002 – 2011 гг.) в Республике Беларусь произошло значительное уменьшение числа случаев смерти от внешних причин.

3. На фоне снижения числа случаев смерти от внешних причин в республике произошло изменение ранжирования основных причин этого вида смертности,

что должно учитываться при разработке конкретных мер, направленных на профилактику данного вида смерти.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Эккерт Н.В., Михайловский В.В.**

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Целью исследования** являлось выявление особенностей динамики показателей первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения у населения Тульской области и разработка современных организационно-медицинские технологии медико-социальной реабилитации.

**Материалы и методы.** При проведении исследования были применены аналитический, социологический и статистический.

**Результаты.** По данным Федеральной службы государственной статистики общее количество инвалидов, проживающих в Тульской области, составляло 174074 человек (2012 г.) или 11,2 % от численности населения. В России в настоящее время насчитывается более 13 млн лиц, имеющих различные группы инвалидности, что составляет около 9,2 % от численности населения. Следовательно, удельный вес инвалидов в Тульской области больше, чем в среднем по РФ. В структуре причин первичной инвалидности взрослого населения в Тульской области, как и в РФ, ведущее место занимают болезни системы кровообращения (в 2012 г. – 35,3 %; в 2011 г. – 35,99 %; в 2010 г. – 40,0 %) при частоте 27,05 сл. на 10 тыс. населения (в 2012 г.). Данный класс болезней формируется в основном за счет ишемической болезни сердца (ИБС) и сосудистых заболеваний головного мозга (ЦВБ) (на них приходится 30,61 %).

Инвалиды вследствие болезней системы кровообращения нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий для устранения или уменьшения выраженности имеющихся у них функциональных нарушений с целью восстановления утраченного социального и профессионального статуса. Однако достичь зна-

чительных положительных результатов от реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями бывает весьма сложно. Это связано с прогрессирующим течением заболевания, генерализованным поражением сосудистого русла, возрастом пациентов, наличием сопутствующей патологии и другими факторами. Достичь максимальных результатов от проводимых реабилитационных мероприятий инвалидам вследствие болезней системы кровообращения можно только при длительном комплексном лечении, при этом мероприятия должны быть подобраны индивидуально, сочетаться с индивидуальной социально-психологической реабилитацией, рациональным трудоустройством.

**Вывод.** В связи с этим в настоящее время для проведения качественной реабилитации больных с различными заболеваниями системы кровообращения в Тульской области необходимо не только создание сети учреждений восстановительного лечения, в том числе амбулаторной реабилитационной службы, патронажной службы, но и специальная подготовка медицинского персонала, оснащение подразделений современным оборудованием реабилитационного профиля, а также дополнительное финансирование экспертных и реабилитационных мероприятий и использование инновационных технологий медико-социальной реабилитации.

#### **Список литературы.**

1. Вериковский В.А., Филимонов А.И., Сергеева О.В., Кузнецов С.И. Актуальность применения дифференцированной реабилитации инвалидов вследствие ишемической болезни сердца // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – №3 – С.10-11.
2. Гусева Н.К., Соколов В.А., Докютова М.В. Современное состояние организации реабилитации больных и инвалидов в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – №1 – С.9-12.
3. Пузин С.Н. Пути совершенствования организации и деятельности Федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы на современном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – №2 – С.3-6.

# ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5 ДЗМ»

Юмукян А.В., Тяжелников А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Формирование государственной политики в области формирования здорового образа жизни, охраны и укрепления здоровья населения является одной из приоритетных задач системы здравоохранения [1].

Главным принципом Российского здравоохранения остается социально-профилактическое направление, реализация которого дает возможность сохранить здоровье населения. Рычагом профилактики является гигиеническое воспитание и санитарное просвещение.

В состоянии здоровья жителей города Москвы, сохраняется тенденция роста частоты распространения не эпидемических заболеваний. По данным Росстата 75 % всех смертей в Российской Федерации обусловлено хроническими неинфекционными заболеваниями. Увеличивается число лиц, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями [1].

Данные о заболеваемости и смертности населения показывают, что первое место среди факторов риска занимает образ жизни, более того, от здорового образа жизни здоровье непосредственно зависит. Доля влияния факторов образа жизни превышает половину всех воздействий на здоровье и только 10 – 15 % приходится на работу органов и учреждений (служб) здравоохранения [2].

**Цель исследования.** Поскольку главные факторы, обуславливающие здоровье населения, связаны с образом жизни, то для снижения распространенности негативных факторов риска и уменьшения их влияние на здоровье, необходимо формировать установку на позитивные изменения в образе жизни путем обеспечения пациентов достоверными медико-гигиеническими знаниями.

**Материалы и методы.** В процессе пропаганды здорового образа жизни используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды. Метод устной пропаганды является предпочтительным. Он включает лекции, беседы, дискуссии, конференции, викторины. Максимально эффективно задачу устной пропаганды можно реализовать путем организации работы Школ здоровья.

**Результаты.** Школа здоровья сегодня – это современная профилактическая технология. Цель создания Школ здоровья заключается в формировании у пациентов культуры заботы о своем здоровье. Важно, что в Школу здоровья приглашаются не только уже больные пациенты и те, у кого имеется наследственная предрасположенность и другие факторы риска развития заболевания, а также те, кто не болеет сам, но ухаживает за больными, друзья и родственники заболевших.

В ГБУЗ «Городская поликлиника № 5 ДЗМ» большое внимание уделяется профилактической работе. Активно проводятся лекции и семинары в рамках создания и развития Школ здоровья. Ведутся образовательные и санитарно-просветительские программы для пациентов, занятия в «Школе жизни»: «Жизнь без табака», «Профилактика сахарного диабета и рациональное питание», «Профилактика артериальной гипертонии», «Женское здоровье и гигиена женщин», «Профилактика бронхиальной астмы». В учреждении работает окружной эндокринолог, проводится обучение в «Школах диабета», в «Школах ожирения», ведутся консультации в кабинетах заболеваний щитовидной железы.

В настоящее время доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составляет почти 57 %, причем, как и ранее в ней на первом месте – ИБС, гипертоническая болезнь, сосудистые поражения мозга [3]. Поэтому при разработке программы проведения Школ здоровья в ГБУЗ «Городская поликлиника № 5 ДЗМ» большое внимание уделяется, помимо других актуальных тем, темам связанным с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.

Только в октябре будут проведены лекции на тему: варикозное расширение вен нижних конечностей, возможности ЭЭГ в поликлинической практике, артериальная гипертония, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, профилактика атеросклероза.

Врачи принимающие участие в проведении Школ здоровья – это квалифицированные специалисты неврологи, психотерапевты, хирурги, терапевты, кардиологи, диетологи, врачи и инструкторы лечебной физкультуры. Для чтения лекций приглашаются преподаватели кафедр ведущих медицинских университетов.

**Вывод.** Продуктивность работы Школ здоровья будет определяться такими показателями как: повышение информированности пациентов о факторах риска развития заболеваний и их осложнений, увеличение ответственности пациентов за сохранение своего здоровья, формирование активного отношения к заболеванию, повышение мотивации к лечению и выполнению рекомендаций врача, развитие у пациентов навыков здорового образа жизни, повышение приверженности к лечению.



Ожидаемым эффектом будет забота пациентов о своем здоровье. Идея важности вкладывать в здоровье и заботиться о нем должна стать главной парадигмой сохранения здоровья. Поскольку, для того, чтобы быть здоровым, обязательно становиться врачом или надеяться только на врачей – болезнь почти всегда легче не допустить, чем вылечить.

#### **Список литературы.**

1. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП ("Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)".

2. Лисицын Ю.П, Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

3. Лисицын Ю.П, Здоровый образ жизни. История и современность. М.: НИИ истории медицины РАМН, 2012.

## **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Хетагурова А.К., Черкасов С.Н.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Актуальность.** Ускорение темпов социально-экономического развития общества неизбежно привело к значительным эволюционным изменениям требований к уровню компетентности специалиста. До недавнего времени в качестве источников информации, которые студент мог использовать при самостоятельном обучении рассматривались печатные издания (учебники, учебные пособия, методические материалы и др.), реже телевизионные программы [1]. Бурное развитие информационных технологий, стремительное развитие телекоммуникаций, повышение доступности высокоскоростной передачи мультимедийной информации сделало актуальной задачу использования информационных технологий в обучении, в том числе и профессиональном [2].

**Цель исследования:** выполнить анализ эффективности внедрения дистанционных форм обучения.

**Материалы и методы.** Объект исследования - студенты (198 человек) и слушатели (267 человек) программ дополнительного профессионального образования.

**Результаты.** Дистанционный курс включал в себя видеолекции, мультимедийные презентации, материалы, представленные в текстовом формате, промежуточное тестирование в обучающем режиме, контрольное тестирование.

В качестве одного из основных преимуществ дистанционных форм обучения подавляющим большинством респондентов (более 90%) указывалось на возможность самостоятельно выбирать время и длительность занятий, а также регулировать темп обучения, так как учебные материалы доступны круглосуточно в любой день.

В группе, в которой использовались дистанционные технологии обучения, средний балл по итогам собеседования был выше на 18%, а по итогам тестирования выше на 21% по сравнению с результатами обучения в контрольной группе.

Экономический анализ стоимости обучения с точки зрения образовательного учреждения показал, что положительный экономический результат возможен при сокращении уровня переменных расходов в случае неизменного количества обучающихся или увеличения количества обучающихся. При данном подходе рост размеров оплаты труда преподавателя в 1,5 раза приводит к уменьшению удельного веса фонда оплаты труда на 26%, что позволяет без уменьшения уровня рентабельности сократить цену обучения на 20-25%.

**Вывод.** Таким образом, использование дистанционных форм обучения как на до дипломном, так и на последипломном этапах, способно существенно улучшить показатели обучения, увеличить рентабельность деятельности образовательного учреждения и повысить экономическую эффективность использования ресурсов.

#### **Список литературы.**

1. Лапёнок М. В. Теоретические модели осуществления учебного информационного взаимодействия в информационной среде дистанционного обучения / М.В.Лапёнок // Педагогическое образование в России. 2012. №2. С.215-218.

2. Сидоркина Е.В. Организация самостоятельной работы студентов в виртуальной образовательной среде ВУЗа / Е.В.Сидоркина // Информационные и коммуникационные технологии в образовании. Педагогическое образование в России. 2013. №1. С.53-57.

# СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Дамашкан Г.П., Ецко К. П., Зарбаилов Н.К.

Национальная Страховая Медицинская Компания;  
Государственный медицинский университет им. Н. Тестемицану;  
Кишинев, Республика Молдова.

**Актуальность исследования.** В Республике Молдова, как и в многих европейских странах, основным методом оплаты первичной медицинской помощи является метод «рег сарита». Этот метод, наравне с многими преимуществами, обладает рядом недостатков, основным из которых является его пассивность. Тот факт что поставщики получают одинаковую сумму денег за одинаковое количество обслуживаемого населения не означает что население получит одинаковые услуги за одинаковую сумму денег. Исходя из этого пассивное подушевое финансирование мы комбинируем с финансированием за то что поставщик выполняет определённые услуги.

**Результаты.** В 2013 г. в Республике Молдова был внедрен новый механизм дополнительной оплаты первичных услуг по методу «за услугу». По этому методу распределяются 15% средств предназначенных для первичного звена. Основанием для выплаты надбавок служит выполнение 22 качественных показателей (услуг) разделённых на 4 группы:

1-я группа показателей: Плановая госпитализация 1.1 число плановых госпитализаций на основании направления семейного врача.

2-я группа показателей: Выявление и наблюдение неинфекционных заболеваний. 2.1. число лиц в возрасте старше 18 лет, которым было измерено артериальное давление в отчетном месяце. 2.2. число лиц с повышенным артериальным давлением, которые находятся на учете и получают противогипертоническое лечение, согласно национальному клиническому протоколу, под наблюдением семейного врача. 2.3. число лиц с повышенным артериальным давлением, обученных согласно программе «Школа гипертонического пациента». 2.4. число лиц, которым рассчитан (определен) показатель SCORE. 2.5. число лиц в возрасте старше 45 лет из группы риска, которым определен уровень сахара в крови. 2.6. число лиц с сахарным диабетом, которые находятся на учете и получают лечение согласно национальному клиническому протоколу под наблюдением семейного врача. 2.7. число лиц с сахарным диабетом, обученных согласно программе

«Школа пациента с сахарным диабетом. 2.8. число гинекологических профосмотров со взятием цитологического материала. 2.9. число лиц, впервые взятых на учет со злокачественными опухолями в ранних стадиях.

3-я группа показателей: Наблюдение детей и беременных 3.1. число беременных, взятых на учет до 12 недель беременности. 3.2. число беременных, которым назначена фолиевая кислота до 12 недель беременности. 3.3. число беременных, которым назначены препараты железа до 12 недель беременности. 3.4. число беременных, которым проведено ультразвуковое исследование в утвержденных сроках. 3.5. число беременных, проконсультированных в утвержденных сроках врачом акушером –гинекологом. 3.6. число беременных, проконсультированных в утвержденных сроках семейным врачом. 3.7. число наблюдаемых детей в соответствии со стандартами, которым исполнилось 3 месяца. 3.8. число наблюдаемых детей в соответствии со стандартами, которым исполнилось 6 месяцев. 3.9. число наблюдаемых детей в соответствии со стандартами, которым исполнилось 12 месяцев.

4-я группа показателей: Выявление и лечение больных туберкулёзом в амбулаторных условиях. 4.1. число лиц из групп риска, обследованных на туберкулез. 4.2. число лиц, первично взятых на учет с туберкулезом. 4.3. Число законченных случаев лечения туберкулеза в амбулаторных условиях, согласно требованиям стандартов DOTS.

Значение (стоимость) показателей определяется в баллах по установленной схеме. Доплаты за показатели качества производятся ежемесячно в соответствии с суммой набранных медицинским учреждением баллов. Стоимость одного балла рассчитывается ежемесячно исходя из 1/12 части годовой квоты для выполнения показателей качества.

## **ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ БОЛЬНИЦ ПО DRG(CASE-MIX) В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА**

**Дамашкан Г.И.**

Национальная Страховая Медицинская Компания, Кишинёв, Молдова.

Актуальность исследования. С 2013 года для финансирования стационарной помощи в Республике Молдова был внедрен новый механизм оплаты на основе DRG.

Этапы внедрения: 2010-2011 гг. – 9 больниц в экспериментальном режиме; 2012 г. – финансирование по DRG вышеуказанных девяти больниц и сбор дан-

ных в остальных больницах (6 месяцев); 2013 г. в систему финансирования по DRG внедрены все больницы за исключением больниц (профилей) с длительной госпитализацией (психиатрия, наркология, туберкулёз).

Цель исследования состояла в том, чтобы проанализировать изменения, которые произошли в больничной системе в результате перехода на новый механизм оплаты.

Материалы и методы. Кодификация диагнозов производилась по Международной классификации болезней ВОЗ (МКБ-10) (4 символа), а медицинских процедур – по австралийской версии Международной классификации болезней МКБ-10-AM v.7.0 (7 символов). Для группирования больных был использован группер AR-DRG v.6.0. Из-за того что кодификация диагнозов производилась по МКБ-10 ВОЗ, были использованы таблицы соответствия с МКБ-10-AM.

Было изучено влияние механизма на эволюцию количества выполненных случаев, среднюю длительность госпитализации, изменение индекса комплексности пролеченных случаев, количество произведенных операций, количество групп в которые были классифицированы пациенты, а также определены наиболее часто встречающиеся группы.

Результаты. В 2013 году были заключены контракты с 69-ю больницами, из которых 11 республиканского уровня, 9 - муниципального; 35 - районного; с 7-ю ведомственными больницами и с 7-ю частными. Контракты заключены с соблюдением принципа нейтрального бюджета на основе собственных базовых тарифов. На протяжении 2013 года в этих учреждениях были выполнены 575 413 случаев, по сравнению с 548 022 случаями выполненными в 2012 году, когда способ оплаты был за «пролеченный случай по профилю коек» (рост на 5,0%). Средняя длительность госпитализации снизилась с 8,2 до 7,6 дней (7,4%). Индекс комплексности пролеченных случаев в первый месяц был -1,0030, а к концу года он составил - 1,1232 (повышение на 11,9%).

Общее число групп в рамках системы классификации – 698. Количество групп в которые были классифицированы пациенты – 656 (для сравнения с периодом экспериментального внедрения 2011г.- 612; 2012г.- 651). В 2013 г. в республиканских учреждениях пациенты были распределены в 633 группы, в муниципальных - 552 группы; в районных - 538, в ведомственных - 289, в частных - 151.

На протяжении года было произведено 142 373 вмешательства зарегистрированных как главное хирургическое вмешательство и 2 552 098 зарегистрированных как дополнительные процедуры. Среднее количество операций в месяц со-

ставило 11 864 с колебаниями в интервале +9% и -13%, а дополнительных процедур – 212 675 с колебаниями в интервале +20% и -20%. Однозначных тенденций по повышению либо понижению количества произведенных операций и дополнительных процедур на протяжении года не наблюдалось.

Наиболее часто встречающиеся группы: P67D; O60Z; D63Z; O66Z; E62B; B31B; H62B; G67B; F66A; E69A.

Заключение. Следующие шаги развития: а) на короткий период – постепенный переход на единый национальный базовый тариф (к 2017г.); разработка системы оплаты за однодневные хирургические случаи; разработка схемы оплаты за «нестандартные» случаи (с чрезмерно большой либо малой длительностью госпитализации и др.); б) на долгосрочный период – пересмотр относительных коэффициентов групп путем учёта фактических затрат на предоставленные медицинские услуги.

## **МЕХАНИЗМ ПОКРЫТИЯ ЗАТРАТ БОЛЬНИЦ НА ДОРОГИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА**

**Ецко К. П., Буга М.И., Дамашкан Г.П.**

Государственный медицинский университет им. Н.Тестемичану;  
Национальная Страховая Медицинская Компания;  
Кишинев, Республика Молдова.

Актуальность исследования. С 2013 года для финансирования стационарной помощи в Республике Молдова был внедрен новый механизм оплаты на основе DRG. Практически все страны, которые решили внедрить этот метод финансирования, на начальном этапе прибегали к перенятию относительных коэффициентов в групп от стран имеющих опыт в этой области. Но, поскольку системы здравоохранения не идентичны, могут возникнуть ситуации чрезмерного либо недостаточного финансирования определенных диагностических групп. Так, в первой половине 2013 года, в Республике Молдова, ряд больниц сообщили о финансовых потерях связанных с лечением пациентов нуждающихся в дорогостоящих расходных материалах (эндопротезирование суставов, интервенционная кардиология, кардиохирургия и др.).

Цель исследования. Найти пути решения проблемы недофинансирования диагностических групп с повышенным компонентом дорогостоящих расходных материалов.

Материалы и методы. Исследование основано на следующих данных: количество случаев в ходе которых были использованы дорогие расходные материалы; компоненты структуры относительных коэффициентов вовлечённых групп; финансовые параметры заключённых контрактов. Информация была запрошена у главных больниц предоставляющих подобные услуги (6 больниц), за период июль – декабрь 2012г.

Результаты. Для решения этой проблемы было предложено введение поправочных коэффициентов относительных коэффициентов групп, которые более точно отражали бы компоненту дорогих расходных материалов.

Были зарегистрированы 47 диагностических групп в которые распределялись подобные случаи. Общее их количество составило 5281, но только в 1503 из них были использованы дорогие расходные материалы, стоимость которых составила 15 878 651 лей. В результате анализа, для дальнейшего изучения были выбраны 25 групп, соответствующих установленным критериям отбора. Компонента расходных материалов для этих групп была пересчитана исходя из их фактической стоимости. На следующем этапе были рассчитаны поправочные коэффициенты групп.

Заключение. После применения поправочных коэффициентов было установлено лучшее соответствие объемов финансирования реальным затратам медицинских учреждений.

Несмотря на это мы рассматриваем применение поправочных коэффициентов как временную меру в решении проблемы. В дальнейшем необходимо продолжить сбор данных по реальным расходам на дорогостоящие материалы, пересмотреть относительные коэффициенты вовлечённых групп и вернуться к классическому DRG механизму. В будущем, если будет доказана большая неоднородность затрат на различные случаи из одной группы, может потребоваться изменение количества групп DRG.

#### **Список литературы.**

1. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals. Edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2009.

2. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Edited by Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, Miriam Wiley. European Observatory<sup>8</sup> on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw-Hill Education, 2011.

# СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА - ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТОСТИК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Зарбаилова Н.

Государственный Университет Медицины и Фармации  
им. «Николая Тестемицану», Кишинев, Республика Молдова

**Актуальность.** Семейная медицина вошла в стадию повсеместного внедрения в Республике Молдова в 1993 году, когда началась систематическая учебная подготовка врачей терапевтов и педиатров из первичного звена системы здравоохранения в семейных врачей, в соответствии с классификатором медицинских специальностей утвержденным Министерством Здравоохранения. Перед курсом первичной специализации стояла задача передать врачам знания, привить навыки и сформировать подходы к пациентам, которые бы привели к изменению существующей медицинской практики на семейную практику. Внедрение обязательного медицинского страхования в 2004 году способствовало расширению пакета медицинских услуг, оказываемых населению семейными врачами.

**Целью исследования,** проведенного по истечении 15 лет с момента внедрения семейной медицины в стране, было идентифицировать статус семейных врачей и выявить их собственное мнение о профессиональной компетентности.

**Материалы и методы.** Исследование носило описательный характер по результатам опроса 358 семейных врачей, на основе случайной выборки. Разработанная автором анкета была разослана по почте, было получено 40% ответов, что составляет 143 респондента. Статистическая обработка произведена в программе SPSS, версия 15.0.

**Результаты** исследования позволили выявить профессиональный профиль семейных врачей, включая проводимые лечебные и профилактические мероприятия, услуги в области антенатального ухода, ухода за детьми, услуги малой хирургии, физиотрической помощи и т.д. Помимо медицинских знаний врачи оценили свою компетентность в области организации медицинской помощи, в оценке качества услуг, в работе с сообществом. Большинство опрошенных врачей высказались положительно об изменениях в системе здравоохранения в связи с внедрением семейной медицины.

**Заключение.** Результаты исследования поддерживают идею о центральном месте семейной медицины в системе здравоохранения и необходимости под-



держки ее развития со стороны системы здравоохранения и сообщества. В то же время, следует отметить, что профессиональная компетентность не является достаточным условием, обеспечивающим высокое качество и соответствие медицинской практики потребностям населения, о чем свидетельствуют прямые наблюдения и результаты мероприятий по оценке качества.<sup>2</sup> Чтобы знания трансформировались в надлежащую практику, требуется систематическое их прикладное применение в виде практических навыков и адекватных подходов. Такой переход от профессиональной компетентности к профессиональной деятельности должен быть поддержан возможностью для студентов медиков и практикующих врачей использовать современные технологии обучения и отрабатывать навыки и умения на манекенах и стандартизованных пациентах.

#### **Список литературы:**

1. Rahim Y., Zarbailov N. Family physicians opinion about their competence in primary care practice management. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinu, 2009, nr. 2(29), p.5-11 ISSN 1729-8687
2. Maria Goddard, Huw T O Davies, Diane Dawson, Russell Mannion, and Fiona McInnes, Clinical performance measurement: part 1- getting the best out of it. J R Soc Med. 2002 October; 95(10): 508–510.

## СОДЕРЖАНИЕ

КРИЙ ПАВЛОВИЧ ЛИСИЦЫН – ПЕДАГОГ, УЧЕНЫЙ, ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ ( <i>Голунина Н.В., Ковтюх Г.С., Полунин В.С.</i> ) .....	3
О ДИАЛЕКТИКЕ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКАДЕМИКА Ю.П. ЛИСИЦЫНА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ( <i>Низамов И.Г., Зыятдинов К.Ш., Сидыкова Т.И.</i> ) .....	5
Ю. П. ЛИСИЦЫН – ЛИДЕР ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ШКОЛЫ ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ ( <i>Егалыкин Д.А.</i> ) .....	9
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ПУТИ ИХ ОЗДОРОВЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ( <i>Авсаджаншвили В.Н.</i> ) .....	11
МОЛОДАЯ СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ ( <i>Агаркова О.А., Войт Л.Н.</i> ) .....	13
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СРАВНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ ( <i>Адель Салем Али Нуман, Дубынина Е.И., Зерубина А.В., Савельева Е.Ч.</i> ) .....	15
ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НАРКОЛОГИИ ( <i>Александров А.А., Осипчик С.И.</i> ) .....	16
ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ( <i>Алиева Ш.У., Омарова Г.К., Мухтарова С.М.</i> ) .....	18
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ: БАЗОВЫЙ ПОРЯДОК ( <i>Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Кликов О.В., Шавалиев Р.Ф.</i> ) .....	19
ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ( <i>Аминев Р.А., Билалов Ф.С.</i> ) .....	21
ОРГАНИЗАЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА ( <i>Андреева Л.А., Трехович Т.И.</i> ) .....	22
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ( <i>Ахмерова С.Г., Валиахметова И.М., Нигаев Р.Я., Рахимкулов А.С.</i> ) .....	24
БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ( <i>Ашанина Н.М., Голунина Н.В., Буслаева Г.Н., Егорова Н.А.</i> ) .....	26
РЕСУРСЫ ВЫСОКИХ ДОСТИЖЕНИЙ У СПОРТСМЕНОВ ( <i>Бакиштова Е.В.</i> ) .....	27
ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ОБЩЕСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ( <i>Бердник Е.Ю., Дьяченко Т.С., Слабанов В.И.</i> ) .....	29

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ( <i>Берсенева Е.А., Седов А.А., Голухов Г.Н.</i> ).....	31
АНАЛИЗ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ СУБЪЕКТА РФ ( <i>Бобрович В.В., Шильникова Н.Ф.</i> ) .....	33
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ( <i>Богатова И.В., Шильникова Н.Ф.</i> ) .....	34
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ-МОСКВИЧЕЙ И ШКОЛЬНИКОВ-МИГРАНТОВ ( <i>Бокарева Н.А., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю.</i> ) .....	36
РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. ЯКУТСКА В УСЛОВИЯХ ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ( <i>Борисова Е.А., Луцкан И.П.</i> ).....	38
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ( <i>Быков А.А., Булаева Г.Н., Полунина Н.В.</i> ) .....	40
СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННЫХ МИНИМАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ( <i>Вальчук Э.А.</i> ) .....	41
МОДЕЛЬ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ( <i>Васькина Т.П., Мальшикина А.И., Песикин О.Н., Филькина Е.В., Тихонов М.Ю.</i> ).....	43
ОЦЕНКА НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И МОТИВАЦИИ К КУРЕНИЮ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ( <i>Вохминцева Л.В.</i> ) .....	44
СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ НА СЛУЖБЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШИИ ( <i>Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р., Козлова Н.Е.</i> ) .....	46
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ ( <i>Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р., Козлова Н.Е.</i> ) .....	48
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА ( <i>Герман С.В.</i> ) .....	49
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ОСТРЫЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ( <i>Гладченко Ю.Л., Сердюков А.Г., Гладченко А.Ю., Миньковецкий В.Д.</i> ) .....	51
ОЦЕНКА МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ СМЕРТНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЯХ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ( <i>Гладченко Ю.Л., Сердюков А.Г., Гладченко А.Ю., Парфенов Л.Л., Нуржанов А.Т., Макеева Е.В.</i> ).....	53
КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ЛОР-СЛУЖБЫ ГОРОДА МОСКВЫ ( <i>Голухов Г.Н., Крюков А.И., Соколов Г.Е.</i> ).....	54

РЭЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ УПЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (Горбунов В.И., Верушкина А.С., Возженникова Г.В., Изаева И.Н.) .....	56
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПЕДАГОГОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ (Григорьев Г.Ю., Оприщенко С.А.) .....	58
НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (Гусева Н.К., Герман С.В.) .....	60
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ (Давыдова Т.Е.) .....	62
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА (Денисова Т.Г., Васильева Э.В., Сидорова Т.Н., Грузинова Е.Н.) .....	63
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (Денисова Т.Г., Васильева Э.В., Сидорова Т.Н.) .....	65
ГИПОДИНАМИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БОЛИ В СПИНЕ У СТУДЕНТОВ АМУРСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ (Добровинская К.Ю., Войт Л.Н.) .....	66
ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ (Долгинцев В.И.) .....	68
ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (Долгинцева Н.В.) .....	70
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЭТАПА КОМПЛЕКСНОГО СОЦИАЛЬНО- ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ г. МОСКВЫ (Дрожжина Н.А., Тишук А.Е.) .....	71
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ (Дубович Е.Г., Оприщенко Д.С.) .....	74
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ЧЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (Дубровин М.С., Полунин В.С.) .....	75
ДИНАМИКА УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ЛЬГОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2012 ГГ. (Дьяченко Т.С., Грибина Л.Н., Щироков В.О.) .....	77
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (Евстигнеев С.В., Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А.) .....	78
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (Евстигнеев С.В., Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А.) .....	80
ПРОГРАММА И МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОГОРОДНИМ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА (Егорова Н.А., Ашанина Н.М.) .....	82
ПРОГРАММА «РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ» ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА (Емельянова О.С., Грибина Л.Н., Сабанов В.И.) .....	83

РУДН – ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (Жернов В.А., Зубаркина М.М., Торшин В.И., Фомина А.В.) .....	85
СРОКИ УСТАНОВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (Жукова Н.В., Полунина Н.В., Жуков В.А., Дедова Н.Г.) .....	86
ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН (Застрожин М.С., Дрожжина Н.А.) .....	88
ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ (Зенина Л.А., Киселева И.В.) .....	90
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР-РУКОВОДИТЕЛЕЙ (Иванова В.И., Матвейчик Т.В.) .....	91
ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА (Исаева И.Н., Горбунов В.И., Возженникова Г.В., Вериукина А.С.) .....	93
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РАЙОННОГО ЦЕНТРА РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (Казаева О.В., Михайлок Е.А.) .....	95
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕТНЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (Казаева О.В.) .....	96
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (Касимовская Н.А., Якушина И.И.) .....	98
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ ВТОРИЧНОГО УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (Качур А.Ю.) .....	99
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ ВРАЧАМИ – СТОМАТОЛОГАМИ (Клименко В. И., Возный А.В., Смирнова И.В., Чернявский В.В.) ..	101
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (Клименко В.И., Коваленко А.В.) .....	102
ТОКСИЧНОСТЬ И ОПАСНОСТЬ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПУТЯХ ПОСТУПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА (Козырева Ф.У., Булацева М.Б.) .....	103
ОЦЕНКА РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ г. МОСКВЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ АТМОСФЕРНЫЙ ВОЗДУХ (Королик В.В., Аль Сабунчи А.А., Булацева М.Б., Дагаева З.А.) .....	105
СЕКТОРЫ, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (Коршевер Н.Г., Сидельников С.А.) .....	107
ТЕХНОЛОГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (Коршевер Н.Г., Сидельников С.А.) .....	108
ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ (Костенко Е.В., Маневич Т.М., Тяжельников А.А.) .....	109

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО–ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОЗДОРОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ( <i>Фудряшова Л.В.</i> ).....	110
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ( <i>Фулешова В.В.</i> ) .....	112
О ДЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТА НА УРОВЕНЬ ПОТРЕБНОСТИ В СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ( <i>Курносиков М.С., Кисель Р.М., Рольгейзер Л.С.</i> ).....	113
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ И ЗАЩИТЫ ПРАВООХРАНЕНИЯ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ( <i>Лавлинская Л.И., Ситникова Л.Н., Лавлинская Т.А.</i> ) .....	115
ИЗУЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ( <i>Лисицын Ю.П., Савельева Е. Н.</i> ).....	116
К ВОПРОСУ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ ( <i>Лобас В.М., Шишацкая Н.Ф., Дорохова Е.Т., Защик Н.С.</i> ).....	118
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ В ЯКУТИИ ( <i>Луцкан И.П., Борисова Е.А.</i> ).....	119
АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ( <i>Лыгина Ю.Е.</i> ) .....	121
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ И КАЧЕСТВОМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ( <i>Лысенко И.Л., Михайлова Т.И., Риос Дятчин Э.</i> ).....	123
КАЧЕСТВО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НАСЕЛЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ( <i>Лысенко И.Л., Михайлова Т.И., Бреусов А.В.</i> ).....	124
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ( <i>Майорская А.С., Беликов Д.С.</i> ).....	126
ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ( <i>Макаров В.Ю., Шильникова Н.Ф.</i> ) .....	127
ДЕСИНХРОНОЗ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ( <i>Маневич Т.М., Тяжелыников А.А.</i> ).....	129
ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ г. НИЖНЕВАРТОВСКА ( <i>Марносова О.В., Сопова И.Л.</i> ).....	131
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВОСТОЧНОМ АДМИНИСТРАТИВНОМ ОКРУГЕ ГОРОДА МОСКВЫ ( <i>Маслова Д.В.</i> ).....	132
КАДРОВЫЙ РЕСУРС В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ( <i>Матвеев Р.С., Салеев Р.А., Викторов В.Н., Козлова Н.Е.</i> ) .....	134

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ШКОЛЬНИКОВ ( <i>Милушикина О.Ю., Скоблина Н.А., Бокарева Н.А., Тихонова Ю.Л.</i> ).....	135
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У ОДИНОКИХ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ( <i>Мороз И.Н., Калинин Т.В., Светлович Т.Г.</i> ).....	137
ДИСТАНЦИОННЫЕ ЗАНЯТИЯ КИНЕЗИТЕРАПИЕЙ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ ( <i>Московцев Г.Н.</i> ).....	138
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, КАК ПРОФИЛАКТИКА МУКОВИСЦИДОЗА ( <i>Московцев Г.Н.</i> ).....	140
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ТАЗОВОЙ ДЕСЦЕНЦИИ И ДИССИНЕРГИИ ( <i>Мухтарова С.М., Омарова Г.К., Юлдашева А.И., Алиева Ш.У.</i> ).....	141
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ПРОЕКТА «КЛИНИКА, ДРУЖЕСТВЕННАЯ К МОЛОДЕЖИ» ( <i>Нагаев Р.Я., Ахмерова С.Г., Ахмадуллина Г.Х., Шамгулова С.Ф.</i> ).....	142
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ( <i>Насибуллин А.М., Копецкий И.С., Полунина Н.В.</i> ).....	144
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ И ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ( <i>Нелюбова О.А., Сазанова Г.Ю., Ути С.Р., Моррисон А.В.</i> ).....	145
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ УЧАСТКОВЫМИ ТЕРАПЕВТАМИ ( <i>Оприщенко С.А., Оприщенко Д.С.</i> ).....	147
БОЛЬНИЧНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ( <i>Орлов А.Е., Павлов В.В., Суслин С.А.</i> ).....	148
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МНЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ГОРОДСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ( <i>Орлов А.Е., Суслин С.А., Павлов В.В.</i> ).....	149
МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ( <i>Павлов В.В., Орлов А.Е., Суслин С.А.</i> ).....	151
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В КОНТЕКСТЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ( <i>Павлов В.В., Суслин С.А., Орлов А.Е.</i> ).....	152
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ( <i>Павловская О.Г., Ионова Н.В., Привалова Н.В.</i> ).....	154
НЕДОСТАТОЧНО ПРОДУМАННЫЕ РЕШЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ( <i>Пивоваров Ю.П.</i> ).....	155
ТРАГЕДИЯ АРАЛЬСКОГО МОРЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ РЯДА НЕДОСТАТОЧНО ПРОСЧИТАННЫХ АДМИНИСТРАТИВНЫХ РЕШЕНИЙ ( <i>Пивоваров Ю.П.</i> ).....	158
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ КАТАСТРОФЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРОРАБОТКИ ПРОБЛЕМЫ НА ПРИМЕРЕ БАНГЛАДЕШ ( <i>Пивоваров Ю.П., Шеина Н.И., Аль Сабунчи А.А.</i> ).....	160

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ( <i>Платоникина А.М.</i> ).....	162
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ТОЛСКОГО КИШЕЧНИКА ( <i>Полунина В.В., Павлова С.В., Ипатов А.А.</i> ).....	164
РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДОРСОПАТИЯМИ ( <i>Полунина Н.В., Костенко Е.В., Тяжелников А.А.</i> ).....	167
СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ( <i>Пушкова С.И.</i> ).....	169
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 1998-2012 ГГ. ( <i>Рахматуллин Э.В., Султанаева З.М.</i> ).....	170
ПРЕДПОСЫЛКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ ( <i>Рогачева Т.В.</i> ).....	172
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ВРАЧАМИ И ЛИЦАМИ С ВЫСШИМ НЕМЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ( <i>Романова А.П., Щавелева М.В., Иванова В.И.</i> ).....	174
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ БАЗИС РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ( <i>Ростовцев В.Н.</i> ).....	175
РЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НАСТОРОЖЕННОСТИ ОБЩЕСТВА К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ ( <i>Роцин Д.О.</i> ).....	177
СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ( <i>Рябкова О.И., Ростовцев В.Н., Марченкова И.Б., Кузьменко В.Е., Терехович Т.И.</i> ).....	179
ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТОВ И ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ( <i>Сазанова Г.Ю., Еругина М.В., Пархоменко А.А.</i> ).....	180
ОСОБЕННОСТИ ЦЕНОВОЙ ПОЛИТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЛАТНЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ ( <i>Сахибгареева Э.Х.</i> ).....	182
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПЕРВИЧНЫЙ ВЫБОР ПАЦИЕНТАМИ КОММЕРЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ ( <i>Сахибгареева Э.Х.</i> ).....	184
ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА ( <i>Северин Г.К.</i> ).....	185
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ( <i>Северин Г.К.</i> ).....	187
СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМОВ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ПРОВЕРКИ ФОРМИРОВАНИЯ ДОСТОВЕРНЫХ, ПОЛНЫХ И НЕПРОТИВОРЕЧИВЫХ	



МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ В СОСТАВЕ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ( <i>Седов А.А., Берсенева Е.А., Голухов Г.Н.</i> ).....	188
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ( <i>Сенижук А.И., Шильникова Н.Ф.</i> ) .....	190
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА МИГРАЦИОННЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ( <i>Сиротко М.Л., Байкова А.Г.</i> ).....	192
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ( <i>Ситникова Л.Н., Лавлинская Л.И.</i> ).....	193
МЕСТО ИНФОРМАЦИОННОГО ОТРАСЛЕВОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА В КОММУНИКАТИВНОЙ ПОЛИТИКЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ( <i>Слабкий Г.А., Знаменская М.А., Левенец Н.Г.</i> ) .....	195
ВЛИЯНИЕ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МОТИВАЦИЮ ПРИЗЫВНИКОВ ИЗ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ( <i>Смирнов С.В.</i> ).....	196
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИЗЫВНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ( <i>Смирнов С.В., Кузьмин С.А.</i> ).....	198
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ( <i>Солтамакова Л.С.</i> ) .....	199
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ( <i>Солтамакова Л.С.</i> ).....	200
ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ ( <i>Суслин С.А., Павлов В.В., Орлов А.Е.</i> ) .....	201
ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПО КРИТЕРИЮ DALY ( <i>Терлецкая Р.Н., Щербакова С.В.</i> ).....	203
ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ – ВАЖНЫЙ ФАКТОР ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ( <i>Тимофийчук И.Р.</i> ) .....	204
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА) ( <i>Томских Э.С., Шильникова Н.Ф.</i> ).....	206
ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ( <i>Тупиневич Г.С., Шамратова В.Г.</i> ) .....	207
ПРОЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ( <i>Тупиневич Г.С., Шамратова В.Г.</i> ) .....	209
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ( <i>Тяжельников А.А., Юмукян А.В.</i> ).....	210
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ( <i>Тяжельников А.А., Костенко Е.В.</i> ).....	212

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ( <i>Устинова Н.В.</i> ) .....	214
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ( <i>Фазлиахметова Г.Р., Соколова Ж.В.</i> ).....	216
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ( <i>Федоров Д.И., Полунина Н.В., Каракаева Э.Б.</i> ) .....	217
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК СПОСОБ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ ( <i>Федяева А.В., Иванов В.В.</i> ) .....	220
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ» ( <i>Фомин А.А.</i> ) .....	221
ПРОБЛЕМЫ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ» ( <i>Фомин А.А.</i> ) .....	222
РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ С УЧЕТОМ ПЕРЕХОДА НА РЕГИСТРАЦИЮ РОЖДЕНИЙ ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ( <i>Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н., Чаусов А.А.</i> ) .....	223
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ И ИНТЕНСИВНОЕ МНОГОФАКТОРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ( <i>Харитонов В.И.</i> ).....	225
СОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ ( <i>Хмель А.А.</i> ) .....	227
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПРЕДЕЛЬНОЙ ПОЛЕЗНОСТИ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ( <i>Черкасов С.Н.</i> ).....	228
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ( <i>Чирков В.А.</i> ) .....	229
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СМЕРТНОСТИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ( <i>Шарафутдинов М.А., Потапов С.О.</i> ) .....	230
ДИНАМИКА АБОРТОВ СРЕДИ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН ( <i>Шарафутдинова Н.Х., Мустафина Г.Т.</i> ) .....	232
ПРОБЛЕМА АНЕМИЙ у ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ( <i>Шарипова Ю.Г., Сафуанова Г.Ш.</i> ) .....	233
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ у СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ОМЕГА- ПОТЕНЦИАЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ( <i>Шафиева Л.Н., Каюмова А.Ф.</i> ) .....	234
РОЛЬ ЗАНЯТИЙ ФИТНЕСОМ В УЛУЧШЕНИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ( <i>Шафикова Л.Р., Физетдинова Л.Р.</i> ).....	235

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ С ПОЗИЦИИ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ (Шеина Н.И., Схрябина Э.Г., Колесникова В.В., Мялина Л.И., Сазонова Л.П., Чуб Г.Г.) .....	237
АНАЛИЗ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2002-2012 ГОДЫ (Шильникова Н.Ф., Сенотрусова Ю.Е.) .....	239
СМЕРТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН КАК РЕЗЕРВ УЛУЧШЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ (Щавелева М.В., Глинская Т.Н.).....	240
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (Эккерт Н.В., Михайловский В.В.).....	242
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5 ДЗМ» (Юмукян А.В., Тяжельников А.А.) .....	244
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (Хетагурова А.К., Черкасов С.Н.).....	246
СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА (Дамашкан Г.П., Ецко К. П., Зарбаилов Н.К.) .....	248
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ БОЛЬНИЦ ПО DRG(CASE-MIX) В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА (Дамашкан Г.П.).....	249
МЕХАНИЗМ ПОКРЫТИЯ ЗАТРАТ БОЛЬНИЦ НА ДОРОГИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА (Ецко К. П., Буга М.И., Дамашкан Г.П.) .....	251
СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА - ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (Зарбаилова Н.).....	253