

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ТРАДИЦИИ, ИННОВАЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Сборник научных трудов

*(Посвящен 80-летию кафедры
общественного здоровья, здравоохранения
и социальной работы)*

Архангельск
2016

УДК 614
ББК 51.1(2)
О 28

Редакционная коллегия:

доктор медицинских наук, профессор *Меньшикова Лариса Ивановна* (глав. редактор)
доктор медицинских наук, профессор *Санников Анатолий Леонидович* (отв. редактор)
доктор медицинских наук, профессор *Светличная Татьяна Геннадьевна*
доктор медицинских наук, доцент *Цыганова Ольга Альбертовна*
кандидат медицинских наук, доцент *Игнатова Ольга Анатольевна*
кандидат медицинских наук, доцент *Варакина Жанна Леонидовна*
кандидат медицинских наук, доцент *Мордовский Эдгар Артурович*
кандидат социологических наук, доцент *Лукашов Андрей Геннадьевич*
кандидат биологических наук, доцент *Шалаурова Елена Викторовна*
кандидат психологических наук, старший преподаватель *Гайкина Мария Юрьевна*
старший преподаватель *Спирина Маргарита Владимировна*

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Общественное здравоохранение: традиции, инновации, перспективы: сборник научных трудов / отв. редактор А.Л. Санников. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. – 306 с.
ISBN 978-5-91702-241-3

В сборнике представлены материалы научных исследований по актуальным проблемам общественного здоровья и здравоохранения. Материалы опубликованы в виде статей и тезисов.
Предназначено для организаторов здравоохранения, преподавателей вузов, аспирантов, студентов.

УДК 614
ББК 51.1(2)

СОДЕРЖАНИЕ

Арасланова Е.Л., Агаркова Г.В., Меньшикова Л.И. СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ Г. СЕВЕРОДВИНСКА – 80 ЛЕТ!	8
Варакина Ж.Л., Санников А.Л., Низовцева В.А., Колесников Г.С., Колмыкова Т.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ	12
Варакина Ж.Л., Трифонова А.Н. КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИСПОЗИЦИИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА	15
А.М.Вязьмин, М.В. Щавелева, Д.М. Мардас МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМ.....	19
Вязьмин А.М., Щавелева М.В., Романова А.П., Шваб Л.В., Шпаковская Е.В. ОЦЕНКА АНТИНИКОТИНОВЫХ УСТАНОВОК И ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТАБАЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	26
Герасимова М.А., Санников А.Л., Кузин С.Г., Волосевич А.И. ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ УМЕРШИХ ОТ ИНСУЛЬТОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	32
Гильмутдинов Р.Г. СОЦИАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.....	35
Р.И. Делендик, Т.В. Матвейчик, И.М. Брылева СПЕЛЕОЛЕЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОСТОЯНИЕ И РЕСУРСЫ.....	40
Ермолина Т.А., Калинин А.Г., Мартынова Н.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПОМОЩЬЮ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ.....	50
Игнатова О.А., Дьячкова М.Г. ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ КАК ИНТЕГРАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ КАТЕГОРИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	52
Игумнова С.А. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЛАЗАМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПАЦИЕНТОВ И СТУДЕНТОВ	64
Калинина Е.А., Перепелкина Н.Ю. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	70
Кистенева О.А., Кистенев В.В., Москалёв А.С. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАРОЖДЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	74
Красильников С.В., Жукова Н.Ю. ПЕРВАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ Е.Е. ВОЛОСЕВИЧ: 230 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ СЕВЕРЯН.....	79
Кудря Л.И., Шрага М.Х., Зорина А.А. К ЮБИЛЕЮ ОДНОГО ЗАБЫТОГО СОБЫТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ	86
Маркова Е.В. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ МО «СЕВЕРОДВИНСК»	95

Меньшикова Л.И., Санников А.Л. ФОРМИРОВАНИЕ СЕВЕРНОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ	99
Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И АЛКОГОЛЬНОГО АНАМНЕЗА УМЕРШИХ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НОВООБРАЗОВАНИЙ В Г. АРХАНГЕЛЬСКЕ, РОССИЯ	103
Петчин И.В., Горский А.С., Быков В.П. АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА – МЕДИЦИНСКИЙ И НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР	105
Подсекина С.В. РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА КОТЛАСА И КОТЛАССКОГО РАЙОНА	116
Попов М.В. ИСТОРИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	122
Попов М.В. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОЮЗНЫХ АРКТИЧЕСКИХ КОНВОЕВ В 1941–45 ГГ.	124
Пяткова Н.М. О НЕКОТОРЫХ ПРИЁМАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБРАЗЦОВ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОГО ИСКУССТВА В ПРЕПОДАВАНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	127
Рогалев А.А., Клоковская Т.В. ОПЫТ РАБОТЫ АРХАНГЕЛЬСКОЙ СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ.....	131
Санников А.Л. ПРОФЕССОР Р.В. БАННИКОВА – ОСНОВАТЕЛЬ ШКОЛЫ СОЦИАЛ-ГИГИЕНИСТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ДЕМОГРАФОВ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ.....	135
Семакина Н. В., Злоказова М.В., В.А. Михайлов, Багаев В.И. ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	138
Сердечная Е.В., Щербина А.В., Юрьева С.В. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА.....	143
Сидоров А. В., Санников А. Л. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	145
Соловьева Е.А., Шеенкова М.В., Сайдашева А.Т. АБОРТ КАК МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	148
А.С. Фомина МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	155
Цыганова О.А., Боковой С.П., Баланда Р.В. АНАЛИЗ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2009-2014 ГГ.....	158
Цыганова О.А., Кривоносова А.В. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ДОХОДОВ ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	162

Шалаурова Е.В., Лукашов А.Г. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.....	165
Шпанькова Е.В. ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ПЕРЕХОДА НА АУТСОРСИНГ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ.....	168
Щавелева М.В., Вальчук Э.А., Панулина Н.И., Королько А.С. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ИСТОРИЯ, СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.....	171
Щербинина И.А, Флоря Е.Ю. ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	175
Яшкович В.А., Ермеева А.А., Растегаева Е.С. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	178

ТЕЗИСЫ

Булатников А.Н. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОЗАВИСИМОЙ СЕМЬИ	181
Леонтьева Р. Н. ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	183
Прохоров Д.В., Лучинский В.Л., Санников А.Л. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ ПОДРОСТКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ФКУЗ МСЧ – 29 ФСИН РОССИИ).....	186
Цивьян Б.Л. ИНФОРМАЦИОННАЯ ДОСТУПНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЫ	187

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

Алексеева К.А., Барина А.А., Хапаева К.П., Яценко С.Д. Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л. ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.....	191
Амвросова М.А., Стукова А.Н. Научные руководители: к.м.н. Мордовский Э.А., к.м.н. Игнатова О.А. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ КАК ПРЕДМЕТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	196
Бабкина В.М., Лочехина Е.Б. Научный руководитель к.м.н. Игнатова О.А. РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ.....	198
Видякина А.В., Дурягина О.Н. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова, к.м.н. Мордовский Э.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РОССИИ И АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2015 ГГ.....	201
Гайланс И.В., Кашенцова М. Н. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА.....	203
Галицкая Э.А. Научный руководитель: д.м.н., профессор Светличная Т.Г. МЕДИКАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ И БЛАГОПОЛУЧИЮ РОССИЯН	206

Гладкая Л.В. Научный руководитель д.м.н., профессор Светличная Т.Г. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРОТИВОТУБЕРКУЗНОГО ДИСПАНСЕРА	210
Давыдова С.Н. Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л. ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ СГМУ	214
Едакин А.Б. Научный руководитель: к.м.н., доц. Варакина Ж.Л. РОЛЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	220
Замарина И.В., Чертова Ю.В. Научный руководитель: д.м.н., проф. А.Л. Санников ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	227
Кистинева О.А., Абашкина И.И., Байбуртян Г.А. ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВАТЕЛЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЖОНА ГУНТЕРА (1728-1793 ГГ.).....	230
Кистенева О.А., Камолина Е. А., Федикович Э. В. ИСТОРИЯ НЕЙРОСИФИЛИСА	233
Кистенева О.А., Шкилева И.Ю., Шелякина Е.В., Кистенев В.В. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Е.Н. ПАВЛОВСКОГО	238
Кожина А.В. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	242
Котова Н.Н. Научный руководитель д.м.н., профессор Светличная Т.Г. СОЦИАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АРХАНГЕЛЬСКА	245
Крючков Д.О., Крючкова О.М. Научный руководитель: проф. Санников А.Л. ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	248
Ларионова С.О., Тюрина Е.Г. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А. ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ПОПУЛЯЦИОННЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ БРОНХОВ И ЛЕГКОГО	252
Лычаков А.В., Зворыкин А.С. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А. МАТЕРИНСКИЙ (СЕМЕЙНЫЙ) КАПИТАЛ КАК МЕРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ РОССИЙСКИХ СЕМЕЙ.....	254
Меньшикова М.А. В. М. БЕХТЕРЕВ: ИССЛЕДОВАНИЯ МОЗГА И ИДЕЯ БЕССМЕРТИЯ ЛИЧНОСТИ	257
Мирзоева Н.А. Научный руководитель: к.м.н. Игнатова О.А. БРАЧНЫЙ СТАТУС КАК ФАКТОР, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА	260

Модянов Н.Ю., Симонян Е.Э. Научные руководители: к.м.н., Мордовский Э.А., доц., к.м.н. Игнатова О.А. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СОПУТСТВУЮЩИЕ РАННЕМУ ПОЛОВОМУ ДЕБЮТУ	263
Модянов Н.Ю., Симонян Е.Э. Научные руководители: к.м.н., Мордовский Э.А., доц., к.м.н. Игнатова О.А. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	265
Ожигина С.Н., Кондратенко Е.А. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА	267
Пономарёва Д.А., Кислухина А.В., Демьянова Д.О. Научный руководитель: проф. А. Л.Санников ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	270
Романенкова З.А. Научный руководитель: к.м.н., доц. Варакина Ж.Л. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЛИЦ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА Г. АРХАНГЕЛЬСКА	274
Рочева Е.С., Химов С.Н. Научный руководитель: к.м.н., доц. Мордовский Э.А. ВЕЛИЧИНА РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	279
Скачкова Т.Н., Владимирова Е.В. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А. ОБРАЗ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОР РИСКА, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЙ ВЫСОКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	283
Файзулин Р.А., Летовальцева К.С., Дубровин М.С., Мирзоева Н.А., Молкубаева Ю.З. Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИФИЛИСА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	285
Химов С.Н., Рочева Е.С. Научный руководитель: к.м.н., доц. Мордовский Э.А. УРОВЕНЬ РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	291
Шабалина В.В. Научный руководитель: к.м.н., доц. Варакина Ж.Л. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ, ИМЕЮЩИМИ АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	294
Шахбазян А.В., Савина Н.П. Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВЫСОКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В РОССИИ И АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	302

Арасланова Е.Л., Агаркова Г.В., Меньшикова Л.И.
СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ Г. СЕВЕРОДВИНСКА – 80 ЛЕТ!

Аннотация. Представлены материалы по истории развития службы родовспоможения города Северодвинска, описаны основные этапы становления службы. Дано представление о современном положении дел в службе родовспоможения, о внедрении современных организационных и медицинских технологий в Северодвинском родильном доме.

Ключевые слова: родильный дом, история службы родовспоможения, Северодвинск.

История развития службы родовспоможения начинает свой отсчет в далеком 1936 году, когда на теплоходе «Иван Каляев» вместе со строителями будущего города Молотовска (Северодвинска) приехала первая акушерка Нина Мосеева (Сальникова). В 1936 году было принято 10 родов. Первым гражданином будущего города стал Владимир Рыжков. Так начиналась история службы родовспоможения, так начиналась история города корабелов [1, 4].

В 1944 году открылся роддом в 2-х этажном кирпичном здании по ул. Пионерской 10, в нем располагалось 60 коек (акушерские и гинекологические), а также женская консультация. Символично, что в настоящее время в этом здании находится городской музей. В 1945 году роддом выделен из состава городской больницы в самостоятельное лечебное учреждение (главный врач роддома – Ершова И.Я.). С 1947 по 1968 годы главным врачом роддома была Белявская А.А. - заслуженный врач РСФСР, участник Великой Отечественной войны, которая с 1941 по 1945гг. была в рядах Советской Армии в Заполярье.

В 1964 году по адресу Ломоносова, д.54 открылся новый роддом на 130 коек и женская консультация, а в здании по ул. Пионерской разместилось гинекологическое отделение. Родильный дом, женская консультация и гинекологическое отделение именовались как «Родильное объединение». В 1964 году на свет появились 2595 новорожденных. С 1968 года по 1978 годы роддом возглавлял Цивьян Н.С. – кавалер ордена «Знак Почета».

С 1978 по 1984 годы главным врачом роддома работала заслуженный врач РСФСР Назарова Л.А., старшей медицинской сестрой Юдина А.П., кавалер знака «Отличник здравоохранения». В 70-е годы в роддоме появлялось на свет до 3-х тысяч младенцев в год. В 1978 году по итогам смотр-конкурса лечебных учреждений области коллективу «Родильного объединения» г. Северодвинска было присуждено первое место и вручено переходящее Красное знамя. В 1979 году открылся новый родильный дом на пр. Морском, 51. Строил его Шумило Ю.Д., а затем возглавил и в течение многих лет руководил родильным домом № 2 Корчагин В.В. В 1984 году к обязанностям главного врача родильного дома № 1 приступила заслуженный врач РФ Тихонова О.И., которая приложила много усилий, чтобы в Северодвинске было построено новое гинекологическое отделение роддома № 1, которое открыло свои двери для пациентов в 1995 году. Заместителем главного врача по лечебной части много лет была заслуженный врач РФ Абрамова Р.М. В 1998 году «Северодвинский родильный дом» объединил два ранее самостоятельных лечебно-профилактических учреждения – Родильный дом №1 и №2. В 2001 году Северодвинский родильный дом возглавила и руководит до настоящего времени Арасланова Е.Л. В те годы она была самым молодым главным врачом в Архангельской области.

С 1936 года прошло уже 80 лет. За эти годы в родильном доме появились на свет более 190 тыс. новорожденных. Сегодня Северодвинский родильный дом занимает одну из лидирующих позиций по оказанию медицинской и социальной помощи женщинам и новорожденным Архангельской области. Родильный дом одним из первых внедряет в практику своей деятельности новации в медицине, является одним из «пилотных» учреждений области, реализующих социально-значимые и экономически эффективные проекты региона.

За 80 лет своей истории Родильный дом стал многопрофильным медицинским учреждением, основным направлением работы которого является обеспечение безопасного материнства и детства путём внедрения современных перинатальных технологий, защита грудного вскармливания, гуманное родовспоможение, охрана репродуктивного здоровья семьи. Во многих начинаниях северодвинские акушеры – гинекологи были первыми. Именно в Северодвинске создана первая в Архангельской области акушерско-анестезиологическая служба, которую организовал и более 30 лет возглавлял заслуженный врач РФ Ивашков В.А. Первыми в области в г.Северодвинске открыли кабинет патологии шейки матки (врач Сергеева С.А.), первый в области детский гинеколог тоже появился в городе корабелов (врач Сподаренко Ф.Д.), первый психолог службы родовспоможения в области (Агаркова

Г.В), первыми освоили пренатальный скрининг на наследственные и врожденные заболевания. Северодвинский родильный дом имеет почетное звание «Больница доброжелательного отношения к матери и ребенку», присвоенное одним из первых в области в 2001 году представительством ВОЗ/ЮНИСЕФ в Российской Федерации [4].

С 2003 года на базе женской консультации развёрнут дневной стационар, количество коек которого увеличивалось ежегодно (с 15 в 2003 году до 50 – в 2014) за счет сокращения круглосуточных коек. На сегодняшний день наш дневной стационар самый крупный в Архангельской области среди учреждений родовспоможения. Приём и лечение женщин, для их удобства, осуществляется в две смены. С 2010 года в целях перераспределения объемов медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный, диагностические лечебные процедуры (гистероскопия, кольпоскопия, биопсия) проводятся на базе дневного стационара женской консультации. Малая операционная полностью оснащена необходимым медицинским оборудованием, за счёт этого доступность специализированной помощи женщинам увеличилась.

В гинекологическом отделении широко используются медицинские технологии 21 века – лапароскопическая эндоскопическая видеохирургия. Благодаря этим методикам у бесплодных женщин появляется возможность обрести радость материнства. За последние годы освоены гистероскопические трансцервикальные миомэктомии, вворачивающий узловой шов на матке при миомэктомиях, внутриматочное введение катетера Фолея, при этих же операциях, что позволяет уменьшить кровопотерю и облегчить вылушивание узлов миомы. Внедряются слинговые операции, при стрессовом недержании мочи, использование пролифтов, при пролапсах гениталий, использование противоспаечных барьеров, автоматизированное рабочее место акушера-гинеколога (введение унифицированных форм, электронных историй болезни и т.п.) [6].

В отделении реанимации и интенсивной терапии широко применяется эпидуральная анальгезия для обезболивания родов, спинномозговая анестезия при кесаревом сечении, усовершенствованная техника проведения эндотрахеального наркоза и методов обезболивания родов. В отделениях реанимации и интенсивной терапии используются современные методы лечения женщин и новорожденных детей [5].

Внедрение современных перинатальных технологий началось с реализации программы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания» с 1996 года. Северодвинский родильный дом одним из первых в области ввел новую европейскую систему пребывания женщин в роддоме. Раньше мамы лежали отдельно – дети отдельно, кормление строго по часам. А с 1995 года благодаря участию роддома в российско-скандинавских проектах была освоена новая практика: появились индивидуальные родзалы, родные и близкие стали присутствовать на родах и поддерживать будущую маму, внедрили раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и младенца, раннюю выписку из роддома.

На сегодняшний день внедрены и широко применяются семейно – ориентированные роды, роды в присутствии мужа, матери, с компаньоном; индивидуальные родильные залы, контакт «кожа к коже» в первые минуты жизни, соблюдение «тепловой цепочки»; раннее прикладывание ребенка к груди; совместное пребывание матери и ребенка с первых минут жизни новорожденного до выписки из родильного дома; минимальная медикаментозная агрессия в родах и в послеродовом периоде; адекватное обезболивание в родах с использованием массажа, определенных позиций, эпидуральной анестезии; обязательная профилактика кровотечения в послеродовом периоде; спинальная анестезия при операции кесарево сечение (контакт с матерью уже во время операции и в послеоперационном периоде); ведение партограммы в родах.

Ежегодно в родильном доме появляется на свет около 2,5 тысяч детей, стационарное лечение получают более 6 тысяч человек. В целях совершенствования оказания медицинской помощи новорожденным детям в 2012 году был увеличен коечный фонд и открыто 6 коек патологии новорожденных и недоношенных детей, организована диагностика и лечение заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Благодаря национальному проекту «Здоровье», программе модернизации здравоохранения существенно обновился парк медицинского оборудования в неонатологии: приобретены куветы реанимационной модели, появился мобильный рентген-аппарат, современный аппарат ИВЛ, а самое главное – аппарат для проведения назального СРАР. Этот аппарат произвел «революцию» местного масштаба, т.к. благодаря его работе значительно снизилось количество детей, получающих инвазивную ИВЛ. В 2012г. был открыт дополнительный неонатальный медсестринский пост в родовом отделении [2, 5], что позволило облегчить труд акушера, более качественно

оказывать помощь новорожденным и их матерям в течение первых 2 часов после рождения. Кроме того, с этого времени на совместном пребывании стали оставаться дети, родившиеся путем кесарева сечения, что значительно облегчило течение их адаптации к внеутробным условиям жизни.

С 01.01.12 в РФ введены новые критерии живорождения (срок беременности 22 недели, масса тела новорожденных – 500г). В Северодвинском роддоме выполняется и эта, достаточно сложная задача, – выхаживание новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Вся жизнь такого младенца, начиная с первой минуты – это непрерывный комплекс реанимационных мероприятий, требующих высококачественной аппаратуры: высокочувствительной следящей, респираторной и лабораторной. Объем циркулирующей крови у ребенка с массой менее 1000г составляет всего 70-90 мл, а анализов крови, в силу тяжести состояния, требуется много, поэтому объем исследуемой крови должен быть минимальным.

Одним из важных направлений в снижении младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности является проведение неонатального скрининга. Аудиологический скрининг в учреждении реализуется с 2009 года [2]. Обследование проводится абсолютно всем новорожденным на 3-4 сутки жизни с целью раннего выявления нарушений слуха. В «доскрининговый» период такие нарушения выявлялись поздно – в 2-5 лет, за это время неслышащий ребенок серьезно отставал в развитии. В результате внедрения аудиологического скрининга дети с нарушением слуха выявляются своевременно. Они имеют возможность получить высокотехнологичную медицинскую помощь с использованием кохлеарной имплантации, что позволяет им развиваться наравне со сверстниками. С 2016 года в отделении новорожденных проводятся ультразвуковые исследования, что способствует наиболее раннему выявлению патологии у новорожденных.

В женской консультации разработана Программа по дородовой подготовке женщин и семейных пар, основанная на рекомендуемых стандартах и адаптированная для нашего города, с акцентом на психологическую подготовку к родам и материнству. Разработаны некоторые оригинальные методы, например, проработка образа ребенка и своих ожиданий от родов с помощью медитаций, рисунков, других видов творческой деятельности, групповое обсуждение проблем беременности и родов, освоение родового голоса и пение колыбельных песен и др. Проводится тренинг поведения в родах, взаимодействия с ребенком, семейных отношений. С августа 2011 года организовано и успешно функционирует «Школа отцов». Новая программа направлена на участие мужа в процессе беременности, родов и послеродового периода [3].

В Северодвинском родильном доме открыт первый в Архангельской области кабинет БОС (биологической обратной связи для психофизиологической подготовки беременных к родам). Использование этого метода, не имеющего мировых аналогов, открыло принципиально новый этап в развитии дородовой подготовки беременных. Цель подготовки – способствовать благоприятному течению беременности, родов и полноценному развитию плода.

В рамках Национального проекта «Здоровье» в женской консультации с января 2009 года проводятся маммографические исследования всем пациенткам г. Северодвинска на рентгеновском компьютеризированном трехрежимном маммографе, что позволяет выполнить федеральный стандарт профилактического обследования женщин в полном объеме на амбулаторном этапе, своевременно выявить патологию молочных желез на ранних стадиях. Например, применение маммографии позволило снизить смертность от рака груди на 35% у женщин старше 50 лет.

Первыми в области в 2010 году женская консультация и параклинические службы перешли на режим работы без выходных – с понедельника по воскресенье с 8 до 20 часов. Изменение режима работы позволило обеспечить доступность акушерско-гинекологической помощи и повышение качества медицинской помощи. В дальнейшем инициатива родильного дома была поддержана сначала управлением здравоохранения Северодвинска, а затем и министерством здравоохранения Архангельской области, и внедрена в других учреждениях нашего региона.

В целях решения проблемы очередей при записи на прием к врачам, внедрена в практику здравоохранения запись по электронной почте, и сегодня наряду с «бумажной» записью на прием (папки самозаписи) используется электронная запись посредством «терминала самозаписи», при этом любой гражданин может не только записаться к врачу, но и получить информацию о деятельности учреждения, предлагаемой медицинской помощи, графике приема врачей, режиме работы и т.д [5]. Каждое рабочее место врача оснащено персональным компьютером, осуществляется переход на автоматизированную систему электронного документооборота, которая позволит в ближайшее время перейти на электронный документооборот, в т.ч. и ведение медицинской документации, с обеспечением требований защиты персональных данных и сохранения врачебной тайны.

В 2012 году в рамках программы модернизации здравоохранения и мероприятий, направленных на профилактику и снижение числа аборт, создан Центр медико-социальной поддержки беременных и женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Главная задача центра – оказать помощь женщинам, которые в силу жизненных обстоятельств решили сделать аборт или отказаться от новорожденного ребенка. Прием в центре ведет психолог, специалист по социальной работе, организована и обеспечена работа «телефона доверия» [2,8]. В 2010 году проект Северодвинского роддома «Будущее в твоих руках», направленный на сохранение репродуктивного здоровья девочек-подростков и профилактику аборт, получил муниципальный грант.

В рамках пилотного проекта Минздрава России по внедрению новой методики пренатального скрининга в первом триместре беременности в 2013 году был открыт межрайонный кабинет пренатальной диагностики. Целью создания кабинета является проведение организационных и медицинских мероприятий по своевременному пренатальному выявлению пороков развития у плода, профилактике рождения детей с летальными и тяжелыми пороками развития, снижению младенческой смертности. Врачи ультразвуковой диагностики, прошедшие первичную специализацию, имеющие сертификаты по специальностям «Ультразвуковая диагностика» и «Акушерство и гинекология», одними из первых в Архангельской области получили в установленном порядке специальную подготовку по выявлению нарушений внутриутробного развития плода с получением сертификата Fetal Medicine Foundation Certificate [2].

В клинико-диагностической лаборатории роддома ежедневно выполняется более 50 видов исследований. Гематологические и биохимические исследования проводятся на автоматических и полуавтоматических анализаторах, с обязательным ежедневным контролем качества. Исследования методом ИФА дают возможность выявления широкого спектра инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии, внутриутробных инфекций, особоопасных инфекций, рисков тромбоза, а так же проводить исследования гормонального фона пациентов. Одними из первых в области сотрудники лаборатории освоили иммунологические исследования с применением зарубежных гелевых технологий, позволяющих быстро и точно определить иммунологическую несовместимость матери и плода, диагностировать гемолитическую болезнь новорожденных, провести скрининг и идентификацию аллоиммунных антител у беременных.

Персонал родильного дома имеет за плечами впечатляющую практику результативного акушерства, постоянно повышает свою квалификацию, изучая инновационные технологии, передовое медицинское оборудование и эффективность новых препаратов. Результаты работы сотрудников родильного дома неоднократно были достойно оценены как на уровне области, так и Российской Федерации. В 2006 году Короткий Евгений Николаевич, заведующий отделением-врач-акушер-гинеколог родового отделения, стал победителем Всероссийского конкурса «Лучший врач года» в номинации «Лучший врач акушер-гинеколог». В 2007 году главный врач Арасланова Елена Леонидовна стала победителем областного конкурса «Женщина-директор 2006 года», за участие в X Всероссийском конкурсе «Женщина – директор года» награждена дипломом и именной медалью победителя конкурса. В 2010 году Попова Екатерина Сергеевна, заместитель главного врача по поликлинической работе, стала победителем областного конкурса «Лучший врач 2009 года» в номинации «Лучший врач акушер-гинеколог». В 2012 году Рыбакова Ольга Витальевна, акушерка родового отделения, стала победителем регионального этапа Всероссийского конкурса профессионального мастерства «Лучший по профессии 2011 года» среди специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием в номинации «Лучшая акушерка Архангельской области». В 2013 году Прокопьев Олег Валентинович, заместитель главного врача по медицинской части, стал победителем XII Всероссийского конкурса «Лучший врач года 2013» в номинации «Лучший врач акушер-гинеколог». В 2014 году Зуева Валентина Михайловна, старшая акушерка родового отделения, стала победителем Всероссийского конкурса профессионального мастерства «Лучший средний медицинский работник – 2013» среди специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием в номинации «Лучшая акушерка». В 2013 году Указом Президента Российской Федерации Короткому Евгению Николаевичу, заведующему отделением-врачу-акушеру-гинекологу родового отделения, присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

Сегодня в структуру медицинской организации входит родильный дом на 142 койки, гинекологическое отделение на 35 коек, женская консультация с самым крупным дневным стационаром в Архангельской области на 50 коек. Здесь работают 58 врачей, 170 акушерок и медсестер, 80 человек младшего медицинского персонала. Всего в родильном доме трудятся около 400 сотрудников. Севе-

родвинский родильный дом – база практической подготовки СГМУ, Северодвинского филиала Архангельского медицинского колледжа. Здесь осваивают первые навыки профессии будущие доктора, акушерки, медсестры.

В научно – исследовательской работе организации, при изучении акушерско – гинекологических проблем, применяется системный, междисциплинарный подход. Репродуктивное здоровье женщин оценивается с учетом психо – соматических и социально – медицинских аспектов [7]. Сотрудники Северодвинского родильного дома много лет активно сотрудничают с кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ в лонгитудинальном исследовании искусственного аборта в регионе.

Уважение к профессии, к пациентам и коллегам, ответственность перед обществом – вот тот фундамент, на котором строится стратегия развития ГБУЗ Архангельской области «Северодвинский родильный дом».

Список литературы

1. Андреев А.А. Первый медик Судостроя // «Вечерний Северодвинск», февраль 2012.
2. Арасланова Е.Л. Программа «Развитие государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Северодвинский родильный дом» на 2013 – 2015 годы», июнь 2013г.
3. Агаркова Г.В. Медико-социальное сопровождение перинатального периода// Материалы XV областной научно-практической конференции, посвященной иконе Божьей Матери «Млекопитательница». Архангельск, 2015.
4. Северодвинский родильный дом – 80 лет // Деловой Вестник Поморья. 2016.
5. Курзенева Е. Елена Арасланова: «Будущей маме – особое внимание» // «Северный рабочий», август 2016.
6. Курзенева Е. Деликатная проблема – в прошлом! Операции на стыке урологии и гинекологии за счёт средств ОМС теперь проводятся в нашем городе //«Северный рабочий», август 2016.
7. Междисциплинарный анализ репродуктивного и соматического здоровья женской популяции /Арасланова Е.Л. [и др.]. Архангельск.: изд. СГМУ, 2007. 567 с.
8. Широкая М. Спасенные жизни // «Северный рабочий», октябрь 2016.

Сведения об авторах:

Арасланова Елена Леонидовна – главный врач ГБУЗ АО «Северодвинский родильный дом». Контактный телефон 89217211413

Агаркова Галина Валентиновна – клинический психолог ГБУЗ АО «Северодвинский родильный дом». Адрес электронной почты (e-mail) zhura115@rambler.ru

Контактный телефон 89115529922

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ. Адрес электронной почты (e-mail) menshikova1807@gmail.com, контактный телефон 89212453010

Варакина Ж.Л., Санников А.Л., Низовцева В.А., Колесников Г.С., Колмыкова Т.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ

Резюме

Проведён анализ кадровых ресурсов ГБУЗ АО «Архангельская станция скорой медицинской помощи», дана характеристика организации оказания скорой медицинской помощи при травмах, отравлениях и несчастных случаях за последние 8 лет.

Ключевые слова: травмы, отравления и несчастные случаи, скорая медицинская помощь

Введение

На основании Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» к 2018 году необходимо обеспечить снижение смертности от ДТП как в стране в целом, так и в отдельных регионах [124]. Данное обстоятельство обосновывает необходимость оптимизации научно-организационных аспектов травматологической помощи. По

данным «Доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2014 год», в Архангельской области функционируют 2 станции и 22 отделения скорой медицинской помощи в государственных МО Архангельской области [125].

Служба оказания скорой специализированной медицинской помощи функционирует на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница». В отделении экстренной и плановой консультативной медицинской помощи ГБУЗ АО «АОКБ» сформированы и находятся в режиме круглосуточного дежурства 4 специализированные бригады постоянной готовности: взрослая и детская хирургические, травматологическая, токсико-терапевтическая. Все бригады укомплектованы врачами соответствующих специальностей и средним медперсоналом [125].

Материалы и методы

Для анализа вызовов скорой медицинской помощи по поводу травм, отравлений и несчастных случаев использовались данные ГБУЗ АО «Архангельская станция скорой медицинской помощи» – форма № 30 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» за 2007–2014 гг. по территории обслуживания станцией и свод по Архангельской области (без НАО). В анализ включены следующие данные: виды оказания медицинской помощи при выездах бригад, структура вызовов по группам заболеваний, число выездов бригад скорой медицинской помощи по времени доезда до места вызова и ДТП. Общее число показателей составило 284.

Результаты и их обсуждение

Штатное расписание ГБУЗ АО «Архангельская станция скорой медицинской помощи» в 2014 г. представлено в таблице 1, на станции имеется неполная комплектация кадров (особенно среди среднего и младшего медицинского персонала), присутствуют внешние совместители. На 1 января 2015 года работают 504 основных сотрудника, в том числе 104 врача, 261 средних медицинских работника, 55 человек младшего медицинского персонала, 84 человек прочего персонала.

Таблица 1

Штатное расписание ГБУЗ АО «Архангельская станция скорой медицинской помощи» в 2014 г. (абс.)

Наименование показателя	Всего	В том числе			
		врачи	средний медицинский персонал	младший медицинский персонал	прочий персонал
Штатные должности	681,25	156,5	374	62,75	88
Занятые должности	634,75	150,5	334,5	62,75	87
Физические лица (основные работники)	504	104	261	55	84
Внешние совместители	44	17	26	1	–

Таблица 2

Показатели оказания медицинской помощи при выездах бригад скорой медицинской помощи по виду с 2007 по 2014 г. (абс.)

Показатели	Годы	Всего	В том числе			
			Оказание скорой помощи по поводу			Перевозка больных, рожениц и родильниц
			Несчастных случаев	Внезапных заболеваний и состояний	Родов и патологии беременности	
Выполнено выездов	2007	153099	15819	108999	3321	23613
	2008	153743	15467	110021	3250	23569
	2009	138320	15168	96200	3259	22529
	2010	141638	15669	99984	3384	21952
	2011	137532	15331	98186	3105	20227
	2012	139664	15891	102342	2485	18964
	2013	139128	17630	101277	1792	18429
	2014	134007	15567	99125	1752	17563
в т.ч. к детям	2007	24160	2524	18220	65	3271
	2008	24729	2537	18802	73	3305
	2009	27747	2569	21907	63	3193
	2010	26622	2694	21110	49	2763
	2011	26507	2616	21412	36	2436
	2012	24625	2282	20355	40	1948
	2013	28145	2785	23071	30	2259
	2014	26538	2694	21775	51	2018

Внешние совместители среди медицинского персонала составили 44 человека, в том числе врачи – 17 человек, средние медицинские работники – 26 человек, младшие медицинские работники – 1 человек. Укомплектованность врачами в 2014 году составила 65,5% по основным сотрудникам, с учетом совместителей – 77,3%. Укомплектованность средним медицинским персоналом в 2014 году составила 69,8% по основным сотрудникам, с учетом совместителей – 82,9%.

Анализ вызовов станции скорой медицинской помощи показал, что оказание скорой помощи по поводу несчастных случаев, травм и отравлений приходится 11,1%, среди вызовов к детям – 9,9% (табл. 2). Доля лиц, которым при выезде оказана медицинская помощь по этой причине, составляет 10,7%, в сельских населенных пунктах доля незначительно выше – 11,1%.

Данная картина соответствует ситуации в целом по Архангельской области: 11,8, 10,1, 11,0 и 9,1% соответственно. В структуре вызовов по группам заболеваний от числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, за все изучаемые годы первое ранговое место занимают болезни органов кровообращения, второе – болезни органов дыхания, третье – несчастные случаи, отравления и травмы (табл. 3).

Анализ показывает соответствие рангов (III) травм и несчастных случаев в структуре вызовов скорой медицинской помощи и внешних причин в структуре смертности. Дальнейшие места занимают болезни органов пищеварения, психические расстройства, болезни нервной системы и др. За исследуемый период отмечается сокращение времени доезда бригад скорой медицинской помощи до места вызова: в 2007 г. доля выездов бригад за 20 мин составляла 23,0%; в 2014 г. – 81,8%. В целом по области к 2014 г. доля выездов бригад службы скорой медицинской помощи за 20 мин незначительно снизилась – с 92,7 до 82,3%, доля выездов бригад за 20 мин до места ДТП также снизилась с 92,7 до 88,0%.

Необходимо отметить, что при дальнейшем функционировании травматологических центров вдоль федеральной трассы следует ожидать сокращение времени доезда бригад скорой медицинской помощи.

Таблица 3

Структура вызовов по группам заболеваний от числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь в 2007–2014 гг. (%)

	2007–2008		2009–2010		2011–2012		2013–2014	
	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг
Болезни органов кровообращения	28,0	I	26,8	I	28,0	I	26,8	I
Болезни органов дыхания	17,3	II	18,1	II	17,3	II	18,1	II
Травмы и несчастные случаи	12,8	III	13,0	III	12,8	III	13,0	III
Болезни органов пищеварения	9,3	IV	9,6	IV	9,3	IV	9,6	IV
Психические расстройства	8,1	V	7,9	V	8,1	V	7,9	V
Болезни нервной системы	4,9	VI	5,1	VI	4,9	VI	5,1	VI
Болезни костно-мышечной системы	4,7	VII	5,0	VII	4,7	VII	5,0	VII
Болезни мочеполовой системы	3,7	VIII	3,9	VIII	3,7	VIII	3,9	VIII
Инфекционные болезни	2,9	IX	3,1	IX	3,0	IX	3,9	VII
Беременность, роды, их осложнения	2,7	X	2,7	X	2,3	X	1,5	IX
Прочие болезни	5,9		5,1		3,7		6,6	

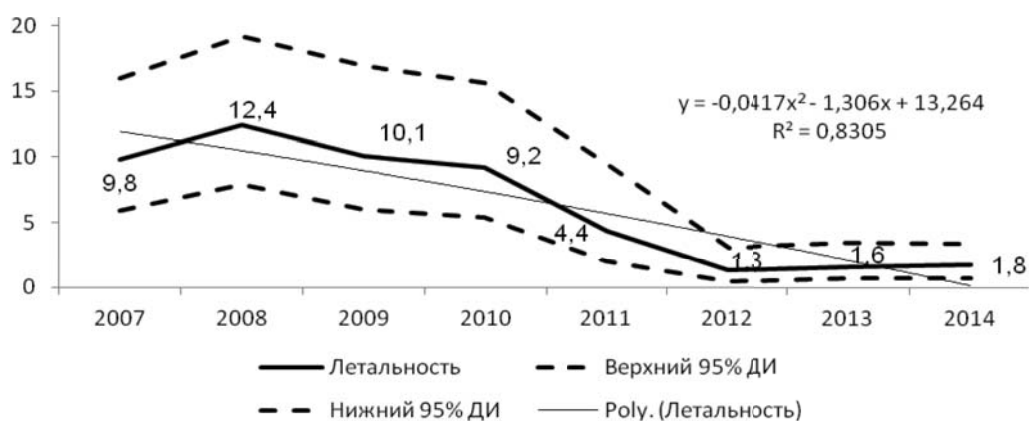


Рис. 1. Динамика летальности вследствие внешних причин в присутствии бригад скорой медицинской помощи в 2007–2014 гг. (на 100 000 вызовов)

Изучено 843 случая смертельных исходов в присутствии бригад скорой медицинской помощи ГБУЗ ОА «Архангельская станция скорой медицинской помощи». Из них доля внешних причин составила 7,8%. Летальность в присутствии бригад скорой медицинской помощи в результате внешних причин за 8 лет имеет тенденцию к снижению – в 5,4 раза (полиномиальный тренд второго порядка $R^2=0,8305$), что следует объяснять оптимальным временем доезда до несчастного случая, а также общей тенденцией снижения травматизма (рис. 1).

Таким образом, в среднем на несчастные случаи, травмы и отравления приходится каждый десятый вызов станции скорой медицинской помощи, занимая третье ранговое место в структуре вызовов по нозологии. Летальность в присутствии бригад скорой медицинской помощи в результате внешних причин за 8 лет имеет тенденцию к снижению в связи с оптимальным временем доезда до места травмы.

Литература

1. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <http://base.garant.ru/70170948/> (дата обращения: 28.05.2016).

2. О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2012, 2013, 2014 годы / Министерство здравоохранения Архангельской области. – URL: <http://www.minzdrav29.ru/> (дата обращения: 28.05.2016).

Сведения об авторах:

Варакина Жанна Леонидовна – к.м.н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: ravenzh@yandex.ru, тел.: 8 902 507 10 82

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации

Низовцева Валентина Анатольевна – главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская станция скорой медицинской помощи»

Колесников Геннадий Сергеевич – заместитель главного врача по медицинской части, по ГО и МР государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская станция скорой медицинской помощи»

Колмыкова Татьяна Валерьевна – заведующая организационно-методическим отделом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская станция скорой медицинской помощи»

Варакина Ж.Л., Трифонова А.Н.

КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИСПОЗИЦИИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА

Резюме

В работе представлены результаты компаративного анализа диспозиции лиц трудоспособного и пожилого возраста, проживающих на территории Архангельской области в условиях изменения климата. Полученные данные показывают отсутствие статистически значимых различий в устойчивых взглядах представителей разных возрастных групп на изменение климата и его влияние на самосохранительное поведение.

Ключевые слова: диспозиция, лица трудоспособного возраста, пожилое население, изменение климата, здоровье населения.

Введение

По данным ВОЗ за последние 130 лет общемировая температура возросла примерно на 0,85°C.

За последние 25 лет темпы глобального потепления значительно ускорились, превысив $0,18^{\circ}\text{C}$ за десятилетие. Это привело к повышению уровня моря, таянию ледников и изменению характера атмосферных осадков. Экстремальные метеорологические явления стали более интенсивными и частыми [2].

Несмотря на то, что глобальное потепление может приносить некоторые местные преимущества, такие как уменьшение числа случаев смерти в местах с умеренным климатом и рост производства пищевых продуктов в определенных районах, общие последствия изменения климата для здоровья будут в подавляющем большинстве случаев негативными. Изменение климата воздействует на социальные и связанные с окружающей средой факторы здоровья – чистый воздух, безопасная питьевая вода, пищевые продукты в достаточном количестве и надежный кров [2, 3].

Оценка последствий изменения климата для здоровья населения может быть только приближенной. Между тем, специалисты ВОЗ, исходя из предположения о продолжении в будущем экономического роста и дальнейшего развития здравоохранения, сделали вывод о том, что изменение климата вызовет в период с 2030 по 2050 годы дополнительно около 250 000 смертей в год. В частности, по их данным, 38 000 человек умрут из-за воздействия жары на престарелых, 48 000 – из-за диареи, 60 000 – из-за малярии и 95 000 – из-за детского недоедания [2].

Изменение климата оказывает влияние на все группы населения [1]. На каждую группу влияние может быть различным в зависимости от особенностей социального статуса. Так, например, люди пожилого возраста (60 лет и старше) подвержены большему влиянию изменения климата, чем трудоспособное население (от 16 до 59 лет). Тем не менее, влияние изменения климата на здоровье трудоспособного населения так велико, что может привести к значительному увеличению экономического ущерба в масштабах страны [4]. В таких условиях сравнение устойчивых взглядов (диспозиции) представителей разных возрастных групп на изменение климата и его влияние на самосохранительное поведение представляется весьма целесообразным и своевременным. Диспозиция – достаточно устойчивая предрасположенность личности к определенному характеру и четкой последовательности действий. В нашем исследовании мы рассматриваем диспозицию под призмой устойчивости взглядов на изменение климата и его влияние на самосохранительное поведение.

Материалы и методы

В процессе исследования изучалась диспозиция населения Архангельской области в условиях изменения климата. В качестве пилотной площадки был выбран г. Архангельск. Для проведения сравнительного анализа особенностей восприятия индивидами реальных и потенциальных угроз здоровью в связи с изменением климата дополнительно избраны 4 района области: Мезенский, Пинежский, Онежский, Вельский. Участники исследования – взрослое население Архангельской области. Для проведения данного исследования использована невероятностная выборка. Критериями включения явились: возраст (от 18 до 89 лет); постоянное проживание или проживание в Архангельской области не менее 15 лет.

Дизайн представлен поперечным исследованием, проведенным в 2014 году. В целях обеспечения репрезентативности при известном объёме генеральной совокупности объем выборки составил 2023 респондента. Из них лица пожилого возраста составили 187 человек. Инструментарием социологического исследования выступила комплексная полуструктурированная анкета, включающая вопросы по информированности населения об изменении климата. В рамках соблюдения этических норм исследование проводилось при информированном согласии респондентов. Оценка статистической значимости различий анализируемых признаков между сравниваемыми группами осуществлялась при помощи критерия χ^2 Пирсона.

Результаты и их обсуждение

В рамках социологического исследования был проведен компаративный анализ диспозиции лиц трудоспособного и пожилого возраста в условиях изменения климата. В результате анализа было выявлено, что среди обеих групп респондентов большая часть считает, что за последние 10-15 лет климат изменился ($\chi^2 = 1,046$, $p = 0,593$) (рис. 1).

При изучении мнения о влиянии экологических факторов на изменение климата установлено, что в обеих возрастных группах респонденты подтверждают наличие такого влияния (98,9% среди трудоспособного возраста и 99,4% – пожилого ($\chi^2 = 0,584$, $p = 0,747$)). При этом экологические факторы могут прямо и косвенно влиять на изменение климата.

Анализ диспозиции степени влияния климатических условий и изменения климата на здоровье населения показал, что большая часть как пожилого (82,9%), так и трудоспособного (98,7%) населе-

ния отмечают наличие сильного влияния. При этом необходимо отметить, что трудоспособное население чаще отмечает данный факт по сравнению с пожилыми людьми ($\chi^2 = 2,251$, $p = 0,508$) (рис. 2).



Рис. 1 Структура мнений респондентов об изменении климата за последние 10-15 лет (%)

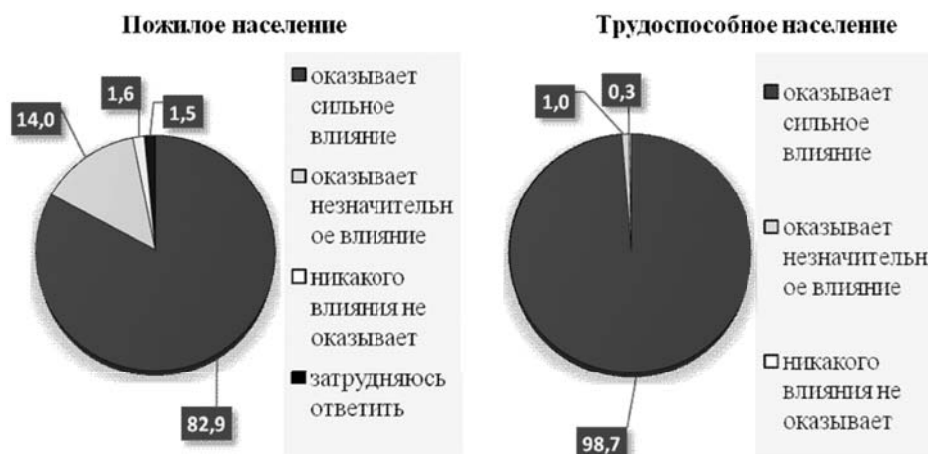


Рис. 2. Структура мнений респондентов о влиянии климатических условий и изменения климата на здоровье (%)

В связи с тем, что представители обеих групп отмечают влияние климата на здоровье, нами было изучено мнение респондентов о необходимости изменения образа жизни в условиях изменения климата. Среди трудоспособного населения положительно ответили 70,0%, пожилого – 69,5% ($\chi^2 = 0,402$, $p = 0,838$). Таким образом, респонденты отмечают важность корректировки своего образа жизни в изменяющихся условиях климата, что может снизить риск их негативного влияния на здоровье в связи со своевременной адаптацией.

Здоровый образ жизни является важным компонентом в формировании самосохранительного поведения. Следует отметить, что респонденты обеих возрастных групп имеют одинаковую диспозицию – соблюдают здоровый образ жизни лишь иногда. Лишь небольшая часть опрошенных соблюдает его постоянно ($\chi^2 = 5,796$, $p = 0,05$) (рис. 3).

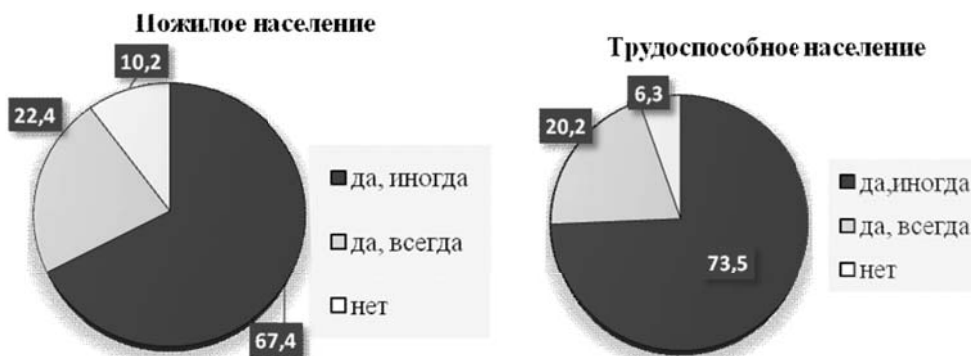


Рис. 3. Структура мнений респондентов о соблюдении здорового образа жизни (%)

Важным аспектом для данного исследования является изучение интереса респондентов к самому явлению «изменение климата». При своевременном получении полной информации по этому вопросу

население может правильно корректировать свой образ жизни для снижения негативного влияния на здоровье и качество жизни. Практически всех респондентов как трудоспособного, так и пожилого возраста беспокоит вопрос изменения климата (98,9 и 97,9% соответственно) ($\chi^2 = 1,595$, $p = 0,272$) (рис. 4).

Необходимо отметить, что большинство респондентов не получает от работников здравоохранения достаточного объема информации о влиянии климатических изменений на здоровье (72,1% – лица трудоспособного возраста, 74,3% – пожилого возраста) ($\chi^2 = 0,912$, $p = 0,639$). При этом основную информацию об этом они получают из средств массовой информации и при обсуждении со знакомыми. Вместе с тем, своевременное информирование населения о правилах поведения при повышении температуры воздуха является важным условием предотвращения ухудшения здоровья и преждевременной смертности. При этом оказываемая медицинская помощь на уровне первичного звена здравоохранения должна быть максимально доступной, оперативной и квалифицированной.

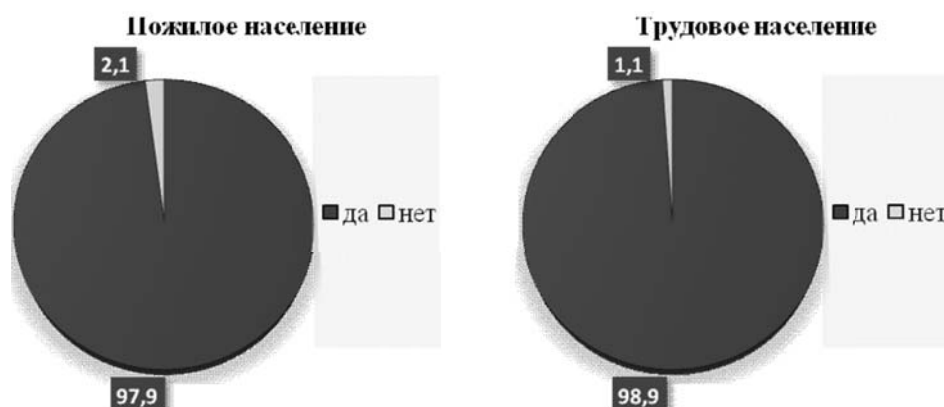


Рис. 4. Структура мнений респондентов о необходимости получения информации об изменении климата (%)

Заключение

Таким образом, компаративный анализ диспозиции лиц трудоспособного и пожилого возраста в условиях изменения климата показал, что статистически значимые различия в устойчивых взглядах населения на изменение климата и его влияние на самосохранительное поведение практически отсутствуют: большинство респондентов обеих возрастных групп подтверждает наличие признаков изменения климата и влияние на этот процесс экологических факторов, а также необходимость изменения образа жизни и получения соответствующей информации от работников здравоохранения.

Литература

1. Варакина Ж.Л., Юрасова Е.Д., Ревич Б.А., Шапошников Д.А., Вязьмин А.М. Влияние температуры воздуха на смертность населения Архангельска в 1999-2008 годах // Экология человека. 2011. № 6. С. 28–36.
2. Изменение климата и здоровье. Информационный бюллетень № 266, 29 июня 2016 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/ru/> (Дата обращения 28.09.2016)
3. Стратегия адаптации к воздействию изменения климата на здоровье населения для Архангельской области и ненецкого автономного округа Российской Федерации. ООО «Издательство «Триада»», Тверь, 2012. 98 с.
4. Хасанова Р.Р. Самосохранительное поведение населения как фактор продолжительности жизни // Здоровье населения и среда обитания. 2013. № 5 (242). С. 43-46.

Сведения об авторах:

Трифопова Анастасия Николаевна – аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Варакина Жанна Леонидовна – к.м.н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: ravenzh@yandex.ru, тел.: 8 902 507 10 82

А.М.Вязьмин, М.В. Щавелева, Д.М. Мардас
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН,
НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Резюме

В современной демографической ситуации проблема первых родов стала актуальной не только на уровне семьи, но и на уровне государства в целом. Исход первой беременности определяет последующее состояние женщины, ее репродуктивные функции и установки. Уровень экстрагенитальной патологии и психологического дискомфорта современной первородящей женщины приводит к необходимости частого стационарного лечения и наблюдения, что нарушает нормальный жизненный уклад будущей мамы и препятствует полноценной и качественной подготовке к родам. Возникает необходимость разработки и внедрения дополнительной формы обучения беременной во время стационарного лечения. В этой связи представляется необходимым формирование медико-социального портрета первородящей женщины, находящейся на стационарном лечении в родильном доме, что позволит более целенаправленно подойти к разработке и внедрению дополнительных форм дородовой подготовки.

Ключевые слова: репродуктивная грамотность, первородящая женщина, репродуктивные установки, дородовая подготовка.

Введение

Одной из основных и определяющих целей национальной политики Республики Беларусь является особое отношение к беременности как процессу, формирующему потенциал общества, уровень его возможностей и определяющий перспективы развития страны. А учитывая современную демографическую ситуацию, задача обеспечения оптимальных условий течения беременности и родов, устранение факторов риска, формирование здорового поколения, становится наиболее актуальной. Принимая во внимание современные репродуктивные тенденции в виде роста уровня бесплодия и частоты экстрагенитальных осложнений, для поддержания даже простого воспроизводства населения, требуются совместные усилия медицины, семьи и государства в целом. Однако, для достижения должного уровня демографической ситуации в стране, нам необходимо переходить к расширенному типу воспроизводства населения, а это требует значительных мобилизованных и безотлагательных действий.

Другой доминирующей сегодня тенденцией является преобладание модели однодетной семьи, которую, несмотря на внедрение региональных и республиканских медико-социальных программ, выбирает значительное число белорусских семей [4]. В обществе данную тенденцию принято объяснять экономическими факторами. Однако, мы склоняемся к мысли, что не только финансово-экономические проблемы заставляют семьи останавливаться на рождении одного ребенка. Существует ряд стран, например, Германия и Япония, с крайне низкой рождаемостью и преобладающей моделью однодетной семьи, но одновременно с очень высоким доходом на душу населения. В то же время есть страны с высоким среднедушевым доходом и высокой рождаемостью, например, Израиль и Объединенные Арабские Эмираты. Если сравнить статистику народонаселения, например, Грузии и Беларуси, то легко можно заметить, что среднедушевой доход в Беларуси более чем в два раза выше, а рождаемость ниже, чем в Грузии [3]. При этом в Грузии имеет место положительный естественный прирост населения, а в Беларуси – отрицательный.

Приведенные сравнения заставляют задуматься о глубинных причинах депопуляции и необходимости популяризации модели однодетной семьи. Причины этого явления, на наш взгляд, вырастают из предыдущего периода нашей истории. В период советской власти было сделано немало для того, чтобы стимулировать общественную активность женщин, подчас отрывая ее от семейных забот. Сегодня женщины занимают лидирующие должности на предприятиях, строят карьеру, получают финансовую независимость. Происходит определенное смещение жизненных ценностей. Женщине приходится делать выбор: декретный отпуск или движение по карьерной лестнице. С наступлением момента, когда материнское начало и желание соответствовать социальным стандартам общества берет верх, женщина сталкивается с рядом сложностей.

Во-первых, проявляется отсутствие психологической готовности к материнству и сожаление о возможных перспективах на работе. При этом, отсутствие доминанты материнства и психологической готовности к родам в сочетании с переживаниями об утраченных возможностях – мощные факторы риска возникновения гестационных осложнений.

Во-вторых, женщина сталкивается с незнанием и непониманием новых процессов, происходящих в ее организме. После родов данное непонимание усугубляется появлением новых ответственных обязанностей по уходу за малышом, которые требуют специальных навыков. Вышеперечисленные факторы формируют у женщины негативный образ материнства и нежелание сталкиваться с подобными проблемами снова. Соответственно, модель однодетной семьи становится для нее более приоритетной. Формируется замкнутый круг. Девочка, которая является единственным ребенком в семье, не видит ежедневных ритуалов ухода за младшими братьями и сестрами, тем самым исключается момент естественной семейной преемственности. Затем она обретает самостоятельность и финансовую независимость, создает семью и, с рождением ребенка сталкивается с вышеперечисленными сложностями. Что заставляет ее задуматься о модели однодетной семьи.

Как говорилось выше, при беременности в организме женщины происходят изменения, которые являются выражением адаптации организма к новым условиям существования, связанным с развитием плода. Учитывая напряжение механизмов адаптации организма матери во время беременности при наличии факторов, способных негативно повлиять на течение беременности (экстрагенитальные заболевания, стрессы и др.), имеют место осложнения беременности, которые часто требуют стационарного лечения. Госпитализация беременных женщин в роддом порождает дополнительную тревожность и искусственную установку на поведение пациентки, а не матери, что, в свою очередь, повышает эмоциональную возбудимость и впечатлительность женщины, а значит затрудняет нормальное течение беременности и родов [1]. Стационарное лечение требует отказа от привычного образа жизни беременной, нарушает процесс обучения и подготовки к родам, который осуществляется на базе женской консультации. В результате гестационное осложнение, которое само по себе может негативно отразиться на течении беременности, родов и послеродового периода женщины, является провоцирующим фактором нарушения процесса комплексной подготовки к родам.

Принимая во внимание такого рода основополагающие, целесообразно задуматься о разработке и внедрении новой формы дородовой подготовки беременных на уровне стационара. Данное исследование является отправной точкой комплексной, многоуровневой работы.

Целью исследования стала необходимость формирования медико-социального портрета первородящей женщины, находящейся на стационарном лечении в родильном доме, что позволит более грамотно подойти к модернизации системы дородовой подготовки с учетом современных тенденций.

Материалы и методы

Для реализации поставленных задач в научной работе за период с сентября 2015 по октябрь 2016 г.г. было обследовано 400 беременных, находящихся на стационарном лечении в УЗ «5-я городская клиническая больница г. Минска». Всем пациенткам предстояли первые роды. Из исследования исключены женщины с многоплодной беременностью. Отбор проводился с применением случайной и типологической выборки. Основным инструментом исследования стала авторская анкета, состоящая из 24 вопросов, касающихся социального статуса, течения беременности, уровня репродуктивной грамотности и репродуктивных установок беременных.

С целью оценки уровня тревожности беременных использовался тест «Исследование тревожности» Ч. Д. Спилбергера (адаптированный Ю. Л. Ханиным). Данный тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный конкретный момент (реактивная или ситуативная тревога как состояние) и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека. Опросник состоит из 40 утверждений, на которые респондент дает ответ, который соответствует следующим выражениям: «нет, это не так», «пожалуй, так», «верно», «совершенно верно». Подсчет баллов осуществляется согласно ключу. Общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. Существуют ориентировочные оценки ситуативной тревоги и личностной тревожности с бальными промежутками: до 30 баллов включительно, что определяется как низкий уровень, от 31 до 44 баллов – умеренный уровень и 45 и более баллов – высокий уровень.

Для статистической обработки данных использовался программный пакет для статистического анализа “Statistika 6.1”. Накопление, хранение и дальнейшая обработка данных проводилась с использованием приложения Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение

Средний возраст опрошенных – 27,9±0,5 года. Из них 306 женщин (76,5%) имеют высшее образование, 94 женщины (23,5) – среднее специальное образование.

По результатам анкетного опроса выяснилось, что 389 женщин (97,2%) состоят в законном браке, а запланированный характер данной беременности отметили лишь 285 женщин (71,3%). При этом свое материальное положение достаточным считают 329 женщин (82,3%). Данная ситуация с

одной стороны еще раз подтверждает изложенную выше гипотезу: финансовая сторона не является единственным определяющим стимулом планирования беременности. С другой стороны, с учетом запланированного характера беременности лишь в 71,3%, показывает недостаточный уровень репродуктивной грамотности женщины.

Несмотря на то, что каждой из участниц предстоят первые роды, у 43 женщин (10,8%) данная беременность была не первой. Анамнез отягощен искусственным прерыванием беременности (19 случаев), неразвивающейся беременностью (14 случаев), самопроизвольным выкидышем (10 случаев), что так же является дополнительным, осложняющим данную беременность, фактором.

Основными причинами для госпитализации первородящих женщин стали угроза преждевременных родов (30,0%) и хроническая фетоплацентарная недостаточность (24,0%) (рис. 1). Причем, у 21,0 % женщин данная госпитализация является повторной за беременность, что могло быть следствием осложненного акушерско-гинекологического анамнеза и накопления экстрагенитальной патологии.

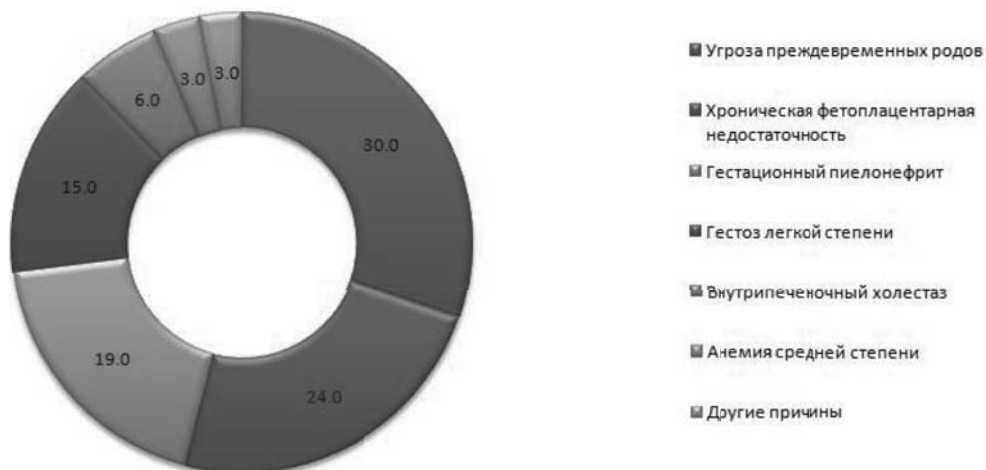


Рис. 1. Показания для госпитализации первородящих женщин (%)

Анализируя экстрагенитальную патологию респондентов, отмечено, что лишь 12,0% женщин не имеют сопутствующих заболеваний. Среди других 88,0% респондентов доля встречаемости определенных заболеваний распределилась неравномерно (рис. 2).



Рис.2. Структура экстрагенитальной патологии у обследованных беременных (%)

На первый план экстрагенитальной патологии вышли заболевания мочевыводящих путей (38,0%), сердечно-сосудистой системы (26,0%), железодефицитные состояния (22,0%). Наличие такого количества экстрагенитальной патологии можно объяснить повышением возраста женщины при рождении первого ребенка (в нашем исследовании 27,9 лет), отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, высокой интенсивностью труда, что является серьезным фактором риска течения беременности, родов и послеродового периода.

Исследование психоэмоционального статуса беременных показало очень высокий уровень личностной тревожности (в среднем 25,5%). Исследования ситуационной тревожности также выявили высокий уровень тревожности – в среднем 60,7%. Таким образом, проведенные исследования уровня тревожности, позволяют оценить психологический статус беременных как весьма неблагоприятный, характеризующийся высоким уровнем тревожности как личностной, так и ситуационной. Многие авторы рассматривают повышение ситуационной тревожности во время беременности, даже при физиологичном течении, как процесс адаптационный. В тоже время высокая личностная тревожность, по мнению авторов, может расцениваться как проявление индивидуальной недостаточности адаптивных механизмов психики [2].

На вопрос «Сколько детей Вы планируете иметь?» подавляющее большинство женщин (49,8%) ответили – одного, и лишь (11,0%) женщин – троих, что подтверждает наши опасения относительно формирующейся сегодня модели однодетной семьи (рис. 3).

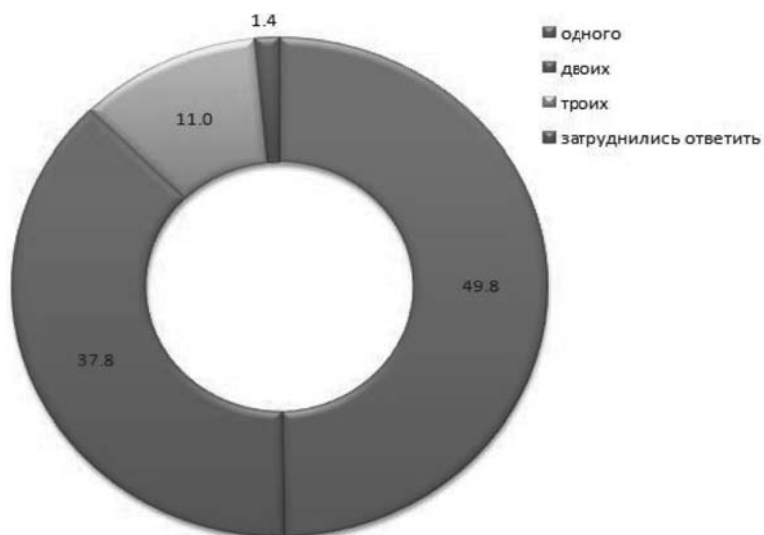


Рис.3. Структура респондентов по количеству планируемых детей (%)

При этом на вопрос «Оптимальное, на Ваш взгляд, количество детей в счастливой семье?» 51,3% женщин ответили – двое, 32,8% – трое, и лишь 9,3% – одного (рис. 4)

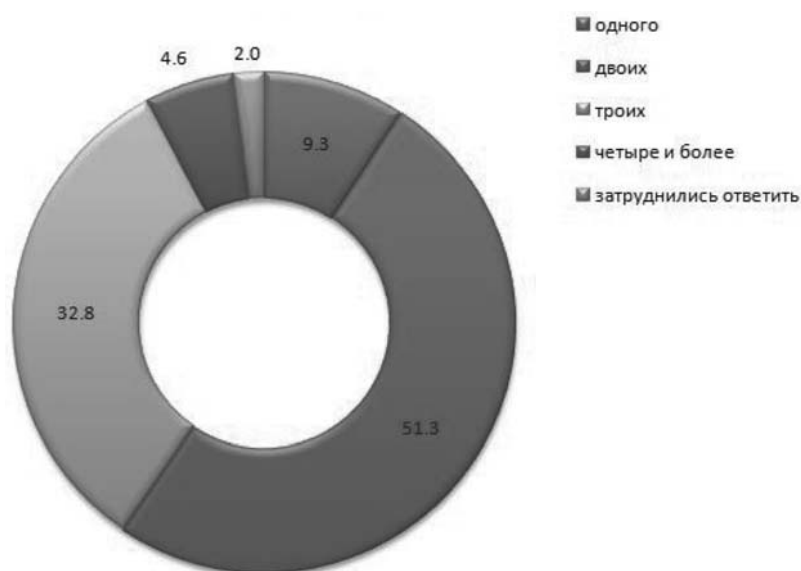


Рис. 4. Структура респондентов по мнению о количестве детей в счастливой семье (%)

Соответственно, женщине для полного ощущения счастья хочется иметь большее количество детей, чем она планирует в реальности. Напрашивается, конечно, вывод о том, что наши женщины

не хотят быть счастливыми. Но, вероятно, для такого решения должна быть причина. Ответы на вопрос «Что является препятствием для рождения оптимального количества детей?» распределились следующим образом (рис. 5).

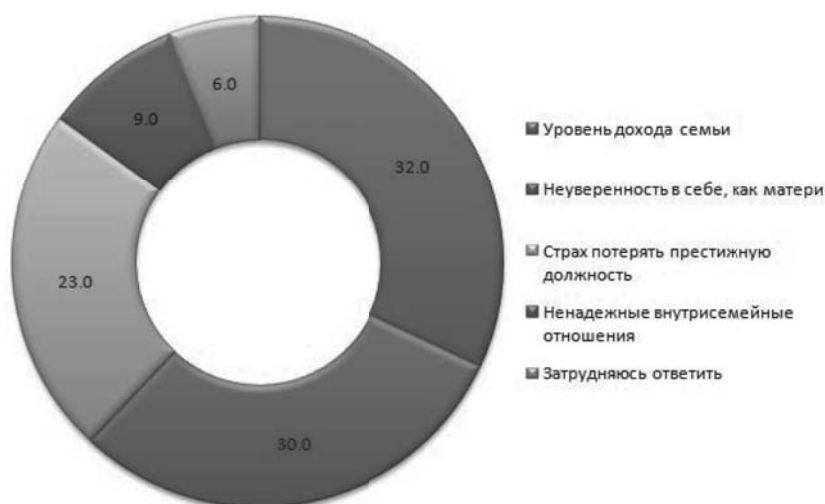


Рис.5. Структура респондентов по мнению о препятствиях для рождения оптимального количества детей (%)

На первый план все равно вышел финансовый фактор, несмотря на то, что 82,3% женщин считают свой доход достаточным. С одной стороны, это может свидетельствовать о высокой родительской ответственности перед ребенком. Доход, который считается достаточным для двух членов семьи, для троих таковым, в понимании анкетированных, не является. Но, скорее всего, в ответе на этот вопрос сработала психологическая защитная реакция женщины. Гораздо проще скрыть истинные причины за маской финансового неблагополучия.

Но есть в этих ответах и положительные моменты, которые подтверждают необходимость дальнейшей работы в этом направлении. Модель однодетной семьи пока еще не стала нормой в понимании современной женщины. Соответственно, пока желаемое количество детей будет выше планируемого, нам есть над чем работать.

Следующий блок вопросов был посвящен определению уровня репродуктивной грамотности первородящих женщин.

Анкетный опрос показал: большинство (55,0%) респондентов в качестве надежного и доступного источника получения информации указали интернет ресурсы, 25,0% – врача женской консультации, 13,0% – подруг и знакомых, 7,0% – книги и телепередачи (рис. 6).

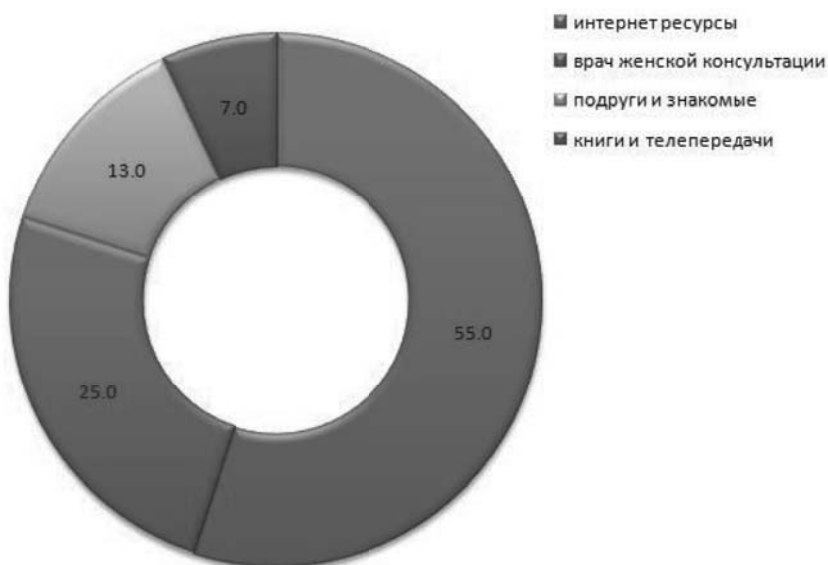


Рис. 6. Структура респондентов по источнику получения информации (%)

Представленные данные свидетельствуют о возможной недостоверности получаемой информации и развитии ложных представлений о течении беременности, родов, послеродового периода. Данные о том, что лишь 20,0% респондентов в качестве надежного источника получения информации о беременности и родах указали врача, косвенно свидетельствуют о возможном недостаточном уровне доверия медицинскому персоналу. В этой связи, беременным было предложено оценить уровень доверия медицинскому персоналу родильного дома по шкале от 1 до 10 (рис. 7).

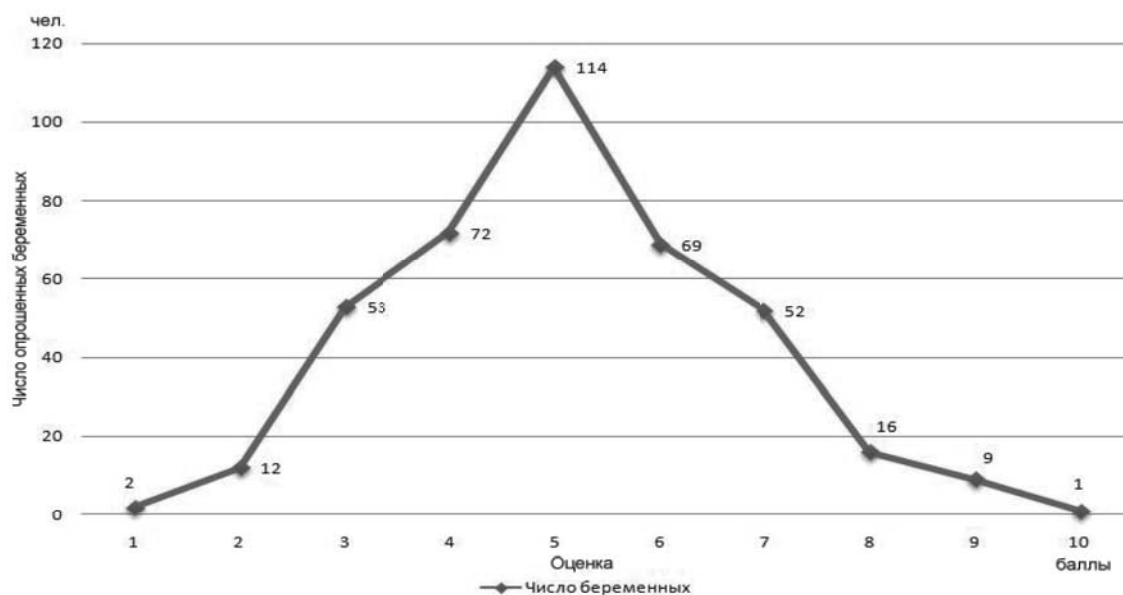


Рис. 7. Уровень доверия медицинскому персоналу родильного дома (по шкале от 1 до 10 баллов).

Средний уровень доверия среди респондентов составил 5,1. Такой недостаточный уровень доверия к медицинскому персоналу может негативно сказаться на качестве проводимого стационарного лечения и выполнении врачебных предписаний после выписки из стационара. Недоверие к медицинскому персоналу, как к грамотному источнику информации, порождает желание женщины искать информацию о беременности и родах в других источниках, которые, к сожалению, могут оказаться недостоверными.

Разработаны специальные вопросы, касающиеся беременности, родов, послеродового периода, позволяющие быстро оценить уровень грамотности женщины в вышеперечисленных темах. Анализ ответов респондентов показал: только 8,5% женщин ответили верно на все пять вопросов (рис. 8)

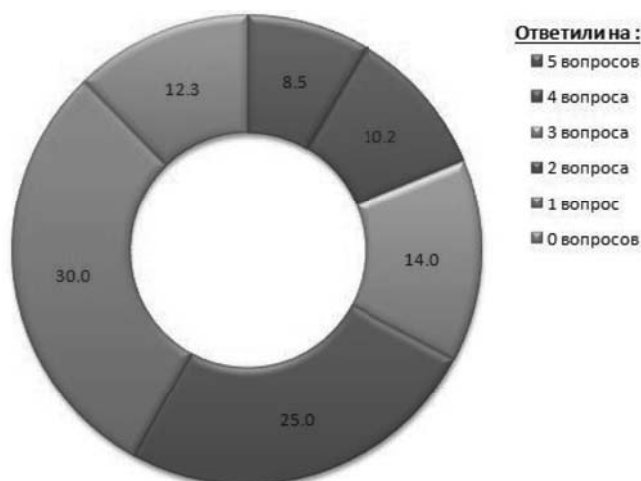


Рис. 8. Анализ уровня репродуктивной грамотности первородящих женщин (%)

Данный блок ответов показал недостаточный уровень репродуктивной грамотности первородящих женщин, что так же является фактором риска возникновения осложнений беременности, родов, послеродового периода.

Стоит отметить, что 89,0% опрошенных считают необходимым внедрения дополнительной системы обучения и психологической поддержки беременных во время стационарного лечения в родильном доме, и хотят посещать данные занятия.

Заключение

Завершая обсуждение результатов исследования, считаем целесообразным сделать некоторые предположения и предварительные заключения.

В Республике Беларусь осуществляется комплекс мер, направленных на стимуляцию рождаемости и укрепление института семьи. Однако репродуктивные установки респондентов позволяют утверждать о наличии тенденции формирования модели однодетной семьи. Сложившаяся ситуация требует дальнейшего изучения, анализа и разработки предложений, которые позволят скорректировать современные репродуктивные установки беременных. При этом с особой ответственностью необходимо подходить к проблеме первой беременности и родов. Так как именно в этот период происходит окончательное формирование репродуктивных установок женщины.

На основании ответов респондентов можно сделать заключение о недостаточном уровне их репродуктивной грамотности, что может послужить дополнительным фактором риска возникновения осложнений беременности, родов, послеродового периода. В этой связи, считаем необходимым разработать систему мер, направленных на повышение репродуктивной грамотности беременных.

Можно предположить, что с учетом высокой частоты экстрагенитальной патологии, уровня тревожности, осложненного акушерско-гинекологического анамнеза и высокой интенсивности труда первородящей женщины возрастает вероятность необходимости стационарного лечения. С учетом невысокой репродуктивной грамотности беременных, вполне оправданно в это же время рассматривать родильный дом, как базу реализации обучающих программ. Такой подход, в свою очередь, обуславливает необходимость разработки и апробации подобного рода программ, а также их внедрение в систему функционирования родильного дома.

Список литературы

1. Батуев А.С., Соколова Л.В., Станкевич Л.Н. Психофизиология матери и ребенка: итоги и перспективы // Психология. Журнал Высшей школы экономики. Т. 4. № 3. 2007. С. 27–43.
2. Ласая Е.В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных // Медицинские новости. № 3. 2011. С. 44
3. Национальная безопасность Республики Беларусь / С. В. Зась [и др.]; под ред. М. В. Мясникова, Л. С. Мальцева. Минск: Беларуская навука, 2011. 557 с.
4. Семья в современном мире: материалы междунар. конференции, г. Минск, 8 апреля 2010 года. Минск, 2010. 110 с.

Сведения об авторах:

Вязьмин Александр Михайлович – профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской государственной медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор

Электронная почта: vyazminaleksander@gmail.com, телефон: +37544 493 80 00.

Щавелева Марина Викторовна – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Белорусской государственной медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук, доцент,

Электронная почта: mvsch@tut.by, телефон: +375 44 728 59 60.

Мардас Диана Михайловна – соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской государственной медицинской академии последипломного образования, врач акушер-гинеколог УЗ «5-я городская клиническая больница г. Минска»,

Электронная почта: diana.mardas@gmail.com, телефон: +375 29 626 25 24.

Вязьмин А.М., Щавелева М.В., Романова А.П., Шваб Л.В., Шпаковская Е.В.
ОЦЕНКА АНТИНИКОТИНОВЫХ УСТАНОВОК И ЭФФЕКТИВНОСТИ
АНТИТАБАЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Резюме

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила табачную эпидемию глобальной угрозой для человечества. Несмотря на то, что Республика Беларусь официально признает масштабность данной угрозы, курение по-прежнему представляет серьезную проблему для страны. Для решения этой проблемы требуется координация усилий большого числа институтов государства и общества по формированию антитабачных установок у населения и проведению эффективной антитабачной политики. В статье представлены результаты анонимного анкетирования врачей, проведенного в рамках планируемого исследования «Изучение возможности активного противодействия табакокурению как фактора формирования самосохранительного поведения населения Республики Беларусь». Анализ полученных результатов показал, что большинством респондентов деятельность ряда государственных структур по проведению антитабачной политики оценивается как недостаточно эффективная, а результативность некоторых антитабачных мероприятий – невысокой. Анализируя ответы респондентов, можно предположить, что ряд достаточно непопулярных мер, направленных на противодействие табакокурению, поддерживается определенной частью населения.

Ключевые слова: Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ), дорожная карта ВОЗ, курение, противодействие табакокурению, антитабачное законодательство, самосохранительное поведение.

Введение

В качестве ответной меры на глобализацию табачной эпидемии в мае 2003 года на 56-ой сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения принята Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). РКБТ является единственным в мире юридически обязывающим нормативным актом в области здравоохранения. В развитие процесса в целях содействия осуществлению Конвенции были приняты руководящие принципы документа, выработанные как ориентиры для сторонников РКБТ. Руководящие принципы, по сути, являются дорожной картой и руководством к действию. В тезисном изложении это: защита политики общественного здравоохранения по борьбе против табака от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности; защита от воздействия табачного дыма; регулирование состава табачных изделий и раскрытия информации о табачных изделиях; упаковка и маркировка табачных изделий; просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения, запрет на рекламу табака, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий; меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака [6].

Критическая масса государств (140 стран), подписавших конвенцию, сформировалась к 2006 году. Республика Беларусь была одной из первых стран СНГ, подписавших и ратифицировавших в 2005 году Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака.

Борьба с курением в Республике Беларусь ведется на государственном уровне. Действует ряд законодательных и нормативных документов, регламентирующих антитабачную деятельность: Декреты Президента Республики Беларусь [2-4], Постановление Совета Министров Республики Беларусь [1], Постановление Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь о местах для курения [5], реализуется Комплексная программа борьбы против табака [9]. Этими документами введен ряд законодательных ограничений в сфере употребления табака, включая запрещение рекламы табачных изделий, их бесплатное распространение, определение требований к упаковке и маркировке табачных изделий, запрещение продажи табака лицам в возрасте младше 18 лет и розничной торговли табачными изделиями в ряде учреждений. Курение запрещено в учреждениях здравоохранения, культуры, образования, спорта, на объектах торговли, бытового обслуживания населения, общественного питания, в помещениях органов законодательной и исполнительной власти, на вокзалах, в аэропортах, станциях метрополитена, во всех видах общественного транспорта, в местах общего пользования жилых помещений. Регламентирована оптовая и розничная торговля табачными изделиями. Одновременно введена система

штрафов за нарушение правовых норм. Весь комплекс антитабачных мер, принятых в Республике Беларусь, вписывается в содержание Дорожной карты мероприятий по обеспечению полного выполнения РКБТ в Европе (2015-2020 гг.), принятой Европейским региональным бюро ВОЗ в 2015 г.

Следует, однако, констатировать, что, по мнению экспертов ВОЗ, реализация положений Конвенции идет довольно медленными темпами. Курение по-прежнему представляет серьезную проблему для Беларуси. По данным «страновой оценки» [8], по доле «регулярных курильщиков» среди мужского населения Республика Беларусь входит в топ стран Европы, а доля курящих женщин, хотя не столь угрожающе велика, но за 2000-2011 гг. увеличилась почти в 2 раза. По объему никотинизации населения Республика Беларусь значительно обгоняет большинство стран Западной Европы, что не может не отражаться на уровне здоровья населения нашей страны. На основании проведенных исследований Институт социологии НАН Беларуси оценивает эффективность мер по борьбе с курением как невысокую [7].

Понимание того, что меры, направленные на борьбу с курением, не всегда приносят ожидаемый результат, обуславливает поиск новых или дальнейшее приоритетное развитие уже показавших свою результативность организационных и технологических решений в борьбе с табакокурением как медико-социальной проблемой. Не без оснований можно предположить, что слабое звено антитабачной борьбы находится в поле исполнительской дисциплины. При этом «правильные» законы не всегда способны победить молчаливое сопротивление и никотинового лобби, и курильщиков. В этой связи представляется полезным изучить мнение самих граждан по вопросу эффективности противодействия табакокурению в Республике Беларусь.

С целью оценки эффективности проводимых противотабачных мероприятий запланировано проведение исследования «Изучение возможности активного противодействия табакокурению как фактора формирования самосохранительного поведения населения Республики Беларусь». Именно противодействие курению мы рассматриваем в качестве мощнейшего фактора формирования самосохранительного поведения и здорового образа жизни граждан. Выполнено пилотное исследование.

Материалы и методы

В качестве предмета исследования было определено отношение респондентов к проводимым антитабачным мероприятиям и определение наиболее перспективных мер борьбы с курением. Объектом исследования выступили медицинские работники с высшим образованием – слушатели кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО. Инструментом исследования являлась авторская анкета, состоящая из 36 вопросов, касающихся идентификации респондентов как курильщиков или некурящих, их отношения к различным аспектам табакокурения, оценки опрошенными действенности внедряемых мер по противодействию курению, а также возможных других антитабачных мероприятий. Несмотря на то, что исследование проведено нами пока как пилотное, проблема, поднятая в нем, представляется значимой и неоднозначной; полученные же результаты – довольно интересными. Это и явилось стимулом к публикации данной статьи.

В анкетном опросе приняло участие 70 человек, в том числе: 29 (41,4%) мужчин и 41 (58,6%) женщина. Средний возраст опрошенных $41,7 \pm 0,93$ года. По результатам анкетного опроса из общего числа респондентов курящих оказалось 27,1%. Среди мужчин этот показатель – 34,5%, среди женщин – 21,9%.

Результаты и их обсуждение

Анкетный опрос показал: большинство (88,6%) респондентов в той или иной степени уверено в том, что табакокурение наносит ущерб национальному благосостоянию, вместе с тем абсолютная уверенность в этом гораздо выше у некурящих, чем у курильщиков (соответственно 80,3% и 36,8% положительных ответов; $p < 0,001$, $\chi^2 = 12,18$). Еще более акцентировано (97,1%) респонденты указали на наличие ущерба здоровью граждан, который приносит употребление никотина, причем, некурящие и курящие проявили здесь единодушие. Представленные данные свидетельствуют об объективно существующем понимании актуальности и серьезности проблемы курения как для государства, так и для здоровья граждан.

Основными источниками «продвижения» табака, по мнению курящих и некурящих респондентов, являются теле- и радиопередачи (57,9% и 58,8%) и семья (42,2% и 76,5%); несколько меньшая роль принадлежит интернету (26,3% и 31,4%). Этот факт подтверждает основополагающую роль массовой культуры и сложившихся в социуме представлений и общественных норм, которые во многом формируются под влиянием средств массовой информации (СМИ).

В то же время эффективность СМИ, как направления по профилактике и борьбе с табакокурением, оценивается респондентами по 4-х балльной шкале (от 0 до 3-х баллов) невысоко. Эффектив-

ность СМИ в профилактике табакокурения курильщики оценивали достоверно ниже ($1,0 \pm 0,21$ балла), чем некурящие – $1,63 \pm 0,13$ балла ($t=2,6$; $p<0,05$). Причем, как высокая (3 балла), эффективность определялась только в 16,6% ответов. Уместно заметить, что учреждения образования и медицинские учреждения, как максимально заинтересованные в профилактике курения институты общества преуспели в глазах респондентов при оценке эффективности антитабачной деятельности ненамного больше. Со стороны курящих и некурящих эта деятельность была оценена, соответственно, для учреждений образования – в $1,13 \pm 0,2$ и $1,84 \pm 0,11$ балла; для медицинских учреждений – в $1,41 \pm 0,15$ и $1,80 \pm 0,1$ балла. Значимость семьи, как института общества, в борьбе с никотином оценена курильщиками в $2,29 \pm 0,19$, а некурящими – в $2,35 \pm 0,12$ балла, а максимальных баллов набрано больше половины (51,4%) (табл. 1). О значимости микросоциума в «никотиновом противостоянии» речь пойдет далее.

Суммарная оценка эффективности всей совокупности проводимых мероприятий по профилактике и борьбе с табакокурением (также использована шкала от 0 до 3-х баллов) в ответах большинства респондентов (61,0%) получила низкий балл – «1».

Таблица 1

Эффективность институтов общества в профилактике табакокурения

Оценка (балл) М±m	СМИ	% набранных максимальных баллов	Учреждения образования	% набранных максимальных баллов	Медицинские учреждения	% набранных максимальных баллов	Семья	% набранных максимальных баллов
Курящие	$1,00 \pm 0,21$	16,6	$1,13 \pm 0,2$	14,29	$1,41 \pm 0,15$	12,86	$2,29 \pm 0,19$	51,43
Некурящие	$1,63 \pm 0,13$		$1,84 \pm 0,11$		$1,80 \pm 0,1$		$2,35 \pm 0,12$	
ИТОГО	$1,47 \pm 0,11$		$1,66 \pm 0,11$		$1,70 \pm 0,09$		$2,34 \pm 0,10$	

Подавляющее большинство респондентов (курящие и некурящие) отметили, что наибольшее число лиц, употребляющих никотин, в их окружении находится среди друзей (100% и 70,6% соответственно), меньше – среди родственников (48,0% и 43,0%), сотрудников (48,0% и 49,0%) и соседей (42,1% и 41,2%) (рис. 1). С высокой долей вероятности можно утверждать о формировании микросоциума курильщиков, который постоянно рекрутирует в свои ряды новых участников процесса и уверенно удерживает их в неформальном сообществе «любителей табакокурения».

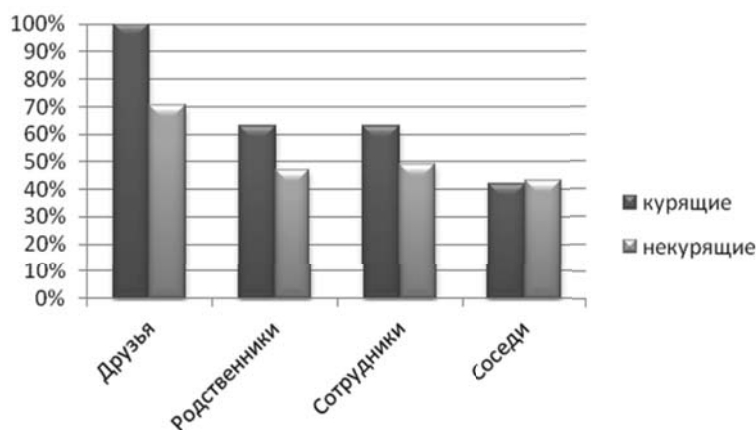


Рис. 1. Удельный вес курящих в окружении респондентов (%)

По мнению участников анкетного опроса в наибольшей степени на распространение табакокурения влияет доступность приобретения табачных изделий (соответственно, так считают 63,2% курящих и 76,5% – некурящих, $p>0,05$). По другим позициям ответы курящих и некурящих отличаются значительно (рис. 2). Некурящие значимой причиной распространения табакокурения считают низкие цены на табачные изделия (52,9% ответивших, – в 1,7 раза больше, чем курящие), недостаточное противотабачное просвещение и воспитание (47,1%, – некурящие считают так в 2 раза чаще, чем курящие), неправильное воспитание в семье (60,8%, – почти в 3 раза больше, чем курящие), наличие моды на курение (45,1%, – почти в 1,5 раза больше, чем курящие). Очевидно разделение точек зрения на две антагонистические группы.

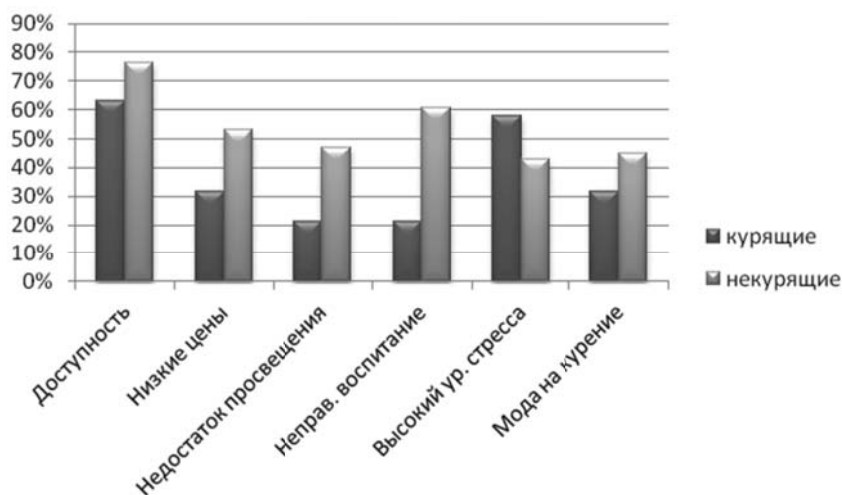


Рис. 2. Распределение факторов, в наибольшей степени влияющих на распространение табакокурения (%)

Многие разнонаправленные тенденции, проявившиеся в ответах курящих и некурящих, получили развитие в обсуждении одного из ключевых вопросов анкеты, позволяющем определить перспективные меры по снижению потребления табака (рис. 3). Здесь ряд ответов кардинально расходится по большинству позиций. Вместе с тем, по некоторым важным, но не ущемляющим интересы курящих граждан, ограничениям, отдельным мерам экономического воздействия точки зрения курящих и некурящих во многом совпадают: запрет продажи табачных изделий молодежи до 21 года (голоса курящих и некурящих разделились как 42,1% к 56,8%, $p=0,27$, $\chi^2=1,21$), усиление мер по взиманию штрафов с нарушителей запретов (соответственно, 31,6% и 39,2%). Почти единодушны респонденты были в ответе на вопрос о введении оплаты за медицинскую помощь при установлении связи заболевания с курением табака (42,1% и 39,2% соответственно). На необходимость повышения доступности лечения зависимости от табака указало 21,1% курящих и 17,6% некурящих.

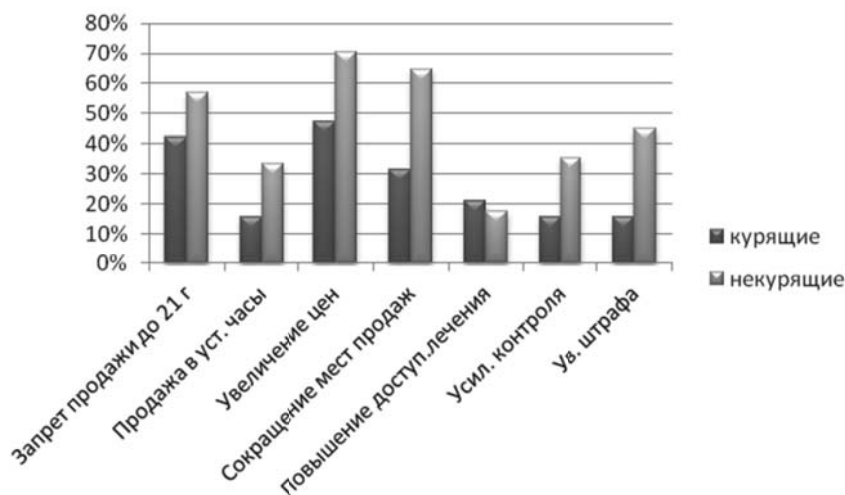


Рис. 3. Распределение перспективных мер, способных снизить потребление табака (%)

В то же время, основное отличие ответов на этот вопрос анкеты заключается в том, что некурящие респонденты, как правило, выступают за ужесточение мер запретительного характера, усиливающих контроль и штрафные санкции со стороны органов власти. Точки зрения курящих и некурящих, соответственно, различались по следующим позициям: продажа табачных изделий только в установленные часы (15,8% и 33,3%), значительное увеличение цен на табачные изделия (47,4% и 70,6%), сокращение числа мест продажи табачных изделий (31,6% и 64,7%), увеличение размера штрафа к нарушителям запретов (15,8% и 45,1%, $p=0,048$, Yates corrected $\chi^2=3,92$), усиление контроля за исполнением запретов (15,8% и 35,3%), запрет курения в кафе, барах и ресторанах – (21,1% и 58,8%, $p=0,01$, Yates corrected $\chi^2=6,47$), запрет курения на улице, остановках транспорта, местах от-

дыха (36,8% и 68,6%, $p=0,016$, $\chi^2=5,83$). При предложении запрета курения на лоджиях и балконах курящие и некурящие высказали самое заметное противопоставление мнений – 10,5% и 39,2% ответов соответственно, ($p=0,04$, Yates corrected $\chi^2=4,04$). Обращает на себя внимание тот факт, что необходимость проведения пропаганды здорового образа жизни, просвещения и воспитания отметили 26,3% курящих и 47,1% некурящих, не считают необходимым проведение каких-либо мероприятий 5,3% курильщиков и 2,0% некурящих.

Интересно само по себе представление респондентов о технологии контроля за исполнением антитабачного законодательства: так, и курящие и некурящие почти единодушны в том, что основная контролирующая функция должна принадлежать органам МВД (всего 74,3% ответов по общей совокупности опрошенных, рис. 4). В то же время на контролирующую роль самих граждан указывали в 32,9% ответов: 39,2% – некурящие и 15,8% ответов курящих.

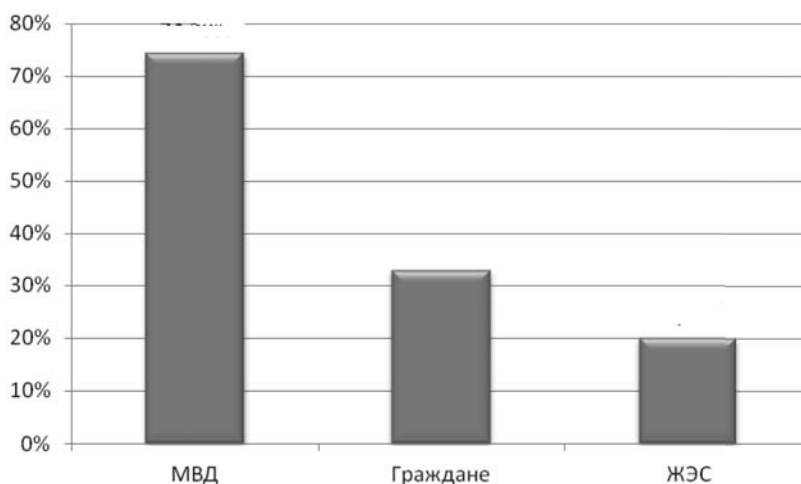


Рис. 4. Субъект контроля за исполнением запретов и ограничений курения табака

Очень показательны, на наш взгляд, ответы на вопрос анкеты об эффективности методов избавления от табачной зависимости. Понимая суть проблемы как специалисты, 21,1% курящих и 60,8% некурящих определили наиболее приоритетными методы психологической поддержки. Можно предположить, что, по мнению респондентов, использование арсенала психологических технологий эффективно как на индивидуальном уровне лечения пациента с зависимостью, так и на групповом и даже популяционном уровнях, имея в виду, пропаганду здорового образа жизни и отказ от курения.

Не сложно предположить, что антитабачная пропаганда проводилась и проводится недостаточно эффективно, особенно среди подростков и молодежи. Последнюю мысль подтверждает тот факт, что среди курящих респондентов 78,9% начали курить в средней школе или в вузе, а на их выбор в основном (52,6%) повлияли друзья. Как результат: 57,9% из них курят в течение 10 – 25 лет. Справедливости ради важно отметить, что более половины (52,6%) из них хотели бы бросить курить, но только треть из них (31,6%) стараются курить меньше. Нам представляется, что именно эта «перспективная» половина курильщиков должна являться главным объектом антитабачной деятельности.

Помимо уже упоминавшихся мер запретительного, экономического и просветительского характера, которые приняты во всем мире и утверждены законодательно в Республике Беларусь, считаем целесообразным посмотреть на проблему еще с одной стороны. В этой связи имеет смысл обратить внимание на некоторые причины употребления никотина. По итогам анализа данных, полученных нами в результате проведенного анкетного опроса, на вопрос о причинах курения в настоящее время 42,1% курильщиков ответили, что это помогает расслабиться, а 52,6% – снять эмоциональное напряжение, что по сути одно и то же. Все остальные причины гораздо менее значимы. Сегодня трудно найти государство, где врачи бы работали без напряжения, однако поиск адекватных методов оптимизации труда и релаксации работников – задача эффективного менеджмента.

Почему же уже упомянутая почти половина курильщиков хотела бы отказаться от курения табака? На этот вопрос мы получили неоднозначные ответы (рис. 5). Ожидаемо респонденты – курильщики высказали понимание того, что курение вредит здоровью, а также проявили беспокойство о своем здоровье (47,4% и 31,6%, соответственно). Настораживает то, что родные и близкие практически не проявляют недовольства по поводу их курения (только 5,3% ответивших видят в этом при-

чину отказаться от курения); в интересах здоровья детей готовы отказаться от курения всего лишь 15,8%. Примерно 10,0% курильщиков не имеют никакого желания экономить деньги на табаке. Формируется картина обреченности и равнодушия, прежде всего, к самому себе. Из числа желающих бросить курить безуспешно предпринимали попытки 72,7%.

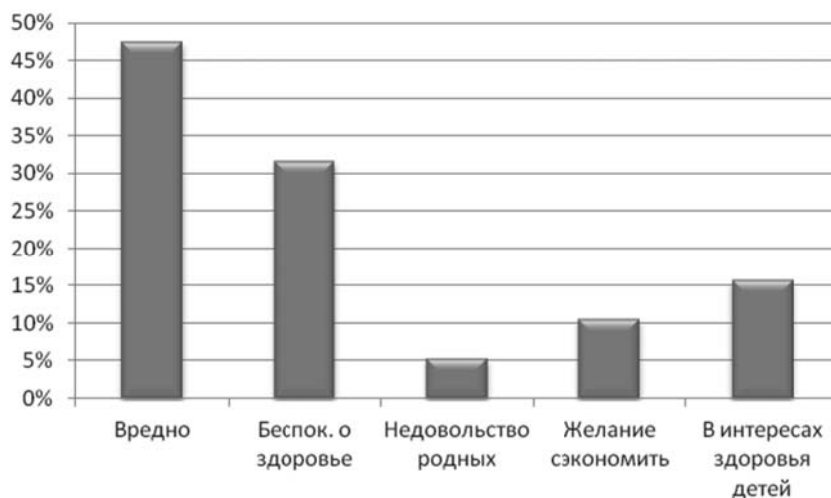


Рис. 5. Распределение причин отказаться от курения (%)

Заключение

Подводя итоги результатов пилотного исследования, полагаем возможным высказать несколько предположений и сделать некоторые предварительные заключения.

В Республике Беларусь осуществляется комплекс антитабачных мер различного характера в соответствии с Дорожной картой ВОЗ по реализации РКБТ и национальными особенностями государства. В то же время, в ответах респондентов отмечается довольно низкая эффективность проводимых в стране антитабачных мероприятий, что требует дальнейшего изучения, анализа и разработки предложений с целью совершенствования антитабачной деятельности.

Приобщенность врачей к табакокурению и наличие мотивационной установки у части курящих врачей на продолжение курения свидетельствует о серьезности проблемы табачной эпидемии для Республики Беларусь.

Анализируя ответы респондентов, можно предположить, что ряд достаточно непопулярных мер (повышение цены на табачные изделия, увеличение штрафов за курение в непредназначенных для этого местах, сокращение мест продажи табачных изделий и др.) найдет понимание у определенной части населения.

Можно также предположить, что основные причины «пробуксовки» государственной антитабачной деятельности располагается в сфере исполнения закона.

Учитывая новизну и неоднозначность полученных данных, считаем возможным провести широкое исследование, расширив респондентскую базу. Считаем также необходимым эффективнее адаптировать некоторые вопросы анкеты к направлениям Дорожной карты ВОЗ по реализации РКБТ и содержанию антитабачной политики, реализуемой в Республике Беларусь.

Список литературы

1. Об утверждении Правил пользования жилыми помещениями, содержания жилых и вспомогательных помещений: Постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 21 мая 2013г., № 399 (ред. от 23.10.2015) // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». Минск, 1992-2016
2. О внесении дополнений и изменений в декреты Президента Республики Беларусь: Декрет Президента Респ. Беларусь, 20 февр. 2015г., №2 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». Минск, 1992-2016
3. О государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий: Декрет Президента Респ. Беларусь, 17 дек. 2002г., №28 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». Минск, 1992-2016.
4. О некоторых вопросах государственного регулирования производства, оборота и рекламы пива, алкогольной продукции и табачных изделий: Декрет Президента Респ. Беларусь, 29 февр. 2008г.,

№3 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». Минск, 1992-2016

5. О требованиях к специально предназначенным местам для курения: Постановление Министерства по чрезвычайным ситуациям Респ. Беларусь, Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 22 апр. 2003г, №23/21 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». Минск, 1992-2016

6. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака/Руководящие принципы осуществления. FCTS, 2013. 142 с.

7. Тарасов В.С. Эффективность мер профилактики и борьбы с курением в Беларуси. Социологический альманах. 2010; 1: 322 – 332

8. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Страновая оценка: Беларусь / М.Скарпединсдоттир [и др.]. Copenhagen: ЕРБ ВОЗ, 2016. 72 с.

9. Хейфец Е.Н., Сачек М.М., Хейфец Н.Е. Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака в европейском регионе на 2025-2025 гг.: очередной шаг к Европе без табака. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2015; 3: 23-37

Сведения об авторах:

Вязьмин Александр Михайлович – профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: vyazminaleksander@gmail.com, телефон: +375 44 493 80 00.

Щавелева Марина Викторовна – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: mvsch@tut.by, телефон: +375 44 728 59 60.

Романова Анна Петровна – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук, доцент, e-mail: anna_59@tut.by, телефон: +375 29 176 76 15.

Шваб Любовь Валентиновна – старший преподаватель кафедры экономики и бухгалтерского учета в здравоохранении с курсом медицинской информатики Белорусской медицинской академии последипломного образования, e-mail: lshwab345@gmail.com, телефон: +375 29 6999345.

Шпаковская Елена Владимировна – старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, e-mail: alenalyapa@mail.ru, телефон: +375 29 632 45 48.

Герасимова М.А., Санников А.Л., Кузин С.Г., Волосевич А.И. ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ УМЕРШИХ ОТ ИНСУЛЬТОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Резюме. Выполнено сплошное документальное наблюдение 683 Медицинских свидетельств о смерти умерших от инсультов и их последствий вне медицинских организаций. В половозрастной структуре умерших преобладали женщины – 57,0% и лица старше 70 лет – 67,9%. Медиана продолжительности жизни мужчин была ниже таковой у женщин ($p < 0,001$), доля умерших мужчин в трудоспособном возрасте – 25,2%. Наименьшая медиана продолжительности жизни наблюдалась при геморрагическом инсульте ($p < 0,001$). Инсульт остается большой социально-экономической проблемой, приводя к снижению трудового потенциала региона.

Ключевые слова: инсульт, инфаркт мозга, геморрагический инсульт, последствия инсульта, половозрастная структура, смерть.

Введение

Инсульт занимает одно из ведущих мест в структуре смертности в большинстве развитых стран мира [7, 8]. Ежегодно в мире в остром и отдаленных периодах заболевания погибают около 4,5 млн человек [1, 3]. По прогнозам к 2030 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в мире достигнет 23,6 млн человек, главным образом, от болезней сердца и инсульта, которые останутся ведущими и основными причинами смерти и инвалидизации населения [2].

По данным российских авторов во всех возрастных группах показатели смертности среди мужчин выше, чем среди женщин. При этом установлено, что среди лиц трудоспособного возраста уровень смертности выше от геморрагического инсульта (ГИ), а у лиц старше трудоспособного возраста – от инфаркта мозга (ИМ) [5, 6]. Отмечено, что пациенты с инсультом имеют в 2,9 раза выше риск смерти по сравнению с лицами сходного возраста и пола в общей популяции [4].

Цель исследования. Провести анализ половозрастной структуры умерших от инсультов и их последствий (I60-I64, I69) вне медицинских организаций в г. Архангельске в 2011-2015 гг.

Материалы и методы

Выполнено сплошное документальное наблюдение 683 Медицинских свидетельств о смерти (ф. 106/у-08) умерших от инсультов и их последствий (I60-I64, I69) вне медицинских организаций в 2011-2015 гг. в г. Архангельске в ГБУЗ Архангельской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (где I60-I62 – ГИ, I63 – ИМ, I64 – инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт, I69 – последствия инсульта (ПИ)). Были выкопированы следующие данные: пол (мужской, женский), продолжительность жизни (в годах), первоначальная причина смерти (Iв) согласно ф. 106/у-08.

Качественные признаки были представлены как абсолютные частоты с указанием 95% доверительного интервала (ДИ), количественные – как медиана (1-й; 3-й квартили). Нормальность распределения количественных признаков определялась по критерию Колмогорова-Смирнова. Для анализа качественных признаков использовался тест χ^2 -Пирсона. Анализ количественных признаков проводился с использованием Н-критерия Краскела-Уоллеса с последующим попарным сравнением с помощью U-теста Манна-Уитни (с поправкой Бонферрони). В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки менее 5 % ($p < 0,05$). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ SPSS Statistics v.17.

Результаты

В изучаемый период времени в структуре первоначальных причин смерти от инсультов вне медицинских организаций г. Архангельска ПИ составили 58,4% (95% ДИ: 54,6-62,1) случаев, ГИ – 23,3% (95% ДИ: 20,2-26,5) и ИМ – 18,3% (95% ДИ: 15,5-21,3) случаев.

В структуре умерших по гендерному признаку преобладали женщины – 57,0% (95% ДИ: 53,1-60,6): в том числе, от ПИ – 54,8% (95% ДИ: 49,7-59,7), от ИМ – 23,4% (95% ДИ: 19,3-27,7) и от ГИ – 21,8% (95% ДИ: 17,8-26,1) ($\chi^2=15,669$, $p < 0,001$).

В возрастной структуре умерших превалировала группа лиц в возрасте старше 70 лет – 67,9% (95% ДИ: 64,3-71,4): в том числе, от ПИ – 65,3% (95% ДИ: 60,8-69,6), от ИМ – 23,5% (95% ДИ: 19,7-27,5) и от ГИ – 11,2% (95% ДИ: 8,5-14,2) ($\chi^2=171,501$, $p < 0,001$) (табл.1).

Таблица 1

Половозрастная структура групп умерших по классам инсультов в г. Архангельске в 2011-2015 гг. вне медицинских организаций (абс.; %)

	¹ ГИ	² ИМ	³ ПИ	Итого
	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)
Пол*				
Мужчины	74 (46,5)	34 (27,2)	186 (46,6)	294 (43,0)
Женщины	85 (53,5)	91 (72,8)	213 (53,4)	389 (57,0)
Возрастные интервалы (лет)**				
< 45	21 (13,2)	2 (1,6)	2 (0,5)	25 (3,7)
45-49	10 (6,3)	1 (0,8)	1 (0,3)	12 (1,8)
50-54	20 (12,6)	2 (1,6)	11 (2,8)	33 (4,8)
55-59	20 (12,6)	0 (0)	23 (5,8)	43 (6,3)
60-64	21 (13,2)	3 (2,4)	30 (7,5)	54 (7,9)
65-69	15 (9,4)	8 (6,4)	29 (7,3)	52 (7,6)
≥ 70	52 (32,7)	109 (87,2)	303 (75,8)	464 (67,9)

Примечания: ¹ГИ – геморрагический инсульт (I60-I62); ²ИМ – инфаркт мозга (I63); ³ПИ – последствия инсульта (I69); * – $\chi^2=15,669$, $p < 0,001$; ** – $\chi^2=171,501$, $p < 0,001$.

Медиана продолжительности жизни мужчин была ниже таковой у женщин: 71,6 (59,8; 78,8) лет против 80,5 (72,4; 85,8) лет ($U=33802$, $p < 0,001$), при этом доля умерших мужчин в трудоспособном возрасте составила 25,2% (95% ДИ: 20,3-30,3) в отличие от женщин – 6,4% (95% ДИ: 4,2-9,1) ($\chi^2=47,464$, $p < 0,001$).

Удельный вес умерших от инсультов в трудоспособном возрасте составил 14,5% (95% ДИ: 11,9-17,2): в том числе, от ГИ – 62,6% (95% ДИ: 52,3-71,9), от ПИ – 32,3% (95% ДИ: 23,3-41,8) и от ИМ – 5,1% (95% ДИ: 1,7-10,1) случаев ($\chi^2=101,603$, $p<0,001$).

Наименьшая медиана продолжительности жизни наблюдалась при ГИ как среди мужчин (57,4 (50,1; 68,2) лет), так и среди женщин (65,9 (55,7; 81,7) лет) по сравнению с ИМ и ПИ ($N=97,28$, $p<0,001$) (табл.2).

Таблица 2

Медиана продолжительности жизни умерших мужчин и женщин по классам инсультов в г. Архангельске в 2011-2015 гг. вне медицинских организаций (Me; (Q1; Q3))

	¹ ГИ**	² ИМ	³ ПИ	Итого
	Me; (Q1; Q3)	Me; (Q1; Q3)	Me; (Q1; Q3)	Me; (Q1; Q3)
Мужчины	57,4 (50,1; 68,2)	74,0 (68,9; 81,9)	73,5 (62,8; 80,5)	71,6 (59,8; 78,8)
Женщины	65,9 (55,7; 81,7)	82,3 (74,3; 87,5)	81,8 (74,6; 86,5)	80,5 (72,4; 85,8)

Примечания: Me – медиана; Q1 – 1-й квартиль; Q3 – 3-й квартиль; ¹ГИ – геморрагический инсульт (I60-I62); ²ИМ – инфаркт мозга (I63); ³ПИ – последствия инсульта (I69); * – $U=33802,0$, $p<0,001$; ** – $U=4300,0$, $p<0,001$ (между ГИ и ИМ), $U=16323,0$, $p<0,001$ (между ГИ и ПИ).

Обсуждение результатов

Число случаев смерти от инсультов был наибольшим в возрастной группе лиц старше 70 лет, что отражает закономерный этап биологического развития организма человека, когда при старении система кровообращения перестает справляться со свойственными ей функциями.

Низкая продолжительность жизни мужчин по сравнению с женщинами и большее число случаев смерти в трудоспособном возрасте объясняется меньшим стремлением мужчин к здоровому образу жизни, меньшей приверженностью к соблюдению назначенной врачом базовой терапии хронического заболевания, большему пристрастию к вредным привычкам. Немаловажную роль играет и социальная активность мужчин, предрасполагающая к стрессовым ситуациям.

Наименьшая медиана продолжительности жизни при ГИ по сравнению с ИМ и ПИ связана со стремительным механизмом развития и прогрессирования заболевания и, преимущественно, летальным исходом уже в первые сутки болезни.

Заключение

1. В структуре первоначальных причин смерти умерших от инсультов и их последствий вне медицинских организаций в г. Архангельске в 2011-2015 гг. преобладали случаи смерти от ПИ – 58,4% случаев.

2. В половозрастной структуре умерших от инсультов преобладали женщины – 57,0% и лица старше 70 лет – 67,9%. Медиана продолжительности жизни мужчин была ниже таковой у женщин: 71,6 (59,8; 78,8) лет против 80,5 (72,4; 85,8) лет.

3. Доля умерших мужчин в трудоспособном возрасте составила 25,2%. Удельный вес умерших в трудоспособном возрасте был наибольший от ГИ – 62,6%. Наименьшая медиана продолжительности жизни наблюдалась при ГИ по сравнению с ИМ и ПИ.

Таким образом, инсульт остается большой социально-экономической проблемой, приводя к снижению трудового потенциала населения региона.

Список литературы

1. Денисова Е.В. Актуальные вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга в мире // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2011. №3. С. 8-15.

2. Капустенская Ж.И. Особенности пожилых мигрантов с Севера в зависимости от типа личности // Сибирский медицинский журнал. 2011. №6. С. 81-83.

3. Круглый стол. Мозговой инсульт // Здравоохранение. 2012. № 3. С. 75-80;

4. Кулеш С.Д., Филина Н.А., Костиневич Т.М., Клецкова Л.А., Савченко М.Э. Долгосрочные исходы мозгового инсульта в крупной городской популяции // Беларусивестник ВГМУ. 2011. Том 10, №3. С. 93-101.

5. Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л. Алкогольный анамнез и фактор места наступления смерти: роль в смертности от ведущих заболеваний сердечно-сосудистой системы // Терапевтический архив. 2015. Том. 87, №9. С. 26-33.

6. Шарафутдинова Н.Х., Мухаметзянов А.М., Павлова М.Ю. Динамика смертности от острого нарушения мозгового кровообращения за последнее десятилетие в г. Уфе // Российский медицинский журнал. 2014. №3. С. 4-7;

7. Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., Benjamin E.J., Berry J.D., Borden W.B., et al. Heart disease and stroke statistics – 2013 update: a report from the American Heart Association // Circulation. 2013. Vol.127. №1. P. 6-245;

8. Thrift A.G., Cadilhac D.A., Thayabaranathan T., et al. Global stroke statistics // International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society. 2014. Vol.9. №1. P. 6-18.

Сведения об авторах:

Герасимова Марта Андреевна; врач-интерн кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России; e-mail: martochka.gerasimova@mail.ru; контактный телефон: +7 (902) 507-97-11.

Санников Анатолий Леонидович; доктор медицинских наук, профессор; профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России; e-mail: jsannikov@yandex.ru; контактный телефон: +7 (905) 873-63-86.

Кузин Сергей Геннадьевич; кандидат медицинских наук; начальник ГБУЗ Архангельской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; e-mail: obsmesecret@yandex.ru; контактный телефон: +7 (8182) 21-27-53.

Волосевич Андрей Игоревич; кандидат медицинских наук, доцент; доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России; e-mail: info@nsmu.ru; контактный телефон: +7 (900) 914-88-45.

Гильмутдинов Р.Г.

СОЦИАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

Для изучения организации переливания компонентов крови в медицинских организациях Оренбургской области по специально разработанной анкете было осуществлено анкетирование 52 **врачей-трансфузиологов**. Согласно полученным данным было установлено, что среди данной категории медицинских работников имеются различия по наличию сертификата по специальности «Трансфузиология», стажу работы в должности и другим социально-профессиональным характеристикам. Были установлены различия по объемам используемой в медицинской практике плазмы и эритроцитсодержащих компонентов крови. Выявлены особенности организации гемотрансфузионной помощи пациентам в разных медицинских организациях и их взаимодействия с ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая станция переливания крови».

Ключевые слова: организация гемотрансфузионной помощи, переливание крови, врачи-трансфузиологи.

Введение

В настоящее время чрезвычайно актуальным является использование в медицинской практике крови и ее компонентов, которое должно проводиться с учетом требований международных стандартов и в соответствии с Федеральным законом от 20.07.2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» [2]. Социальная значимость донорства в России определена его целями – спасением жизни и восстановлением здоровья людей. Донорство занимает важнейшее положение в системе реализации конституционных прав и свобод, как самого донора, так и реципиента (пациента).

Федеральный закон от 20.07.2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» устанавливает правовые, экономические и социальные основы развития донорства крови и ее компонентов в стране в целях организации заготовки, хранения, транспортировки донорской крови и ее компонентов, обеспечения ее безопасности и клинического использования, а также охраны здоровья доноров крови и ее компонентов, реципиентов и защиты их прав [2].

Материалы и методы

С целью изучения организации переливания компонентов крови в медицинских организациях Оренбургской области нами осуществлено анкетирование медицинских работников, ответственных за гемотрансфузию. Для проведения социологического исследования была разработана специальная анкета с учетом рекомендаций академика РАМН Решетникова А.В. [1]. Анкета включала 13 вопросов, каждый из которых предусматривал от 2 до 6 вариантов ответов. В анкетировании приняли участие 52 врача-трансфузиолога, из которых 6 работали в областных, 15 – в городских и 31 – в районных больницах. Доля сотрудников областных медицинских организаций составила 11,5%, городских – 28,9% и районных – 59,6%. Исследование проведено сплошным методом. При статистической обработке полученного материала рассчитывались относительные величины (экстенсивные показатели), проведен их сравнительный анализ.

Результаты и их обсуждение

Результаты анкетирования показали, что все врачи-трансфузиологи, работающие в областных медицинских организациях Оренбургской области, имели сертификат по специальности «Трансфузиология» и стаж работы, связанной с организацией переливания крови: до 3-х лет – 17%, от 3-х до 5-и лет – 33%, от 5-и до 10-и лет – 33%, и 10 лет и более – 17% (табл. 1).

Таблица 1

Наличие у медицинских работников сертификатов по специальности «Трансфузиология» (%)

Областные медицинские организации	Городские медицинские организации	Районные медицинские организации
100	93	74

В городских медицинских организациях Оренбургской области сертификаты по специальности «Трансфузиология» имели 93% специалистов. При этом медицинские работники, ответственные за организацию переливания крови и ее компонентов, со стажем работы до 3-х лет составляли 40%, от 3-х до 5-и лет – 13%, от 5 до 10-и лет – 27%, и 10 лет и более – 20% (табл. 2).

Таблица 2

Стаж работы врачей по специальности «Трансфузиология» (%)

Стаж работы (в годах)	Областные медицинские организации	Городские медицинские организации	Районные медицинские организации
1–2 года	17	40	29
3–4 года	33	13	10
5–9 лет	33	27	26
10 лет и более	17	20	35

В районных медицинских организациях Оренбургской области имели стаж работы более 10-и лет около 35% врачей, ответственных за организацию гемотрансфузий. Стаж работы до 3-х и до 10-и лет имели 29 и 26%, соответственно. При этом специалистов со стажем до 5-и лет было 10%. По результатам анкетирования установлено, что каждому четвертому (26%) врачу-трансфузиологу, работающему в районной медицинской организации, необходимо пройти обучение по вопросам организации гемотрансфузий, так как только 74% специалистов районных медицинских организаций имели сертификат по специальности «Трансфузиология».

Анализ показал, что в областных медицинских организациях 83% трансфузиологических кабинетов не полностью соответствовали таблице (стандарту) оснащения. При этом все городские медицинские организации имели оснащение кабинетов, которое полностью соответствовало требованиям (табл. 3).

Таблица 3

Соответствие оснащения трансфузиологических кабинетов таблице (стандарту) оснащения (%)

Соответствие	Областные медицинские организации	Городские медицинские организации	Районные медицинские организации
Не полное	83	27	39
Полное	17	71	45
Не соответствует	0	5	13

В результате социологического исследования установлено, что в областных медицинских организациях 33% врачей-трансфузиологов работали на 1,0 ставки, 50% – на 0,25 ставки и 17% – на 0,5

ставки. При этом в городских медицинских организациях на 1,0 ставки работали 13% специалистов, на 0,5 ставки – 20% и на 0,25 ставки – подавляющее большинство (67%).

В районных медицинских организациях Оренбургской области большая доля специалистов работала на 0,25 ставки – 45% и на 0,5 ставки – 39%, и только 3% врачей работали на 1,0 ставки врача-трансфузиолога (рис. 1).



Рис. 1. Доля врачей-трансфузиологов, работающих в медицинских организациях Оренбургской области, с учетом занятости ставок (%)

Были проанализированы показатели укомплектованности трансфузиологических кабинетов медицинских организаций Оренбургской области средним медицинским персоналом, что показано на рис. 2.

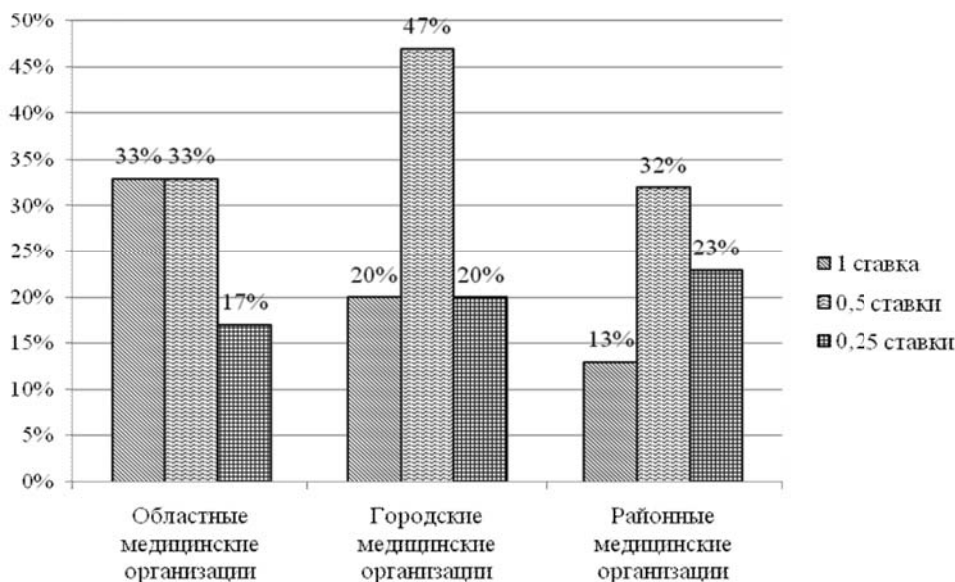


Рис. 2. Доля среднего медицинского персонала, работающего в трансфузиологических кабинетах медицинских организаций Оренбургской области, с учетом занятости ставок (%)

По данным анкетирования отмечено, что областные медицинские организации Оренбургской области в среднем используют 12,5 литров плазмы ежемесячно, городские медицинские организации – 10,5 литров и районные медицинские организации – около 11,0 литров. Объемы эритроцит-содержащих компонентов, ежемесячно используемые медицинскими организациями Оренбургской области, были следующие: в областных учреждениях здравоохранения – в среднем 8,5 литров, в городских – в среднем 5,4 литра, и в районных – в среднем 3,0 литра.

С учетом результатов социологического исследования отмечено, что за прошедшие три года не было выявлено случаев задержек исполнения заявок на плазму, направленных в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая станция переливания крови». В 100% случаев все медицинские организации региона получили плазму в полном объеме. В областных и в городских медицинских организациях не было задержек исполнения заявок на эритроцитсодержащие компоненты. Среди районных медицинских организаций выявлен только 1 случай задержки поступления эритроцитсодержащих компонентов. В результате анкетирования установлено, что задержка исполнения заявки по тромбоцитарному концентрату в городских медицинских организациях составила 13% случаев, в районных медицинских организациях – 3%. При этом областные медицинские организации получили тромбоцитарный концентрат в полном объеме без задержек.

Согласно данным проведенного анкетирования выявлены основные причины, по которым за последние три года в медицинских организациях Оренбургской области осуществлялось списание компонентов крови: истекший срок хранения; нарушение герметичности гемакона; наличие сгустков и/или хлопьев в гемокомпоненте. Преобладающей причиной списания компонентов крови являлся истекший срок хранения, который составил: 81% случаев – в областных медицинских организациях, 62% – в городских и 90% – в районных, что демонстрирует рис. 3.

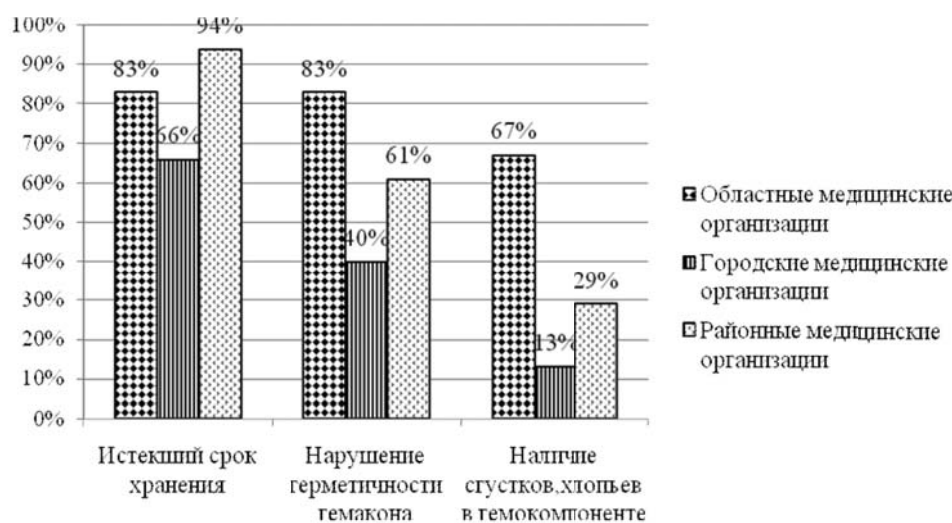


Рис. 3. Причины списания компонентов крови в медицинских организациях Оренбургской области (среднеголетние показатели за 2013 – 2015 гг.).

Результаты анкетирования показали, что за прошедшие 3 года в медицинских организациях Оренбургской области не было зарегистрировано случаев отсутствия клинического эффекта после переливания плазмы (табл. 4). Но среди пациентов районных больниц при переливании эритроцитсодержащих компонентов только в 6% случаев отсутствовал клинический эффект.

Таблица 4

Доля случаев «положительного» клинического эффекта после переливания компонентов крови (%)

№ п/п	Тип медицинской организации	Компоненты крови		
		Плазма	Эритроцитсодержащие компоненты	Тромбоцитарный концентрат
1.	Областная	100	100	83
2.	Городская	100	100	100
3.	Районная	100	94	80

При переливании тромбоцитарного компонента в 17% случаев среди пациентов областных медицинских организаций, и в 20% среди пациентов районных медицинских организаций не отмечался клинический эффект.

В ходе проведенного анкетирования отмечено, что в городских больницах Оренбургской области после переливания плазмы в 28% случаев возникали осложнения, а при переливании тромбоцитарного концентрата – только в 5% случаев, что наглядно представлено в рис. 4.

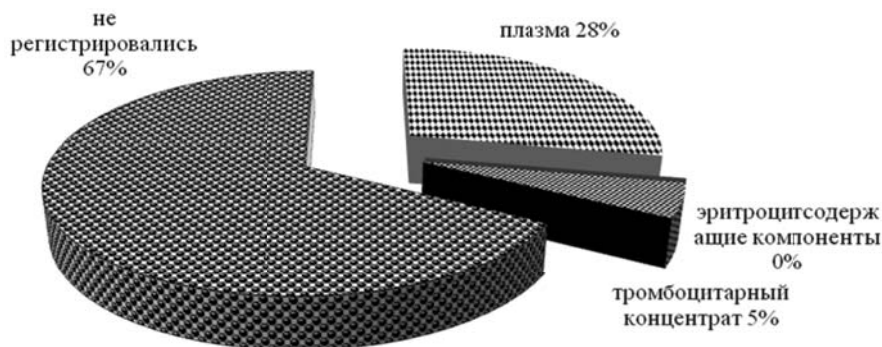


Рис. 4. Доля осложнений после переливания компонентов крови у пациентов городских медицинских организаций Оренбургской области (среднепогодные показатели за 2013 – 2015 гг.)

В районных медицинских больницах Оренбургской области за последние 3 года были зарегистрированы осложнения: при переливании плазмы и эритроцитсодержащих компонентов в 13% случаях, что видно из рис. 5.

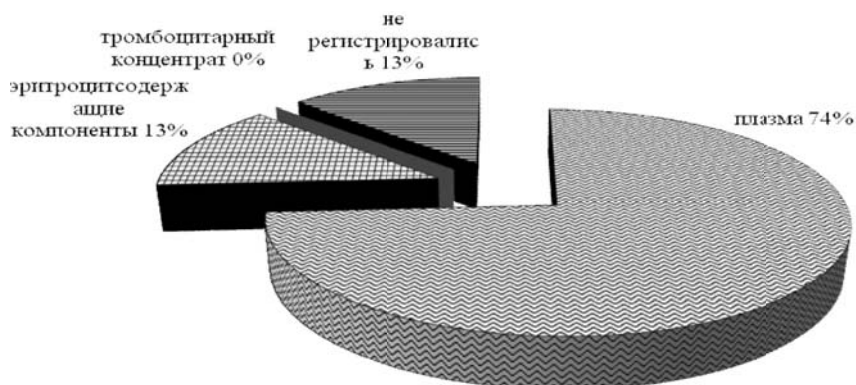


Рис 5. Доля осложнений после переливания компонентов крови у пациентов районных медицинских организаций Оренбургской области (среднепогодные показатели за 2013 – 2015 гг.)

Установлено, что перед трансфузией исследования на наличие антиэритроцитарных антител не проводились в 19% областных и городских медицинских учреждениях, проводились по показаниям – в 66,5% и проводились всегда – только в 5% медицинских организаций. В районных больницах данные показатели были хуже. Так, исследования на наличие антиэритроцитарных антител не проводились в 42% случаях, проводились по показаниям – в 52%, и проводились всегда только в 6% случаев.

В ходе социологического исследования определена готовность медицинских учреждений Оренбургской области использовать пулированный тромбоцитный концентрат O(I) группы, Rh – (отр) при оказании экстренной медицинской (трансфузиологической) помощи. Установлено, что в 2 областных медицинских организациях готовы использовать пулированный тромбоцитарный концентрат, в 1 организации – не готовы и в 3 организациях респонденты затруднились ответить на данный вопрос. В 4 городских медицинских учреждениях здравоохранения получен положительный ответ на вопрос об их готовности использовать пулированный тромбоцитный концентрат O(I) группы, Rh – (отр), в 3 организациях – отсутствовала данная готовность, в 8 организациях – респонденты затруднились дать ответ на заданный вопрос. В районных больницах 16 респондентов не дали ответ на вопрос анкеты об их готовности использовать пулированный тромбоцитный концентрат O(I) группы, Rh – (отр) в экстренных случаях. Положительный ответ на данный вопрос дали 7 респондентов, работающих в районных больницах, а еще 8 респондентов дали отрицательный ответ.

Анкетирование показало, что в областных, городских и районных медицинских организациях Оренбургской области разработаны и внедрены следующие документы: Положение об организации деятельности кабинета переливания крови, Приказ о создании трансфузиологической комиссии, СОПы (стандартно-операционные процедуры) по организации трансфузионной терапии (табл. 5).

**Наличие в медицинских организациях Оренбургской области необходимых документов
по организации переливания крови (%)**

№ п/п	Тип медицинской организации	Положение об организации деятельности кабинета переливания крови	Приказ о создании трансфузиологической комиссии	СОПы (стандартно-операционные процедуры) по организации гемотрансфузий
1.	Областная	100	67	67
2.	Городская	87	93	47
3.	Районная	52	91	84

В результате анкетирования установлены особенности оснащения медицинских организаций Оренбургской области необходимой документацией по переливанию крови и ее компонентов. Отмечено, что областные учреждения здравоохранения в 100% случаев гемотрансфузии выполняют на основании Положения об организации деятельности кабинета переливания крови. В 91% городских и 93% районных медицинских организациях переливание крови осуществляется в соответствии с локальным Приказом о создании трансфузиологической комиссии.

Разработанная анкета содержала вопрос о показаниях для индивидуального подбора донора. В областных и городских медицинских организациях в 19% случаев респонденты указали, что показанием для индивидуального подбора донора являлись затруднения, которые возникали при определении групповой и резус принадлежности пациента. В 33% случаев индивидуальный подбор донора осуществлялся при отягощенном акушерском и/или трансфузионном анамнезе пациента. При наличии у реципиента антиэритроцитарных антител в 48% случаев его кровь направлялась в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая станция переливания крови» для индивидуального подбора донора. В районных больницах индивидуальный подбор донора выполнялся: в 32% случаях тогда, когда имелись затруднения при определении групповой и резус принадлежности реципиента, и в 26% – при отягощенном акушерском и/или трансфузионном анамнезе пациента. При обнаружении антиэритроцитарных антител у пациента, находящегося на лечении в районном учреждении здравоохранения, в 42% случаев кровь для индивидуального подбора донора направлялась в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая станция переливания крови».

Заключение

Таким образом, в результате социологического исследования, проведенного в государственных учреждениях здравоохранения Оренбургской области, установлены особенности организации гемотрансфузионной помощи пациентам и взаимодействия с ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая станция переливания крови».

Список литературы

1. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико-социального мониторинга: учебно-методическое пособие: М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 160 с.
2. Федеральный закон от 20.07.2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

Сведения об авторе:

Гильмутдинов Ринат Гаптрауфович – главный врач, к.м.н., ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая станция переливания крови»

Место работы:

Адрес – 460018, Оренбург, ул. Аксакова, 32

e-mail – np_oz_zo@mail.ru

Телефоны: (35-32) 31-55-78– служ.

Р.И. Делендик, Т.В. Матвейчик, И.М. Брылева
СПЕЛЕОЛЕЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ:
СОСТОЯНИЕ И РЕСУРСЫ

Резюме

Проведен анализ истории и состояния спелеолечения за XX век в различных странах мира: Польши, Украины, Румынии, России, Азербайджана, Узбекистана, Киргизии, Армении, Германии.

Дан сравнительный анализ спелеотерапии в ряде стран Европейского региона в сравнении с уникальностью метода в Республике Беларусь. Подробно показано становление метода спелеотерапии в Беларуси через этапы развития и перспективы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, качество жизни, медицинская сестра, реабилитация, риниты, спелеолечение.

Актуальность

Экологические сдвиги, возросшая загрязненность и загазованность воздушной среды, увеличение числа респираторных вирусных инфекций в настоящее время способствуют росту аллергии и болезней органов дыхания, в том числе – слизистой оболочки носа и околоносовых пазух [1]. Распространенность аллергии в мире приобретает глобальные масштабы и представляет проблему для общественного здравоохранения, поскольку у 30–40 % населения выявляют одно или несколько аллергических заболеваний. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире от аллергического ринита страдают сотни миллионов людей, а от бронхиальной астмы (БА) – около 300 млн. [2]. Значительную долю пациентов составляют дети и подростки, в Беларуси по данным обращаемости БА болеет свыше 60 тыс. пациентов.

В настоящее время актуальной проблемой аллергологии, пульмонологии и оториноларингологии является изыскание эффективных методов воздействия на хронический воспалительный процесс при таких обструктивных заболеваниях дыхательных путей, как БА, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), аллергические заболевания – риниты, поллинозы, дерматиты, хронические полипозные риносинуситы. Эффективность лечебных мероприятий может быть повышена включением в схемы лечения не медикаментозных методов воздействия, в том числе спелеотерапии, позволяющей расширить показания и оптимизировать современные программы лечения [3].

Цель исследования: установление закономерностей становления спелеолечения согласно мировым и отечественным научным исследованиям, определение возможных факторов, влияющих на качество лечения пациентов с хроническим воспалительным процессом дыхательных путей данным методом.

Задачи исследования: определить закономерности развития спелеолечения в странах Европейского региона с близкими географическими и биоклиматическими условиями, осуществить научное обоснование для внесения изменений в показания лечения ряда заболеваний методом спелеотерапии, а также проанализировать потребность в спелеотерапии, необходимую для дальнейших организационных решений.

Материал и методы: аналитический, социологический, исторический, статистический. Исследование проводилось в 2012-2016 гг. на базе ГУ «Республиканская больница спелеолечения» и в филиале «Реабилитационный центр Зеленый бор» в период лечения пациентов из разных регионов Республики Беларусь с различной патологией органов дыхания. Возраст пациентов колебался от 10 до 65 лет, в исследовании приняло участие равное количество женщин и мужчин. Применен метод анонимного анкетирования пациентов до и после получения санаторно-курортного лечения, в состав которого включался метод спелеотерапии, изучение клинического состояния подтверждалось комплексным лабораторно-инструментальным исследованием.

Результаты и обсуждение

История спелеотерапии (speleion от греч. – пещера) насчитывает около 2500 лет. Первые упоминания о лечении в подземных пещерах относятся к I-II векам н.э., однако научные сведения появляются в XIX веке, а относительное распространение метод получает в середине XX в. После Второй мировой войны его чаще применяют для лечения и реабилитации людей с заболеваниями легких, вначале в Германии, Австрии, затем в Венгрии, Польше, Румынии, Чехии, Словакии, Болгарии, а также в других странах Восточной и Западной Европы, Америки и Австралии.

Для спелеотерапии используются карстовые пещеры, горные выработки рудных, каменно-соляных и калийных шахт с основным лечебным фактором – стабильной специфической подземной средой. Впервые в мировой практике апробирование спелеотерапии в каменно-соляной шахте было осуществлено в Австрии в 1955 г. и обусловлено положительными результатами здоровья и анализа заболеваемости горнорабочих соляных копей Сольбат – Сальцельман. Среди этих работников не выявлялась БА, туберкулеза органов дыхания. Подземные шахты образовались при добыче соли на глубине около 400 м, их использование стало началом развития спелеотерапии, расширило потенциальные возможности лечения болезней органов дыхания и в других странах.

Основоположником внедрения метода спелеотерапии в соляных шахтах стала Польша, где в г. Велички, центре добычи поваренной соли, появились наблюдения об отсутствии у шахтеров соляных копей, в отличие от горнорабочих угольных и рудных шахт, туберкулёза лёгких и БА (как и в Австрии). Уникальность влияния метода подтверждалась материалами старинных хроник о шахтерах, записями кинодокументов. Опыт первого санатория в г. Величка в период 1826-1846 гг., последующие исследования лечебного воздействия подземных шахт, рассолов, из возникающих колодцев доказали возможность использования их в терапевтических целях при аллергических заболеваниях органов дыхания, некоторых других заболеваниях. В г. Величка более 2000 шахт, скопившихся за века выработанных пещер, расположенных на девяти уровнях и соединенных туннелями общей протяженностью 200 км. Этот многоуровневый, действующий по настоящее время, лабиринт тянется с востока на запад на 10 км, увеличиваясь с каждым годом. Часть отработанных штреков используется в как туристические маршруты, или для функционирования с 1970 г. спелеосанатория, признанного здравницей распоряжением Совета Министров Республики Польша. В 2003 г. в структуре соляной шахты г. Величка образовался Подземный реабилитационно – восстановительный центр, лечение в котором проводится на третьем уровне шахты на глубине 135м под землей в соляной камере «Озеро Вессель». В 2011 г. решением Министра здравоохранения Республики Польша соляная шахта «Величка» получила статус подземного курортного санатория, название которого в 2012 г. изменилось с НУЗО Соляная шахта «Величка» Подземный лечебно-восстановительный центр на Курорт Соляная шахта «Величка». Новой базой внедрения спелеолечения с 1995 г. становится шахта Бохния Малой Польши, одного из живописных городов в 40 км от Кракова, на краю Висьницко-Липницкого заповедника, являющийся примером уникального исторического города шахтерского типа. Отделение спелеотерапии размещается на глубине 250 м. в пещере «Важин», в пещере «Колдрас» на глубине 212 м. Благодаря большому количеству микроэлементов в воздухе (хлорида натрия, магния и кальция), он полезен в профилактике и лечении аллергии и заболеваний дыхательных путей. Предполагалось, что хлорид натрия оказывает местное противоаллергическое, противовоспалительное действие, положительно влияя на обмен веществ и регуляцию вегетативной нервной системы. Специфический микроклимат шахты Бохния характеризуется бактериологической чистотой, высокой степенью ионизации воздуха, отсутствием грибков, благодаря чему изоляция пациента от неблагоприятных факторов внешней среды создает условия для успеха лечения.

Уникальное санаторное лечение в соляных шахтах Польши привлекло внимание здравоохранения многих стран к внедрению спелеотерапии, росту его популярности, побудило к глубокому изучению. Анализ эффективности лечения в соляных шахтах свидетельствует о потенциальных возможностях метода для достижения терапевтического эффекта, расширения показаний к применению, роста его популярности в других регионах.

Ведущую роль в развитии и становлении спелеотерапии в СССР сыграла Украина. Там было осуществлено внедрение на базе месторождений каменной соли в Солотвино (Закарпатье) и Артемовске Донецкой области. На базе этих месторождений осуществлено внедрена спелеотерапия для пациентов с аллергическими заболеваниями органов дыхания, в значительной мере определившее становление и внедрение метода на постсоветском пространстве. Так, пос. Солотвино с открытием областной аллергологической больницы в 1968 г. стал центром развития спелеотерапии на базе соляной шахты №8, ставшей основой Республиканской аллергологической больницы на 260 пациентов, в т.ч. 90 детей, на базе шахты №9. Введенная первая (1976 г.) и вторая (1980 г.) очередь этой больницы включала комплекс взаимосвязанных сооружений, функционировавших до аварийного затопления 2008 г. Подземное отделение больницы было построено в цельном пласте каменной соли, находящемся обособленно от действующего промышленного горизонта, включающем горные выработки основного и вспомогательного назначения с лечебным отделением на глубине 300м. Микроклимат спелеолечебницы характеризовался стабильными параметрами: температурой воздуха 22-24 °С, относительной влажностью воздуха – 35-40 %, скоростью движения воздуха до 0,2 м/сек., концентрацией натрия-хлорида 2-5 мг/м³ с величиной частиц до 3 мкм (до 80%), содержанием кислорода 20,5 об%, углекислого газа до 0,03 об%, общей микробной обсемененностью 70–150 микробных тел в 1м³ воздуха.

г.Соледар Донецкой области Украины является центром уникального Артемовского месторождения каменной соли, начиная с последней четверти XVII в. Соляные пласты монолитом уходили вглубь на 500 и более метров, оставаясь весьма устойчивыми. На базе государственного предприятия «Артёмсоль», разрабатывающего соль с 1871 г., в соляной шахте №3 в 1993 г. открыт спелеосанато-

рий «Донбасс» с подземным отделением на глубине 288 м на 110 человек. Соль отсюда не имеет аналогов в мире, что обусловлено геологическим возрастом месторождения (230 млн. лет), химическим составом, на 99% состоящем из чистого натрия хлорида с 1-1,5% примесей, не содержащих вредных элементов. Открытый спелеосанаторий «Соляная Симфония» (2007 г.) был предназначен для профилактики, лечения и реабилитации пациентов, страдающих различными заболеваниями бронхолегочной системы, кроме онкологической патологии и туберкулеза.

Румыния располагает месторождением каменной соли, позволившими осуществить применение спелеотерапии в соляных копиях Турда, Прайда, Тыргу-Окна и Сигета. В пяти километрах от румынской Соваты, в графстве Харгита, находится курорт Прайд, известный гигантскими соляными шахтами со времен Римской империи. С 1969 г. он используется как подземный спелеосанаторий для лечения и оздоровления пациентов с заболеваниями легких с пропускной способностью 250 – 300 чел. в возрасте от 2 до 60 лет. Он представлен единой горной выработкой в несколько сот метров, размещенной на глубине 120 метров, с высотой, превышающей 14 м., температурой воздуха 15-16°C, низкой влажностью до 60%, давлением 735-738 мм. рт. ст., высоко ионизированным воздухом с аэрозолями. После сеанса лечения в шахте пациенты могут искупаться в соляном озере, находящемся в 150 м. от входа в шахту, куда пациентов доставляют специальным автобусом.

Соляные копи Турда курорта Трансильвании представлены шахтными выработками Рудольф и Тереза, добыча на которых велась с древних времен, в настоящее время представлена сетью шахт на разной глубине, используемых в качестве объектов туризма и оздоровления. Для спуска в шахту Рудольф пациентов и туристов используют специально обустроенную панорамную лестницу и лифт на глубину 90 м. Шахта Тереза находится на 32 м. глубже, впечатляет внушительными размерами, а по арочному мосту люди могут спускаться к эзотерическому озеру диаметром 87 м. с островом посередине.

Санаторий «Магура» солекопий Тыргу-Окна представлен с 1972 г. подземной лечебницей, размещенной на базе действующей каменно-соляной шахты. Современный наземный санаторный комплекс на 230 мест с 1987 г. позволяет проводить дополнительное не медикаментозное лечение физиотерапевтическими методами в течение 4 час. в дневное время суток.

Спелеолечебница солерудника Сигет (1975 г.) размещается в отработанной шахте на глубине 210 м., представляя необычное двухуровневое сооружение горных выработок Униреа и Михай, являющееся одним из самых больших объектов соляных копей Европы. Имеющиеся в лечебнице Униреа бюсты и скульптуры, выполненные из соляных глыб, придают спелеолечебнице особую изюминку и привлекательность.

Эффективность лечения в спелеосанаториях Румынии обусловлена сочетанным воздействием на организм пациентов комплекса факторов среды на поверхности земли и в подземных лечебницах, за счет чего терапевтическое действие достигается среди 77–90% взрослых больных с различными вариантами БА, хроническим обструктивным бронхитом, полинозами, аллергическим ринитом.

Россия стала первой страной, внедрившей метод спелеотерапии в условиях калийного рудника на базе Верхнекамского месторождения калийных солей Западного Урала. Подземная лечебница первого Березниковского калийного рудника была на 30 коек, функционировала с 1977 г. около 30 лет до аварийного затопления рудника на глубине 280 м. Инициатором ее строительства выступило производственное объединение «Уралкалий», учеными определена совокупность факторов, свидетельствующих о возможности использования ее в медицинских целях.

Особенность подземной лечебницы в Березниках, размещенной в горном массиве околоствольного целика, в непосредственной близости от воздухо-подающего ствола, способствовала успешному решению организационных вопросов. Воздухо-подающий ствол лечебницы был оборудован скиповыми подъемами для выдачи руды на поверхность, а также клетьевым подъемом для спуска в шахту и подъема на поверхность людей. В спелеолечебнице имелось наземное и подземное отделение, размещаемые в толще калийной соли околоствольного целика на расстоянии 200 м от воздухо-подающего ствола. Характеристика спелеосреды имела стабильные параметры: круглогодичную температуру воздуха 15-17°C, его относительную влажность в холодное время года 40-50%, в летнее – 60-70%, атмосферное давление – 752-778 мм. рт. ст., подвижность воздуха до 0,15 м/с, концентрацию соляного аэрозоля 3-5 мг/м³ с размером аэрозольных частиц менее 5 мкм, представленную в основном хлористым натрием (54-76%) и хлористым калием (22-42%), содержанием кислорода и углекислого газа соответственно 20,7 об% и 0,1 об%, микробной обсемененностью 150-210 микробных тел в 1 куб.м. воздуха.

Курс спелеолечения в условиях наземного и подземного стационаров (в вечерне-ночное время суток) составлял 18-23 спуска в шахту. Методика включала проведение в течение 30 дней лечебно-организационных мероприятий для пациентов 18 – 55 лет. Следствием этого становилось улучшение функции внешнего дыхания при неспецифических заболеваниях органов дыхания, положительный эффект достигался у 73-90 % пациентов с отдаленными доказанными результатами эффективности спелеолечения в условиях калийных шахт.

Азербайджан располагает мощными запасами каменной соли в месторождении Дуз-Даг, расположенном в 15 км от г. Нахичевань на базе отработанной горной выработки, где с 1980 г была обустроена спелеолечебница с первоначальной мощностью 100 коек, в настоящее время – их 250, для пациентов с заболеваниями органов дыхания аллергического генеза. В подземных условиях с содержанием хлорида натрия 98% имеется возможность проводить курсовое лечение пациентов всех возрастов, обеспечивающее достижение выраженного терапевтического эффекта для органов дыхания у 65-70% взрослых и у 80-85% детей.

В Киргизии спелеолечебница лечебно-оздоровительного центра Чон-Гуз на 120 мест построена в 1981 г. в специальных соляных копиях, на высоте 2100 м над уровнем моря, вблизи с. Кочкорка (Нарынская область), недалеко от столицы г. Бишкек. Уникальное сочетание природных факторов высокогорья и повышенной концентрации аэроионов в спелеошахтах, куда принимают пациентов от 5 до 65 лет, помогает при ряде заболеваний органов дыхания. Спелеолечебница «Большая Соляная» построена на отработанных горных выработках солерудника в Чуйской долине. Лечебная природная соль «Чон-Гуз» сформировалась в древнем Кочкорском озере около 40 млн. лет назад. Лечебный эффект достигается средой, насыщенной аэроионами соли, улучшающими реологические свойства бронхиальной слизи, способствующими оптимальному функционированию реснитчатого эпителия, оказывающими мукорегулирующим действием, усиливающими дренажную функцию дыхательных путей. Благодаря физико-химическим свойствам, это действие соли осуществляется во всех, в том числе и в труднодоступных, отделах респираторного тракта. Действуя как регидратант, аэроионы уменьшают отек слизистой оболочки бронхов, уменьшают застойные явления в сосудах, оказывают бактерицидное и бактериостатическое действие на микрофлору дыхательных путей, способствуя увеличению их фагоцитарной активности, положительно влияют на иммунные и метаболические процессы. Спелеолечебница «Чон-Гуз» по характеру спелеосреды существенно отличается от подобных подземных лечебниц, что связано с особенностями размещения в высокогорье. Уникален факт стабильности микроклимата подземных палат: полное отсутствие аллергенов, практически стерильность воздуха (3-5 микробных тел на 1 куб.м.), температура воздуха круглогодично 8-10 °С. Использование метода спелеотерапии в условия высокогорья в течение нескольких лет дает хорошие результаты в лечении и реабилитации пациентов с заболеваниями органов дыхания. Эффективность лечения атопических форм БА достигает 92%, а при инфекционно-зависимых формах – до 78%.

Наличие на территории Армении месторождений каменной соли позволило внедрить и активно применять на практике спелеотерапию на базе одной из Аванских соляных шахт на глубине 235 м с 1987 г., где функционирует Республиканский спелеотерапевтический центр.

На территории Узбекистана в 1990 г. была введена в эксплуатацию областная спелеотерапевтическая больница «Ходжайкон», являющаяся базой Республиканского научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации. Она находится на восточном склоне Кугитанского хребта на высоте 700 м вблизи поселка Ак-Таш Шерабадского района Сурхандарьинской обл. Лечебное действие пещеры «Ходжайкон» обусловлено особенностями комплекса факторов ее среды: наличием высокодисперсного многокомпонентного соляного аэрозоля, отрицательных аэроионов в большой концентрации, минимальным загрязнением воздуха, отсутствием аллергенов.

На территории Германии существует сеть из более десяти спелеолечебниц, существующих в отработанных металлорудных шахтах. На базе соляной шахты Берхтесгадена с 1991 г. проводится спелеолечение неспецифических заболеваний органов дыхания, болезней сердечнососудистой системы, пищеварительного тракта, опорно-двигательного аппарата ревматической этиологии, нарушений обмена веществ.

Становление метода спелеотерапии в Республике Беларусь имеет свою историю. Месторождение калийных солей было открыто в 1949 г., получив название Старобинского, особенностью которого является самая большая мощность в Европе с выгодным географическим расположением, благоприятными горно-геологическими и гидрогеологическими условиями залегания калийных солей, перспективными для механизированной выемки полезных ископаемых. Пласты калийных солей залегают горизонтально, имеют мощность в пределах 3-5 м., что способствует успешному освоению месторождения, начавшемуся в 1958 г. со строительства первого калийного комбината в г. Солигорске.

Изучение заболеваемости рабочих калийного производства показало, что у лиц, работающих в условиях среды рудников Солигорского бассейна, не наблюдалось случаев возникновения бронхиальной астмы и туберкулеза легких, низкий уровень заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе гипертонической болезнью горнорабочих. Изучение среды горных выработок и анализ заболеваемости горнорабочих дали основание сделать вывод о формировании двух различных по характеру воздействия на организм человека микроклиматических зон. Специфические факторы подземной среды обладают благоприятным воздействием на организм человека, в связи с чем, комплекс специфических факторов, формирующихся в горных выработках, не связанных с производственным процессом, используется для эффективного лечения и оздоровления методом спелеотерапии [3]. В условиях калийных рудников внедрение спелеотерапии осуществлялось по результатам научных исследований среды горных выработок и проведения комплекса организационных мероприятий (А.С.Богданович, 1978; 1985).

Республиканская больница спелеолечения (РБС) (г. Солигорск), наземный стационар на 250 коек которой был введен в эксплуатацию в 1997 г., включает также филиал «Реабилитационный центр» Зеленый Бор» на 200 детей, подземный спелеокомплекс на глубине 420 м, подготовленный по разработанным для этих условий санитарно-гигиеническим требованиям. Наземный стационар РБС представлен комфортабельным трехэтажным зданием, построенным по специальному проекту в сосновом бору, на берегу экологически чистого водохранилища. Природный ландшафт благоприятствует полноценному отдыху и лечению пациентов. Подземная лечебница – уникальное сооружение с обособленной системой проветривания и собственной микро инфраструктурой, что принципиально отличает ее от всех действующих в настоящее время спелеообъектов на территории Европейского региона.

Специальная сеть воздухоподающей вентиляции подземного комплекса обеспечивает спелеосреду, характеризующуюся в любое время года стабильными параметрами микроклимата. Температура воздуха в течение года постоянная – 14-16 °С, относительная влажность 60-80%, скорость движения воздуха не превышает 0,15 м/сек, барометрическое давление в выработках спелеолечебницы в среднем составляет 786 мм рт.ст. Концентрация соляного аэрозоля 0,15-0,35 мг/м³, величина частиц не превышает 5 мкм, содержание кислорода 20,0 об. % кислорода, углекислого газа 0,1 об. % углекислого газа, вредные газовые примеси не обнаруживаются [6]. Характерным является низкое содержание микрофлоры в воздушной среде подземного спелеокомплекса (150 микробных тел в 1м³ воздуха), с отсутствием аллергенов, высокой ионизацией воздуха с преобладанием лёгких аэроионов отрицательного и положительного зарядов.

Изучение эффективности курсового спелеолечения 3959 пациентов методом анкетирования в 2015г. показало, что в 96 % случаев достигается выраженный терапевтический эффект, в том числе у 95 % страдающих БА, у 96 % пациентов с хроническим бронхитом и 7 % – с поллинозами. После курса спелеолечения 30 % пациентов выписались со значительным улучшением с полным исчезновением или уменьшением признаков заболевания, 66 % – с улучшением, подтвержденным клинико-лабораторными исследованиями [2].

Высокая терапевтическая эффективность спелеолечения на базе подземного спелеокомплекса РБС обусловлена конструктивными особенностями, определяющими качество формирующейся лечебной среды, позволяющий сохранять свойства на протяжении всего периода спелеолечения.

Внимание государства и политика министерства здравоохранения Республики Беларусь к комплексному решению медицинских проблем [4,5] благоприятно для улучшения качества жизни людей, имеющих патологию аллергического генеза и болезни органов дыхания, что отражено в этапах развития метода спелеолечения в Республике Беларусь.

Этапы организации спелеотерапии в Республике Беларусь:

1-этап: становление спелеотерапии в Республике Беларусь связано с освоением и разработкой Старобинского месторождения калийных солей, начатого в 1958 г. со строительства 1-го калийного комбината и г. Солигорска.

2-этап: научного обоснования, когда в 70 – е годы XX века сотрудниками Белорусского научно-исследовательского санитарно-гигиенического института изучены условия формирования подземной среды в горных выработках калийных рудников, ее специфическое влияние на организм человека, легшие в основу научного обоснования спелеотерапии в стране. По результатам проведенных в 1980 г исследований главный аллерголог Министерства здравоохранения БССР, доктор медицинских наук, профессор Скепьян Н.А. обратился в Министерство здравоохранения БССР с предложением использования калийного рудника для лечения в подземных условиях пациентов с бронхолегочной

патологией. Это позволило на практике реализовать создание в стране нового направления в медицине – лечения методом спелеотерапии (этап практического внедрения научных исследований).

Постановлением Совета Министров БССР от 5 февраля 1986 г. № 41 было принято решение о строительстве на базе первого калийного рудника ПО «Беларуськалий» в г. Солигорске спелеобольницы на 120 коек и подземного спелеокомплекса. Первые 33 пациента 5 февраля 1990 г. были приняты на спелеолечение, из них 20 чел. из Минского района, 10 – из г. Минска, 2 – из Могилевской области, 1 – из России, знаменующих начало развития спелеолечения на республиканском уровне.

3-этап: развития метода спелеолечения на республиканском уровне началось с введением в эксплуатацию первого подземного отделения спелеолечения на 60 коек в смену, начавшего прием первых 33 пациентов 5 февраля 1990 г.

В 1990 -1996 гг. спуски в подземное отделение осуществлялись только в вечерне – ночное время по 60 пациентов в смену, в среднем 770 чел/год.

4-этап: организационно-техническое совершенствование метода спелеолечения началось с вводом в эксплуатацию (1997 г.) первого наземного корпуса РБС, когда спуски в подземное отделение были организованы в дневное и вечерне-ночное время, позволившее без значительных финансовых затрат увеличить пропускную способность в 2 раза, составив в среднем 1620 чел/год.

5-этап: совершенствование ориентированного на практику метода спелеотерапии. Согласно Указу Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко от 11 августа 2011 г. № 356 «О некоторых вопросах строительства спального корпуса № 2 и реконструкции спелеолечебницы государственного учреждения «Республиканская больница спелеолечения» в 2012 г. введен в эксплуатацию спальный корпус №2 на 120 мест, второе подземное отделение. Это знаменовало реализацию полной доступности метода для профильных пациентов, благодаря государственному подходу и комплексному решению научных проблем. Доступность спелеотерапии возросла благодаря созданию 250 коек, обеспечив нуждающихся в лечении без очереди граждан Республики Беларусь.

За 2012 -2014 гг. пролечено 11 2687 пациентов, из них пациенты 18 – 60 лет – 8051 (71,4%), старше 60 лет – 1789 (15,9%), дети 1428 (12,7%), что свидетельствует о широком возрастном диапазоне охвата спелеолечением более 42 тысяч пациентов за период деятельности РБС.

С января 2013 г. к РБС присоединен филиал «Реабилитационный центр «Зеленый бор», что улучшило доступность, охват и качество медицинской помощи пациентам. За 2013 – 2014 гг. в РБС пролечено 6096 детей, в том числе 5197 детей в филиале «Зеленый бор», в среднем 2960 детей/год, что соответствует этапу совершенствования ориентированного на практику научного метода спелеотерапии.

6-этап: реализации полной доступности метода спелеотерапии для профильных пациентов на основе научного комплексного подхода. С 2000 г. в РБС осуществлено внедрение 3-х недельных курсов спелеотерапии со средней длительностью лечения 18 койко/дней, позволяющему без снижения терапевтического эффекта увеличить число курсов с 13 до 17 в год, увеличив пропускную способность и охват спелеолечением нуждающихся пациентов. В это время на базе РБС были проведены научные исследования с целью изучения различных методик лечения и режимов спелеотерапии с учетом характеристики слоя (галитовый, сильвинитовый) и длительности курса. После окончания курса спелеолечения у пациентов констатировано достоверное увеличение показателей функции внешнего дыхания (ФВД). По данным (Лаптева Е.А.) статистически значимый прирост показателя ОФВ1 (объем форсированного выдоха за первую секунду) у пациентов с контролируемой БА, преимущественно аллергической формы отмечен к концу 2-ой недели спелеовоздействия и составил $19,3 \pm 8,4\%$. В последующие дни достоверного увеличения показателей не наблюдалось.

При частично контролируемом течении БА показатели ФВД нарастали более медленно. У пациентов с контролируемой смешанной формой БА и ХОБЛ статистически значимое увеличение основного показателя ОФВ1 отмечалось к концу 3-ей недели спелеолечения, составляя $11,9 \pm 4,4\%$ и $16,7 \pm 4,7\%$ соответственно.

Формирующаяся спелеосреда характерна для условий калийного рудника (сильвинит, «красная» соль), так и для каменно-соляной шахты (галит, «белая» соль), позволяющих существенно повысить потенциальные возможности спелеотерапии в достижении у пациентов более выраженного лечебного и оздоровительного эффекта с аллергической патологией. С учетом накопленных данных по эффективности спелеолечения, проводимого на базе уникального подземного спелеокомплекса и научно обоснованных режимов длительности спелеотерапии с 2012 г. в РБС, наряду с 3-х недельными курсами, обрабатываются и внедряются курсы спелеолечения длительностью не менее 12 койко/дней.

Анализ некоторых показателей гуморального иммунитета выявил существенную динамику. У пациентов с аллергической формой БА наблюдалось значимое снижение уровней Ig A, M, G к концу 2-й недели спелеолечения, а у пациентов со смешанной формой БА и ХОБЛ снижение уровней основных классов Ig произошло к концу 3-й недели спелеолечения, означающее снижение аллергического компонента в этиопатогенезе. Дифференциация режимов спелеотерапии учитывает не только длительность курса, его кратность, продолжительность одного сеанса (дневные, вечерне – ночные спуски в подземное отделение), характеристику слоя (галитовый или сильвинитовый) (табл. 1).

Таблица 1

Дифференцированные режимы спелеотерапии в зависимости от нозологической формы и тяжести течения БА и ХОБЛ

Нозология	Слой Сильвинит/ Галит	1 сеанс, час	Время суток	Интенсив- ность раз/ сут.	Курс, дней	Кратность, раз/год
БА, аллерг. Контр.	Сильвинит	До 6	День	1	До 14	1
БА, аллерг. част. контр.	Сильвинит Галит	До 12	День, ночь	1	До 14–18	1
БА, смеш. контр., част. контр.	Сильвинит Галит	До 6–12	День, ночь	1	До 18	1
ХОБЛ I	Сильвинит Галит	До 12	День, ночь	1	До 18–28	1
ХОБЛ II	Галит	До 12	День, ночь	1	До 28	1

Изучение и оценка эффективности спелеотерапии у пациентов выявили индивидуальные реакции организма больных, связанные с особенностями химического состава горного массива. Так, пребывание в условиях среды каменно-соляного пласта (галита) более эффективным оказалось у пациентов с ХОБЛ и неаллергической формой БА. У пациентов с преимущественно аллергической формой астмы и аллергическими ринитами оптимальный терапевтический эффект достигался при лечении в калийных пластах [6].

В 1990-2015 гг. в РБС пролечено всего 43000 пациентов, из них 36421 (84,7%) пациентов в возрасте 18 – 60 лет, т.е. наиболее трудоспособное население, а также более 10000 детей.

Установлена высокая терапевтическая эффективность спелеотерапии в РБС за 1990-2015 гг., поскольку к концу лечения в среднем в 97,3% случаев отмечается улучшение самочувствия: у 35% пациентов – значительное, у 62,3% – умеренное улучшение, подтвержденное комплексными клинико-лабораторными и социологическими методами [7]. В течение года после курса спелеотерапии ремиссия сохраняется в среднем 7,0±0,4 месяцев, повторные курсы дают длительные и устойчивые ремиссии до 2,5 – 3 лет.

Непосредственные результаты лечения оценивались на основании анализа динамики жалоб пациента, данных объективного осмотра, показателей функции внешнего дыхания (по результатам спирографии, пикфлоуметрии).

Критериями оценки эффективности лечения БА, ХОБЛ, хронических полипозных риносинуситов являлись:

- *уменьшение частоты (или полное прекращение) приступов удушья;
- *ослабление (или прекращение) кашля;
- *улучшение отхождения мокроты;
- *уменьшение (исчезновение) одышки; улучшение или нормализация показателей ФВД;
- *повышение толерантности к физическим нагрузкам;
- *снижение лекарственной нагрузки (уменьшение частоты использования быстро действующих β2 – агонистов);
- *при хорошем контроле БА – уменьшение объема базисной противовоспалительной терапии, подтвержденной исследованиями [7,8].

Высокая эффективность спелеолечения способствовала росту потребности в методе, формированию очередности на лечение данным видом помощи. О высокой эффективности уникального метода лечения свидетельствует высокий процент (до 50%) повторно пролечиваемых пациентов в подземном спелеокомплексе РБС [3].

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2012 г. потребность населе-

ния в спелеотерапии по регионам Республики Беларусь составила более 37 тыс. нуждающихся, в т. ч. около 12 тыс. детей. На данную проблему было обращено внимание Главы государства, поэтому 2012 г. в истории РБС ознаменовался посещением Главой государства наземного и подземного отделения учреждения.

Организация спелеолечения детей в Республике Беларусь обеспечена особым вниманием, находящимся в русле медицинских традиций [4] и поддерживаемая государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность в Республике Беларусь» на 2016-2020 годы».

За 1990-2011 гг. пролечено 5311 детей, в среднем 442,6 ребенка в год, однако потребность в спелеолечении составляет более 10 тыс. детей, по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь (2012 г.). С присоединением филиала «Реабилитационный центр «Зеленый бор» коечная мощность РБС составила 450 коек, в том числе 200 коек детских филиала.

Филиал «Реабилитационный центр «Зеленый Бор» РБС является круглогодичным отделением для детей 6-18 лет, спелеолечение осуществляют для организованных групп в сопровождении медицинских работников, воспитателей, горного мастера, на строго определенное время пребывания – с 9.00 до 12.00. В это время они занимаются дыхательной гимнастикой, им организованы спортивные занятия (теннис, бадминтон, баскетбол, волейбол), интеллектуально-познавательные игры. Количество спелеосеансов на одного ребенка в среднем составляет 12 спусков на курс, что на современном этапе обеспечивает полную загрузку подземных отделений, работающих в три смены: в утреннее время – дети филиала «Зеленый бор»; в дневное и вечерне – ночное время – пациенты РБС. Число пролеченных спелеотерапией детей увеличилось более чем в 5 раз. За 2013-2015 гг. в РБС пролечено 8096 детей, в т. ч. 7197 детей в филиале «Зеленый бор», в среднем 2698 детей/год, что в 6 раз увеличило доступность этого вида лечения для детей, свидетельствует о выполнении социальных обязательств в области охраны материнства и детства [4,5].

Учитывая социальную ориентированность политики белорусского государства на обеспечение доступности, качества медицинской помощи с приоритетом материнству и детству [5], перспективным в развитии спелеотерапии в Республике Беларусь представляется следующее.

Увеличение охвата спелеолечением нуждающихся в данном виде медицинских услуг пациентов наиболее трудоспособного возраста произошло за счет комплексного организационного подхода к расширению коечного фонда, совершенствованию преемственности и научно обоснованного расширения клинических показаний.

Рост охвата спелеолечением детей моложе 10 лет с использованием наземной формы лечения обусловлен тем, что эти пациенты по технике безопасности в шахту не допускаются, так как подземные условия создают ряд трудностей для лечения больных младшего возраста, что связано с невозможностью выполнения маленькими детьми правил техники безопасности в подземных условиях действующего рудника. Наиболее приемлемым для них является применение искусственных аналогов спелеотерапии в виде галокамер и спелеоклиматических камер с основным действующим фактором – высокодисперсным аэрозолем хлорида натрия, образующегося путем естественной диффузии из соляных стен и (или) посредством специальной аппаратуры (галогенератора).

Перспективно дальнейшее научное сопровождение метода, находящегося в русле мировых тенденций доказательной медицины, изучение и отработка эффективности вариантов продолжительности спелеопроцедур, длительности курса с учетом клинической картины, исхода реабилитации, прогноза для качества жизни и медико-экономических показателей.

Появилась новая форма привития культуры здоровья через оздоровление пациентов посредством научно обоснованного расширения перечня медицинских показаний к спелеолечению, в частности, заболеваний полости носа и околоносовых пазух (хронические полипозные риносинуситы), болезней периферической нервной системы и кожи (псориаз, нейродермит, атопический дерматит).

Заключение

Закономерности становления спелеотерапии на основе мировых и отечественных исследований позволили выявить ряд факторов, влияющих на качество лечения данным методом. В развитии метода спелеотерапии учтены особенности, обусловленные близкими географическими и биоклиматическими условиями в странах Европейского региона. Состояние и ресурсы применения метода спелеотерапии, научно обоснованное расширение показаний для лечения заболеваний БА, ХОБЛ, полипозными риносинуситами становится примером влияния на качество жизни пациентов с данной патологией с помощью государственного комплексного подхода.

Принципиальными отличиями спелеотерапии в РБС от действующих спелеообъектов на территории ряда европейских государств являются специальная сеть вентиляции, стабильность параме-

тров воздушной среды по влажности, скорости движения воздуха, низкому содержанию микрофлоры, уникальности физико-химических и лечебных свойств.

Установленные отличия влияния геолого-минерального состава горного массива, конструктивных особенностей объектов спелеотерапии на клиническое воздействие спелеопроцедур при БА, ХОБЛ и полипозных риносинуситах позволяют считать метод спелеотерапии, осуществляемый на территории РБС, уникальным для европейской территории.

Обоснованная потребность в спелеотерапии для взрослых и детей, расширение возрастного диапазона пациентов, нуждающихся в применении метода, являются серьезным научным доказательством для комплексного решения медицинских проблем. Этому будут способствовать дальнейшие организационные решения и применение новых методов обучения медицинских сестер [9], влияющих на повышение качества и доступности медицинской помощи людям, имеющим патологию аллергического генеза и болезни органов дыхания не только в Республике Беларусь, но и за ее пределами.

Список литературы

1. Делендик, Р. И. Спелеотерапия в комплексном лечении и профилактике рецидивов у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, сочетанным с бронхиальной астмой: современный взгляд на проблему / Р. И. Делендик, П. А. Левченко, Н. Н. Дубовик // Здоровье нации – XXI век: материалы XVIII Междунар. конф., 26.04–3.05.2014 г., Брюссель, Бельгия. Пермь, 2014. С. 58–61.

2. Делендик, Р.И. Спелеотерапия в лечении заболеваний органов дыхания: опыт применения /Р.И. Делендик [и др.]. //Материалы Республиканской науч.- практ. конф. с международным участием молодых ученых «Минский консилиум», 2014. С.55-58.

3. Делендик, Р.И. Перспективы применения спелеолечения в противорецидивном лечении хронических полипозных риносинуситов /Р.И. Делендик [и др.] // Медицинский журнал. 2014. №3. С.10-14.

4. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И. Жарко [и др.]. Минск: Минсктиппроект, 2012. 320 с.

5. Здоровье 2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс] / Европ. регион. бюро ВОЗ, Европ. регион. комитет, 62-я сессия, Мальта, 10–13 сент. 2012 г. – Режим доступа: http://www.ndpchs.org//documents/3239/NCD_5_6_3-Info_2_rus__Health_2020_WHO-EURO_short.pdf

6. Делендик, Р. И. Оценка состояния микробной флоры у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом при применении спелеотерапии /Р. И. Делендик, П. А. Левченко // XXIV Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. науч. тр. / под ред. акад. А. Г. Чучалина, 14–17.10.2014. М., 2014. С. 448–449.

7. Ильницкий А.Н. Критерии медицинской реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических условиях: дисс. ... канд. мед. наук. Мн.: МАПО, 2000. 162с.

8. Самушия К.А. Технология медицинской реабилитации на амбулаторном этапе: метод. рекомендации / БелГИУВ Минск, 1998. 67 с.

Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/mediko-sotsialnye-aspekty-profilaktiki-osteoartroza-u-lits-pozhilogo-vozrasta#ixzz3yYsMjMF>

9. Матвейчик Т.В., Тищенко Е.М. Теория сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. Минск: Вышэйшая школа, 2016. 366с.

Сведения об авторах:

Делендик Ростислав Иванович – заведующий, врач высшей квалификационной категории «Реабилитационный центр Зеленый бор» ГУ «Республиканская больница спелеолечения». E-mail: medrost@mail.ru; моб.тел. (+375 29) 145 37 38.

Матвейчик Татьяна Владимировна – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», к.м.н. E-mail: matveichik51@rambler.ru; моб. тел.(+375 29) 502 93 54; раб. тел. .(+375 17) 331 44 82.

Брылева Ирина Михайловна – ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», раб. тел. .(+375 17) 292 62 51.

Ермолина Т.А., Калинин А.Г., Мартынова Н.А.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПОМОЩЬЮ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

Резюме

В статье представлен способ математической интерпретации иммунологических показателей крови. В исследовании использовалась комплексная оценка возможности развития заболеваний не только на основе качественных данных, напрямую связанных с гендерными признаками и профессиональной деятельностью (профессия, профиль отделения, работа с аппаратурой), но и количественных данных – возраст, стаж работы, иммунологические показатели, отражающие уровень иммунной защиты обследуемых. Проведен анализ многомерных данных, который позволил выявить иммунологические симптомы как предикторы хронических неинфекционных заболеваний. Риск возникновения хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников в наибольшей степени зависит от воздействия на них производственных факторов. Выявление иммунологического симптома у медицинского работника при проведении профилактических осмотров следует рассматривать как предрасположенность или возможное наличие хронического неинфекционного заболевания с последующей разработкой комплекса диагностических и лечебных мероприятий.

Ключевые слова: медицинские работники, хронические неинфекционные заболевания, иммунологические показатели, моделирование, производственные факторы, кластерный анализ.

Введение

Оценка состояния здоровья человека обычно осуществляется с целью исключения или выявления хронических заболеваний. Обычно оценивается динамика изменения состояния здоровья за определенный промежуток времени, что также является отражением динамики течения хронического заболевания. Состояние здоровья человека оценивается при введении ряда ограничений для некоторых профессий, т.е. при проведении целевых медицинских осмотров для исключения хронических заболеваний, препятствующих возможности работы по данной профессии [1].

По нашему мнению, оценку состояния здоровья необходимо проводить не на стадии выявления уже клинически развившегося хронического заболевания, а на начальной стадии болезни. Такой подход целесообразен в связи с тем, что начальные расстройства обратимы, а комплекс своевременно проведенных профилактических и лечебных мероприятий может предотвратить развитие хронического заболевания.

В настоящее время в медико-биологических исследованиях стало широко использоваться математическое моделирование [2]. Модельный подход во многом позволяет систематизировать направления научных исследований и прогнозировать воздействие на биологические показатели многих, в том числе и производственных факторов [3,4,5].

Цель исследования: выявление зависимости наличия хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников от набора факторов, связанных с их индивидуальными особенностями: полом, возрастом, стажем работы, профессией для ранней диагностики хронических неинфекционных заболеваний.

Материалы и методы исследования

Было проведено углубленное медицинское обследование 96 медицинских работников для выявления возможных латентно текущих хронических неинфекционных заболеваний, которые могли явиться причиной изменения состояния здоровья. Исследование проведено на базе ФГБУЗ “Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко федерального медико-биологического агентства”.

В настоящее время в медико-биологических исследованиях стало широко использоваться математическое моделирование [4]. Модельный подход во многом позволяет систематизировать направления научных исследований и прогнозировать воздействие на биологические показатели многих, в том числе и производственных факторов [5, 6].

С целью выявления наиболее важных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья медицинских работников, нами был проведен анализ многомерных данных с использованием программы SPSS (Statistical Package for the Social Science). В исследовании использовалась комплексная оценка возможности развития заболеваний не только на основе качественных данных, напрямую связанных с гендерными признаками и профессиональной деятельностью (профессия, профиль от-

деления, работа с аппаратурой), но и количественных данных – возраст, стаж работы, иммунологические показатели, отражающие здоровье обследуемых.

Результаты и их обсуждение

Распределение выявленных нозологических форм хронических неинфекционных заболеваний представлено на рисунке 1.

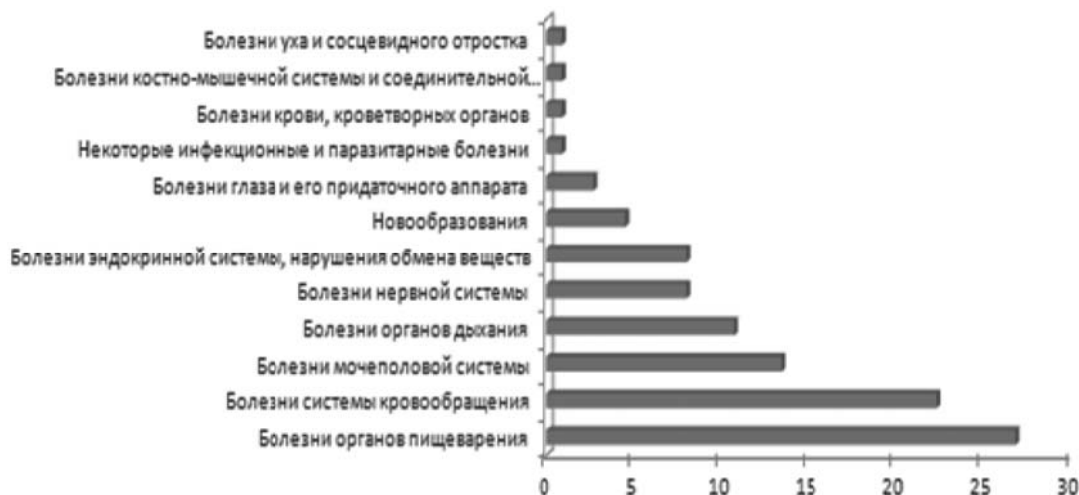


Рис. 1. Распределение хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников по нозологическим формам, абс.

Были построены регрессионные модели: бинарная логит-модель и модель множественного выбора, позволяющая решить вопрос о вероятности возникновения конкретной группы заболеваний у медицинских работников [2].

Определив параметры модели, получили, что работа в отделе лучевой диагностики повышает вероятность заболеваний до 47,4 %, что значительно выше, чем, например, у сотрудников хирургического отделения (1,1%) (рисунок 2).

Если сотрудник работает врачом, вероятность заболевания у него увеличивается на 14,6 %, в то время как вероятность заболевания у среднего медицинского персонала составляет 1,1 %, при этом вероятность заболевания у женщин примерно в 2,8 раза выше, чем у мужчин.

В то же время не выявлено существенного влияния на возникновение заболеваний таких факторов, как возраст, стаж работы и работа с аппаратурой. Так, с возрастом, (согласно модели), вероятность заболеть повышается на 0,1 % при увеличении возраста на 1 год.

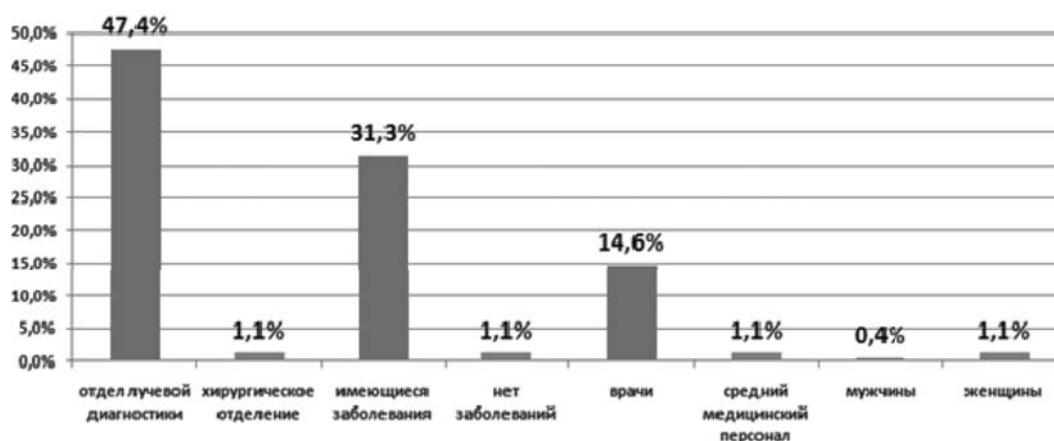


Рис. 2. Вероятность возникновения хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников с учётом различных факторов (%).

Таким образом, наибольшее влияние на вероятность возникновения хронического неинфекционного заболевания у медицинских работников в убывающем порядке оказывают следующие факторы: профильность отделения, наличие заболеваний, категория работника, гендерные признаки.

Набор производственных факторов, действующих на медицинских работников, безусловно, зависит от профессиональной принадлежности. Следовательно, и вероятность возникновения хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников по полученным данным зависит в первую очередь от воздействия производственных факторов.

Выводы

1. Распределение выявленных нозологических форм хронических неинфекционных заболеваний указывает на преобладание болезней органов пищеварения и сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Риск возникновения хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников зависит от воздействия на них производственных факторов.
3. В плане профилактики следует обратить внимание на улучшение условий труда и устранение производственных факторов риска, на использование лабораторной диагностики латентных форм хронических неинфекционных заболеваний, на своевременную качественную диагностику и лечение производственно обусловленной патологии.

Список литературы

1. Калужский А.Д. О необходимости и возможности количественной оценки уровня здоровья человека / А.Д. Калужский // Врач и информ. технологии. 2009. № 5. С. 49–55.
2. Многомерный статистический анализ в экономических задачах: компьютерное моделирование в SPSS: Учеб. пособие / Под ред. И.В. Орловой. М.: Вузовский учебник, 2009. 310 с.
3. Тихомиров Н.П. Учебник по дисциплине “Эконометрика” / Н.П. Тихомиров, Е.Ю. Дорохина. М.: Изд-во Рос. экон. акад., 2002. 640 с.
4. Токмачев М.С. Здоровье населения региона: модели и управление / М. С. Токмачев // Проблемы управления. 2010. № 6. С. 45–52.
5. Фаткуллина И.Б. Дискриминантный анализ как метод проведения дифференциальной диагностики артериальной гипертензии при беременности / И. Б. Фаткуллина, Н. В. Протопопова, И. М. Михалевич // Вестн. новых мед. технологий. 2011. № 1. С. 134–135.

Сведения об авторах:

Ермолина Татьяна Анатольевна – доцент, кандидат биологических наук. Северный (Арктический) федеральный университет имени М. В. Ломоносова, г. Архангельск, кафедра биотехнологии и биотехнических систем.

Эл. адрес: bmt@narfu.ru тел. +7-911-574-72-09.

Калинин Алексей Генрихович – профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, доктор медицинских наук. Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск.

Эл. адрес: kalinin@dvinaland.ru тел. +7-921-297-9167

Мартынова Наталья Алексеевна – профессор, доктор медицинских наук. Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск. Кафедра анатомии и оперативной хирургии.

Эл. адрес: mativala@mail.ru тел. +7-921-487-5008

Игнатова О.А., Дьячкова М.Г.

ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ КАК ИНТЕГРАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ КАТЕГОРИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме

В обзоре представлены методологические основы изучения здоровья подростков, отражены основные тенденции заболеваемости, инвалидности и смертности в подростковом возрасте, дана характеристика физического развития и физической подготовленности современных подростков, подробно описаны факторы риска, влияющие на формирование здоровья подростков, проживающих в условиях Севера.

Ключевые слова: здоровье подростков, инвалидность, смертность, заболеваемость, социальные факторы риска

Введение

Состояние здоровья и развитие общества во многом определяются уровнем популяционного

здоровья подростков, которые оказывают значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал [13]. Подростковый (12-17 лет) и юношеский (18-21 год) периоды являются важными периодами жизни человека, когда происходит интенсивный рост, формирование морфофизиологических и психологических функций, становление личности [12, 20, 75, 93]. Именно в эти периоды молодой организм наиболее уязвим и восприимчив к факторам внешней среды, что ведет к росту заболеваемости. Это обуславливает необходимость эффективной медико-социальной реабилитации и лечебно-профилактической помощи в подростковом и юношеском периоде [79, 82].

В последние годы негативные тенденции в состоянии здоровья подростков и молодежи приобрели устойчивый характер и стали ещё более очевидными. Эти негативные тенденции обосновали возникновение нового раздела педиатрии – подростковой педиатрии, которая занимается мониторингом показателей здоровья детей подросткового возраста, снижением частоты обострений заболеваний, предупреждением формирования хронической патологии и инвалидности [27].

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о росте общей и хронической заболеваемости, у подростков [7, 11, 48, 55, 63, 68]. В резолюции XIV Конгресса педиатров России (2010) отмечено, что если заболеваемость детей в возрасте до 14 лет с 2000 г. увеличилась на 8,5%, то среди детей в возрасте 15-17 лет ее рост составил 69,5%. Ежегодно увеличивается число подростков, имеющих сочетанную патологию.

В структуре заболеваемости значительную долю занимают социально обусловленные болезни, такие как наркомания, токсикомания, СПИД, алкоголизм, туберкулез [13, 48]. Практически каждый подросток имеет определенную вероятность риска заболеваний, проявление которых зависит от комплекса различных факторов: биологических, социально-гигиенических, а также образа жизни, медицинской активности семьи. Каждый из этих факторов имеет свой вес в формировании здоровья и зависит от степени самосохранительного поведения и образа жизни подростка [1, 44, 59, 61, 81].

Территория Архангельской области в силу своих климатических условий, труднодоступности, своеобразия традиций коренного населения требуют особого внимания и комплексного исследования во всех областях жизни и деятельности. Условия Севера создают для растущего организма дополнительные сложности: климатические и экологические условия оказывают существенное влияние на процессы роста организма, способствуют развитию дезадаптивных реакций, снижению резервных гомеостатических механизмов и, таким образом, ведут к росту заболеваемости [30, 53].

В современных условиях социальный градиент определяет особенности формирования здоровья, фактически закладывает и предопределяет тенденции здоровья и качества жизни будущих поколений. Сохранение и улучшение здоровья подростков напрямую связаны с социально-гигиеническими условиями жизни, качеством и режимом питания, условиями воспитания в образовательных учреждениях. Своевременная коррекция факторов риска, определяющих адекватный уровень развития организма ребенка и подростка, способствует предотвращению формирования отклонений в состоянии здоровья [30].

Низкий уровень самосохранительного поведения, неэффективность традиционной превентивной работы диктуют необходимость разработки системы мероприятий по оптимизации профилактической работы среди подростков и молодежи с привлечением высококвалифицированных специалистов – медиков, психологов и социальных работников, что поможет проводить качественное медицинское наблюдение и эффективные профилактические мероприятия по воспитанию здоровых членов общества и позволит медицинским учреждениям стать центрами здоровья подрастающего поколения.

Материалы и методы: анализ литературы проведен путем метаанализа источников, размещенных в национальной библиографической базе данных научного цитирования РИНЦ, научной электронной библиотеке открытого доступа КиберЛенинка.

Методологические аспекты изучения здоровья подростков

Уровень состояния здоровья подростков и молодежи играет особую роль в изучении здоровья населения, т.к. не только является результатом воздействия многообразия природных, социально-экономических и медико-организационных факторов, но и косвенным путем отражает здоровье родителей. Предупреждение и снижение заболеваемости взрослого населения во многом зависит от особенностей индивидуального развития человека в подростковом и юношеском возрасте.

Определение «здоровья» у детей, по мнению И.М. Воронцова отличается от определения «здоровья» взрослых, так как включает характеристику самого главного для детей – процесса роста и

развития [22]. Именно этот процесс определяет основу детского здоровья и, как следствие, здоровья взрослого в будущем. Подростки – особая медико-социальная группа, в которую входят лица в возрасте с 10-12 лет (до первых признаков полового созревания) и до 17-18 лет, т.е. до момента завершения полового созревания.

В 1974 г. международные эксперты ВОЗ определили подростковый возраст как период, в ходе которого:

- завершается половое созревание (от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости);
- детские психологические процессы сменяются поведением, характерным для взрослых;
- полная социально-экономическая зависимость от взрослых постепенно сменяется относительной социальной независимостью.

Сегодня глубокое изучение биологии здоровья ребенка неотделимо от познания его социальной сущности, тех общественных условий, в которых протекает его разнообразная жизнь и деятельность. Термин «здоровье», с увеличением возраста ребенка, обрастая отношениями общественного характера, наполняется новым содержанием. Значение социальных условий и их влияние на здоровье детей трудно переоценить, поэтому рассмотрение здоровья с позиции влияния социальной составляющей занимает сегодня ведущее место [46, 51, 82].

Представления адаптации и дезадаптации у детей также несколько отличны от аналогичных представлений у взрослых. Возможности адаптации у ребенка намного выше, чем у взрослого, однако, злоупотребление ими может привести к срыву адаптационных механизмов и развитию заболевания. При изучении процесса адаптации необходимо помнить о понятии «адаптирующего развития» [37]. Сущность данного понятия сводится к развитию избирательного адаптационного приспособления в одной из систем организма под воздействием мощного фактора внешней среды, которое может привести к замедлению развития в других системах и нарушит их нормальную адаптацию. Этот процесс называется гетерохронизацией развития и занимает важное место в характеристике здоровья детей.

Говоря о процессах адаптации, нельзя забывать о существовании пограничных состояний, которые свойственны лишь детскому возрасту. Пограничные состояния – это транзиторные нарушения самочувствия, связанные с закономерными для возрастного развития кризисами дисгармонизации и дисхронии в процессе созревания различных систем детского организма (вегетососудистые дистонии у детей подросткового возраста, связанные с интенсивным вытягиванием в данный возрастной период и т.д.) [3, 58]. Пограничные состояния в сочетании с социальными и медико-биологическими факторами риска, нарушениями режимных моментов и наличием интенсивных физических нагрузок, несоответствующих возрастному периоду развития, также могут вызвать срыв адаптационных механизмов и привести к болезни [17, 79].

Таким образом, изучение здоровья подростка имеет существенную специфику, заключающуюся в том, что самооценка здоровья и его реальное состояние связаны у подростка не столько с фактическими заболеваниями, сколько с жизненными обстоятельствами – взаимоотношениями с родителями, сверстниками, гормональной перестройкой организма, удовлетворенностью жизнью, а также с социокультурными нормами общества [26, 34, 38, 39, 66, 67]. Рассмотрение здоровья подростка с позиции психологического благополучия, социальной идентификации и адаптации к требованиям общества позволит педиатрам познать объективные биологические законы, найти способы управления ими, создав такие условия (социальные и природные), при которых можно предупредить или ограничить разрушительное влияние факторов риска на здоровье подростков.

Тенденции заболеваемости, инвалидности и смертности в подростковом возрасте

Уровень заболеваемости по обращаемости в поликлинику и распространенность хронических болезней являются основными показателями здоровья подростков. В резолюции XIV Конгресса педиатров России (2010) было отмечено, что если заболеваемость детей в возрасте до 14 лет с 2000 г. увеличилась на 8,5%, то среди детей в возрасте 15-17 лет ее рост составил 69,5%. Среди детей всех возрастов отмечается преимущественный рост хронической патологии, доля которой в структуре всех нарушений здоровья в настоящее время превышает 30% [7].

За последние 10 лет общая заболеваемость среди детей старшего подросткового возраста (15-17 лет) увеличилась на 37,5%. Рост заболеваемости произошел в основном за счет болезней органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы, системы пищеварения, нервной системы, травм и отравлений (в структуре заболеваемости подростков на их долю приходится 80%) [13]. Частота вновь выявленных случаев болезни за период с 2001 по 2010 гг. среди подростков

выросла более чем в 1,5 раза, самыми высокими темпами увеличивалась частота новых случаев новообразований, болезней нервной системы и крови. Отмечен рост болезней системы кровообращения у подростков на 85,5% [10, 13].

В структуре общей заболеваемости подростков на первых ранговых местах находятся болезни органов пищеварения, глаза, костно-мышечной системы, травмы и отравления, с 2010г. болезни глаза переместились на первое ранговое место. Установлено достоверное повышение заболеваемости активным туберкулезом у подростков в возрасте 15-17 лет, она в 2,8 раза превышает заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет [10].

Отмечаются негативные тенденции в состоянии репродуктивного здоровья детей и подростков, которое в современных условиях обусловлено быстрым половым созреванием, ранним началом половой жизни, и осложняется рядом поведенческих факторов негативного характера, что приводит к связанным с этими факторами проблемам (подростковая беременность, роды, инфекции, передаваемые половым путем) [10, 13, 19, 33].

В период интенсивного роста и полового созревания наблюдается повышенная чувствительность к действию медико-биологических и социальных факторов. При этом факторы, не вызывающие ранее патологических изменений, начинают играть патогенную роль. Из биологических факторов ведущее место занимает инфекционная патология (хронический тонзиллит, гепатит, ревматизм, пиелонефрит, ветряная оспа, герпетическая, цитомегаловирусная, хламидийная инфекции, краснуха, эпидпаротит). Среди социальных факторов риска наибольшее влияние на репродуктивное здоровье школьников оказывают нерегулярность питания, неудачный брачный союз родителей, низкое материальное благосостояние, плохие условия проживания, неполная или многодетная семья, мигрирующие семьи, низкий уровень санитарной культуры семьи, «нездоровый» образ жизни родителей и ребенка, низкий образовательный уровень родителей, ослабление установок подростков на создание семьи и деторождение [13, 19, 57].

Следует отметить, что данные официальной статистики не позволяют достоверно оценить истинную распространенность заболеваний, т.к. в поле зрения попадают только случаи обращения за медицинской помощью [13, 28]. Так, по данным А.А. Баранова и соавт. (2012) исчерпанная заболеваемость подростков как минимум в 2 раза выше, чем по данным официальной статистики по обращаемости. Недоучет существует в отношении всей патологии, но хуже всего обстоит дело с болезнями нервной системы (недоучет в 3,5 раза), новообразованиями (недоучет в 3 раза), врожденными аномалиями (недоучет в 2,8 раза), болезнями глаза (в 2,5 раза), органов дыхания (в 2,5 раза). Необходимо принимать во внимание и специфику территорий, особенно сельской местности, и с низкой плотностью населения, которая снижает доступность медицинской помощи, в т.ч. качество диагностики заболеваний [55].

Сегодня на формирование хронической патологии у школьников в 80% случаев влияют социальные факторы риска (ухудшение качества питания, качества среды обитания и жизнедеятельности, ухудшение работы или отсутствие системы оздоровительной профилактики) и по прогнозу их влияние будет нарастать [5, 85]. Высокая заболеваемость и наличие хронической патологии ограничивают возможность получения полноценного образования, приводят к ограничению выбора профессий у подростков, к снижению годности юношей к воинской службе и увеличению показателей инвалидизации [7].

Инвалидность детей является важнейшим индикатором здоровья. Уровень инвалидности в подростковом возрасте наряду с заболеваемостью является ведущим показателем, характеризующим, с одной стороны, состояние их здоровья, с другой – положение подростков в стране, уровень развития и эффективности деятельности государственных и негосударственных систем, оказывающих помощь, а также служб, ответственных за проведение политики по предупреждению инвалидности среди подростков [13].

С середины 2000-х годов в Российской Федерации отмечалось снижение как абсолютного числа детей-инвалидов, так и уровня общей детской инвалидности, что совпало с моментом передачи процедуры установления инвалидности в службу медико-социальной экспертизы [10]. По мнению экспертов, недоучет детской инвалидности, по ориентировочным подсчетам, составляет не менее 265-270 тыс. детей. Это является результатом несовершенства нормативных правовых актов по вопросам установления статуса «ребенок-инвалид» [14]. Однако даже на этом фоне распространенность инвалидности в подростковом возрасте за период с 2002 по 2012 г. увеличилась на 38,2%. Доля подростков среди всех детей-инвалидов составляет около 30% и постоянно увеличивается [13].

Структура причин детской и подростковой инвалидности остается неизменной: психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития, на которые приходится от 60 до 70%. Среди соматической патологии наиболее значимыми в формировании инвалидности являются болезни глаз, эндокринной системы (сахарный диабет), уха, костно-мышечной и дыхательной систем [10].

Инвалидизация детского населения влечет за собой как прямые, так и косвенные экономические потери, поэтому ее профилактика должна являться основным стратегическим звеном социальной политики государства в области здравоохранения, а своевременная элиминация неблагоприятных факторов должна стать одной из актуальнейших задач подростковой педиатрии [8, 13].

Детская смертность определяет весомые социально-экономические потери. Несмотря на то, что смертность детей в последние десять лет снижалась, уровни смертности детей различных возрастных групп в России в 2-4 раза выше, чем в экономически развитых странах [4, 9, 83]. Демографические потери в подростковом возрасте сказываются на уровне средней продолжительности жизни, уменьшении числа лиц активного трудоспособного возраста и связанными с этим экономическими потерями государства [8].

За последние 10 лет показатель смертности российских подростков сократился на 35,3%. Вместе с тем в возрастной структуре смертности детского населения подростки продолжают составлять значительную долю (в 2012 г. – 20,3%). Более 70% случаев смерти подростков определяются травмами и отравлениями, на втором ранговом месте остаются новообразования, на третьем – болезни системы кровообращения [13]. Значимый вклад в смертность подростков вносят дорожно-транспортные происшествия, определяющие около трети всех случаев смерти от травм в этом возрасте [10].

Результаты анализа подростковой смертности свидетельствуют о том, что 75% от общего числа смертей можно было предотвратить, поскольку они были обусловлены несчастными случаями (34%) и самоубийствами (30%), злоупотреблением или отравлением психоактивными веществами, алкогольной интоксикацией (5%) [4]. Уровень предотвратимой смертности у юношей в 3 раза выше, чем у девушек [7].

Одна из острейших проблем современной России – уровень суицидов среди подростков, который является самым высоким в Европе [13, 56, 62]. На долю суицидов приходится 26% смертности подростков от внешних причин [10].

Многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что основными факторами, приводящими к подростковой смертности, являются бедность и определяемые ею беспризорность и безнадзорность, наркомания и токсикомания, суицидальное поведение, несчастные случаи и насилие [13, 84, 90].

Физическое развитие и физическая активность подростков

Физическое развитие служит одним из важных показателей здоровья детей и подростков, который отражает индивидуальные половые и конституциональные особенности, различные климато-географические и социально-экономические условия проживания, а также является важнейшей характеристикой адаптационных возможностей. Физическое развитие детей чутко реагирует на влияние различных факторов внутренней и внешней среды [6, 45, 47, 76].

На подростковый возраст приходится пик физического развития, заключительная фаза достижения дефинитивной длины и массы тела [25]. В начале 2000-х годов в физическом развитии детей наблюдался переход процессов акселерации к ретардации, сегодня можно говорить о новом витке активности процессов акселерации, возможным объяснением которой является улучшение условий жизни, питания, медицинского обслуживания [35].

По данным Научного центра здоровья детей РАМН в настоящее время в физическом развитии детей наблюдаются явления «грациализации» телосложения, увеличивается процент школьников, имеющих как дефицит массы тела, так и его избыток, увеличилось количество низкорослых детей в популяции. Повсеместно увеличивается частота дисгармоничного физического развития детей и подростков [25, 35, 69]. По данным Е.С. Богомоловой у современных школьников отмечается замедление темпов формирования вторичных половых признаков и децелерация полового созревания [35]. Малютиной М.А. выявлены различия в физическом и психическом развитии городских и сельских подростков (более высокое развитие у подростков в сельской местности в начале периода полового созревания и их отставание от городских сверстников в последующие годы) [54]. А.В. Гущенко установлены отклонения в физическом развитии у 27% обследованных городских подростков [29].

Следует отметить, что большое количество публикаций по оценке физического развития явля-

ется плохо сопоставимыми в связи с использованием различных методик оценки [18, 47]. Это приводит, в том числе, к росту числа противоречивых данных о влиянии техногенного загрязнения на физическое развитие подростков: одни авторы утверждают, что проживание в экологически неблагоприятном районе снижает массу и длину тела, а другие отмечают повышение длины тела у 13-15 летних детей [45]. А.А. Барановым и В.Р. Кучмой (2013) отмечены различия в результатах обследования детей и подростков городов Москвы и Архангельска: в первом случае выявлены изменения формы тела в сторону лептосомизации, во втором – значения индекса массы тела превышали показатели ровесников предыдущего поколения. Кроме того, у детей и подростков Архангельска установлено статистически достоверное увеличение подкожно-жирового слоя на корпусе и снижение на конечностях за 20 лет, а также более ранние сроки полового созревания [76].

Физическая активность – один из главных факторов здоровья ребенка [42]. Как показали данные научных исследований, 75% школьников страдают гиподинамией, около 50% имеют выраженные отклонения или относятся к пограничной группе [49]. Увеличение интеллектуальной нагрузки на школьников приводит к снижению мышечной деятельности и гиподинамии. Отмечается снижение жизненной емкости легких на 15% и силовых возможностей на 20% [73]. Таким образом, физическое развитие и его гармоничность имеют тесную связь с другими показателями состояния здоровья, условиями воспитания, средой развития и является одним из его главных индикаторов.

Поведенческие факторы здоровья

В основе психического здоровья лежит полноценное развитие и психическое равновесие на всех этапах онтогенеза, поэтому психическое здоровье также является одним из значимых показателей здоровья и входит в его комплексную оценку. Характерной чертой психической деятельности подростка является этапность нервно-психического реагирования. При этом становление личности протекает в несколько стадий, характеризующихся, в том числе и своими внутренними конфликтами.

За последнее десятилетие общая заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения подростков увеличилась на 11,3%. Среди них наиболее частыми являются поведенческие синдромы, непсихотические и невротические расстройства, связанные со стрессом, а также соматоформные нарушения, частота последних возросла на 52,3% [13, 15].

Как одну из медико-социальных проблем следует рассматривать рост пограничной психической патологии. По данным Научного центра здоровья детей, клинически очерченные формы пограничных нарушений встречаются у 10% учащихся образовательных организаций. У 60% подростков определяются предболезненные психические расстройства. Пограничные нарушения различной степени выраженности выявляются у 55,6% старших подростков. Резко увеличилась частота неврозов, до 70% выросло число лиц с акцентированными характерологическими особенностями. Все это повышает риск возникновения девиаций поведения и невротических расстройств фобического и депрессивного типов [15].

В увеличении распространенности психических расстройств и расстройств поведения среди детей и особенно среди подростков большую роль играют социальные (гигиенические условия воспитания, образ жизни семьи и др.) и экономические факторы, резко повысившие психические нагрузки на стрессоустойчивые механизмы детей и подростков [16]. Так, И.С. Цыбульской (2012) отмечен рост непсихотических заболеваний при каждом ухудшении социально-экономической ситуации и напряженности в обществе [78]. Сегодня именно в школе начинают формироваться условия для развития хронического эмоционального стресса [41, 70, 77].

Подростковый возраст – это сложный и противоречивый этап становления личности, сопровождаемый качественными и количественными изменениями в психосексуальной, интеллектуальной и социальной областях [71]. В подростковом возрасте формируются и закрепляются стереотипы поведения, во многом определяющие дальнейший образ жизни подростков, как младшего, так и старшего подросткового возраста.

У части подростков выявляются патологические поведенческие реакции, формирующиеся на основе биологических и социально-психологических предпосылок [74, 89]. В данном периоде формируются новые поведенческие реакции – реакция эмансипации, выраженная тяга к группированию со сверстниками, увлечения (хобби) и гиперсексуальность. В этом возрасте может появляться повышенная аффективность поведения на фоне недостаточной зрелости мышления. Отмеченные особенности являются важными характеристиками процесса созревания психики, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике патологических и непатологических вариантов психического развития. У многих подростков отмечается предрасположенность к проявлению таких

форм девиантности, как склонность к аддикции (18,1% девушек и 35,4% юношей), реализации саморазрушительного поведения (21,9% и 40,0% соответственно), агрессивные тенденции (29,6% и 16,8%) [7].

В последнее десятилетие отмечается резкий рост явлений социальной дезадаптации молодежи, проявляющейся в различного рода девиациях поведения, в том числе правонарушениях, алкоголизации, наркотизации, суицидах [21, 43, 88]. По мнению ряда авторов, в настоящее время институты социализации переживают состояние аномии (от греч. беззаконие – состояние общества, характеризующее дезорганизацией социальных норм, неопределенностью и нестабильностью, а также расхождением между провозглашаемыми обществом целями и доступностью для массы людей законных средств их достижения). Аномия способствует десоциализации личности, потере жизненных ориентиров у подростков, формированию асоциальных типов личности [48].

Несмотря на серьезность сложившейся ситуации со здоровьем, школьники оценивают состояние своего здоровья достаточно оптимистично. При самооценке здоровья от 8,0% до 44,5% подростков считают себя не совсем здоровыми, причем среди девушек меньше лиц с высокими и больше с заниженными оценками по сравнению с юношами. Далеко не все молодые люди считают здоровье одной из главных ценностей жизни, по данным литературы – от 8% до 76% [64, 65, 67, 87].

Учитывая вышеизложенное, можно сказать, что нарушение последовательности процессов развития психических функций, усложняющихся от возраста к возрасту, приводит к срыву адаптационных механизмов, реакциям расторможения и как следствие картине нарушения психического развития в подростковом возрасте. Данные процессы усугубляются под влиянием биологических и социальных факторов риска и в связи с отсутствием у подростков самосохранительного поведения.

Социальный градиент (социальная составляющая) в комплексной оценке здоровья подростков

Определяя современные особенности формирования здоровья подростков, многие авторы считают, что социальный градиент фактически закладывает и предопределяет тенденции и качество здоровья будущего населения страны [86]. Социализация, т.е. способность воспринимать и усваивать информацию, является одной из основных граней здоровья подростка [32].

Отличительной чертой, характеризующей проблемы современных семей, как подчеркивается многими исследователями, является нарастание в них числа факторов риска, которые усугубляются различным экономическим и социальным статусом [91, 92]. Значительно снизились социальная и медицинская активность семей, что, несомненно, сказалось на здоровье ребенка и его социализации [16, 50].

Подростковый возраст занимает особое место в развитии и становлении человека. Он характеризуется наличием двух доминант, одна из которых – социальная – связана с интеграцией подростка во взрослое общество. В подростковом возрасте отмечается бурный рост социальных недугов и социально значимых болезней современности (алкоголизм, токсикомания наркомания), а также болезней, передаваемых половым путем. Уровень первичной заболеваемости наркоманией у подростков в 2,5 раза выше, чем у взрослых [13, 36, 87].

Среди причин, влияющих на здоровье, 21% составляют факторы внутришкольной среды – переуплотненность классов, недостаточное освещение рабочих мест, перегруженность основными и дополнительными занятиями, неблагоприятное психологическое климата школьных коллективов, интенсификация образования на фоне ухудшения социально-экономической и экологической обстановки [70].

В последние годы ведется активный поиск новых методов профилактики девиантного поведения и формирования самосохранительного поведения у подростков [1, 24, 31, 62, 72]. Анализ литературы показал, что на сегодняшний день наиболее эффективными для профилактики патологических форм зависимого поведения являются методики «Позитивного большинства». Одной из форм реализации данной методики являются клиники, дружественные к молодежи, работа которых основана на принципе «равный обучает равного» [40, 60, 93].

Сегодня воспитание здорового ребенка невозможно без определения уровня его социального здоровья, решения социально-правовых вопросов и реорганизации работы первичного звена здравоохранения путем формирования социальной педиатрической службы в детских поликлиниках.

Изменение стереотипа сознания и формирование механизма самосохранительного поведения – актуальная задача сферы здоровья, прежде всего для подростков.

Основные тенденции формирования здоровья подростков, проживающих в условиях Севера

Изучение здоровья детей северных регионов открыло новые страницы в области педиатрии, так как изучение распространенных на севере детских заболеваний дает повод говорить о проблемах

краевой патологии, адаптации, этнических особенностях формирования и клинического течения заболеваний [23]. Северные территории в силу своих климатических условий, труднодоступности, своеобразия традиций коренного населения требуют особого внимания и комплексного исследования во всех областях жизни и деятельности. Условия Севера предъявляют к растущему организму дополнительные требования. Например, климатические и экологические условия оказывают существенное влияние на ростовые процессы, способствуют развитию дезадаптивных реакций, снижению резервных гомеостатических механизмов и, как следствие, ведут к росту заболеваемости. Длительное воздействие «термальных стрессов», укороченный световой день и продолжительный период «биологической темноты», повышенная активность космических излучений и магнитных полей, близкое расположение от поверхности почвы слоя вечной мерзлоты, специфический эрозионно-намитический режим оказывают задерживающее влияние на темпы морфофункционального развития и состояние здоровья детей [30].

Таким образом, пребывание на Севере способствует появлению у детей ряда достаточно устойчивых факторов риска по возникновению хронических неинфекционных заболеваний. Длительное пребывание в помещениях (в условиях долгой и суровой зимы) создает условия для гипоксии и гиподинамии. Недостаток движения наряду с разбалансированным питанием способствует нарушениям в липидном обмене и повышению массы тела за счет отложения жира в подкожной клетчатке. Недостаточность в рационе питания кальция и фтора подтверждается высоким уровнем пораженности детского населения кариесом. В условиях аномальной фотопериодичности извращаются биологические ритмы организма, а проживание в йододефицитных регионах ведет к нарушению физиологических процессов адаптации и развитию целого комплекса патологических явлений, именуемых йододефицитным состоянием. Поэтому по большинству классов заболеваний дети, проживающие в условиях Севера, демонстрируют более высокий уровень распространенности заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению.

Анализ эпидемиологических показателей, характеризующих состояние здоровья детей Севера, позволил выявить, что за последние 5 лет наиболее значительный в структуре заболеваемости подростков заняли болезни органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, органов пищеварения, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечная патология [45, 53].

Обратим внимание еще на один из повреждающих факторов – психические нагрузки. Это особенное направление возникло и нашло развитие в Институте медицинских проблем Севера, было поддержано рядом научных и учебных заведений Москвы, Красноярска, Иркутска, в Иванове. Исследования проводились параллельно с педиатрами в поселках различного типа в Эвенкии, на Таймыре, Чукотке, районах Байкало-амурской магистрали, в Ненецком автономном округе. На большом материале была выявлена неоднозначность биологического и психического развития детей коренного и пришлого населения при одном и том же календарном возрасте. Таким образом, сегодня в условиях низкой рождаемости, растущей заболеваемости и хронизации заболеваний качество здоровья детского населения Севера России приобретает особое значение [52].

Резюмируя данные литературы, можно сделать вывод, что актуальность изучения состояния здоровья подростков и молодежи не утратила своего значения. В постперестроечный период огромное влияние оказывают социальные факторы риска, а один из важнейших социальных институтов – семья – не выполняет возложенных на нее функций, поэтому социальной составляющей в комплексной оценке здоровья подростков должно быть уделено особое место.

Современная социальная политика в сфере здоровья ориентирована в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного поведения, включая экологическое, а не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, бытового обслуживания, отдыха и т. п.) в сфере здоровья. В условиях рыночных отношений в связи с низкими стартовыми возможностями вхождения в рыночные отношения большинства населения страны идет эксплуатация наиболее доступного (а у молодежи нередко и единственного) ресурса – здоровья.

В последнее время активно ведется поиск новых форм и методов профилактики заболеваний у детей [2, 14], однако, несмотря на достигнутые успехи, многие вопросы превентивной педиатрии ещё не решены.

Важным этапом в организации медико-социальной помощи подросткам стал Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017

годы», в соответствии с которым планировалось развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков, центров медико-социальной помощи подросткам, поддержка успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи.

Особенно остро данные проблемы стоят перед медициной северных территорий, которые в силу своих климатических условий, удаленности и труднодоступности, своеобразия традиций и образа жизни населяющих его народностей выделяются в специальную зону, требующую особого внимания во всех областях жизнедеятельности. В этой связи назрела необходимость реформирования подросткового здравоохранения. Сегодня необходимо пересмотреть возможность реализации комплексных муниципальных программ медико-социальной помощи подросткам, а также разработать оптимальные формы взаимодействия как различных ведомств, так и общественных организаций, что будет способствовать рациональному использованию ограниченных ресурсов.

Список литературы

1. Алимпиева А.В. Самоохранительное поведение детей и молодежи: результаты диагностики // Вестник Балтийского федерального университета им. И.Канта. 2011. № 4. С. 67-69.
2. Алексеева Ю.А., Жмакин И.А. Инновационные подходы к проблеме формирования здоровья современных подростков // ВестникТвГУ. Серия «Экономика и управление. 2013. Выпуск 22. С.65-72.
3. Алферова О.П., Осин А.Я. Оценка адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы у подростков // Международный журнал экспериментального образования. 2011. № 7. С. 34-36.
4. Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г., Терлецкая Р.Н. Смертность подростков в Российской Федерации. М., 2010. 61с.
5. Антоненков Ю.Е., Косолапов В.П., Колягин О.Ю. О медико-социальных факторах, влияющих на здоровье детей и подростков Липецкой области // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т.18, № 2. С. 380-382.
6. Антонов О.В., Богачева Е.В. и др. Оценка и анализ физического развития детей и подростков // Сибирский медицинский журнал. 2012. Т.27, № 4. С. 20-24.
7. Антонова Е.В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления: Дисс... д. мед. наук 2011. 298 с.
8. Артюхов И.П., Шульмин А.В., Козлов В.В., Приходько Е.А. Современные подходы к оценке медико-демографических потерь среди населения подросткового возраста // Менеджмент и здравоохранение [Электронный ресурс] URL: <http://www.pdfactory.com>. (Дата обращения 10.08.2016).
9. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения). М.: Союз педиатров России, 2009. 392 с.
10. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Иванова А.А. и др. Тенденции заболеваемости и состояния здоровья детского населения Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2012. № 6. С. 4-9.
11. Баранов А. А., Кучма В. Р. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. С. 54.
12. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. и др. Основные закономерности морфофункционального развития подростков в современных условиях // Вестник Российской академии медицинских наук. 2012. № 12. С. 35-40
13. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю. Состояние и проблемы здоровья подростков России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2014. № 6. С. 10-14.
14. Баранов А.А. Профилактическая педиатрия – новые вызовы // Вопросы современной педиатрии. 2012. Т.11. №». С. 7-10.
15. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. Сохранение и укрепление здоровья подростков – залог стабильного развития общества и государства (состояние проблемы) // Вестник Российской академии медицинских наук, 2014. № 5-6. т.69, С. 66-70.
16. Березанцев А.Ю., Булыгина В.Г, Абольян Л.В. Семья, социальная экология и психосоматическое здоровье детей и подростков // Вопросы современной педиатрии. 2012. Т. 11, № 4. С. 8-12.
17. Богданова Л.В., Шилко В.И. Состояние здоровья детей в критические периоды развития // Уральский медицинский журнал. 2011. № 7. С. 39-42.

18. Богомолова Е.С. Методы изучения и оценки физического развития детей и подростков Н.Новгород: НижГГМА, 2015. 92 с.
19. Буралкина Н.А., Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков Республики Мордовия. Монография. Саранск, 2010. 228 с.
20. Вельтищев Ю.Е. Рост ребенка, закономерности развития, конституциональные особенности и нарушения детей // Приложение к журналу «Российский педиатрический журнал». Москва, 2000. 68 с.
21. Волгина С.Я., Кондратьев А.С., Альбицкий В.Ю. Подростки с девиантным поведением: особенности личности, качество жизни, организация медико-социальной помощи // Вопросы современной педиатрии. 2013. № 3(12). С. 5-11.
22. Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней: учебник. ООО «Издательство Фолиант», 2009. С. 66-137.
23. Воронцов И.М. Состояние здоровья детей и тенденции развития детского здравоохранения в СЗФО // Здравоохранение Северо-Запада. 2003. № 1 (2).С.87-90.
24. Вялов И.С. Особенности формирования и управления самосохранительным поведением студентов (на примере студентов Российского университета дружбы народов): автореф. дис. ...канд. социол. наук. М., 2011. 15с.
25. Галактионова М.Ю., Рахимова А.Л. Физическое развитие современных подростков // Мать и дитя в Кузбассе. 2013. № 1 С. 34-38.
26. Головин Н.А., Окишева Т.Э. Здоровье в социально-поведенческом измерении: некоторые итоги исследования старшеклассников // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2013. сер. 12. вып. 3. С. 128 -138.
27. Гончарова А.В. Теоретико-методологические подходы по обеспечению охраны здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] URL:<http://elar.rsvpu.ru/bitstream/123456789/11273/1/pkfo> (дата обращения 10.08.2016).
28. Гудинова Ж.В., Жернакова Г.Н., Болотова С.С., Гегечкори И.В. Оценка качества информации о здоровье детей в России: межрегиональные сравнения и классификация // Гигиена и санитария. 2015. № 3. т. 94. С. 77-82.
29. Гущенко А.В., Лещенко Я.А. Характеристика физического развития современных подростков // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. 2010. №1. С.27-31
30. Дьячкова М. Г, Беляков Н. Г. Основные тенденции формирования здоровья детей и подростков, проживающих в условиях крайнего Севера Российской Федерации // Экология человека, 2005. №4. С. 19-23.
31. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков»: от резолюции к действиям. ВОЗ. 2005-2008гг. 22с.
32. Еремина Л.С. Социализированность как результат социализации подростков // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. № 10. С. 166-169.
33. Ефимова Н.В., Штыкова О.В., Киселева О.А. Состояние соматического и репродуктивного здоровья современных подростков по результатам углубленной диспансеризации // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. [Электронный ресурс] URL: <http://www.science-education.ru/ru/issue/> (Дата обращения 10.08.2016).
34. Журавлева И.В., Иванова Л.Ю., Ивахненко Г.А. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья / Журавлева И.В., Иванова Л.Ю., Ивахненко Г.А. // Вестник института социологии. 2013. №6. Стр.112-129.
35. Изотова Л.Д. Современные взгляды на проблему оценки физического развития детей и подростков // Казанский медицинский журнал. 2015. ТТ.96. № 6. С. 1015-1021.
36. Казакова О.А. К вопросам употребления алкоголя подростками // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2012. № 1. С. 125-127.
37. Калюжный Е.А. Морфофункциональное состояние и адаптационные возможности учащихся образовательных учреждений в современных условиях: Дисс. ... доктора биол. наук, 2015. 393 с.
38. Камаев И.А. К вопросу о самооценке состояния здоровья подростков, обучающихся в учреждениях начального и среднего профессионального образования / «Актуальные проблемы управления здоровьем населения» // Сб. науч. трудов, вып. II. /под ред. Камаева И.А. Нижний Новгород, 2009. С. 250-252.

39. Кислицина О.А. Детерминанты здоровья подростков // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный ресурс] URL: <http://vestnik.mednet/view/311/30/> (дата обращения 11.08.2016).
40. Клиники, дружественные к подросткам и молодежи в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее // Сборник. М.: ООО «БЭСТ-принт». 2010. 207с.
41. Ковалева Н.И., Набока К.С. Исследование влияния эмоционального стресса на психическое состояние подростков // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2014. № 35. С. 23-28.
42. Колесникова И.А. Особенности формирования здоровья и физическая подготовленность детей и подростков в период школьного обучения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Колесникова Ирина Алексеевна. Архангельск, 2008. 22 с.
43. Колосова А.А. Ценность здоровья у современных школьников и риск суицидального поведения: по материалам исследования // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: Сборник материалов международной научно-практической конференции. М.: АНО ЦИПРО. 2013. С. 67-71.
44. Корсаков А.В., Михеев В.П., Прошин В.П. Сравнительная оценка состояния окружающей среды и здоровья детского населения Брянской области // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. №1. С. 21-26.
45. Кузнецова Д.А., Сизова Е.Н., Циркин В.И. Особенности влияния техногенного загрязнения на физическое развитие подростков в условиях Европейского Севера и средних широт // Экология человека. 2015. №11. С. 3- 12.
46. Кулеш Д.В. Эпидемиология формирования здоровья подростков с учетом влияния социально-экономических факторов (на модели субъекта Федерации Сибирского округа): дисс. ... доктора мед. наук. 347с.
47. Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Информативность оценки физического развития детей и подростков при популяционных исследованиях // Вопросы современной педиатрии. 2008. т.7. № 1. С 26-28
48. Лещенко Я.А. Здоровье современных подростков и факторы, его определяющие // Ученые записки ЗабГГПУ. 2012. С. 72-76.
49. Липанова Л.Л., Насыбуллина Г.М. Физическая активность подростков, обучающихся в общеобразовательных школах // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2013. № 5-6. С. 87-91.
50. Липанова Л.Л., Насыбуллина Г.М. Роль семьи и общеобразовательных учреждений в формировании образа жизни детей и подростков // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН. 2013. № 3-1 (91). С. 85-90.
51. Мазур Л.И., Щербицкая О.В., Коромыслова В.А. Медико-социальные аспекты подростковой патологии в Самарской области // Известия Самарского научного центра РАМН. 2012. т. 14, № 5 (2). С. 382-384.
52. Макарова В.И., Меньшикова Л.И., Игнатова О.А. и др. Перспективы междисциплинарного подхода в решении вопросов охраны здоровья детей // Международный журнал экспериментального образования. 2012. № 12-1. С. 83-84.
53. Макарова В.И. Меньшикова Л.И. Основные проблемы здоровья детей на Севере России // Экология человека. 2003. № 1. С. 39-41.
54. Малютина М.А. Особенности физического и психического развития городских и сельских подростков // Здоровье и образование в XXI веке. 2011. Т.13, №8. С. 392-393.
55. Модестов А.А., Косова С.А. и др. Состояние здоровья детского населения как основа разработки региональных программ медицинской профилактики // Российский педиатрический журнал. 2013. № 4. С. 53-57.
56. Панченко Е.А., Положий Б.С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Российский психиатрический журнал. 2012. №1. С.52-56.
57. Паренкова И.А. Репродуктивное здоровье и качество жизни детей и подростков в условиях демографического кризиса: дисс. ... д. мед. наук. 2012. 271с.
58. Подлевских Т.С., Попова И.В., Токарева А.Н., Белякова В.А. Использование показателей вегетативного сердечного ритма в качестве критерия пограничных состояний у детей // Вятский медицинский вестник 2013. № 1. [Электронный ресурс]URL: <https://cyberleninka.ru/article/>
59. Потехина Н.Н., Дьячкова М.Г., Колесникова И.А. и др. Особенности образа жизни и выработки самосохранительного поведения подростков и молодежи // Экология человека. 2009. № 8. С.61-64.

60. Профилактика патологических форм зависимого поведения / под ред. О.В.Зыкова. Т.1. Позитивное большинство: технологии влияния на личный выбор (первичная профилактика). М.: РБФ НАН. 2010. 342с.
61. Пузыревич Н.Л. Социальные представления о рискованном поведении у современных подростков: автореф. дис. ...канд. пед. наук. Минск, 2012. 28с.
62. Райфинайдер Т.Ю. Профилактика девиантного поведения учащихся – основа предупреждения ситуаций насилия в школе Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: // Сборник материалов международной научно-практической конференции. М.: АНО ЦИПРО. 2013. С. 78-83.
63. Сабгайда Т.П. Окунев О.Б. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период // Социальные аспекты здоровья населения : электронный журнал. 2012. № 1 (23).
64. Сердюк Е. В. Формирование ценностного отношения подростков к репродуктивному здоровью // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы VI междунар. науч. конф. (г. Уфа, март 2015 г.). Уфа: Лето, 2015. С. 139-141.
65. Скворцова Т.В. Представления подростков о здоровом образе жизни // Социология. 2015. № 2. С. 1-8.
66. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков // под ред. С. Currie, С.Zanotti и др. ВОЗ, 2012. 274с.
67. Старюк В.С., Истратова М.В., Ермашева М.А. Самооценка состояния здоровья подростков, имеющих вредные привычки // Смоленский медицинский альманах. 2015. № 1. С. 111-112.
68. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М.: НЦЗД РАМН, 2010. 108с.
69. Тимофеева Е.П., Рябиченко Т.И. и др. Оценка физического развития подростков Новосибирска за 2000-2013 годы // Вопросы практической педиатрии. 2015. № 6. т. 10. С. 55-60.
70. Третьякова Н.В. К вопросу о выявлении факторов риска для здоровья детей и подростков в общеобразовательных учреждениях // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта, 2012. № 3 (85). С. 172-177.
71. Тюренкова В.В. Динамика эмоциональных деструкций в подростковом возрасте // Психология. 2012. № 6. С. 118-129.
72. Уланова С.А., Качмарик Э.В., Кучма В.Р. Особенности организации здоровьесбережения в образовательных учреждениях северных регионов России: гигиенические проблемы и пути решения. Опыт Республики Коми: монография. Коми республик. Ин-т развития образования и переподготовки кадров. Сыктывкар, 2010. 212 с.
73. Фатеева Г.В., Дмитриева А.Н. Особенности физического развития подростков 12-13 лет, имеющих разный уровень двигательной активности //Сб. материалов 6-1 Международной научно-практической конференции «Перспективы развития научных исследований в 21 веке, 2014. С. 176-179.
74. Федоров А.И., Пидуков В.Н. Поведенческие факторы здоровья челябинских школьников // Сибирский педагогический журнал. 2011. № 2. С. 191-196.
75. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / под ред. А.А. Баранова, Л.А. Шеплягиной в 2-х т. М. 2006.
76. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации // Сборник материалов под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. Выпуск VI. М.: Педиатр, 2013. 192с.
77. Ханхареев С.С. Гигиеническая оценка факторов, формирующих здоровье обучающихся в общеобразовательных учреждениях различного типа: дис. ...канд. мед. наук, Иркутск, 2014. 174с.
78. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей. Томск: Изд-во Ветер, 2012. 480 с.
79. Шайхелисламова М.В., Ситдикова А.А., Каюмова Г.Г. Мониторинг функционального состояния адаптационных систем у школьников как элемент охраны здоровья и безопасности их жизнедеятельности //Фундаментальные исследования. 2013. №8-2. С. 370-375.
80. Шарапова О.В., Чумакова О.В., Филиппов О.С. и др. Основные задачи модернизации службы охраны здоровья матери и ребенка // Здравоохранение. 2008. №8. С. 19–27.
81. Шклярчук В.Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. 2008. № 10. С. 139-142

82. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Модестов А.А. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков // Российский педиатрический журнал. 2011. № 3. С. 37-39.
83. Яковлева Т.В., Терлецкая Р.Н., Иванова А.Е. и др. Медицинские и социальные проблемы смертности подростков в России // Здоровоохранное Российской Федерации. 2009. №5. С 8-10.
84. Denburg A., Daneman D. The Link between Social Inequality and Child Health Outcomes // Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.). 2009. Vol. 14. P. 21-31. URL: <http://www.longwoods.com/content/21980> (дата обращения: 08.12.2015).
85. Furr-Holden C. D. M. Disordered neighborhood environments and risk-taking propensity in late childhood through adolescence / C. Debra M. Furr-Holden, Adam J. Milam, M. H. S., Elizabeth K. Reynolds, M. S., Laura MacPherson, Carl W. Lejuez // Journal of Adolescent Health. 2012. Vol. 50, № 1. P. 100-102.
86. Hill P. L. Classifying adolescents' conceptions of purpose in life / Patrick L. Hill, Anthony L. Burrow, Amanda C. O'Dell, Meghan A. Thornton // The Journal of Positive Psychology. 2010. Vol. 5, № 6. P. 466-473.
87. Larios S. E. Evidence-based practices, attitudes, and beliefs in substance abuse treatment programs serving american indians and alaska natives: a qualitative study / Sandra E. Larios, Serena Wright, Amanda Jernstrom, Dorothy Lebron, James L. Sorensen // Journal of Psychoactive Drugs. 2011. Vol. 43, № 4. P. 355-359.
88. Larson K. Influence of Multiple Social Risks on Children's Health / K. Larson [et al.] // Pediatrics. 2008. Vol. 121. – Issue 2. URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/337.short> (дата обращения: 10.03.2016)
89. Resilience and Strength in African American Children and Adolescents. A vision for Optimal Development [Electronic resource]. Washington, D. C.: American Psychological Association, 2008. 93 p. URL: <http://www.apa.org/pi/families/resources/resiliencerpt.pdf...> [Источник: <http://psychlib.ru/mgppu/periodica/szp0320123/SZP-1051.htm>]
90. Richter M. The role of social inequality for adolescent health / M. Richter // Gesundheitswesen. 2005. Vol. 67, N 10. P. 709-718.
91. Sen B. The relationship between frequency of family dinner and adolescent problem behaviors after adjusting for other family characteristics // Journal of Adolescence. 2010. Vol. 33, № 1. P. 187-196 [Источник: <http://psychlib.ru/mgppu/periodica/szp0320123/SZP-1051.htm>]
92. Shaffer A. Intergenerational Continuity in Parenting Quality: The Mediating Role of social Competence / Anne Shaffer, Keith B. Burt, Jelena Obradovic, Janette E. Herbers, Ann S. Masten // Developmental Psychology. 2009. Vol. 45, № 5. P. 1227-1240. [Источник: <http://psychlib.ru/mgppu/periodica/szp0320123/SZP-1051.htm>]
93. Wegner R.E. The role of community-based public health services in child and adolescent health in Germany / R.E. Wegne // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2007. Vol. 48, N 10. S. 103–110.

Сведения об авторах:

Игнатова Ольга Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ, ignatova0370@mail.ru м.т. 89212450899

Дьячкова Марина Геннадьевна – к.м.н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ, santer62@mail.ru, м.т.89210769988

Игумнова С.А.

**ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЛАЗАМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,
ПАЦИЕНТОВ И СТУДЕНТОВ**

Резюме. Данная статья рассматривает актуальные вопросы этики взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами. Целью исследования является изучение нравственных норм поведения медицинских работников как результата их профессионального взаимодействия с пациентами. Исследование проводилось на базе лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) города Тобольска среди медперсонала среднего звена, пациентов, а также среди студентов медицинского колледжа. Для его проведения были разработаны анкеты, составленные с учётом уровня компетентности испытуемых. По результатам исследования намечены пути решения указанной проблемы.

Ключевые слова: этика, этические нормы, этические принципы, деонтология.

«Горящая свеча» – символическая эмблема, раскрывающая глубокую сущность этики врачевания. Даже самый высокий профессионализм сам по себе не принесёт пациенту блага, если не будет опираться на столь же высокие моральные качества специалиста – его понимание долга и ответственности, на чувство сострадания и гуманистические убеждения. Во все времена от медицинских работников ожидают милосердия и понимания, готовности прийти на помощь больному человеку всегда и везде. Несоответствие ожиданий пациентов реальному развитию событий приводит к этическим проблемным ситуациям.

Анализ обращений пациентов, проведенный специалистами Департамента здравоохранения Тюменской области, показал, что 99 % жалоб содержит информацию о нарушении медицинскими работниками правил этики и деонтологии, некорректном поведении персонала. В связи с этим мы решили исследовать проблему «изнутри» и провели исследование, в котором затронули часть злободневных вопросов, касающихся этики взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами. В центре нашего внимания оказался взгляд на этические проблемы медицинской деятельности со стороны пациентов, средних медицинских работников и студентов колледжа.

Целью исследования стало изучение этических аспектов взаимоотношений средних медицинских работников и пациентов, нравственных норм поведения медицинских работников как результата их профессионального взаимодействия с пациентами. Исследование проводилось на базе ЛПУ города Тобольска среди медперсонала среднего звена, пациентов, а также среди студентов Тобольского медицинского колледжа. Для его проведения были разработаны анкеты, составленные с учётом уровня компетентности испытуемых. В исследовании приняло участие 346 человек. Респонденты представлены в три статусные группы (чел.): средние медицинские работники – 102, студенты – 100, пациенты – 144: из них «зависимые», находящиеся на лечение в стационаре – 99 и «независимые» пациенты, ранее проходившие лечение в областной больнице – 45.

Охрана здоровья человека, создание оптимальных условий, направленных на его выздоровление – одна из главных задач любого медицинского учреждения. Множество различных факторов способствует решению поставленной задачи. Какое место среди них занимает медицинская этика? Считают важным фактором выполнение этических норм в процессе выздоровлении 69% пациентов, 27% – что только иногда выполнение этических норм влияет на выздоровление и 4% – что никогда не влияет.

Связующим звеном профессиональной этики и конечного результата лечебного процесса является доверие со стороны пациента (Рисунок 1).

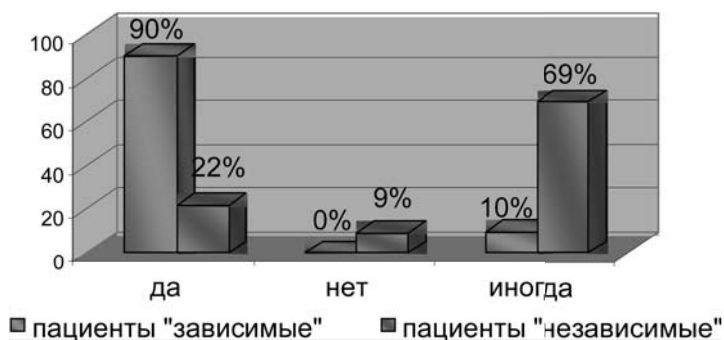


Рис. 1. Распределение мнения респондентов о доверии пациентов к персоналу (%)

Мы наблюдаем, что процент доверия в условиях стационара выше и снижение данного показателя у «независимых» пациентов, что возможно определяет уровень качества сестринской помощи.

Как выше было отмечено, соблюдение профессиональной этики зависит от того, какое значение отводят средние медицинские работники этическим нормам в своей деятельности. Этические нормы поведения имеют важное значение для 93% респондентов и второстепенное для 7%.

Для удобства восприятия продолжим рассмотрение этических проблем методом сравнительного анализа статусных групп. По ответам на вопросы: «Какие принципы медицинской этики медработникам приходилось нарушать?» и «Какие принципы чаще не соблюдались?» получились следующие результаты (рисунок 2).

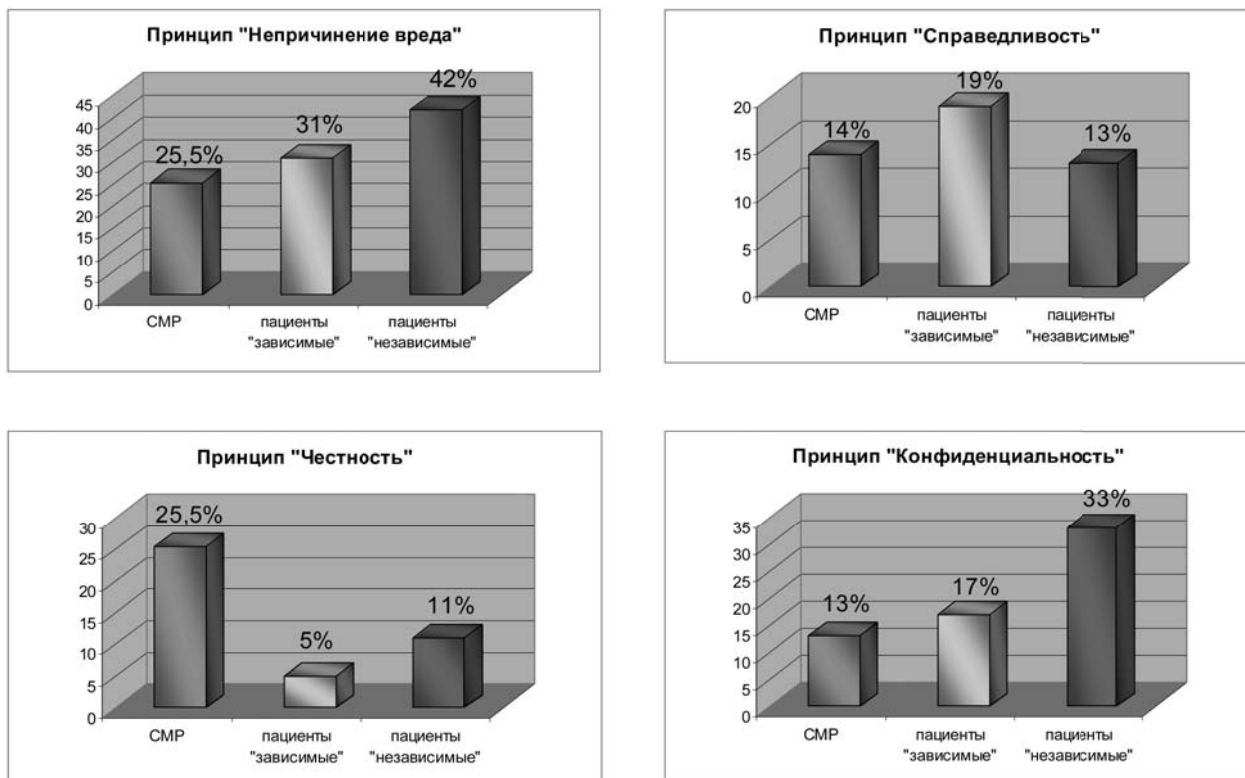


Рис. 2. Распределение мнения респондентах о нарушении этических принципов (%)

Проблем с выполнением принципов медицинской этикой не возникало у 22% медработников. 28% «зависимых» пациентов также не наблюдали нарушений. Противоположный результат у «независимых» пациентов. Ими отмечен только 1% медработников, не нарушающих нравственные нормы межличностных взаимоотношений.

Мы наблюдаем незначительные расхождения показателей между статусными группами средних медицинских работников и пациентов «зависимой» группы по нарушению принципов:

- «непричинение вреда» – 25,5 % у медработников и 31% у «зависимых» пациентов;
- «справедливость» – 14% у медработников и 19% у «зависимых» пациентов;
- «конфиденциальность» – 13% у медработников и 17% у «зависимых» пациентов.

Пациенты «независимой» группы в большей мере отмечают нарушение принципов «непричинение вреда пациенту» – 42% и «конфиденциальность» – 33% опрошенных.

Высокий процент нарушения принципа «честность» (25,5%) отмечают сами медицинские работники, что может быть связано с неполной информированностью пациента о состоянии здоровья, т.е. работает тактика взаимодействия «ложь во благо».

В целом, нарушение принципов медицинской этики отмечают 78% медицинских работников, 72% «зависимых» пациентов и 97% «независимых» пациентов.

По вопросу: «Какие качества чаще проявляют медицинские работники во взаимоотношениях с пациентами?» получены следующие результаты.

Таблица 1

Распределение мнения респондентов о взаимоотношениях средних медицинских работников по отношению к пациентам (%)

Какие качества во взаимоотношениях проявляют средние медицинские работники?	Средние медицинские работники (% / чел)	Пациенты	
		«зависимые» (% / чел)	«независимые» (% / чел)
1. Заботу и внимание	100/102	93/90	26/12
2. Равнодушие и безразличие	0	3/3	64/29
3. Грубость и конфликтность	0	2/2	6/3
4. Халатность и безответственность	0	0	4/2
Не ответили	0	2/2	0

Все без исключения, медработники (100%) отметили, что в отношениях с пациентами проявляют заботу и внимание. Данные качества почувствовали 93% пациентов «зависимой» группы, 3% отмечают равнодушие и безразличие, 2% – грубость и конфликтность. Противоположная ситуация отражается пациентами «независимой» группы. Всего лишь 26% отмечают заботу и внимание, 64% – равнодушие и безразличие, 6% – грубость и конфликтность, 4% – халатность и безответственность.

Для того чтобы объяснить несоответствия полученных результатов, определим причины нарушений, указанные опрошенными респондентами. Медицинские работники указывают на объективные причины: перегруженность работой, недостаток времени и маленькая заработная плата. Показатель «случайный выбор профессии» не указан ни одним из респондентов. По мнению медперсонала, они работают по призванию и личные проблемы не переносят на свою деятельность. У пациентов свой взгляд. Они, в отличие от медработников, указывают и на субъективные причины: недостаточный уровень воспитанности отмечают 26%, особенности личности медицинского работника отметили 8%, отсутствие любви к профессии 14%.

Таблица 2

Распределение мнения респондентов о причинах нарушения этических норм (%)

	Пациенты	
	«зависимые» (%/чел.)	«независимые» (%/чел.)
1. Не любят свою профессию	1/1	13/6
2. Маленькая зарплата	47/47	28,5/13
3. Сложные условия труда	35/36	7/3
4. Низкий уровень воспитанности	6/6	20/9
5. Психические особенности	5/5	3/1
Отметили все причины	0	28,5/13
Не ответили	5/5	0

Мнения всех опрошенных совпадают, что причинами нарушений этических норм являются маленькая зарплата, сложные условия труда и перегруженность работой.

Во взаимоотношениях «медсестра – больной» очень важен тип медицинской сестры. В том, как сестра подает стакан воды, как оправляет его постель, может найти выражение весь мир чувств, связывающих ее с больным (Рисунок 3). Какой же тип медицинских сестер преобладает в данном учреждении?

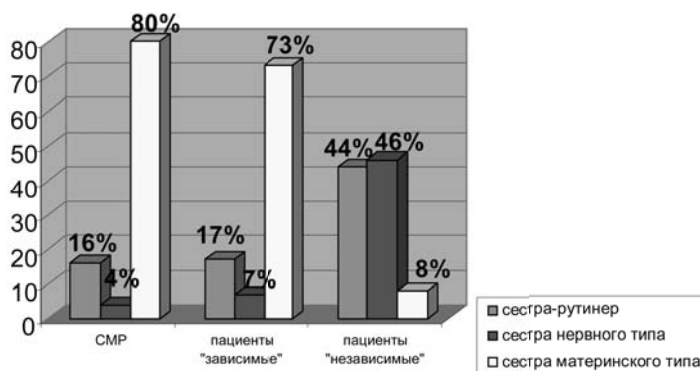


Рис. 3. Распределение медицинских сестер по типологическим группам, по мнению респондентов (%)

Результаты исследования показывают существенное расхождение по всем показателям. Отнесли себя к типу медицинская сестра «материнского типа» – 80% медработников. В то время как мнения пациентов кардинально разделились: 73% – «зависимых» пациентов отметили преобладание сестер материнского типа и всего лишь 8% отмечают данный тип «независимые» пациенты. Мы предполагаем, что расхождение показателей «зависимых» и «независимых» пациентов могут быть связаны с элементом зависимости пациентов, находящихся на лечении в стационаре от медперсонала.

Следующий вопрос затрагивал избирательность отношения медперсонала к пациентам в зависимости от пола, возраста, социального статуса, материального положения, национальной принадлежности, характера заболевания (Рисунок 4).

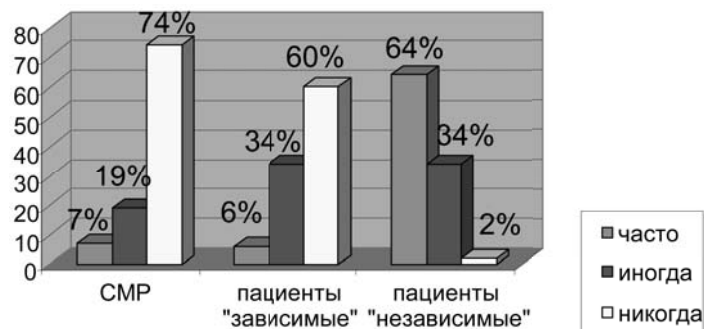


Рис. 4. Распределение мнения респондентов о причинах избирательности медицинского персонала по отношению к пациентам (%)

Мы наблюдаем значительную разницу в ответах по первому и по третьему критериям, особенно выделяется мнение «независимых» пациентов. Часто позволяют избирательное отношение к пациентам – 64% медицинских работников, в то время как оценки медработников и «зависимых» пациентов совпадают, и составляют всего лишь 6 – 7%. Данные исследования показывают, что медработники не отрицают фактическое нарушение медицинской этики. А испытывают ли они при этом чувство вины перед пациентами?

Сопоставляя общий результат опроса медработников по нарушению медицинской этики (78%) с чувством вины, мы выяснили, что только 17% медработников часто испытывают вину перед пациентами, иногда – 52% и никогда – 33%. Данную ситуацию мы объясняем проявлением синдрома эмоционального выгорания у медработников.

Изменение ситуации этических нарушений зависит не только от медперсонала, но и действий самих пациентов. Как они поступают при несоблюдении этических норм?

Готовность вступить в юридическое разрешение этических нарушений выразили всего лишь 12% пациентов, молчаливо стерпят 75 % респондентов и пойдут на конфликт – 13 % пациентов (Таблица 3).

Особый интерес для нас представляла точка зрения на этические проблемы «подрастающего» поколения будущих медицинских работников, т.е. студентов колледжа.

Для 45% студентов соблюдение требований мед.этики – это установление доверительных отношений с пациентами, 20% считают, что это прямое выполнение функциональных обязанностей, 37% рассматривают соблюдение требований медицинской этики как критерий качества оказания медицинской помощи.

Таблица 3

Распределение мнения респондентов о способах разрешения этических проблем между медработниками и пациентами (%).

	Предложения по разрешению этических проблем
Средние медицинские работники	1. Повысить зар. плату – 20% (20 чел.). 2. Снизить нагрузку – 7% (7 чел.). 3. Повышать культуру – 7% (7 чел.). 4. Не внесли предложения – 68% (68 чел.).
Пациенты	1. Повысить зар. плату – 36% (52 чел.). 2. Снизить нагрузку – 10% (15 чел.). 3. Привлекать психолога для проведения различных тренингов – 4% (5 чел.). 4. Улучшить организацию и условия труда – 9% (13 чел.). 5. Не внесли предложения – 41% (59 чел.).

На вопрос «Нарушение каких принципов медицинской этики Вы наблюдали в деятельности среднего медперсонала?» 38 % студентов ответили конфиденциальность, 33% – непричинение вреда, 23% – справедливость, 19% – честность.

44% опрошенных часто были свидетелями нарушений этических норм средним медперсоналом. 46 % ответили, что иногда наблюдали неэтичное поведение и лишь 10 % дали отрицательный ответ.

Во взаимоотношениях с пациентами чаще проявляют заботу и внимание 28% медицинских работников, 42% равнодушны к проблемам больных, 21% отмечают грубость и конфликтность, 17% проявляют халатность и безответственность.

Строят равноправные отношения с пациентами 35% медработников, используют подавляющий стиль общения 37%, 25% применяют попустительскую стратегию поведения.

Наблюдали медсестёр материнского типа 12% опрошенных, 52% отмечают преобладание типа нервной сестры, 37% скрупулезно выполняют свои обязанности, но при этом не включают эмоции.

Причины нарушения этических норм поведения медработниками различны. По мнению студентов колледжа, главная причина – это низкая заработная плата. Так считают 58% опрошенных. Далее мнения распределились следующим образом: 26% – особенности личности медперсонала, 23% – сложные условия труда, 18% – не любят свою профессию.

Хотелось бы указать пути разрешения этических проблем в деятельности средних медицинских работников, предложенных студентами колледжа (Таблица 4).

Таблица 4

Предложения студентов по разрешению этических проблем в медицинской деятельности

Пути	повысить зар. плату	формировать нравственные качества	выбирать профессию по призванию	наличие психолога в ЛПУ	не унижать СМП	наказывать	проблема не разрешима	нет ответа
количество студентов (чел.)	27	32	13	12	1	1	1	12

По результатам проведенного исследования были сделаны выводы:

- 1) этические проблемы взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами существуют и по-прежнему актуальны;
- 2) медицинские работники допускают случаи нарушения этических норм и правил поведения профессиональной деятельности в силу объективных и субъективных причин;
- 3) среди пациентов прослеживается тенденция неудовлетворённости качеством взаимоотношений с медперсоналом;
- 4) необходимо усовершенствовать систему подготовки средних медицинских работников в части формирования и отработки навыков клиентоориентированного поведения, уделять внимание вопросам этики и деонтологии на протяжении всего образовательного процесса.

Учитывая особую значимость вопросов этики и деонтологии в современной медицине, наше учебное заведение стало участником реализации областной базовой площадки «Внедрение клиентоориентированной технологии на 2015-2017 гг.», целью которой является выработка региональной практики внедрения клиентоориентированной технологии в образовательный процесс. В этой связи разработана программа базовой площадки, предусматривающая изучение дисциплины «Медицинская этика и деонтология» в объеме 64 часа. Дисциплина включает три раздела: этику, биоэтику и деонтологию. Предпочтение при проведении занятий отдается не теоретическим, а практическим аспектам нравственного поведения медицинских работников через тренинги, моделирование и анализ этических ситуаций общения, непосредственное взаимодействие студентов с пациентами на практических занятиях.

С целью привлечения внимания к проблемам медицинской этики предполагается проведение конференций, семинаров, круглых столов на тему «Этические проблемы в работе среднего медицинского персонала» и организация мониторинга компетентности обучающихся по вопросам этики и деонтологии.

Список литературы

1. Ларионова О. В. Об этике в медицине: теория и практика / О. Ларионова // Медицинская сестра. 2009. № 3. С. 9.
2. Самойленко В. Активный треугольник: медсестра – пациент – общество / В. Самойленко // Сестринское дело. 2009. № 3. С. 11.
3. Самойленко В. Этические принципы сестринского дела / В. Самойленко // Сестринское дело. 2009. № 1. С. 21.
4. Этический кодекс медицинской сестры России // Медицинская психология для медсестер и фельдшеров / В. Г. Косенко, Л. Ф. Смоленко, Т. А. Чебуракова. Ростов-н/Д., 2002. С. 399.

Сведения об авторе:

Игумнова Светлана Анатольевна, преподаватель высшей квалификационной категории ГА-ПОУ ТО «Тобольский медицинский колледж им. Володи Солдатова».

Контакты: 8 (3456) 24-66-20 tobmedcol@med-to.ru

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

В статье представлены результаты анализа данных официальной статистики по заболеваемости, инвалидности и смертности населения Оренбургской области по причине злокачественных новообразований. Установлено, что за десятилетний период в регионе первичная заболеваемость возросла на 23,6%, а общая заболеваемости – на 28,1%. Отмечено повышение уровня первичной инвалидности по причине злокачественных новообразований, которые занимают второе место в структуре причин выхода на инвалидность и чаще приводят к установлению первой и второй групп инвалидности. В регионе за период с 2006 по 2015 год уровень смертности населения по причине злокачественных новообразований повысился на 10,5%.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, заболеваемость, инвалидность, смертность.

Введение

По данным Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена [1] в 2015 году в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 589 341 случай злокачественных новообразований (в том числе 270 046 и 319 335 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2014 г. составил 4,0%. На конец 2015 г. в территориальных онкологических учреждениях России состояли на учете 3 404 237 пациентов (2014 г. – 3 291 035). Совокупный показатель распространенности злокачественных новообразований составил 2 329,8 на 100 000 населения.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями городского населения России [1] составил 415,8 на 100 000, сельского – 364,8 на 100 000. При этом показатель заболеваемости мужского сельского населения (381,6 на 100 000) был на 3,3% ниже, чем городского (404,2 на 100 000). Онкологическая заболеваемость женщин в городе (425,6 на 100 000) превышает заболеваемость сельских жительниц (349,2 на 100 000) на 23,2%.

Цель исследования: изучить уровни заболеваемости, инвалидности и смертности населения Оренбургской области вследствие злокачественных новообразований за последние десять лет.

Материалы и методы исследования: в ходе исследования использованы данные официальной статистики Министерства здравоохранения Оренбургской области за период с 2006 по 2015 годы и данные Главного бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области за период с 2012 по 2014 годы.

Результаты исследования и обсуждение.

Оренбургская область относится к неблагоприятным территориям в связи с высокой заболеваемостью населения злокачественными новообразованиями (ЗНО). На рисунке 1 представлена динамика региональных показателей первичной заболеваемости населения злокачественными новообра-

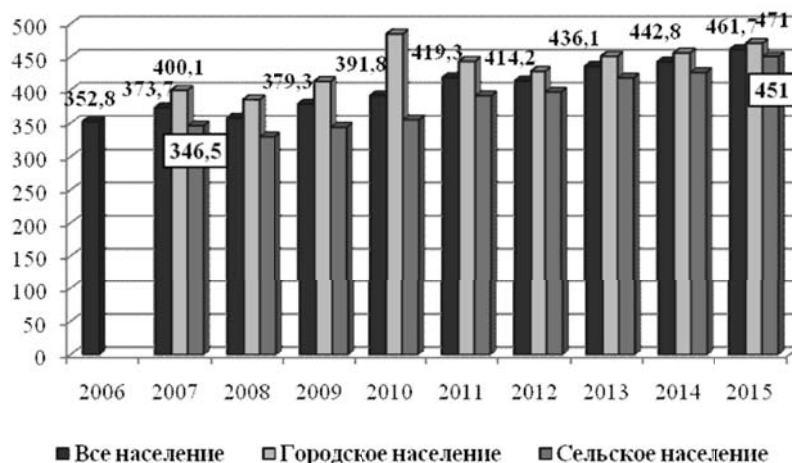


Рис. 1. Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями населения Оренбургской области (на 100 000)

зованиями. Установлено, что за изучаемый период в регионе показатели первичной заболеваемости повысились на 23,6% (с 352,8 на 100 000 населения в 2006 году до 461,7 на 100 000 населения в 2015 году). Среди населения городов области рост данного показателя составил 15,1% (с 400,1 до 471,0 на 100 000), среди населения сельских районов области – 23,1% (с 346,5 до 451,0 на 100 000).

Показатели распространённости ЗНО среди населения Оренбургской области также имели тенденцию к росту: за анализируемый период произошло их повышение на 28,1% (в 2006 году общая онкологическая заболеваемость составляла 1909,3 на 100 000 населения, а в 2015 году – 2655,9 на 100 000 населения). В городах Оренбуржья данный показатель возрос на 18,2%, а в сельских районах – на 31,6% (рис. 2).

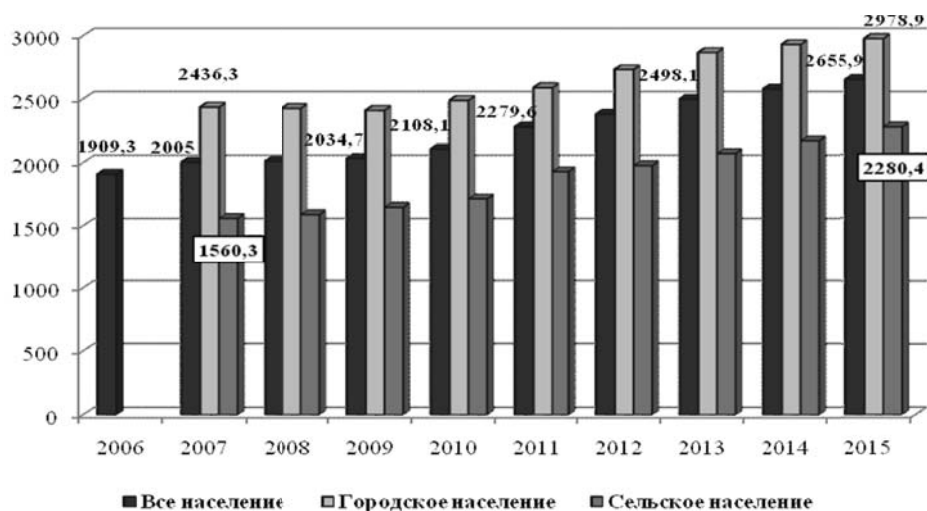


Рис. 2. Распространённость злокачественных новообразований среди населения Оренбургской области (на 100 000)

По отдельным локализациям произошло повышение уровня заболеваемости: наиболее значительный рост отмечен по новообразованиям: предстательной и молочной желез (на 43,2 и 33,7% соответственно), тела матки – на 29,4%, шейки матки – на 14,9%, трахеи, бронхов и легкого – на 17,7% (рис. 3).

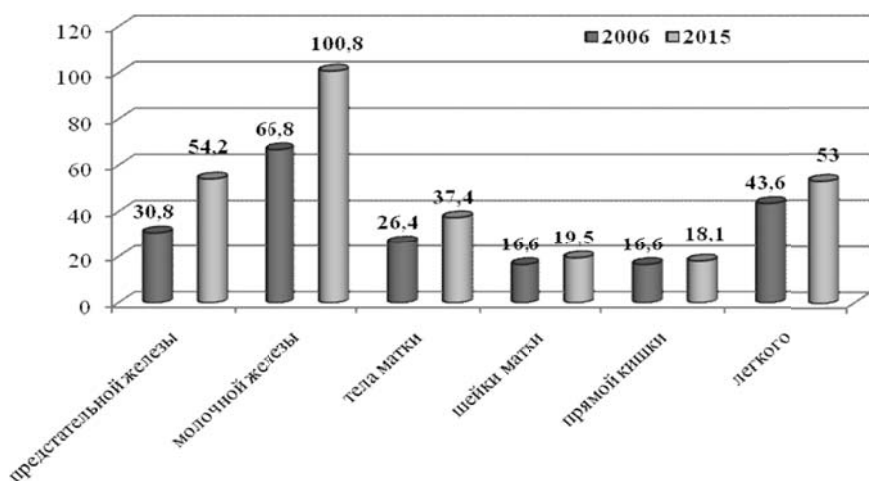


Рис. 3. Заболеваемость злокачественными новообразованиями с учетом локализации среди населения Оренбургской области (на 100 000)

Были установлены города и сельские районы Оренбургской области, имеющие наименьший и наибольший уровень первичной и общей онкозаболеваемости населения (рис. 4, 5). Так, в 2015 году среди городов изучаемого региона наблюдалось превышение среднеобластных показателей по первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в г. Медногорске (496,8 на 100 000) и в г. Орске (497,1 на 100 000) (рис. 4, 5). Среди сельского населения Оренбургской области наибольшие показатели первичной заболеваемости вследствие злокачественных новообразований зарегистрированы в Курманевском (550,2 на 100 000) и в Кувандыкском (569,0 на 100 000) районах (рис. 4, 5).

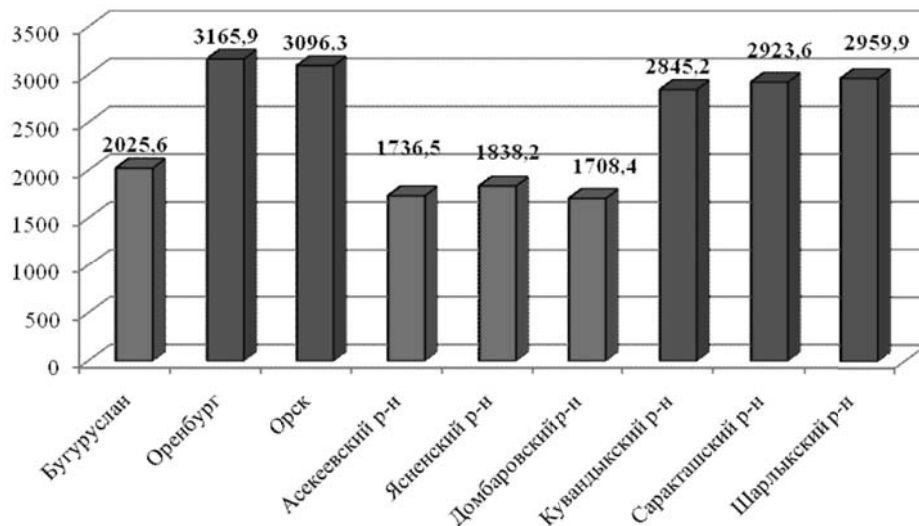


Рис. 4. Уровень распространённости злокачественных новообразований в городах и районах Оренбургской области в 2015 году (на 100 000)

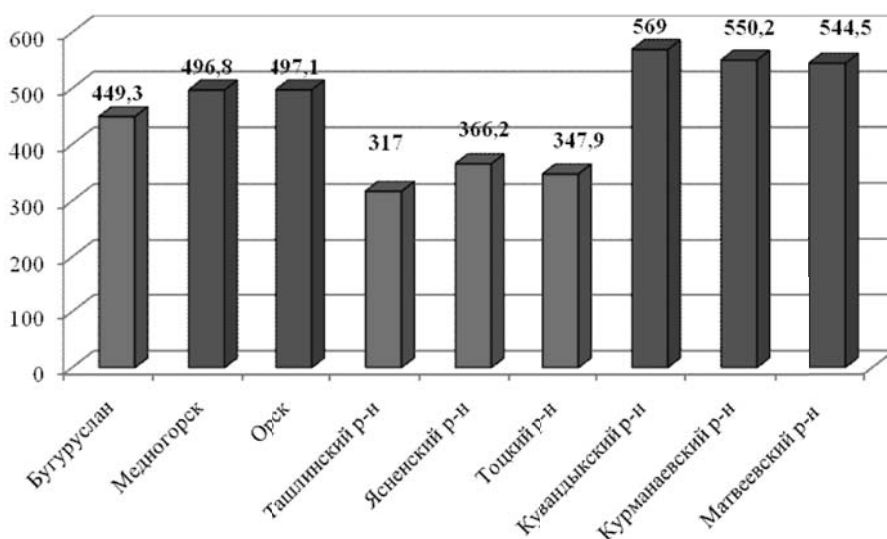


Рис. 5. Уровень первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в городах и районах Оренбургской области в 2015 году (на 100 000)

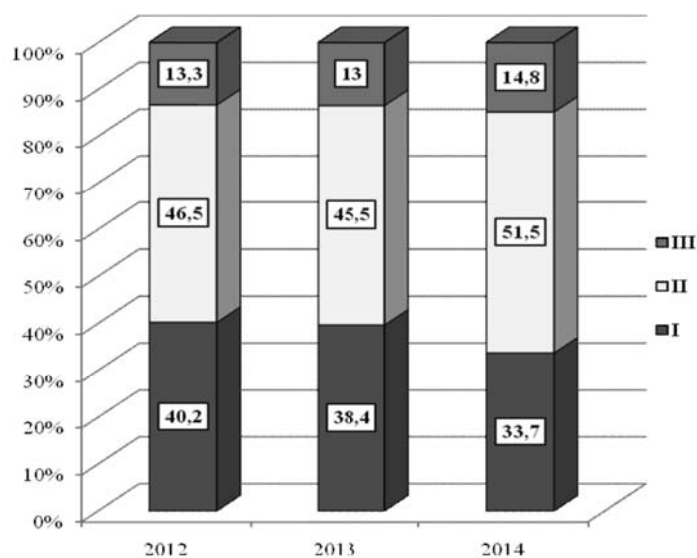


Рис. 6. Динамика структуры по группам инвалидности вследствие злокачественных новообразований среди населения Оренбургской области

Злокачественные новообразования как причина первичной инвалидности взрослого населения занимают II ранговое место, как в Российской Федерации, так и в Оренбургской области. За трехлетний период отмечалась отрицательная динамика, заключающаяся в увеличении уровня первичной инвалидности с 20,7 до 22,1 на 10 000 взрослого населения (+6,3%).

В Оренбургской области среди взрослого населения злокачественные новообразования чаще являются причиной установления I группы инвалидности (рис. 6).

За период с 2012 по 2014 годы зарегистрирован рост (на 3,9%) уровня первичной инвалидности населения трудоспособного возраста по классу злокачественных новообразований с 12,1 до 12,6 на 10 000. С 2012 года в области отмечается рост злокачественных новообразований, как причины инвалидизации лиц старше трудоспособного возраста. Темп роста данного показателя составил 4,2% (с 43,7 до 45,6 на 10 000).

Динамика показателей первичного выхода на инвалидность вследствие злокачественных новообразований представлена на рис. 7.

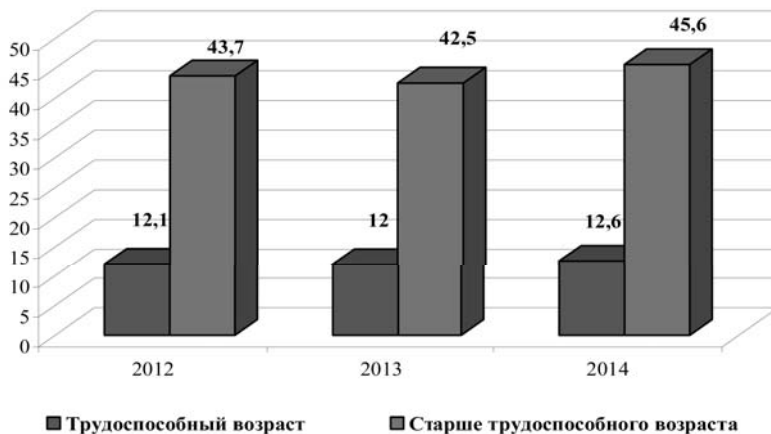


Рис. 7. Динамика первичной инвалидности взрослого населения Оренбургской области по причине ЗНО в зависимости от возраста (на 10 000)

Второе место среди причин подтверждения инвалидности также занимают злокачественные новообразования. За исследуемый период в Оренбургской области отмечено уменьшение (на 11,5%) уровня инвалидности населения вследствие злокачественных новообразований (с 23,4 до 20,7 на 10 000).

В 2015 году в регионе показатель смертности по причине злокачественных новообразований составил 206,78 на 100 000 населения, что было на 10,5% выше уровня 2006 года (185,0 случаев на 100 000 населения), при этом среди городского населения рост данного показателя составил – 20,2%, среди сельского – 1,9% (рис. 8).

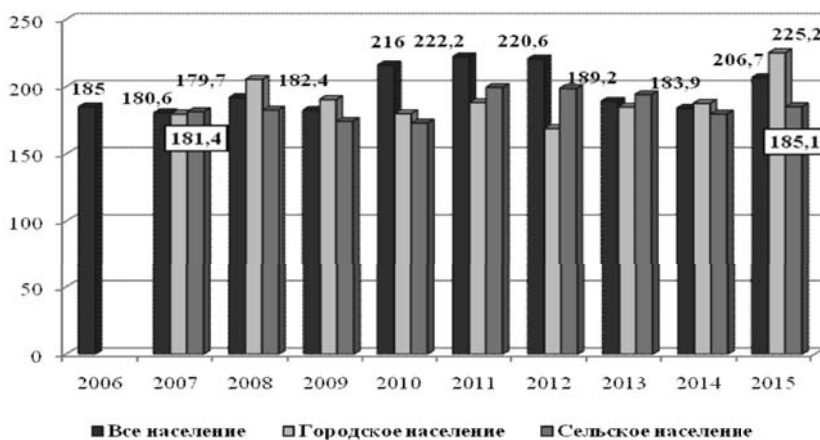


Рис. 8. Смертность по причине злокачественных новообразований населения Оренбургской области (на 100 000)

Выводы

1. Заболеваемость населения Оренбургской области злокачественными новообразованиями в период с 2006 по 2015 годы возросла на 23,6%, при большем увеличении данного показателя среди сельского населения.

2. В регионе показатели общей заболеваемости населения повысились на 28,1%, а среди сельского населения – на 31,6%.

3. За десятилетний период заболеваемость злокачественными новообразованиями с локализацией опухоли в предстательной и молочной железах повысилась на 43,2 и 33,7% соответственно.

4. В Оренбургской области отмечается повышение уровня инвалидности по причине злокачественных новообразований, которые занимают второе место среди причин выхода на инвалидность.

5. В регионе за период 2006 – 2015 годов уровень смертности населения по причине злокачественных новообразований повысился незначительно (на 10,5%), но среди жителей областного центра (города Оренбурга) только за один 2015 год рост данного показателя составил 29,6%.

Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России. 2016. 250 с.

Сведения об авторах:

Калинина Екатерина Алексеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: kalina1957@yandex.ru, тел. 8(3532) 31-68-56.

Перепелкина Наталья Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 2 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: np_oz_zo@mail.ru, тел. 8(3532) 31-68-56.

Кистенева О.А., Кистенев В.В., Москалёв А.С. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАРОЖДЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Аннотация

В статье раскрываются исторические этапы становления и развития медицинской реабилитации. Рассматриваются особенности развития различных видов реабилитации, а также подчеркивается, что она способствует продлению жизни и активному долголетию особенно пожилых людей.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, реабилитолог, восстановительное лечение, трудовая терапия, инвалид, пожилой человек, госпиталь, богадельни, приюты.

Сегодня перед здравоохранением стоит задача – обеспечить максимальное здоровье и трудоспособность населения страны. Одним из перспективных направлений в деятельности учреждений здравоохранения, связанного с профилактикой длительной и стойкой нетрудоспособности, восстановлением трудового и социального статуса больного, является организация восстановительного лечения. Актуальность и социальная значимость проблемы реабилитации обусловила рост числа национальных программ и учреждений, которые занимаются этими вопросами.

Целью нашего исследования является изучение исторических этапов становления и развития медицинской реабилитации.

Объект изучения – результаты ряда оригинальных исследований.

Основным материалом исследования явились источники исследовательских данных: электронная цитатная база данных «Российский индекс научного цитирования» (РИНЦ) и информационная база данных elibrary.ru.

Метод исследования: систематический обзор.

Медицинская реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Термин «реабилитация» происходит от латинских слов «ге-» – восстановление и «habilis» – способность, т.е. «rehabilis» – восстановление способности [6].

Возникновение понимания того, что существуют способы профилактики развития заболеваний, а также начало применения средств физической культуры с профилактической и лечебной целью теряются глубоко в веках.

Первые сведения об использовании природных физических факторов в лечебных целях донесли до нас исторические памятники первобытного общества. Установлено, что аборигены Австралии и Америки (XV-V тыс. лет до н.э.) наряду с растениями использовали горячие и холодные компрессы при повреждениях, паровые бани при простудных заболеваниях и орошения кишечника – при запорах. В рамках магического обряда они использовали методы «изгнания духа болезни» при помощи полого рога буйвола, что являлось прообразом современных банок. Проводили вправление костей, что можно отнести к основам мануальной терапии. Первобытные женщины купали своих нездоровых детей в водоемах, где обитали электрические рыбы (скаты) [4, 28].

Еще *древнеегипетские* врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для ускорения восстановления своих пациентов. В *древнеиндийской* книге «Аюр-Веды» (1800 лет до н.э.) впервые подробно описаны приемы лечебного массажа и гимнастики, положившие начало лечебному применению искусственных физических факторов. Древнеиндийский хирург Сушрута использовал физические, дыхательные упражнения и массаж при лечении различных недугов.

В *Древнем Китае* при туго подвижности суставов применяли упражнения на растягивание, массаж и гидропроцедуры. В книге «*Cong-fou*» (3000 лет до н.э.) подробно описаны активные, пассивные и комбинированные упражнения в сочетании с массажем (растиранием). Считают, что превентивная медицина зародилась в Древнем Китае. Оригинальным направлением в развитии лечения физическими факторами в древнем Китае явилась чжень-цзю-терапия (чжень-игла, цзю – прижигание). Уже в V в до н.э. древние китайцы обратили внимание на то, что уколы и надрезы в определенных областях человеческого тела приводят к скорому излечению некоторых болезней. Врачи древнего Китая описали биологически активные точки, которые служили пунктами восстановления «циркуляции энергии чи» в организме. Воздействие на них при помощи металлических игл, полынных сигар, стержней и кончиков пальцев (точечный массаж) часто приводило к уменьшению боли и других симптомов болезни [1, 231].

В Древнем Китае почти во всех провинциях имелись врачебно-гимнастические школы, где готовили врачей – «таоссе», владеющих врачебной гимнастикой и массажем. Такие врачебно-гимнастические учреждения являлись оздоровительными центрами.

В древней Греции инвалиды вместе со своими семьями содержались за счет республики. Выдающиеся представители Косской медицинской школы – Гиппократ II Великий и Эразистрат рассматривали организм в тесной связи с окружающей средой и придавали ведущее значение природным физическим факторам во врачевании различных недугов. Наряду с солнечными ваннами и холодными купаниями, Гиппократ впервые предложил паровые, суховоздушные ванны, компрессы, массаж, гимнастику и воздух «священных рош» для лечения больных (труд Гиппократа «О водах, воздухах и местностях», 392 г. до н.э.). Основоположнику медицины Гиппократу принадлежит следующее изречение: «Врач должен быть опытным во многих вещах и, между прочим, в массаже». Массаж применялся очень широко, как гигиеническое и лечебное средство, а также для повышения работоспособности. Древние греки положили также начало развитию курортов, впервые принявшись строить дома в области горячих источников оз. Эбей [5, 163].

Римляне давали инвалидам земельные участки и денежное содержание. Инвалидам была отведена роль уважаемых в обществе людей, и они имели достаточно развитую систему социального обеспечения («призрения»). Водолечение, массаж и движения были основными лечебными методами в медицинской школе Асклепиада. Скрибоний Ларг (31 г н.э.) применял в практике электротерапию. Врачи древнего Рима также как и греки использовали в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию. Римский врач Клавдий Гален (131- 201 гг. н.э.), который занимался лечением гладиаторов, в своих трудах описывал приемы массажа при боевой травме. Плиний Старший применял грязелечение и называл это – «землей, излечивающей раны». Составить классификацию лечебных минеральных вод попытался Архиген (I-II вв н.э.). Клавдий Гален дал описание гимнастики при различных заболеваниях костной и мышечной систем, при нарушениях обмена ве-

ществ, половой слабости и т.д., кроме того, с лечебной целью он рекомендовал спортивные упражнения (греблю, верховую езду и др.), соби́рание плодов и винограда, а также экскурсии и массаж.

В Западной Европе королём Франции Франциском (1515 – 1547 гг.) был издан указ об обеспечении пенсиями и размещении инвалидов в замках за заслуги перед Францией. Правители Англии, Германии, Австрии стали последователями короля Франциска относительно социального обеспечения инвалидов. Король Франции Генрих IV (1616 г.) начал строить инвалидные дома для старых и тяжело раненых инвалидов. Первые учреждения такого рода были два госпиталя: христианского милосердия и св. Людовика. В 1671 г. он основал в Париже Hotel des Invalides. Вслед за Францией начали строить инвалидные дома в Англии (военный госпиталь в Челси, Гринвичский госпиталь для моряков), Германии, Австрии (Дом инвалидов – Инвалидовна, величественный комплекс построек эпохи барокко) и затем России [5, 161].

С XVIII века медицинская реабилитация в Европе все больше объединяется с элементами психологической поддержки пациентов. Тогда же испанские врачи заметили, что те больные, которые в процессе своего лечения ухаживали за другими пациентами, выздоравливали быстрее, чем те, кто был в своем лечении менее активен. Кроме инвалидных домов, во Франции и Германии создавались так называемые инвалидные роты, которым принадлежала роль учреждений социального обеспечения («призрения»), одновременно это были воинские части, которые выполняли разнообразные функции внутренней службы. Такие инвалидные роты просуществовали в Европе до 1874 г.

В России император Петр I в 1720 г. издал указ о размещении бывших военнослужащих, которые имели увечья или болезни, в монастыри или богадельни для пребывания или ухода за ними в так называемых «шпиталях» – приютах для «призреваемых», с предоставлением им пожизненного содержания с предоставлением гарнизонного оклада. Стоит отметить, что первые богадельни и приюты для увечных и калек появились еще при Иване Грозном в 1551 г. [9, 28].

Во время Семилетней войны (1756-1763 гг.) и русско-турецких войн (1768-1774 гг., 1787-1791 гг.) предписывалось «... в заграничных гошпиталях выздоравливающих, после как из лечения выйдут, для приведения их в силу до отправки к армиям и полкам, содержать при гошпитале и довольствоваться по целому месяцу...» [7, 11].

Во времена императрицы Екатерины II инвалиды размещались в городах с предоставлением им квартир и пенсионного содержания. Роль социальных учреждений, где размещались бывшие военнослужащие – инвалиды, выполняли инвалидные роты при гарнизонных батальонах.

Губернская реформа Екатерины II (1775 г.) содержала, кроме прочего, и создание губернских «Приказов общественного призрения». Кроме них, в каждой губернии учреждалась дворянская опека и сиротские суды. Как и все прочие губернские учреждения, приказы общественного призрения были органом всеобщим. Приказы общественного призрения должны были сосредоточить в своих руках устройство и надзор над общественными заведениями: народными школами; госпиталями; сиротскими домами; богадельнями; домами для неизлечимо больных; домами для сумасшедших; работными домами; рабочими и смиренными домами Сиротские дома, богадельни и госпитали преследовали не только чисто благотворительные цели, они должны были закрыть источник появления маргинальных слоев в обществе. Таким образом, с одной стороны, они были призваны оказывать помощь нищим, увечным, калекам, инвалидам, незаконнорожденным детям и престарелым, а с другой – приказы общественного призрения были инструментом сохранения общественного спокойствия [3, 288].

Рассматривая исторические факты формирования реабилитации лиц с физическими и умственными недостатками, необходимо отметить российских психиатров, которые внедрили в лечебное дело трудовую терапию. В середине XIX в. доктор Сандлер, в Московской Преображенской психиатрической больнице, организовал мастерские для больных и использовал их труд на сельскохозяйственных работах. Такое использование труда считалось отличной постановкой лечебного дела.

К созданию первых искусственных источников электричества (электрической машины и клейстовской банки) и механических колебаний (виброкресла), позволил прорыв в области физики в первой половине XVIII столетия. Начиная с этого периода, каждое новое открытие искусственных источников энергии неизбежно приводило к попыткам его использования в медицине [2, 120].

В XIX в. центр восстановительной терапии постепенно перемещается в США. С начала XX в. там увеличивается количество учреждений, которые используют различные виды физической активности пациентов для решения психологических проблем.

Считается, что первое определение понятия «реабилитация» было представлено в 1903 г. Ф. Намист в книге «Система общей опеки над бедными».

Большим толчком для развития реабилитации больных стала первая мировая война, которая нанесла вред здоровью тысяч людей. С этого периода начали стремительно развиваться такие научно-практические дисциплины, как ортопедия, физиотерапия, трудотерапия и лечебная физическая культура. В годы Первой мировой войны в русской армии были созданы команды выздоравливающих, в которых устанавливался строгий уставной распорядок дня и проводились строевые занятия, однако отсутствие в этих подразделениях штатного медицинского состава делало проблематичным сочетание боевой подготовки и продолжавшегося лечения [7, 12].

В России богадельни и приюты просуществовали до 1918 г. и весь этот период выполняли функцию учреждений, где увечные и калеки могли получить уход и ночлег. Эта категория людей не имела статуса уважаемых лиц и не получали пенсий и других социальных благ. В 1917 г. в США была впервые организована Ассоциация по восстановительной терапии. По отношению к лицам с физическими уродствами термин «реабилитация» был использован в 1918 г. при основании в Нью-Йорке института Красного Креста для инвалидов.

По Постановлению СНК от 15 ноября 1921 г. «О социальном обеспечении при временной нетрудоспособности и материнстве» в 1922 г. был издан приказ, где было предложено государственным, кооперативным и частным предприятиям у которых имелись рабочие и служащие, занятые наемным трудом, ввести страховые взносы по виду «А», то есть на случай временной нетрудоспособности (увечья, болезни, беременности, родов) [8, 88].

Вторая мировая война также значительно усилила развитие медицинской, психологической, социальной, в том числе профессиональной, реабилитации. Концепция реабилитации больных и инвалидов в современном понимании появилась в годы Второй мировой войны в Англии и США. Так, в США уже в 1945 г. было 26 специальных учебных заведений подготовки специалистов-реабилитологов. Впоследствии пришло понимание, что с ростом случаев хронических заболеваний, которые ведут к нетрудоспособности, отдельные направления медицины не в состоянии решать эту проблему, эта задача под силу только всей системе здравоохранения в целом.

Так, в Англии уже в 1944 г. был создан Британский совет реабилитации инвалидов. В 1946 г. в Нью-Йоркском медицинском центре «Bevellue» была организована служба реабилитации раненых и больных «Rehabilitation Medicine Service». В 1950 г. социально-экономический Совет ООН одобрил резолюцию «Социальная реабилитация инвалидов», в которой поднимался вопрос международного планирования и разработки программы реабилитации физически неполноценных лиц.

Впоследствии, особенно после Второй мировой войны, проблема социально-трудового восстановления инвалидов приобрела массовый характер. Кроме медицинских, ее решение предусматривало рассмотрение целого пакета психологических, социальных и других вопросов, которые выйдут за рамки узколечебных, и тогда на смену термина «восстановительное лечение» пришел термин «реабилитация».

Считается, что реабилитационное направление в медицине начало развиваться лишь с конца 60-х лет XX в. Сначала оно рассматривалось как составляющая лечебного процесса. Однако, с учетом современных тенденций, более логичным представляется и по содержанию, и по форме рассмотреть противоположное мнение – лечение является составной реабилитации. На сегодня служба реабилитации организационно встроилась в структуру реабилитационных центров, специализированных по профилю заболеваний (кардиологические, неврологические, ортопедические и др.). В зависимости от того, при каком учреждении они организованы, это могут быть стационарные, санаторные или поликлинические реабилитационные центры.

В 1973 г. в «Докладе совещания ВОЗ» (Женева) подчеркивается, что целью лечения больного является не только сохранение его жизни, но и способности к независимому существованию. Отсюда следует направленный характер всей системы реабилитации в интересах, прежде всего самого больного, его близких и всего общества. На сегодня реабилитация заняла важное место среди ведущих медико-социальных направлений, которые разрабатываются в мире. Научные исследования действия средств реабилитации показали, что при правильно разработанной реабилитационной программе к активной жизни можно возвращать около 50% тяжелобольных.

Всемирная организация здравоохранения определяет медицинскую реабилитацию как комплекс мероприятий лечебного, физического, психологического, социального, профессионального и педагогического характера, направленных на возможно достижимое для данного индивидуума восстановление здоровья [7, с.12].

В нашей стране вопросы оказания пациентам реабилитационной помощи регулируются Приказом Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке оказания медицинской реабилита-

ции», в соответствии с которым медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях: 1) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 2) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 3) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) [4, 17].

В России проблема медицинской реабилитации приобрела особую актуальность в связи с развитием восстановительной медицины как нового направления практического здравоохранения. Около тридцати лет назад в составе лечебных центров стали открываться службы реабилитации, позже появились специализированные палаты и даже отделения. Сегодня существует масса профильных реабилитационных центров, которые могут функционировать по поликлиническому, санаторному или стационарному принципу.

Список литературы

1. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): 2-е изд., стер. М.: ВЛАДОС, 2001. 608 с.
2. Кистенева О.А., Кистенев В.В. Русский ученый-энциклопедист XVIII в. А. Т. Болотов об электромедицине // Вестник науки и образования. 2015. № 5 (7). С. 119-121.
3. Коновалов Я.С., Лебедев И.В., Чернова О.А. История возникновения и развития домов престарелых и других учреждений призрения в России // Современные проблемы науки и образования. 2011. № 6. С. 287-292.
4. Королев А.А., Соболевская Ю.А., Рудакова С.М., Кукелев Ю.В., Камаева А.В., Шипулина Г.В., Мартынюк М.Д. Медицинская реабилитация: учебное пособие / под ред. С.С. Алексанина. СПб.: Политехника-сервис, 2014. 184 с.
5. Медицинская реабилитация в спорте / Под общ. ред. В.Н. Сокрута, В.Н. Казакова. Донецк: Каштан, 2011. 620 с.
6. Реабилитация [Электронный ресурс] / Медицинская энциклопедия // Режим доступа: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/26348 (дата обращения 05.10.2016).
7. Фисун А.Я., Щегольков А.М., Юдин В.Е., Белякин С.А., Иванов В.Н., Будко А.А., Овечкин И.Г. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ: ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ // Военно-медицинский журнал. 2009. Т. 330, № 8. С. 11-15.
8. Чернова О.А. Роль профессиональных союзов в улучшении социально-бытовых условий жизни рабочих промышленных предприятий Черноземья в годы нэпа // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: История. Политология. Экономика. Информатика. 2007. Т. 1. № 1. С. 87-92.
9. Чернова О.А., Коновалов Я.С., Ильницкий А.Н., Лебедев И.В. Исторические и медико-социальные аспекты пребывания пожилых людей в домах престарелых // Современные проблемы науки и образования. 2011. № 6. С. 27-31.

Сведения об авторах:

Кистенева Ольга Алексеевна – к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии Белгородского государственного национального исследовательского университета, kisteneva@bsu.edu.ru, 8919-291-38-22.

Кистенев Виталий Валентинович – кандидат исторических наук, доцент, кафедра теории и истории культуры, факультет искусствоведения и межкультурной коммуникации, Белгородский государственный институт искусств и культуры, kisvita@mail.ru.

Москалёв Андрей Сергеевич – студент, специальность «лечебное дело» Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета.

Красильников С.В., Жукова Н.Ю.
**ПЕРВАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ Е.Е. ВОЛОСЕВИЧ:
230 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ СЕВЕРЯН**

Резюме

Первая городская больница учреждена в 1786 году и до начала XX века оставалась единственным центром лечебной помощи на Севере. На сегодняшний день ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» – одно из самых крупных многопрофильных учреждений Архангельской области, оказывающее первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. Оказание в Первой больнице медицинской помощи различных профилей и наличие квалифицированных врачебных кадров явилось предпосылкой открытия в Архангельске медицинского института в 1932 году. В настоящее время больница является учебной базой Архангельского медицинского колледжа и Северного государственного медицинского университета. Первая городская клиническая больница стала родоначальницей самостоятельных лечебных учреждений Архангельска: инфекционной, психиатрической, офтальмологической и детской больниц; противотуберкулезного, лечебно-физкультурного, кожно-венерологического и онкологического диспансеров, станции переливания крови.

Ключевые слова: первая больница г. Архангельск, клиническая больница, Е.Е. Волосевич

13 (24) февраля 1786 года указом Архангельского Приказа Общественного Призрения в губернском городе Архангельске учреждена Первая больница. В течение полутора веков она являлась единственным центром лечебной помощи на Севере.

Вначале штат больницы отдельного врача не предусматривал. Медицинскую помощь оказывал губернский доктор. В 1800 году первым врачом больницы стал штабс-лекарь Гавриил Модер.

Во второй половине XIX века на развитие больницы оказывали влияние дипломированные врачи из числа ссыльных, политически неблагонадежных, в их числе – В.М. Богутский, Д.Я. Дорф, Я.С. Киришман, С.А. Никонов, Л.Б. Сербин. Все они работали в больнице – консультировали и лечили больных. В 1863 году врачами больницы А.П. Затравницким, А.Ф. Гроссом, и Н.К. Бергом в Архангельске было учреждено научное общество врачей. В 1876 году при больнице открылось первое медицинское учебное заведение на Севере – школа подготовки фельдшеров и повивальных бабок, которые представляли в то время доступную для народа медицину. Ученики школы, находившейся на территории больницы, имели возможность проходить в ней практику. Больница взамен получала подготовленных средних медицинских работников. В конце XIX века в больнице лечились не только жители города, но и различных уездов губернии – Шенкурского, Холмогорского, Пинежского, Мезенского, Кемского, Онежского.

В начале XX века больницу и фельдшерско-повивальную школу возглавлял хирург Л.Г. Большесольский. При его активном участии в больнице начинает оказываться и развиваться хирургическая помощь. В 1903 году провизор К.А. Лоренц был «допущен к исполнению обязанностей заведующего аптекою Архангельской больницы Приказа Общественного Призрения» и «допущен к производству преподавания ботаники, фармации и фармакогнозии в фельдшерской школе». Карл Александрович много сил и энергии отдал развитию фармации на Севере. В 1906 году в больнице работали врачи С. Ф. Гренков и Г.М. Лейбсон. Сергей Федорович исполнял обязанности старшего врача больницы и заведовал хирургическим и акушерско-гинекологическим отделениями, Герман Михайлович – терапевтическо-неврологическим, инфекционным и психиатрическим отделениями. Оба врача отдали много сил для развития больницы: улучшение условий лечения и содержания больных; расширение штатов лечебного учреждения; создание психиатрического и инфекционного отделений; инициировали строительство отдельного родильного отделения, введение постоянного амбулаторного приема. Способствовали учреждению благотворительного общества с целью материальной и нравственной помощи больным и роженицам.

После Октябрьской революции больница перешла в ведение губернского отдела здравоохранения и получила статус губернской (Губернская Советская). Основной задачей в то время была борьба с последствиями гражданской войны и повсеместно распространенными эпидемиями холеры, оспы, трахомы, тифа. Обстановка того времени требовала развития специализированных видов медицинской помощи: инфекционной, детской, психиатрической, глазной и родовспоможения. В 1924 году

в больнице было 10 отделений: два хирургических, терапевтическое, детское, гинекологическое, родильное, венерологическое, психиатрическое, глазное, ушное, инфекционное. Для открытия новых отделений приспособлялись бараки, перестраивались и строились корпуса в разных местах города. 1920 – 1933 – в этот период врачи больницы менялись очень часто, больницу возглавляли: Г.М. Лейбсон (1920, 1923), военный врач Левенталь (1922), Шарин (1921), Розин и Романов (1922-1923), Корнилов (1928-1931), М.Ф. Копейкин (1932).

В апреле 1932 года главным врачом Первой городской больницы назначен Николай Иванович Лилеев. Возглавлял больницу до 1957 года.

Лилеев Николай Иванович – (30.03.(11.04).1886 – 16.09.1958) уроженец Ярославской губернии. Окончил медицинский факультет Томского университета в 1912 году. Работал врачом в Гродненской и Ярославских губерниях. Во время гражданской войны служил в Красной Армии. В 20-е годы работал главврачом в Вологодской инфекционной больнице, заместителем заведующего Вологодского губздравотделом. 1932–1957 – главный врач Первой городской клинической больницы. Под руководством Н.И.Лилеева больница стала клинической базой медицинского института. Избирался в Вологодский и Архангельский городские советы депутатов. Награжден медалями «За оборону Советского Заполярья» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945гг». Труд Николая Ивановича был высоко оценен – он удостоен звания «Заслуженный врач РСФСР» за выдающиеся заслуги в области здравоохранения и награжден орденом Ленина за безупречную тридцатилетнюю медицинскую деятельность. Под руководством Николая Ивановича быстро рос коечный фонд: 1932 год – 610 коек, 1933 год – 720, 1934 – 850. В больнице функционировала библиотека, был открыт клуб, для детей сотрудников больницы работали ясли. Всемерно способствовал созданию медицинского института в Архангельске. Под его руководством больница стала учебной базой института.

Предпосылкой открытия в 1932 году Архангельского государственного медицинского института стало оказание в Первой больнице медицинской помощи различных профилей и наличие квалифицированных врачебных кадров. С 1934 года больница стала функционировать как клиническая база АГМИ, на её базе было организовано 11 кафедр, организацию их возглавил профессор М.В. Алферов. Свою работу в больнице он начал в качестве заведующего хирургическим отделением, возглавил хирургическую ассоциацию врачей и был первым её председателем. Большой вклад в развитие хирургической службы внесли врачи А.И. Злобина и А.И. Семеновская. Кафедрой терапии руководил профессор Н.Н. Дьяков. Кафедрой патологической анатомии – профессор Нодов. Кафедрой акушерства и гинекологии до 1944 года заведовал профессор В.В. Преображенский. В больнице работали многие известные врачи и ученые, внесшие большой вклад в развитие здравоохранения города и области: профессора М.В. Алферов, В.В. Преображенский, Б.А. Барков, доценты А.И. Миркин, А.А. Вечтомов, заведующие отделениями и врачи: Г.Ф. Николаев, Л.И. Иотсон, М.А. Кулишева, А.И. Злобина и другие.

Приказом по облздравотделу № 128 от 6 октября 1934 г. отмечено: «... с удовлетворением отмечая начало работы кафедр на базе Архангельской горбольницы приношу главврачу Архангельской городской клинической больницы Лилееву Николаю Ивановичу благодарность от лица Севкрайздравотдела за энергичное руководство по превращению больницы в клиническую. Прошу доктора Лилеева передать искренние пожелания успеха в работе клиники всему профессорскому, врачебному и административно-техническому персоналу. Крайздрав надеется, что из стен Архангельской городской клинической больницы будут выходить молодые специалисты врачи – вполне отвечающие требованиям, предъявляемым партией и Советской властью к советским специалистам». Зам. Зав. Облздравотделом Васильев. Статус клинической больницы получила в апреле 1939 года.

В 1941-1945 годах Архангельск стал госпитальной базой Карельского фронта. В больнице, имеющей в составе 900 коек, работали специальные отделения для раненных, больных цингой, оказывалась медицинская помощь труженикам тыла, пострадавшим от бомбардировок, эвакуированным жителям блокадного Ленинграда.

С первых дней Великой Отечественной войны в больнице сложилась тяжелая кадровая обстановка, так как многие сотрудники ушли на фронт, перешли на работу в эвакуогоспитали. Как отмечается в годовом отчете за 1942 год, все опытные медицинские сестры были призваны для службы в Армии и им на смену пришли медсестры без опыта работы, только закончившие учебу (1941 года выпуска) – это сильно усложняло работу по обслуживанию больных и раненых. Огромную работу выполняли врачи больницы и преподаватели клинических кафедр АГМИ. Они вели по 40-50 больных и 15-20

раз в месяц оставались на ночные дежурства. Особенно трудно приходилось, когда фашисты бомбили Архангельск: в такие дни больница принимала до 40 раненых, которые нуждались в срочной хирургической помощи. В эти дни, дежуря на крышах корпусов, сотни зажигательных бомб тушили врачи, медицинские сестры и санитарки больницы. Коллектив героически отстоял свою больницу. В военное время заведовали отделениями и одновременно возглавляли специализированные службы города: Л.Д. Засловский, В.А. Ведерников, П.П. Ерофев, В.В. Макарова, М.С. Михелович, Г.Г. Логинов, А.И. Миркин, Н.Н. Дьяков, В.А. Преображенский. Несмотря на многочисленные трудности, больница выполняла свою главную задачу – за годы войны было пролечено более 43 тысяч больных и раненных, сделано 1560 сложных хирургических операций.

В 1948 году состоялось объединение больницы с поликлиникой (единым комплексом они проработали 40 лет). Развивалась и совершенствовалась участковая служба, формировались принципы ведения больных врачами поликлиники, скорой помощи и стационара.

С мая 1957 года главным врачом работала Евстолия Павловна Абрикосова.

Евстолия Павловна Абрикосова (1912 года рождения – ?) Окончила АГМИ в 1939 году. В 1952-1956 годах Евстолия Павловна была ассистентом кафедры факультетской хирургии АГМИ. С 1957-1960 г.г. работала главным врачом Первой городской больницы г. Архангельска, с 1962-1970 г.г. – Новодвинской городской больницы.

Новый этап в развитии больницы начался в 1960 году с выходом постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР». В это время на работу главным врачом Первой городской клинической больницы назначили Еликаниду Егоровну Волосевич.

Волосевич Еликанида Егоровна (Сафонова) (10.06.1928 – 04.12.2008) родилась в деревне Кимжа Мезенского района. В 1947 году окончила в Архангельске фельдшерскую школу, вернулась в Мезень, работала в амбулатории фельдшером. В 1954 году с отличием окончила Архангельский государственный медицинский институт, в 1957 году – клиническую ординатуру на кафедре общей хирургии. Три года работала врачом-хирургом в Архангельской городской больнице №2. В 1960 году назначена главным врачом Первой городской клинической больницы скорой медицинской помощи Архангельска, которую бессменно возглавляла 47 лет. Умерла 4 декабря 2008 года.

Награды: ордена Трудового Красного Знамени, «Знак Почета», «За заслуги перед Отечеством» III и IV степеней; медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением», знак «За заслуги перед городом Архангельском», золотой знак «Общественное признание», почетный знак «Достояние Севера». Почётный гражданин Архангельска, Народный врач СССР, Заслуженный врач РСФСР.

Под руководством Еликаниды Егоровны в больнице, претерпевшей многие организационные преобразования, заново создана материальная база, построено 7 лечебных корпусов, 2 поликлиники, подстанция скорой помощи. С вводом в строй новых корпусов велось и оснащение новым медицинским оборудованием и аппаратурой, укреплялись и развивались специализированные службы, закладывались основы дальнейшего развития.

В 1965 году введены в эксплуатацию пятиэтажный и хозяйственный корпуса. Начало работы первое терапевтическое отделение с кардиологическим профилем. Как отдельное функциональное подразделение больницы был организован операционный блок. Все лабораторные подразделения объединены в клинко-диагностическую лабораторию. физиотерапевтическому отделению выделены помещения в построенном пятиэтажном корпусе, получена аппаратура, расширен штат сотрудников, создано отделение для приёма пациентов поликлиники и стационара. В 1966 году организовано детское хирургическое отделение на 40 коек. Открылось второе терапевтическое отделение на 60 коек, в нем лечились гематологические и пульмонологические больные. В 1967 году создано отделение анестезиологии. Первый эндотрахеальный наркоз в больнице был проведен в 1959 году хирургом Л.Н. Кутузовой. Полностью освоил и внедрил в лечебную практику этот вид обезболивания врач В.Н. Орлов. Он стал первым анестезиологом и основоположником анестезиологической службы в больнице. В 1968 году введена в строй поликлиника на 700 посещений. В 1972 году детское хирургическое отделение было переведено в Областную детскую клиническую больницу. В 1973 году на базе бывшего отделения детской хирургии открыто реанимационное отделение на 11 коек. Введена в эксплуатацию поликлиника на 1200 посещений на пр. Павлина Виноградова (пр. Троицкий). В открытии поликлиники принял участие министр здравоохранения СССР Б.В. Петровский. Прежде построенное здание поликлиники на 700 посещений передано Приморскому району. В 1974 году введен в строй четырехэтажный корпус и пищеблок. В 1975 году гинекологическое и урологическое

отделения получили статус областных. Родильное отделение вошло в состав родильного дома. В больнице создано третье терапевтическое отделение. В декабре 1975 году Первая городская была объединена со станцией скорой помощи, ей был присвоен статус больницы скорой медицинской помощи. Это позволило коренным образом изменить оказание экстренной медицинской помощи жителям Архангельска. Были созданы специализированные бригады: кардиологическая, педиатрическая, реанимационная, психоневрологическая, работавшие в тесном взаимодействии со специализированными отделениями стационара. В 1976 году открыто 3 хирургическое отделение на 60 коек. В 1977 году глазное отделение передано в офтальмологическую клинику.

В 1980 году построен и начал работу шестизэтажный (хирургический) корпус. В 1981 году организовано четвертое терапевтическое отделение и кардиореанимационное отделение на 6 коек. В 1985 году построен морфологический корпус. В 1986 году за большой вклад в дело охраны здоровья северян и в связи с 200-летием со дня основания больницы награждена орденом «Знак Почета». В 1986 году создано отделение функциональной диагностики. На базе второго хирургического отделения организовано отделение гнойной хирургии с проктологическими койками. Кроме этого, в отделении получают лечение больные с сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы. В 1987 году нарастающий объем больных с сосудистыми заболеваниями центральной нервной системы, поступающих по «скорой помощи», потребовал создания второго неврологического (сосудистого) отделения. Создано отделение диализа. Впервые в Архангельской области начато лечение пациентов с хронической почечной недостаточностью методом программного гемодиализа. В 1988 году на базе третьего хирургического отделения выделено 35 специализированных коек для оказания хирургической помощи больным с патологией аорты и магистральных сосудов. В 1989 году для оказания населению Архангельска экстренной и плановой медицинской помощи посредством гипербарической оксигенации при патологических состояниях с острой и хронической гипоксией различной этиологии создано отделение гипербарической оксигенации. В 1989 году с приобретением больницей двух УЗИ-сканеров организовано отделение эндоскопии и ультразвуковой диагностики. Эндоскопические методы исследования применялись в больнице с 70-х годов.

В 1990 году ангиохирургическая служба оформилась в отделение сосудистой хирургии с рентгенохирургией. В 2005 году отделение сосудистой хирургии выделилось как самостоятельное структурное подразделение. В 1991 году организовано отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, с 2010 года входит в состав Регионального сосудистого центра. Развитие ангиографической службы создало предпосылки для организации кардио- и нейрохирургических направлений. В настоящее время в отделении освоены операции всех сосудистых бассейнов. Формирование службы началось в 1988 году, когда врач-энтузиаст А.Ю. Вальков своими силами сконструировал и собрал ангиографическую установку и получил сравнительно качественные ангиограммы. Открыт центр гравитационной хирургии крови и детоксикации. Началось строительство кардиологического корпуса, он сдавался в эксплуатацию в две очереди – в 2005 и 2007 годах.

В 1993 году открыто отделение компьютерной и магнитно-резонансной томографии, установлен самый мощный для того времени магнитно-резонансный томограф. Хирургами-энтузиастами А.Н. Шонбиным и И.И. Черновым выполнены первые две операции коронарного шунтирования на работающем сердце без аппарата искусственного кровообращения (АИК) в виду его отсутствия. В октябре того же года с приобретением АИК проводятся первые три операции коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. С этого момента началась эра оказания хирургической помощи больным с ИБС во всем регионе.

В 1994 году впервые на Северо-Западе проведена лапароскопическая холецистэктомия (удаление желчного пузыря) при хроническом калькулезном холецистите бригадой в составе Я.А. Насонова, А.П. Совершаева, А.Г. Тодрика. Создан Городской лечебно-консультативный эндокринологический центр. В 1999 году созданы нейрохирургическое отделение и отделение сердечно-сосудистой хирургии, а так же городской кардиологический центр с целью отбора пациентов на ангиорентгенологические и кардиохирургические вмешательства, наблюдением за пациентами, перенесшими операцию на сердце.

В 2003 году больница удостоена региональной премии Достояние Севера. В 2005 году открыты отделения: кардиохирургии, ангиохирургии, отделение кардиохирургической реанимации, отделение неотложной кардиологии, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции, отделение сосудистой хирургии было выделено как самостоятельное структурное подразделение. В 2006 году в больнице начала функционировать Лаборатория патоло-

гии Гемостаза и Атеротромбоза. В 2007 году на базе эндоскопического отделения создана лаборатория малоинвазивной хирургии. На базе 3 хирургического отделения открыты две палаты для лечения пациентов с осложненными некротическими панкреатитами и кистозными образованиями печени и поджелудочной железы.

Коллектив больницы достиг значительных успехов в освоении новых технологий и развитии специализированных видов помощи. Значительное влияние на развитие больницы и хирургии на Севере оказал соратник Еликаниды Егоровны – Яков Александрович Насонов.

Насонов Яков Александрович (14 июня 1945 г.р.) окончил Архангельский государственный медицинский институт в 1969 году. По распределению три года работал хирургом в Онежской районной больнице. В 1972 году принят на работу в Первую городскую клиническую больницу. В 1983 году возглавил операционное отделение. В 1987 году – заместитель главного врача по хирургии. 22 года возглавлял хирургическую службу больницы. С 2009 года – заведующий операционным блоком.

Яков Александрович имеет огромный опыт практической работы. За 43 года им выполнено более 11 тысяч оперативных вмешательств широкого диапазона. Владеет практически всем спектром операций на органах брюшной полости. Одним из первых произвел в больнице панкреатодуоденальную резекцию. В числе первых овладел лапароскопическими операциями в плановой и экстренной хирургии, положив тем самым начало эндоскопической хирургии. Несомненна его заслуга в становлении кардиохирургической службы в Архангельской области. Под его руководством последовательно проводилась реорганизация хирургической службы больницы с целью развития специализированной хирургии города и области. Благодаря настойчивости и всесторонней поддержке Якова Александровича в больнице открыты и успешно работают отделения нейрохирургии, гравитационной хирургии крови, магнитно-резонансной и компьютерной томографии, рентгенохирургических методов диагностики и др.

Награды: Почетное звание «Заслуженный врач РФ», 1986 г.; Медаль Ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, 2003 г.; Орден «За заслуги перед Отечеством» IV степени, 2008 г.; звание «Почетный гражданин города Архангельск», 2008 г.; региональная общественная награда «Достояние Севера», 2015 г.

В январе 2009 года на должность главного врача больницы назначен Сергей Валентинович Краильников.

В 2010 году в больнице создан региональный сосудистый центр. Открыт кабинет трансфузионной терапии. В 2012 году открыто 6 терапевтическое эндокринологическое отделение, с 1975 года эндокринологические койки входили в состав гастроэнтерологического отделения. В 2013 году к больнице присоединен Архангельский медицинский центр. В структуру вошли: поликлиника на 500 посещений, дневной стационар, отделение круглосуточного (реабилитационного) стационара. Открыта кислородно-газификационная станция. В 2014 году создана служба лечения боли. В 2015 году проведена реорганизация хирургической службы: первое хирургическое отделение специализируется на оказании срочной хирургической помощи, третье хирургическое отделение – на оказании плановой хирургической помощи. Создан центр гепатопанкреатобилиарной хирургии и интервенционной эндоскопии, куда входят лаборатория миниинвазивной хирургии, койки в стационаре и поликлинический прием. Открыто отделение медицинской реабилитации №1. Основное направление деятельности – реабилитация пациентов, перенесших инсульт.

В 2016 году при поддержке главы региона И.А. Орлова проведен капитальный ремонт операционного блока. Восемь операционных оснащены новейшим медицинским оборудованием: наркозными станциями, многофункциональными рентгенпрозрачными операционными столами, передвижными электронно-оптическими преобразователями для проведения рентгенологического исследования, ламинарными потоками с системами кондиционирования и очистки воздуха, которые обеспечивают управляемый микроклимат и исключают возможность инфицирования. Открыт терапевтический участок на ул. Дзержинского, 11. Состоялось объединение с городской больницей №12: взрослая поликлиника на 170 посещений в смену, педиатрическое отделение на 60 посещений в смену, женская консультация. В стационаре открыто нефрологическое отделение, которое вошло в состав созданного нефрологического центра.

Пройдя большой и славный путь становления и развития ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» стала одним из самых крупных многопрофильных учреждений Архангельской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также специализированную, в том числе высокотех-

нологичную медицинскую. В структуре больницы 25 клинических отделений на 1011 коек, оказывающих специализированную медицинскую помощь по 28 профилям.

Интегрированный, организационно-завершенный путь оказания специализированной помощи используется в развитии всех служб больницы. В тесном содружестве и взаимодействии работают все врачи больницы. Координацию взаимодействия врачей профильных отделений и служб стационара с лечебными учреждениями города осуществляют консультативно-диагностические центры: кардиологический, сосудистый, эндокринологический, нефрологический и гепатопанкреатобилиарной хирургии и интервенционной эндоскопии.

Ежегодно в стационаре пролечивается более 30 тысяч человек. Доля экстренной госпитализации 67%. Ежегодно хирургами больницы выполняется более 14 тысяч операций, из них срочных – 45%. В структуре госпитализированной заболеваемости на 1 месте стоят болезни системы кровообращения (31,5%), на 2-м – болезни органов пищеварения (15,3%), на 3-м – болезни мочеполовой системы (13,1%), на 4-м месте – травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (10,2%).

Списочная численность сотрудников больницы составляет более 2000 человек, 378 врачей, 776 специалистов среднего звена. Ученую степень имеют 39 врачей, 5 из них – доктора медицинских наук. 41% врачей и 39% медицинских сестер присвоена высшая и первая квалификационная категория. Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» и «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» присвоено 18 специалистам, 35 сотрудников награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

В больнице достигнуты значительные успехи в освоении новых высоких технологий и развитии специализированной медицинской помощи. Они особенно значительны в кардиохирургии, нейрохирургии, сосудистой хирургии, ангиорентгенхирургии, травматологии, кардиологии, неврологии.

В больнице ведутся подготовительные мероприятия для осуществления операций по трансплантации органов (почки, печень, сердце и т.д.) для жителей Архангельской области и прилегающих территорий Северо-Западного Федерального округа. Первые операции по пересадке органов запланированы на 2017-2018 гг.

На сегодняшний день больница является учебной базой медицинского колледжа и восьми клинических кафедр Северного государственного медицинского университета: анестезиологии и реаниматологии, заведующий кафедрой – д.м.н., профессор М.Ю. Киров; хирургии, заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Б.Л. Дуберман; факультетской терапии, заведующий кафедрой – д.м.н., профессор О.А. Миролюбова; терапии, эндокринологии и скорой медицинской помощи, заведующий кафедрой – д.м.н., профессор И.В. Дворяшина; акушерства и гинекологии, заведующий кафедрой – д.м.н., профессор А.Н. Баранов; неврологии и нейрохирургии, заведующий кафедрой – к.м.н., А.И. Волосевич; физической культуры и медицинской реабилитации, заведующий кафедрой – д.м.н., доцент Н.И. Ишекова; клинической фармакологии и фармакотерапии, заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Н.А. Воробьева. Также по большому спектру медицинских специальностей в больнице проходят подготовку и усовершенствование врачи на последипломном этапе.

Вместе с врачами в больнице достойно трудятся медицинские сестры. Они вносят значимый вклад в развитие сестринского дела в больнице. С 1967 по 1981 главной медицинской сестрой была В.П. Гринблант; с 1983 по 2012 – отличник здравоохранения, заслуженный работник РФ В.Н. Овсянкина; с 2012 года сестринский коллектив возглавляет – Е.А. Василенко.

Коллектив больницы неоднократно становился победителем Всесоюзного общественного смотра учреждений здравоохранения в 1973, 1974, и 1975 годах, в 1982 году больница награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения СССР. В 1986 году за большой вклад в дело охраны здоровья северян и в связи с 200-летием со дня основания больница награждена орденом «Знак Почета», в 2003 году удостоена региональной премии «Достояние Севера».

Сотрудники больницы ежегодно становятся лауреатами областных и Российских конкурсов профессионального мастерства «Лучший врач» и «Лучшая медицинская сестра», а также премии имени М.В. Ломоносова.

Лауреаты премии имени М.В. Ломоносова

1995 год

За исследование «За освоение и успешное введение в практику кардиологического метода лечения ишемической болезни сердца в Архангельской области» врачи И. И. Чернов, А. Н. Шонбин, А.Ю. Вальков, С. А. Заволожин, Л.Э. Недашковский, В.В. Бородин.

2005 год

За научно-практическую работу «Наследственные тромбофилические состояния как фактор риска для здоровья населения Архангельской области» профессор Н. А. Воробьева.

2006 год

За научно-практическую работу «Хирургическое лечение разрыва аневризм сосудов головного мозга в остром периоде» авторский коллектив специалистов СГМУ и Первой городской клинической больницы: В. Г. Порохин, А.И. Волосевич, Н.А. Серебрянников, И. В. Шлегель, С. М. Казиев, С.А. Вашуков, А. В. Левин, И.Я. Насонов.

2007 год

За научно-внедренческую работу «Влияние отсроченной ангиопластики на исход острого инфаркта миокарда» авторский коллектив СГМУ и Первой городской клинической больницы: С.А. Заволожин, О.А. Миролюбова, А.С. Заволожин, С.В. Гольшев, Э.В. Недашковский.

2009 год

За комплексную научную работу «Оптимизация диагностики и лечения острого панкреатита и его осложнений» авторский коллектив СГМУ и Первой больницы: С.В. Бобовник, Б.Л. Дуберман, С.М. Дыньков, В. П. Рехачев, Я.А. Насонов, В.Н. Поздеев.

2010 год

За научно-внедренческую работу «Организация лаборатории малоинвазивной хирургии в МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е.Волосевич»: Д.В. Мизгирев, А.М. Эпштейн.

2014 год

За научно-внедренческую работу «Мониторинг и целенаправленная терапия при хирургической коррекции комбинированных пороков сердца» В номинации «молодые ученые»: А.И. Ленский

Список литературы

1. Вартик А. Сергей Красильников: Первая горбольница – первая по жизни / А.Вартик // Деловой вестник Поморья. 2015 2(3). С. 18-19.
2. Городской клинической больнице №1 скорой медицинской помощи г. Архангельска – 200 лет. / Сост. В.П. Овчинников. 1987.
3. Главврач назначен // Архангельск. 2009. С.4.
4. Гудим-Левкович Г. Почетный гражданин и главный хирург Яков Насонов // Городская газета Архангельск город воинской славы. 2015. №40.
5. Жукова Н. Доктор не забыт // Архангельск. 2011. № 60.
6. Иванова Т.Н. 25 лет кардиологическому отделению Первой городской больницы Архангельска / Т.Иванова, Л. Коноплева // Медик Севера. 1991. № 6 (858), С. 1-2.
7. Калинина А. Яков Насонов – хирург по специальности, хирург по жизни. / А.Калинина // Деловой вестник Поморья. 2015 2(3). С. 22-23.
8. Ковлишенко Л. Хирургия в моей жизни взяла верх // Архангельск – город воинской славы. 2013. № 39
9. Костенко С. Горжусь своей больницей / С.Костенко // Правда Севера. 1976. № 19. С. 1.
10. Нечай А. Диагноз: «Первая». Первой городской клинической больницы 230 лет/ А. Нечай // «МК» в Архангельске. 2016. С.20
11. Первая городская клиническая больница. 1786-2008. Архангельск, 2008. 33 с.
12. Первая на Севере: К 220-летию Первой городской клинической больницы / Е.Е. Волосевич, Е.А.Смирнова, Я.А. Насонов, Т.Л. Орлова // Экология человека. 2006 с. – Прил.1. С. 7-8;
13. Первой городской клинической больницы имени Е.Е. Волосевич – 230 лет // Деловой Вестник Поморья. 2016. №8. 44 с.;
14. Сенчукова Н. Отбой тревоги – и операция продолжается. Из воспоминаний дочери главного врача Лилеева Николая Ивановича // Архангельск – Город воинской славы. 2011.
15. Сидоров П.И., Щуров, Г.С., Доморощенова, Л.Г. Северная медицинская школа. К 75-летию АГМИ-АГМА-СГМУ / под ред. П.И. Сидорова. Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2007. 328 с.
16. Сидорова И. Подвижники из Первой городской // Правда Севера. 1996. №6.
17. Сидорова И. Цену жизни спроси у хирурга // Правда Севера. 2001. С. 1, 3.
18. Шубин В. Единомышленники / В.Шубин, К. Грошева // Медик Севера. 1986. №№ 10-11. С. 1.

19. Щуров Г.С. Путь к успеху. Первой городской клинической больнице г. Архангельска 225 / [авт.-сост.: д-р ист.наук, проф. Г.С. Щуров] – [2-е изд., испр. и доп.]. // Архангельск: ОАО «Правда Севера», 2011. 328 с.

20. 45 лет бесменного руководства Первой городской больницей // Экология человека. 2006 с. – Прил.1. С. 9-11;

Сведения об авторах:

Красильников Сергей Валентинович – главный врач ГБУЗ АО «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич» г. Архангельск, ул. Суворова, д.1.

Жукова Наталья Юрьевна – специалист по связям с общественностью ГБУЗ АО «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич» (г. Архангельск, ул. Суворова, д.1. e-mail: pressa@1gkb.ru)

Кудря Л.И., Шрага М.Х., Зорина А.А.

К ЮБИЛЕЮ ОДНОГО ЗАБЫТОГО СОБЫТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

Резюме

В центре внимания широкой публики состояние в новом российском здравоохранении: от жителя далекой деревни до министра и монетарного экономиста. Целью настоящей работы является нахождение во времени идеологических истоков системного кризиса отечественного здравоохранения. Используются общетеоретические и исторические методы. Выявлено, что после волонтаристической отмены науки «социальная гигиена», советское и российское здравоохранение так и не смогли вновь обрести свойственную методологию отрасли. Управление отечественного здравоохранения осуществляется на основе так называемой «организации здравоохранения», которая не является наукой.

Ключевые слова: гигиена, здравоохранение, организация здравоохранения, менеджмент.

Введение

Глэм – капитализм пробуждает новые парадигмы здравоохранения и сегодня стало уже фактом, что «медицинскую помощь переиначили в медицинские услуги, врача превратили в производителя медицинских услуг, страховые организации — в покупателя медицинских услуг, а пациента-гражданина в потребителя [8].

Закономерно в этой связи среди ученых-ноосферистов, социологов и управленцев рождается чисто российский риторический вопрос. Что же делать и как лечить само здравоохранение? Медицине может быть следует по требованию чиновников (организаторов) здравоохранения отрасли дать в 2 или даже в 10 раза больше общественных средств и ресурсов?

Мы же причины болезни здравоохранения склоны видеть в отсутствии идеологии реформирования и разделяем точку зрения, которая требует кардинальную реорганизацию здравоохранения [17]. Ученый обосновывает свои требования тем, что «в настоящее время по интегральным показателям состояния здоровья населения мы находимся на 127 месте в мире, а по интегральной оценке качества работы системы здравоохранения на 130 месте в мире». С позиций социальной экологии Д.В. Михель должен был все же признать, что: «болезнь и здоровье во многом являются социальными явлениями... и само общество, в свою очередь, является частью более общего целого – экосистемы» [11].

А.В. Тихомиров давно уже указывал на наличие в России новой реальности, – «сосуществования двух совершенно различных до противоположности механизмов охраны здоровья граждан: прежний, бюджетно-административный и новый, рыночный» [23]. Мы же в принципе поддерживаем мнение автора, который считал, что включение «платных» медицинских услуг в деятельность публичных медицинских учреждений не столько упорядочила частную медицину, сколько дезорганизовала общественное здравоохранение. Учреждения здравоохранения, что естественно в условиях рынка, стали стремиться максимально сужать гарантированный объем «бесплатной медицины» и максимально расширять спектр медицинских услуг «за плату».

А.В. Тихомиров обращает внимание, как нам это представляется, на интересный факт, – «платные» медицинские услуги оказались невыгодными для практического персонала учреждений здравоохранения (врачей, парамедиков и пр.) и указал на сильную дифференциацию доходов между медицинскими работниками и руководителями учреждений (медицинским менеджментом).

Эксперты Комитета гражданских инициатив (А. Кудрина), используя «Руководство по социальной ответственности (международный стандарт ISO 26000: 2010)» в качестве нормативной базы, констатируют, что российское здравоохранение за последние двадцать лет так и не стало системой для человека [12]. В таких социальных обстоятельствах невозможно сформулировать столь желанную национальную идею для страны!

Законы в сфере здравоохранения и социального развития последних лет не базируются на научных данных о потребности населения в охране здоровья и медико-санитарной помощи. Такие исследования не заказывались Минздравом РФ ученым уже в течение более чем 25 лет. Это плохо характеризует кадровый состав высших чиновников Минздрава, т.е. получается, что медицинские чиновники сами все знают и не нуждаются в научном сопровождении развития здоровья общества. Они полагают, очевидно, что являются компетентными «организаторами здравоохранения».

Мы в качестве цели настоящей работы определили поиск идеологических истоков современного системного кризиса отечественного здравоохранения. Использован общетеоретический и исторический методы. Выявлено, что после волевой отмены, запрета науки «социальная гигиена», отечественное здравоохранение так и не смогло вновь получить свою свойственную идеологию.

Классическим определением сути научного понятия «здравоохранение» по нашему глубокому убеждению следует считать испытанную временем дефиницию, предложенную У. Уинслоу (Ачесон, 1988) еще в 1920 году. В определении У. Уинслона соединены наука и искусство, т.е. организованные действия общества. Или говоря проще, то задачи общественного здравоохранения ясные и конкретные — предупреждать болезни, продлевать жизнь и укреплять здоровье [29]. В работе использован историко-аналитический подход в качестве объективной интегральной оценке уровня развития теоретико-философских знаний о здоровье и болезнях человека.

Результаты

Исторический анализ проблемы показывает, что «Календарь знаменательных и памятных дат медицины» надо бы пополнить еще одним судьбоносным событием. Семьдесят пять лет назад, в 1941 году кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры «организации здравоохранения» [6]. Данную науку в англоязычных странах чаще называют «общественным здоровьем» или «общественным здравоохранением», франкоязычных — «социальной медициной», в США — «медицинская социология». Наука «социальная гигиена» в нашей стране начала свое развитие с создания в 1918 г. Музея социальной гигиены Народного комиссариата здравоохранения РСФСР (директор — профессор А. В. Мольков), который в 1920 г. переименовывается в Государственный институт социальной гигиены Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, ставший ведущим научно-организационным учреждением страны. Принципиальным для понимания иерархии управления здравоохранения является то, что «первичным звеном управления в системе советского здравоохранения стали медико-санитарные отделы в составе Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов» [20].

Э. Дюркгейм считал, что современное ему капиталистическое общество находилось в состоянии аномии. Социологическая концепция Дюркгейма формировалась в полемике с индивидуально-психологическими и биологическими направлениями в теории обществоведения [4]. В русской научной литературе термин «социальная гигиена» встречается впервые у В. О. Португалова. Врач-публицист, социалист отмечал, что «степень заболевания и смертности человечества совершается в силу существующих условий социального быта» [15].

К. Маркс и Ф. Энгельс еще раньше либеральных ученых-социологов указали на нормальность нездоровья бедных масс населения при рыночном способе производства [10]. Мы в этой связи разделяем принципиальные идеи Н. А. Семашко, З. П. Соловьева, А. В. Молькова, З. Френкеля и др. ученых-гигиенистов о ведущей роли социальных условий в возникновении и предупреждении нездоровья. Эти идеи не могли в принципе противоречить марксистским положениям.

Сейчас принято всячески критиковать модель советской системы здравоохранения. И это в ряде частностей более чем аргументировано! Но с этой моделью, в первую очередь, связано современное понимание термина «медицинская помощь» — социальная система всеобщего, т.е. массового здравоохранения. Сюда так же относится понятие — массовая социальная профилактика заболеваний.

Здоровье, — как известно идея не новая и еще в 1761 году М.В. Ломоносов в открытом письме И.И. Шувалову высказал мнение, что самым главным делом в России должно стать сохранение и размножение российского народа. Должно вспомнить И.П. Франка, который развивал идеи государственности в здравоохранении. Можно также обратиться к наследию великих мыслителей различных эпох, которые предвещали будущее медицине — медицины предупредительной (Гиппократ, Ибн Сина, Н.И. Пирогов и многие др.).

Но надо признать, что эти принципы в ранг государственной политики впервые были возведены только в годы советской власти. Только после Октябрьской революции стало возможным признать право жителей бедной и разоренной страны на бесплатную медицинскую помощь, охватить каждого гражданина медицинской профилактикой, т.е. создать модель массового здравоохранения. По мере строительства национального государства, каким и был в действительности СССР с его государственным капитализмом, коммунистическая (марксистская) идеология заменялась великодержавной, и нужда в идеализированной медицине постепенно отмирала. И, вновь, наверное, надо бы переосмыслить вековой спор «пера и пробирки»!

Затем модели массового здравоохранения после второй мировой войны появились и в развитых странах Европы. В 1977г. Всемирная ассамблея здравоохранения решила, что главной целью правительств и ВОЗ должно быть достижение всеми народами мира к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Эта идея была выражена в девизе «Здоровье для всех».

Годом позже на международной конференции по здравоохранению в 1978 г., в Алма-Ате была принята Декларация, в которой подчеркнуто, что первичная медико-санитарная помощь является ключом к достижению здоровья для всех к 2000 г. Сегодня предоставление такой помощи является неотъемлемой и наиболее важной задачей здравоохранения каждой страны, ее основной функцией. В 1984 году была утверждена Европейская политика здоровья для всех и сформулированы задачи по ее реализации.

Говоря о советской, «наркомовской» модели здравоохранения, в первую очередь нужно, обратить внимание на простоту и стройной системы медицинских учреждений. Это иерархическая пирамида: фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) — участковая поликлиника — районная больница — областная больница — специализированные институты. Она позволила обеспечить единые принципы организации здравоохранения для всего населения. Организационный принцип «участковость», положенный в «наркомовскую» модель здравоохранения как бы продолжает линию лучших примеров земской медицины. Но она уже в советской модели становится принципом массового здравоохранения и могла обеспечить связь с местной властью и общественностью. Однако всю медицину СССР включить в единую систему здравоохранения не удалось, что и предопределило ее главное противоречие. И как следствие отхода от марксистской идеологии, — ведомственность стала тем «данайским конем», который и разрушил систему наркомовской медицины и создал миф «кремлевской медицины».

Уже во второй половине 20-х прошлого столетия в СССР наметилась тенденция отступления от идеологических принципов массового здравоохранения. Эта тенденция, во-первых, хорошо иллюстрируется неуклонным снижением расходов бюджета на здравоохранение. С другой стороны, материально-технический и кадровый потенциал советского здравоохранения оставались недостаточными для воплощения в жизнь провозглашенных принципов советского здравоохранения. При этом, имевшиеся ресурсы распределялись неравномерно. В развитии медицины продолжал преобладать городской уклон, и фактически медицинская помощь оставалась платной. Санитарная организация на местах оставалась очень слабой.

Началось наступление на влиятельные в 20-е годы идеологические принципы социальной гигиены, и усилилась бюрократизация отрасли. Показатели роста создавали иллюзию планомерного развития и постоянного улучшения сталинского здравоохранения. Особо неудовлетворительное положение сложилось в санитарно-эпидемиологическом деле. В жизнь вошла практика замалчивания материалов по движению эпидемических заболеваний. Причины эпидемий перестали в должной мере изучаться, они были заменены упованием на общие мероприятия Советской власти по оздоровлению труда и быта рабочих масс. Огромная угрожающая отсталость здравоохранения, отсталость, которая, по словам наркома здравоохранения Каминского, задерживала культурный рост и развитие страны Советов, оставалась неосознанной партийной и государственной властью и бюрократами-чиновниками от медицины [7].

Именно в этот период некоторые санитарные чиновники начали искоренять из советского медицинского языка термин «эпидемия». Однако, следует объективно отметить, что эта тенденция в 1935 году еще не стала абсолютной. И только уже в 1940 году тенденция свертывания принципов социальной гигиены в СССР возобладала окончательно, и продолжается планомерное сокращение финансирования здравоохранения (до 6,2% в госбюджете в 1940). Вал репрессий затруднил работу созданного в 1936 году общесоюзного наркомата здравоохранения.

Тот тяжелый период для всей передовой науки советской страны, который продолжался и не год и не два, получил общее название «лысенковщина». Думаем, что «лысенковщина» продолжает господствовать в российском здравоохранении и сегодня. Да, у нас и школьник ассоциирует лысенковщину с разгромом кибернетики, генетики, евгеники и других буржуазных наук. Но мало кто связывает с этим крах советской социальной гигиены и общественного здравоохранения.

И только через 25 лет (приказом министра СССР №132 от 28.02.1966г.) вновь были воссозданы кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения. Почти целое столетие мы видим постоянную трансформацию названий: с 1922 по 1941 год – социальная гигиена, с 1941 по 1966 год – организация здравоохранения, с 1966 по 1991 год – социальная гигиена и организация здравоохранения, с 1991 по 1999 год – социальная медицина и с 1999 года – общественное здоровье и здравоохранение.

В этой связи сегодня серьезно спрашивают: «Кто социал-гигиенисты сегодня?» [18]. Т. А. Сибурин и Ю.В. Мирошникова удостоверяют, что в 2003г. было утверждено новое название врачебной специальности – «организация здравоохранения и общественное здоровье» [16]. И с той поры, она была утверждена в «качестве врачебной специальности, распространяющейся на должности руководителей разного уровня управления, статистиков, методистов, врачей, работающих в системе медицинского страхования и пр. Социальная же гигиена была полностью передана специалистам госсанэпидслужбы».

Т. С. Сорокина сделала вывод, что в начале двадцатого века содержание советской гигиены было более широким, чем в другие периоды СССР [19]. Разделяем этот вывод и мы! Санитария тогда, помимо чисто санитарных и противоэпидемических мероприятий, также включала: охрану материнства и младенчества, борьбу с туберкулезом, охрану детей и подростков, физическую культуру и санитарное просвещение. Санитарное дело в те годы, носило на себе более выраженный социальный подход. Затем с течением временем советское санитарное дело трансформировалось в узко дифференцированные задачи, а гигиена потеряла даже свойственный ей метод исследования. И гигиенисты перестали быть эпидемиологами!? Сама же эпидемиология перестала быть популяционной, она стала инфекционной и очаговой («русской»).

Е.Я. Белицкая еще в 1970 году отметила необходимость расширения предметного поля социальной гигиены, видя в этом путь выхода из кризиса гигиены [1]. И очевидно, что этот взгляд имел под собой глубокий социально-гигиенический смысл. С другой же стороны ей казалось, что острая дискуссия в тот период по эпидемиологии неинфекционных заболеваний беспредметна. И в этом контексте вовсе она отторгала эпидемиологию нервно-психических заболеваний, алкоголизма и другие эпидемии неинфекционных болезней и патологических состояний.

Кризис гигиены в СССР заметно начал проявляться и осознаваться санитарными врачами уже в 70-е годы прошлого столетия. Дело в том, что молодые специалисты-гигиенисты, главным образом работающих в СЭС, все чаще выражали непонимание перспектив своей санитарной деятельности. Отсутствовало теоретическое обоснование их медицинской деятельности и др. В 1974 году курсанты Ленинградского ГИДУВа им. С.М. Кирова попытались вынести эти вопросы на обсуждение учебной конференции. Один из авторов настоящей статьи, с тех пор и до сих пор помнит нравоучительный ответ (отповедь) заведующего кафедрой коммунальной гигиены, д.м.н., профессора Г.В. Новикова. Г.В. Новиков, во-первых, обвинил нас санитарных врачей в юношеском максимализме и радикализме (хотя большинству из курсантов было уже за 30). А, во-вторых, предложил затем нам руководствоваться нормами Госстроя СССР!?

С 1999 г. на медицинских факультетах РФ стали преподавать учебную дисциплину «общественное здоровье и здравоохранение», и в этой связи важно оценить структуру (основные проблемы) этого знания. Несмотря на переименование учебной дисциплины, современная программа российского общественного здравоохранения не включает в себя такие разделы как «здоровье семьи», «гигиену питания», «влияние окружающей среды на здоровье населения и профессиональные заболевания» и др., т.е. она фактически остается «организацией здравоохранения» советского периода.

В первом советском руководстве по социальной гигиене профессора В.В. Молькова было выделено всего четыре раздела: методы, проблемы коллективной жизни, социальная патология, организационные проблемы здравоохранения. Программа учебного курса социальной гигиене в 1930 включала уже более широкую проблематику. 1. Предмет и метод изучения социальной гигиены. 2. Болезнь как социальное явление. 3. Критика буржуазной евгеники. 2. Статистика как метод социальной гигиены. 3. Труд и быт. 4. Жилищный вопрос с точки зрения социальной гигиены. 5. Социальная

гигиена питания. 6. Организация здравоохранения (в т.ч. история здравоохранения в России и на Западе и санитарное просвещение).

Ю.П. Лисицин в конце прошлого века представил свое понимание основной проблематики науки и учебной дисциплины — социальной гигиены (медицины) [9]. Структуру проблематики уместно сопоставить с разделами учебного пособия «Новое общественное здоровье: введение в современную науку «НОЗ»)» [28].

Уместно заметить, что к нашему удивлению учебное пособие Т. Тульчинского не вызвало ожидаемый нами интерес среди современных российских гигиенистов и социал-гигиенистов. Честно говоря, реакции просто не было! И мы еще раз собираемся обратить внимание читателя на то, что самое главное в идеологии НОЗ, так это утверждение по расширению поля общественного здравоохранения. Парадигма НОЗ Т. Тульчинского оказывается значимо сопоставима с давним мнением профессора Е.И. Белицкой.

Закономерно проблемами здравоохранения, кроме хронических состояний, должны стать вопросы охраны здоровья и обеспечение качества жизни пожилых людей, женщин и других групп населения с ограниченными возможностями, предпочтительно путем «стратегий через всю жизнь» и еще преодоления «бедности». Такой целостный подход, в-первую очередь, необходим в учебных заведениях.

Проводимые сегодня в РФ реформы фактически мало основываются на научных достижениях гигиенической науки и мирового здравоохранения. И это может быть предопределено, по крайней мере, тремя серьезными обстоятельствами: во-первых, тем, что современные научные достижения российской гигиены действительно весьма скромны. Во-вторых, новое российское государство так и не выработало до сих пор внятную идеологию и политику здравоохранения.

И, в-третьих, содержание мировоззренческой составляющей постсоветской отечественной гигиены, которая так и не смогла преодолеть этап дифференциации единого знания об общественном здоровье. В качестве общенаучной идеологии по нашему мнению, должна выступать парадигма носферного социализма и идеи фундаментальной, общемедицинской общей эпидемиологии (медицинской экологии).

Обсуждение результатов

Квазисовременный тип общественного здоровья новой России является объективным указанием на необходимость проведения системной реформы здравоохранения и обязательно с учетом научного представления о содержании первичной медико-санитарной (социальной) помощи (ПМСП). Она призвана стать первой ступенью в контакте «между отдельными людьми, семьей, общиной и национальной системой здравоохранения», как систему медицинских, санитарно-гигиенических и медико-социальных служб и технологий, включающая в себя амбулаторно-поликлинические службы, скорую и неотложную медицинскую помощь, санитарно-эпидемиологическую службу, аптечную службу [13]. С правовой же точки зрения основополагающим правом людей на охрану здоровья является их доступ к эффективной ПМСП. Без наличия этого доступа вся другая человеческая деятельность в этой сфере должна рассматриваться, как нонсенс.

И в этой связи важной и актуальной следует считать задачу, сформулированную РАМН И.Н. Денисовым о единой национальной системе общественного здравоохранения, об иерархии и других фундаментальных характеристиках сложных социальных систем [3]. Логично, что главная задача реформ здравоохранения в создании деятельных социальных систем охраны здоровья населения.

Новый федеральный закон о здравоохранении был призван решить историческую задачу! Российский законодатель, выполняя невидимую волю рынка медицинских услуг, фактически отказывается от социального подхода в здравоохранении и юридически закрепляет эту трансформацию. Действительно, и мы в этом глубоко убеждены, что нынешний кризис отечественной социальной гигиены как науки и практики здравоохранения обусловлен возвращением России в капитализм! В современной же России концепция ПМСП не смогла устоять призывам коммерциализировать медицину, исходящими от всех уровней власти, врачей-клиницистов и внедряемого массового потребительского сознания. В условиях российского рыночного капитализма она окончательно потерялась в болезнецентристской парадигме отечественного здравоохранения, и его «центр тяжести» по-прежнему находится в области лечения [5]. Межсекторальное сотрудничество фактически подменено межведомственными административно-организационными мероприятиями, что плохо и недостаточно компенсирует неразвитость социальных структур российского гражданского общества.

Но следует быть объективными и признать, что и в СССР во второй половине прошлого века в условиях невостребованности идей социальной гигиены идеологии марксизма, концепция ПМСП

не была принята, внедрена и достаточно популяризирована, а врачи, медсестры, другие работники здравоохранения не были в достаточной степени подготовлены для ее осознания и реализации. Мы склонны разделить мнение о том, что сегодня изменились сами имманентные цели нового российского государства, методы и формы государственного управления, а социальная гигиена трансформировалась бессистемно.

Научным началом здравоохранения мы однозначно считаем социальную гигиену (медицину) и ее практику. А ее переименование сегодня в новую науку «Общественное здоровье и здравоохранение (public health medicine)» не имеет под собой ни малейшего основания. Нужно представить целый ряд синонимов нового термина, как-то: социальная гигиена; медицина общественная (community medicine); общественное здоровье (public health); превентивная медицина (preventive medicine); профилактическая медицина (preventive medicine); коммунальное здравоохранение (community medicine); государственная медицина (social medicine), здравоохранение общественное II (community health), здоровый образ жизни (ЗОЖ) и др.

Но эти близкие науки нельзя считать тождественными. Петербургский социал-гигиенист В.Н. Филатов дал нынешнему кризису современного российского здравоохранения и отечественной гигиены свою весьма оригинальную характеристику [30].

Ученый приходит к выводу, что: «гигиена как самостоятельная дисциплина в нынешних условиях выступает существенно более значимой отраслью, подавляя в своем целевом выражении социальную гигиену...». Мы же думаем, что дело в другом! В новой России профилактика, в лучшем случае ориентируется на вторичный ее уровень (медицинская профилактика). И если в клинической медицине идет процесс фрагментации медицинской помощи (сведение их к медицинским услугам) и ее технизации, то гигиена в своем развитии все далее и далее удаляется от предмета своего исследования (управление здоровьем) и превращается в санитарно-техническое дело и эпидемиологию инфекционных болезней.

Выдающийся российский и советский социал-гигиенист З.Г. Френкель понимал «социальную гигиену» как науку о взаимоотношениях между «социальными условиями жизни и состоянием здоровья населения». В.Н. Филатов пришел к выводу о наличии существенных различий между «социальной гигиеной» З.Г. Френкеля и сутью новой учебной дисциплины «общественное здоровье и здравоохранение». У З.Г. Френкеля «социальная гигиена» была активной наукой, которая занималась выявлением факторов, детерминирующих общественное здоровье (экономические, общие условия проживания, психология бедности и т.п.), путями улучшения здоровья общества и его групп. В новой России она быстро трансформировалась в социальную медицину, а затем и в «общественное здоровье». Наука «общественное здоровье» представляет собой описательную научную дисциплину, только констатирующую роль тех или иных воздействий факторов. Причем, замкнувшись, в первую очередь, на «факторах биологического и медицинского порядка». Общеизвестно, что академик Ю.Л. Лисицын считал менее всего спорным название науки о здоровье, – «социальная гигиена (медицина)» – наука (учебная дисциплина) о закономерностях общественного здоровья и здравоохранения.

Термин «здоровый образ жизни (ЗОЖ)» сделался сейчас наиболее популярным. Благодаря философам этот термин уже нельзя оторвать от социологической категории «образ жизни». В итоге, во-первых, обнаруживается еще большая неопределенность термина ЗОЖ. Во-вторых, тезис о первостепенном значении для первичной профилактики «концепции образа жизни» становится неубедительным. В-третьих, налицо, противопоставление индивидуального здоровья общественному здравоохранению.

Е.А. Вильямс, В.В. Далматов и др. смело отнесли здравоохранение к управленческим системам, целью которых является, – управление здоровьем населения для его сохранения и улучшения [2]. Авторы закономерно видят в системном анализе идею эпидемиологии как диагностической общемедицинской дисциплины. Термины «управление» и «контроль (социальный!)» в профилактической медицине они считают синонимами. Таким образом, система управления здоровьем как минимум, включает в себя три иерархически связанные между собой подсистемы: информационная, аналитическая, организационно – исполнительская.

Наверно А.В. Тихомиров как практик и ученый-теоретик имеет веские основания обосновывать концепцию «социально-ориентированной рыночной модернизации здравоохранения» [21, 25]. Действительно, все учреждения здравоохранения, независимо от форм собственности, «получают лицензии по одним правилам, используют одни и те же методики, врачи сплошь и рядом одновременно работают как в государственных, так и в частных клиниках...». И в этой связи он пишет о необходи-

мости «ликвидировать институт бюджетных учреждений здравоохранения» [24]. Бюджетные учреждения здравоохранения должны быть преобразованы в «организационно-правовые формы автономных учреждений» с расширением «хозяйственной самостоятельности медицинских организаций».

Новые центры-офисы ПМСП должны иметь структуру, диагностическое оснащение, информационное сопровождение и штаты персонала, адекватного потребностям людей в городских, так и в сельских поселениях Европейского Севера и Арктики. Они должны находиться в шаговой доступности населения, и должны стать основными фондодержателями и покупателями специализированных медицинских и диагностических услуг. Большой акцент в системе здравоохранения должен делаться на принципе групповой практики (работа в команде). Медсестры и социальные работники, работающие в рамках этих групп, будут своей работой расширять возможности медико-социальной помощи, что позволит заняться решением проблем, лежащих вне границ системы здравоохранения.

Необходимо, взамен центров и отделений медицинской профилактики (здоровья), деятельность которых априори подчинена частным аспектам лечения и профилактики болезней, воссоздать местные и региональные санитарные службы (дома санитарного просвещения, отделения гигиенического мониторинга, санитарной экологии и др.). Учреждения этой сети не должны быть подчинены лечебным отделам департамента или главным врачам МО. Проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, а не просто медицинского лечения. Питьевая вода, атмосферный воздух, шум, жилье, питание, работа, отдых, социальная поддержка и пр. — все эти факторы играют очень важную роль в деле улучшения здоровья людей.

Говоря о возрождении ПМСП, мы особое место отводим созданию инновационных территориальных социальных учреждений. Мы условно такой тип офиса ПМСП называем «социальным околотком». В нашем представлении это бригада медицинских и парамедицинских специалистов, социальных работников, юристов и др. специалистов. Вертикально деятельность нескольких таких «околотков» должна увязываться с деятельностью разнообразных медико-диагностических и социальных центров. Но эти связи должны строиться на договорных «рыночных отношениях» между равноправными юридическими лицами. К примеру, — врачи «околотков», исходя из потребностей пациентов, заказывают тех или иных узких специалистов или необходимый объем объективных методов исследования, которые не могут быть предоставлены на местах в ПМСП.

Необходимо осуществить и наиболее сложную и трудную задачу, которая затрагивает трансформацию мировоззрения (общественного сознания), как специалистов здравоохранения, так и мировоззрения широкого круга других специалистов и общественных деятелей. Это трудоемкий и длительный процесс и, связан он, как нам представляется с внедрением ноосферного образования в стратегию «непрерывного» образования врачей. Практически речь должна идти о региональном компоненте как, в общем, так в специальном образовании. В программы медицинских учебных заведений области должны быть введены достаточные курсы социологии, общественного здравоохранения и здоровья, социальной экологии и философии. Это очень важно по той причине, что «традиционная биологически ориентированная логика «медицинской модели» остается доминирующей в современной медицине, особенно отечественной» [26]. Эта модель еще более или менее оправдана в случае острого заболевания, но «она явно недостаточна» при хронических болезнях и у больных детей и стариков. Ее господство в России приводит к социальной неэффективности медицинской деятельности.

Сегодня российский законодатель отступил от мирового опыта и научного (социал-гигиенического) понимания ПМСП. Это, безусловно, шаг назад по сравнению с юридически закрепленного в 1993 году в ст. 38. содержания первичной медико-санитарной помощи [14].

В федеральном законе 1993 года ПМСП устанавливалась в качестве основного, доступного и бесплатного вида медицинского обслуживания. Она включала как лечение распространенных болезней, травм, отравлений и др., так и проведение санитарно-гигиенических мероприятий и медицинской профилактики; санитарно-гигиеническое образование и проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, и других мероприятий по месту жительства.

Системный подход неэффективен только в случае, когда структура и действия носят единичный, выборочный, ограниченный, паллиативный характер. Что имеет место в российском, и в частности в архангельском здравоохранении. Нет заинтересованных в глубоком реформировании здравоохранения властных, политических и общественных сил. Логично, что главная задача реформ здравоохранения в создании деятельных социальных систем охраны здоровья населения.

Обратимся к институту «организаторов здравоохранения», во-первых, нужно признать, что это разно функциональная система, объединяющая руководителей от низшего до высшего уровня управ-

ления. Позволим себе наивный вопрос. Есть ли в Архангельской области система публичного здравоохранения? И как она (система) соответствует определению «система здравоохранения», данному в годовом Докладе ВОЗ за 2000 году, согласно которому организаторы здравоохранения отвечают за все три ее элемента. Система здравоохранения в Архангельской области формально существует, если исходить из самого факта существования Министерства здравоохранения Архангельской области. Но фактически это отжившая структура командно-административного управления подведомственными медицинскими организациями (МО). С позиций современной науки социологии эта деятельность должна обозначаться научным термином имитация, — имитация здравоохранительной на огромных просторах Европейского Севера и Арктики.

Традиционная идеология организации здравоохранения может представляться комплексом мер по оздоровлению граждан. Финансирование здравоохранения мало влияет на его социальный результат, который завоевывается «совокупной деятельности отдельных организаций, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения. Будь то учреждения, хозяйственные товарищества и общества, производственные и потребительские кооперативы, автономные некоммерческие организации и некоммерческие партнерства...» [22]. И в этой связи следует выделить по уровням управления здравоохранения иерархию организаторов специалистов, во-первых, специалистов по публичному надзору в области охраны здоровья, которые могут быть востребованы Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также их территориальными подразделениями. Во-вторых, специалисты же в области «управления публичным финансированием здравоохранения...» должны работать в Федеральных, региональных и муниципальных управлениях (здравотделах).

В-третьих, специалисты по корпоративному управлению будут востребованы как руководители многочисленных организаций государственной, муниципальной и частной принадлежности, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения. Отметим, что в настоящее время нет научного обоснования технологии современного управления в области охраны здоровья. Не сформировалась соответствующая идеология организации здравоохранения (ее предмет и метод, не установлены практические цель и задачи управления в области охраны здоровья).

Заключение

Для проведения реформ российского здравоохранения необходимо выработать ее идеологию и четкую здравоохранительную политику новой России. Такой идеологией может быть только оправдавшая себя методология массовой медицины.

Необходимо прекратить деление медицины на публичную и частную, и в этой связи в первую очередь необходимо отказаться от государственной собственности в этой сфере. Частные производители медицинской помощи должны иметь те же стартовые условия для конкуренции в целях наибольшей социальной эффективности.

Институт так называемых «организаторов здравоохранения» необходимо дифференцировать по иерархии задач управления, сопровождая этот процесс серьезной профессиональной переподготовкой на основе социальной гигиены и переименованием специальности.

В заключение хотелось бы обратить внимание на причины суверенного развития российского здравоохранения, которые вне собственно самой общественной подсистемы и согласить с мнением ученого-социолога Ж.Т. Тощенко: «Показатели состояния и тенденций развития общественного сознания и поведения демонстрируют причудливое сочетание оценок-комбинаций: размытость, неопределенность, фрагментарность и переменчивость ценностных ориентаций, установок, социального настроения, общественных и личных интересов» [27].

Наша страна имела: дворянское здравоохранение (земская медицина), «наркомовскую медицину Семашко», «сталинское здравоохранение», а сейчас российское здравоохранение может быть охарактеризовано как «бюрократическо-бухгалтерское здравоохранение».

Список литературы

1. Белицкая Е.Я. Проблемы социальной гигиены. Л., 1970. 399с.
2. Вильямс Е.А., Далматов В.В., Стасенко В.Л., Турчанинов Д.В. Формирование умений системного анализа у студентов-медиков в процессе преподавания эпидемиологии [Электронный ресурс] URL: http://www.amursu.ru/ics/ics_pdf/13-12-15.pdf. (дата обращения 09.02.2009).
3. Денисов И.Н., Иванов А.И. Российская система профессионального образования врачей общей практики (семейных врачей) // Медицинский вестник. 1999. № 13. С. 3-9.

4. Дюркгейм Э. Норма и патология // Социология преступности: (Современные буржуазные теории). М., 1966. С. 40—42.
5. Зорин А.А. Здравоохранение и рынок // Общественные науки и современность. 1998. № 2. С.32—40.
6. История становления и развития социальной медицины [Электронный ресурс] URL: http://studme.org/1376102527491/meditsina/istoriya_stanovleniya_razvitiya_sotsialnoy_meditsiny (Дата обращения: 08.02.16).
7. Каминский Г.Н. Охрана здоровья в Советском союзе. М., Л., 1935. С. 15—56.
8. Комаров Ю.М. Еще раз о платности и бесплатности в здравоохранении // Медицина. № 1, 2013. С. 55—62.
9. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для вузов М. : ГЭОТАР-МЕД., 2002. С.5—9.
10. Маркс К. Энгельс Ф. Сочинения. Изд. 2-е, т. 23. С. 498—499.
11. Михель Д.В. Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология: учеб. пособ. для студентов. Саратов: Новый Проект, 2010. 80 с.
12. Новости проекта «Здравоохранение» [Электронный ресурс] URL: <https://komitetgi.ru/projects/1360> (Дата обращения: 08.02.16).
13. Организация первичной медико-санитарной помощи населению (амбулаторно-поликлиническая помощь): учебно-методическое пособие / Е.Н.Смирнова [и др.] – Минск, БГУ, 2007. 34 с.
14. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года N 5487-1 (в ред. Федеральных законов от 02.03.1998 N 30-ФЗ, от 20.12.1999 N 214-ФЗ, от 02.12.2000 N 139-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ, от 30.06.2003 N 86-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288).
15. Португалов В. О. Вопросы общественной гигиены. СПб., 1873. С. 48—49.
16. Приказ МЗ РФ от 26 мая 2003 г. N 219 «О внесении изменений в приказ Минздрава России от 27.08.99 N 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс] URL: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc4815.html> (Дата обращения: 16.05.2014).
17. Сарапульцев П. А. Как реорганизовать российское здравоохранение с точки зрения либерала-прагматика [Электронный ресурс] URL:http://samlib.ru/s/sarapulxcev_p_a/reformazdravoochranenia.shtml, 2012 (Дата обращения: 12.12.2014).
18. Сибурин Т.А. Мирошникова Ю.В. Кто они, социал-гигиенисты, сегодня? // Социальные аспекты здоровья населения. №1. 2015 (41). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/642/30/lang,ru/>. (Дата обращения: 27.09.2015).
19. Сорокина Т. С. История медицины в двух томах. Часть 5. Новейшее время [Электронный ресурс] URL:<http://www.bibliotekar.ru/423/35.htm> (Дата обращения: 19.02.2013).
20. Сорокина Т.С. История медицины. [Электронный ресурс] URL: <http://profilib.com/chtenie/144344/tatyana-sorokina-istoriya-meditsiny-77.php>. (Дата обращения: 10.02.16).
21. Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: дисс. ... докт. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2008. 343 с.
22. Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии // Менеджер здравоохранения. 2005. № 8 [Электронный ресурс] URL: <http://rudocor.net/medicine/2009/bz-cw/med-dmiuh.htm> (Дата обращения: 09.02.16).
23. Тихомиров А.В. Отраслевая организация здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. 2010. № 5. С.17-25.
24. Тихомиров А.В. Первичная медико-санитарная помощь в социально-ориентированной модернизации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. 2009. № 6. С.22—28.
25. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. 234 с.
26. Тищенко П.Д. Жизнь и власть: био-власть в современных структурах врачевания [Электронный ресурс] URL: http://iph.ras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/bioeth_4/2.pdf (Дата обращения: 10.07.2015).
27. Тощенко Ж.Т. Фантомы российского общества. М.: Центр социального прогнозирования и маркетинга, 2015. С.14.
28. Тульчинский Т. Г., Вараваикова Е.А. Новое общественное здоровье: введение в современную науку. Иерусалим//Amutah for education and Htalth. 1049 с.
29. Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий, Баку, 2011г. 61-я сессия Европейского регионального комитета Всемирной организации

здравоохранении (ВОЗ). [Электронный ресурс] URL:<http://ru.sputnik.az/world/20110912/296357093.html#ixzz3zkUXV2Kp> (Дата обращения: 08.02.16).

30. Филатов В.Н. Социальная гигиена: взгляды З.Г. Френкеля и современность // Академик АМН СССР Захарий Григорьевич Френкель. 140 лет со дня рождения. Материалы мемориальной научной конференции 18 декабря 2009 года под ред. А.П.Щербо. СПб.: Издательство СПбМАПО, 2009. С. 96–99.

Маркова Е.В.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ МО «СЕВЕРОДВИНСК»

Резюме

В представленной работе проанализированы случаи оказания неотложной медицинской помощи детскому населению МО «Северодвинск», предложены пути реорганизации и оптимизации данного вида медицинского обслуживания.

Ключевые слова: неотложная медицинская помощь, детское население, детская больница

Введение

Экстренная и неотложная медицинская помощь – чрезвычайно важная форма оказания медицинской помощи, требующая усовершенствования, развития и изучения. Отсутствие преемственности на этапах оказания экстренной и неотложной медицинской помощи приводит к снижению ее эффективности и сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения, снижает удовлетворенность качеством оказания медицинских услуг [1,3]. Создание эффективной системы оказания медицинской помощи детям при неотложных состояниях на всех этапах организации имеет особую социальную значимость, так как, с одной стороны, является действенным резервом снижения детской смертности и инвалидности, а с другой – реально снижает потери среди здоровых детей от внешних причин [2].

Цель исследования: Разработка и внедрение модели оказания неотложной помощи детям в условиях объединенной детской больницы в промышленном городе.

Проведен анализ случаев оказания неотложной помощи детскому населению в ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница» (СГДКБ) и ГБУЗ АО «Северодвинская станция скорой медицинской помощи» (СССМП). Источниками информации служили данные официальной статистической отчетности вышеуказанных медицинских организаций. Периодом исследования стало первое полугодие 2016 года.

Результаты и их обсуждение

Неотложная помощь детскому населению МО «Северодвинск» оказывается на дому участковыми педиатрами и бригадами скорой медицинской помощи, в поликлинике – педиатрами и врачами специалистами, в детских образовательных учреждениях – врачами и фельдшерами медкабинетов этих организаций, в приемном отделении стационара детской больницы – специалистами данного подразделения. Действующая схема оказания неотложной медицинской помощи детям г. Северодвинск представлена на рисунке 1.

Основная нагрузка по оказанию неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни, вечернее и ночное время ложится не на амбулаторное звено объединенной больницы, а на службу скорой помощи и приемное отделение стационара СГДКБ. Кадровая проблема СССРМП (отсутствие специализированных педиатрических бригад, нехватка врачебных кадров, комплектование бригад, оказывающих неотложную помощь, фельдшерами) приводит к необходимости повторного осмотра пациента в приемном отделении стационара, бригада скорой помощи часто выполняет функцию эвакуации, имеет место дублирование этапов оказания неотложной помощи.

Северодвинская городская детская клиническая больница – это крупное медицинское учреждение, включающее в себя 4 детских поликлиники с медицинскими кабинетами в 47 детских дошкольных учреждениях и 23 школах, круглосуточный стационар на 219 коек, дневной стационар на 95 коек, консультативно-диагностический центр, отделение восстановительного лечения, молочную кухню. С момента организации обучения педиатров в Архангельском государственном медицинском институте детская больница г. Северодвинска активно сотрудничает с профильными педиатрическими кафедрами, является базой летней производственной практики студентов, базой подготовки кли-

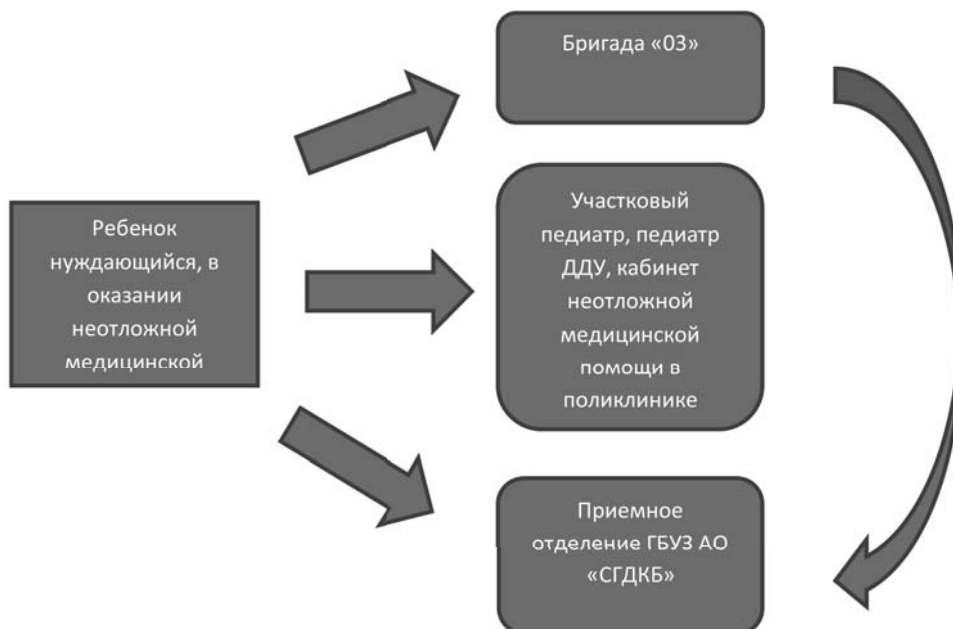


Рис.1. Действующая схема оказания неотложной медицинской помощи детям МО «Северодвинск»

нических интернов, ординаторов, врачей-педиатров на последипломном уровне. В 2007 г. детской больнице присвоен статус «клиническая» [6].

Всего за 6 месяцев 2016 года в объединенной больнице было оказано 9824 случая неотложной помощи, из них 3516 (27%) пациентов этот вид медицинской услуги получили в условиях приемного отделения стационара. В кабинете неотложной помощи, функционирующем в детской поликлинике №1, неотложная помощь детям оказывалась в 837 случаях, что составило 8,5% всего объема неотложной помощи детям. В структуре неотложной помощи 47% составила травматологическая патология, хирурги оказали помощь 18% пациентов, у 5% больных диагностирована соматическая патология. Большая часть детей, нуждающихся в экстренной и неотложной помощи, – это дети с инфекционными заболеваниями (30%), помощь которым оказывается в приемном покое профильного отделения (11% всех случаев оказания неотложной медицинской помощи в январе-июне 2016года).

В функциональные обязанности дежурного врача-педиатра инфекционного отделения входит прием поступающих больных, наблюдение и оказание медицинской помощи пациентам, находящимся в круглосуточном стационаре, поэтому оказание неотложной помощи детям, обратившимся в приемный покой, является дополнительной нагрузкой и в условиях дефицита времени негативно влияет на качество оказания медицинской услуги.

Всего в приемный покой детского инфекционного отделения за 6 месяцев 2016 года обратилось 1637 человек, из них госпитализировано 34,3% (561 ребенок при годовом плановом показателе – 1039 пациентов). В 1073 случаях детям оказывалась неотложная медицинская помощь, а после необходимого обследования для исключения патологии, требующей госпитализации, ребенок с назначенной лекарственной терапией направлялся на амбулаторное лечение под наблюдение участкового педиатра.

Более 2/3 детей, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи, но не подлежащих госпитализации, были доставлены бригадами скорой помощи, а 23% пациентов обратились самостоятельно. В течение суток обращение за неотложной медицинской помощью распределяется неравномерно, максимальная востребованность отмечается в вечернее время (до 71% пациентов во временной промежуток с 15.00 до 21.00), выходные и праздничные дни, когда в поликлиниках не осуществляется вызов педиатра на дом и не ведутся приемы врачей педиатров. В 69% случаев у пациентов была диагностирована ОРВИ с поражением верхних и нижних дыхательных путей, у 27,4%- кишечные инфекции. В 75% случаев поводом для обращения за неотложной помощью был синдром гипертермии, у 22% пациентов проводилась ингаляционная терапия для купирования бронхообструкции или стеноза гортани, у 9,5% детей промывался желудок при рвоте на фоне острой кишечной инфекции. Такая структура обращений соответствует литературным данным [4].

За 6 месяцев 2016 года к детскому населению города было осуществлено 6902 выезда бригад скорой медицинской помощи. В 10,9% случаях ребенок доставлялся в приемный покой детского инфекционного отделения, где ему оказывалась квалифицированная неотложная медицинская помощь.

Максимальное число вызовов бригад «03» приходится на время с 17.00 до 23.00 (2724 выезда, что составило 39,5% всех случаев оказания скорой и неотложной помощи детям).

Учитывая вышеизложенное можно сделать заключение, что кабинет неотложной помощи, функционирующий в поликлиническом звене в прежнем формате, в силу различных причин, не выполняет возложенную на него миссию. Основная нагрузка по оказанию неотложной помощи детскому населению города ложится на бригады скорой помощи и стационар детской больницы, предназначенный для оказания, прежде всего, специализированной помощи. Все это послужило основанием для разработки новой модели оказания неотложной помощи детскому населению города.

Зарубежный опыт показывает, что на большинство вызовов, где нет состояния, угрожающего жизни пациента, бригады скорой помощи не выезжают, пациентам предлагают обратиться к врачам общей практики или самостоятельно прийти в приемное отделение крупных лечебных учреждений [5]. При рациональной организации работы кабинета неотложной помощи, укомплектованного травматологом, хирургом и педиатром, имеющим опыт диагностики и лечения инфекционной патологии, появится возможность не только оказывать неотложную медицинскую помощь, но и проводить квалифицированный осмотр, назначать и выполнять необходимое обследование, проводить лечение в соответствии со стандартами, клиническими рекомендациями по конкретным нозологиям. Это снимет необходимость повторного осмотра пациента педиатром поликлиники для назначения адекватной терапии, а уменьшение количества вызовов скорой помощи снизит финансовую нагрузку на консолидированный бюджет Территориального Фонда обязательного медицинского страхования [7].

Кабинет неотложной помощи следует разделить на 2 части:

- кабинет неотложной медицинской помощи, расположенный в поликлинике, где оказывается медицинская помощь, в том числе и на дому.
- кабинет, территориально расположенный в стационаре объединенной больницы, куда пациенты могут обратиться круглосуточно 365 дней в году.

Предлагаемая схема оказания неотложной помощи представлена на рисунке 2.

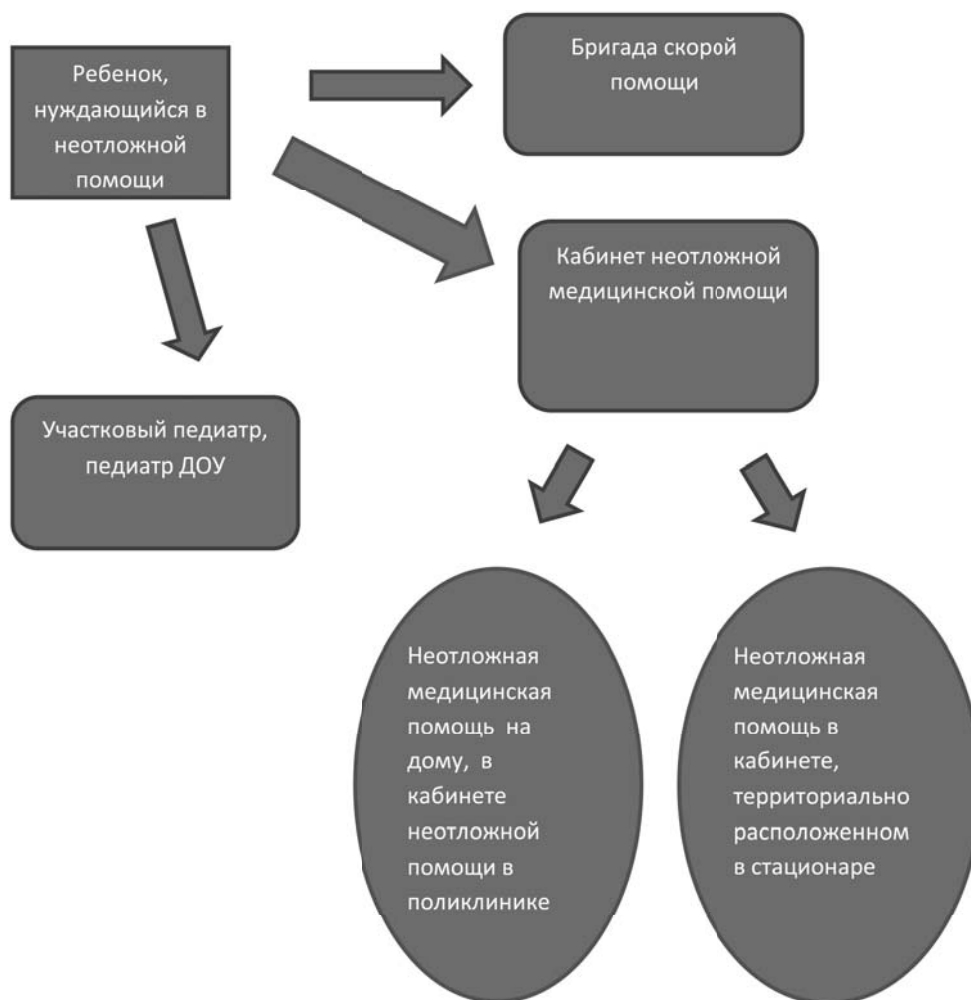


Рис.2. Предлагаемая схема оказания неотложной медицинской помощи детям МО «Северодвинск»

Данная реорганизация позволит шире использовать лабораторную, функционально-диагностическую, консультативную базу медицинского учреждения. Для перераспределения потоков пациентов необходимо провести подготовительную информационно-разъяснительную работу с населением с привлечением работников регистратуры, участковых педиатров, средств массовой информации, интернет-ресурсов.

Оснащение кабинета неотложной медицинской помощи, являющегося частью кабинета, организованного в поликлинике, но территориально расположенного на базе стационара детской больницы, не потребует дополнительных финансовых расходов, так как все необходимое обеспечение (медицинское и технологическое оборудование, лекарственные и перевязочные средства, инструменты и предметы ухода, укладки для проведения экстренной личной профилактики медицинских работников, средства дезинфекции, канцелярские принадлежности) имеются в наличии.

Заключение

Медицинский эффект от реорганизации работы кабинета неотложной помощи будет выражаться в **улучшении преемственности на этапах оказания экстренной и неотложной медицинской помощи**, увеличении доступности медицинской помощи, сокращении риска развития осложнений при оптимально назначенном обследовании и адекватной медикаментозной терапии. Ожидаемый социальный эффект проявится в снижении социальной напряженности за счет сокращения времени ожидания неотложной медицинской помощи, снижении числа обоснованных жалоб. При этом, тарифы ТФОМС при оказании неотложной медицинской помощи в условиях кабинета неотложной помощи выше, чем в амбулаторных условиях, но ниже, чем тарифы за вызов бригады скорой медицинской помощи. Все это позволит получить и экономический эффект.

Таким образом, ожидаемые результаты от реорганизации кабинета неотложной медицинской помощи заключаются в улучшении качества оказания медицинской помощи детям в условиях объединенной больницы и повышении экономической эффективности медицинской организации.

Список литературы

1. Александрова О.Ю., Рамненко Т.В. Экстренная и неотложная медицинская помощь: проблемы разграничения понятий и реализации норм закона // Правовые вопросы в здравоохранении. 2013. №5. URL <http://www.neurosar.ru/wp-content/uploads/2014/05/Экстренная-и-неотложная-медицинская-помощь.pdf>/ Дата обращения 04.10.2016
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. М.: Литтерра, 2007. 328с. URL <http://www.gosmedlib.ru/> Дата обращения 04.10.2016
3. Гайфуллин Р.Ф., Мазитов М.Р., Тимершин Р.Р. Совершенствование системы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи в приемно-диагностическом отделении многопрофильного стационара // Медицина катастроф. 2014. №1(85). С8-9. URL <http://www.rosmedlib.ru/> Дата обращения 04.10.2016
4. Информированность родителей о лихорадке у детей: взгляд врача скорой помощи / Игнатова О.А. [и др.] // Здоровье семьи – 21 век электронное периодическое издание. 2015. № 4. – URL: <http://fh-21.perm.ru/download/2015-3-3.pdf> (дата обращения: 10.10.2015).
5. Искандаров И.Р., Гильманов А.А. Неотложная медицинская помощь. Изд-во Казанского государственного медицинского университета. 2015. URL <http://www.science-education.ru/pdf/2015/2/232.pdf>/ Дата обращения 10.10.2016
6. Макарова В.И., Ефимова Н.В., Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Кузьмина Г.К. Опыт взаимодействия с муниципальным здравоохранением при подготовке врачей-педиатров // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. №11. с.60-61.
7. Постановление Правительства Архангельской области от 22 декабря 2015 г. № 568-пп. «Об утверждении Территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2016 год». URL <http://www.minzdrav29.ru/> Дата обращения 10.10.2016

Сведения об авторе:

Маркова Елена Владимировна – заведующая инфекционным отделением ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница», e-mail: markovaevl@mail.ru, контактный телефон: 8(818)4583238.

Меньшикова Л.И., Санников А.Л.
**ФОРМИРОВАНИЕ СЕВЕРНОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ
ЗДОРОВЬЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

Резюме

Показано становление научной школы социал – гигиенистов на Европейском севере России с довоенного периода до настоящего времени. Выделены основные приоритеты теоретических и прикладных научных исследований в регионе. Определена роль кафедры общественного здоровья и здравоохранения в помощи практическому здравоохранению в том числе в научной деятельности.

Ключевые слова: социальная гигиена, организация здравоохранения, общественное здоровье, научная школа.

Здоровье народонаселения, а также влияние на него различных факторов (социально – гигиенических, поведенческих, экологических и т.д.) давно было предметом изучения различных ученых и специалистов. В нашей стране большой вклад в развитие социально-гигиенических взглядов внес наш земляк М.В. Ломоносов в известном письме «О сохранении и размножении российского народа» (1761), в котором впервые была сделана попытка подхода к проблемам общественного здоровья и народонаселения с социально-гигиенических позиций. В этом же письме Ломоносов предложил меры по снижению заболеваемости и смертности населения, повышению рождаемости, улучшению медицинской помощи и санитарному просвещению. Де-факто он является основоположником социальной гигиены и организации здравоохранения в нашей стране.

Официально в России термин «социальная гигиена» впервые был применен русским гигиенистом В. О. Португаловым в книге «Вопросы общественной гигиены» (1873). Как научная специальность и дисциплина преподавания социальная гигиена стране начала свое развитие с создания в 1918 г. Музея социальной гигиены НКЗ РСФСР, который в 1920 г. преобразовался в Государственный институт социальной гигиены НКЗ РСФСР.

В 1922 г. при Первом Московском университете нарком здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко организовал первую кафедру социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней, а в следующем, 1923 г., заместитель наркома З. П. Соловьев создал соответствующую кафедру при Втором Московском университете. Десятилетие с конца тридцатых годов характеризовалось гонениями на науку. На слуху «репрессии», которые обрушились на генетику и кибернетику, не обошли они и социальную гигиену. В частности, они были связаны с «расстрельной» переписью 1937 года, после которой большинство демографов были арестованы, многие расстреляны. Социальный факт в формировании патологии стал отрицаться и в начале 40 – годов кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения. В это же время был закрыт Государственный институт социальной гигиены, который был воссоздан только после Великой Отечественной войны в 1946 г. как Институт организации здравоохранения.

В конце 1950-х годов в профессиональном научном сообществе разворачивается дискуссия о социально-гигиенических проблемах, это послужило толчком развития спектра соответствующих научных исследований. В 1966 кафедры и головной НИИ получают название социальной гигиены и организации здравоохранения. В 1991 г. Всесоюзное совещание по вопросам преподавания учебной дисциплины «Социальная гигиена и организация здравоохранения» рекомендовало переименовать дисциплину в «Социальную медицину и организацию здравоохранения», в 2000 г. кафедры социальной медицины и организации здравоохранения получают новое название «общественного здоровья и здравоохранения».

История кафедры общественного здоровья и здравоохранения СГМУ зеркально повторяет российские тенденции в региональном масштабе. Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения АГМИ была создана на базе курса организации здравоохранения, который был создан в 1936 году. Организатором и первым заведующий курсом был к.м.н. П.Л. Рабинович, который разработал учебно-методическое обеспечение дисциплины, занимался обоснованием *планирования норм амбулаторного приема*. С 1938г. стали приглашать ведущих специалистов из других вузов страны для чтения лекций (к.м.н., доцент Р.Б. Коган из Москвы, к.м.н. Е.Я. Белицкой из Киева). В 1939 году Р.Б. Коган была утверждена и.о. заведующей курсом, сферой ее научно-практической деятельности являлись вопросы изучения здоровья детей, особенности смертности населения Европейского Севера России. В 1944–1952гг. курсом организации здравоохранения руководил А.Б. Шевелев, который

оказывал большую научно-практическую помощь органам здравоохранения, являясь руководителем научно-методического бюро Архангельского облздравотдела. В эти годы на всесоюзном уровне были изданы работы по санитарной статистике, оценке физического развития населения и медико-демографическим последствиям Великой Отечественной войны.

При заведующем В.М. Андросове актуализированы научные исследования по проблемам медицинской профилактики, в том числе с использованием диспансерного метода в работе врачей первичного звена.

С 1957г. по направлению МЗ РСФСР курсом стала руководить Р.В. Банникова, только что защитившая кандидатскую диссертацию на тему «Организация и методика диспансеризации сельского населения».

В 1961г. на базе курса была создана кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. доц. Р.В. Банникова). В 1962 – 1968 гг. состоялись санитарно-демографические экспедиции к побережью Северного Ледовитого океана, которые определили интерес и направление научно-исследовательской работы и деятельности кафедры на многие годы: изучение здоровья, демографических проблем и воспроизводства поколений малых народностей и всего населения Севера Европейской части страны.

В 1996–2014 гг. кафедрой возглавлял проф. А.М. Вязьмин. Приоритетным направлением он считал формирование новых подходов к организации образовательной деятельности и науки в условиях становления и развития рыночных отношений, реформирования образования и здравоохранения, кризисных явлений в обществе, трансформации мировоззрения и изменения общественных ценностей, что было актуально в период затяжного социально-экономического кризиса второй половины 1990-х. В план НИР кафедры были включены такие темы, как оценка группового здоровья беженцев, вынужденных переселенцев, безработных, лиц без определенного места жительства, инвалидов, осужденных и проч. С 1991г. началась подготовка специалистов по социальной работе, в которой кафедра стала базовой по большинству преподаваемых дисциплин и с этого года получила новое название – социальной медицины, экономики и управления.

В 2000г. кафедра социальной медицины, экономики и управления здравоохранением преобразована в кафедру общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Научные исследования кафедры характеризуются междисциплинарным и интегральным подходами к изучению общественного здоровья и здравоохранения. Проекты сгруппированы по следующим областям проблем: эпидемиологический подход в комплексном интегральном изучении здоровья населения Европейского Севера, социально-эпидемиологическая оценка и реабилитация отягощенных категорий населения, оценка качества жизни популяции и внедрение здоровьесберегающих технологий на Европейском Севере, научное обоснование реформирования и модернизации здравоохранения в регионе.

На кафедре реализуется более шестидесяти рабочих программ высшего образования, в т.ч. программы клинической интернатуры, ординатуры, аспирантуры, магистратуры; проводятся циклы повышения квалификации в рамках дополнительного профессионального образования для врачей и среднего медицинского персонала, сотрудников социальной сферы и др.

Кафедра за все годы ее существования оказывает научную и методическую помощь практическому здравоохранению.

Руководители медицинских организаций Архангельской области и НАО активно занимаются научной работой. Были защищены диссертации на соискание ученой степени к.м.н.: главным врачом областной СЭС М.В. Дубченко «Оказание вахтовых форм медицинской помощи в условиях Крайнего Севера» (1993), главным хирургом Архангельской области А.В. Березиным «Оптимизация лечения язвенного гастродуоденального кровотечения в условиях дефицита ресурсов сельского здравоохранения Архангельской области» (2002), главным врачом окружной больницы НАО Н.Г. Беляковым «Социально – медицинские аспекты здоровья детей и подростков на Крайнем севере» (2005), главным врачом городской больницы № 2 г. Северодвинска А. М. Кавериним «Научное обоснование процесса медицинской реабилитации пациентов, обучающихся в центрах восстановительной медицины – школах общественного здоровья по Федеральным программам «Сахарный диабет», «Артериальная гипертензия» и «Бронхиальная астма» при поликлинике многопрофильной больницы» (2006). На соискание ученой степени д.м.н.: начальником Управления здравоохранения г. Северодвинска Л.И. Меньшиковой «Эволюция кардиоваскулярной патологии у детей и подростков Европейского Севера России» (2005), главным врачом Архангельского областного онкологического диспансера А.В. Красильниковым «Онкологическая заболеваемость населения Архангельской области и пути совершенствования онкологической помощи в крупной области Северо-Западного федерального округа»

Российской Федерации» (2005), главным врачом Архангельской областной клинической больницы К.К. Рогалевым «Роль областной больницы в организации оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи крупной области СЗФО РФ (на примере Архангельской областной клинической больницы)» (2009).

С 1995 г. в рамках «Международного социального колледжа» кафедра участвует в последиplomной подготовке специалистов по социальной работе, проводится обмен студентами. В сент. 2006 г. в результате международного сотрудничества семи университетов: СГМУ, Института общественной медицины университета Тромсё (Норвегия), Школы общественного здоровья Северных Стран (Швеция), Международной школы общественного здоровья университета Умео (Швеция), Университета Средней Швеции (Швеция), Школы общественного здоровья университета Тампере (Финляндия), Национального института общественного здоровья (Норвегия) и благодаря финансовой поддержке программы сотрудничества в сфере здравоохранения и связанных с ним социальных вопросов в Баренцевом Евро-Арктическом регионе, был реализован проект по созданию Архангельской международной школы обществ. здоровья (АМШОЗ). Все партнеры активно участвуют в деятельности школы посредством предоставления преподавателей. Кафедра сотрудничает с АМШОЗ в рамках обучения по магистерской программе преподавания. Международная деятельность кафедры реализуется и в совместных научных исследованиях, например, под руководством ВОЗ, в целях разработки рекомендаций для органов здравоохранения северных территорий по межсекторальному взаимодействию различных структур в условиях меняющегося климата выполнен проект «Воздействие изменений климата на здоровье населения и оценка возможности адаптации на севере РФ» (2010–2012). Сотрудники кафедры являются постоянными участниками международных конференций. В научной, учебно-методической и воспитательной работе кафедра активно сотрудничает с различными подразделениями СГМУ и общественными организациями: МК СГМУ, ОИИМЕС, Ассоциацией выпускников АГМИ – АГМА – СГМУ, Советом ветеранов СГМУ и т.д. За годы работы сотрудниками кафедры защищено 7 докторских и около 20 кандидатских диссертаций

В 2014г. заведующей кафедрой стала профессор, д.м.н. Лариса Ивановна Меньшикова. Основные направления ее научных исследований: социальная педиатрия, правовые и этические проблемы современной медицины, совершенствование региональной модели здравоохранения в условиях реформирования.

С 2016 года кафедра активно сотрудничает с кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последиplomного образования. В режиме телемоста проведены две научно – практические конференции по актуальным проблемам общественного здравоохранения, планируются совместные научные исследования по демографическим процессам воспроизводства населения двух стран.

В разные годы на кафедре работали доц. А.П. Тюкина, И.В. Телятьев, Т.И. Великолуг, В.В. Тевлина, Л.А. Заросликова, ст. преп. В.Ф. Каленюк, Э.А. Малых, А.Л. Ермолин, Н.А. Чертова, Л.С. Удалова, асс. А.В. Шевченко, А.А. Севастьянов. Л.Н. Герасименко, Я.В. Лопатина (Шимановская), А.И. Карельская, проф. А.В. Красильников на последиplomном образовании.

В настоящее время на кафедре работают профессора Л.И. Меньшикова, А.Л. Санников, Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, А.Г. Калинин, доценты М.Г. Дьячкова, А.Г. Лукашов, Ж.Л. Варакина, Э.А. Мордовский, Е.В. Шалаурова, О.А. Игнатова, ст. преп. М.В. Спирина, О.В. Малкова, М.Ю. Гайкина, асс. А.В. Андреева, преп. Г.Г. Дитятев, лаборанты В.А. Воронцова, С.Н. Давыдова. Из практического здравоохранения на последиplomном образовании на кафедре преподают: Ясько Н.Н., Кузин С.Г., Пышнограева Н.С., Барышков К.В., Пылаева Ж.А.

В настоящее время кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы – динамично развивающееся подразделение СГМУ, оказывающее образовательные услуги на всех ступенях высшего образования и в сфере дополнительного профессионального образования. Коллектив кафедры тесно сотрудничает с практическим здравоохранением, активно проводит научную работу по различным актуальным направлениям общественного здравоохранения.

Список литературы

1. Андросов В. М. Диспансерный метод в работе врачей терапевтического отделения Городской больницы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / I-й Моск. мед. ин-т. М., 1952. С. 16.
2. Баранов А.А., Санников А.Л. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы// Врач. 2002. № 3. С.40-41.

3. Варакина Ж.Л. Особенности проявления суицидального поведения в Архангельской области / Ж.Л. Варакина, А.М. Вязьмин, А.Л. Санников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №1. С.14-17.
4. Варакина Ж.Л. Стойкая нетрудоспособность в результате насильственных причин как фактор, влияющий на безопасность общества (по материалам Архангельской области) / Варакина Ж.Л. [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. №1. С.41-44.
5. Институт (кафедра) общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы // Теоретические и медико-биологические кафедры СГМУ / [ред. вып.: О.В. Третьякова, Л.Г. Доморощенова]. Архангельск, 2002. С. 91–98
6. Кафедре общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы – 80 лет: наука и практика в образовательном процессе / Меньшикова Л.И. [и др.] // Материалы XXI Межрегион. учеб.-метод. конф. Архангельск, 2016. С. 16–20
7. Меньшикова Л. И., Дьячкова М. Г., Вязьмин А. М., Светличная Т. Г., Мордовский Э. А. Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья. 2013. № 5. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/509/27/lang,ru>
8. Меньшикова Л. И. Кардиоваскулярная патология у детей и подростков Европейского Севера России: эпидемиология, факторы риска, структура, организация специализированной кардиологической помощи. Архангельск, СГМУ, 2004. 148 с.
9. Совершенствование рейтинговой оценки как инструмент управления качеством медицинской помощи / Меньшикова Л. И. [и др.]. Архангельск: Изд. СГМУ, 2016. 227 с.
10. Санников А.Л. Здоровье и социальная защищенность осужденных// Рос. мед. журн. 1998. № 5. С. 10-12.
11. Санников А.Л. Социально-гигиенические проблемы туберкулеза в уголовно-исполнительной системе// Проб. туб.1998. №4. С.7-10.
12. Санников А.Л. Банникова Р.В. Характеристика основных климато-экологических и социальных параметров жизнедеятельности в условиях Европейского Севера (по материалам Архангельской области). Архангельск: Издательство АГМА; 2000. С. 16-18.
13. Санников А.Л., Варакина Ж.Л., Беляков Н.Г. Смертность населения Европейского севера. Архангельск: Изд-во СГМУ. 2003. 156 с.
14. Санников А.Л., Варакина Ж.Л., Магомедов М.Г., Лутков В.П., Коробицын А.П. Транспортные травмы как одна из внешних причин смертности населения Европейского севера России // Экология человека. 2004. № 4. С.38 – 39.
15. Светличная Т. Г. Актуальные проблемы качества медицинской помощи. Архангельск: Изд-во СГМУ, 2007. 240 с.
16. Сидоров П.И., Щуров Г.С., Доморощенова Л.Г. Северная медицинская школа. Архангельск, 2007. С. 278–284
17. Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л. Количественная оценка совокупного ущерба от злоупотребления алкоголем на популяционном уровне // Наркология. Т. 15. № 1. 2016. С. 16–32.
18. Цыганова О. А. Система обеспечения и защиты прав пациентов: медико-правовой анализ. Б.м.: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2013. 355 с.
19. Шевелев А. Б. Санитарная география Архангельской области. Архангельск: Ин-т эпидемиологии и микробиологии, 1948. 214 с.

Сведения об авторах:

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ. Адрес электронной почты (e-mail) menshikova1807@gmail.com
Контактный телефон 89212453010

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации

Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л.
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И АЛКОГОЛЬНОГО АНАМНЕЗА
УМЕРШИХ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП
НОВООБРАЗОВАНИЙ В Г. АРХАНГЕЛЬСКЕ, РОССИЯ

Резюме. С целью выявления особенностей социального статуса (брачный статус, уровень образования) умерших в трудоспособном возрасте (18-59 лет) от новообразований (C00-D48) жителей г. Архангельска выполнен сплошной анализ данных 214 Медицинских свидетельств о смерти (ф.106/у-08). Показано, что в исследуемой группе преобладали мужчины, лица, состоявшие в зарегистрированном браке, а также имевшие среднее или среднее специальное образование. Под врачебным наблюдением по поводу Психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (F10) находились 8,4% умерших от новообразований в трудоспособном возрасте, в т.ч. каждый пятый (19,4%), умерший от злокачественных новообразований органов дыхания и грудной клетки (C30-C39).

Ключевые слова: новообразования, алкогольный анамнез, смертность населения.

Введение

Злокачественные новообразования (C00-D48) остаются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в экономически развитых странах мира [7]. В медицинских организациях России ежегодно выявляется до полумиллиона новых случаев новообразований, от которых умирает около трехсот тысяч человек. Тяжесть ситуации обусловлена комплексом причин. Важнейшей из них эксперты считают позднюю диагностику онкопатологии: до половины всех новых случаев злокачественных новообразований в России диагностируются на III и IV стадиях заболеваний, когда большинство методов лечения малоэффективны [1]. В свою очередь, причины позднего обращения за медицинской помощью лиц, страдающих злокачественными новообразованиями, остаются недостаточно изученными [5]. Ряд экспертов предполагают негативное влияние некоторых особенностей социального статуса пациентов (низкий уровень доходов, ограничивающих доступность специализированной медицинской помощи и (или) низкий уровень образования, обуславливающий пренебрежительное отношение к собственному здоровью и необоснованный страх неминуемого летального исхода) [4,6]. Злоупотребление алкоголем (и, тем более наличие в анамнезе Психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, F10) может быть независимо ассоциировано со всеми перечисленными факторами [3]. В условиях России данная комплексная проблема остается недостаточно изученной.

Цель исследования – выявить особенности социального статуса (брачный статус, уровень образования) умерших в трудоспособном (18-59 лет) от новообразований (C00-D48) жителей г. Архангельска.

Материалы и методы

Выполнен сплошной анализ данных 214 Медицинских свидетельств о смерти (ф.106/у-08) всех умерших в трудоспособном возрасте (18-59 лет) от новообразований (C00 – D48) в г. Архангельске в период с 01.07.2011 по 30.06.2012 г. Учтены данные о продолжительности жизни, поле, уровне образования, брачном статусе. В медицинском архиве Архангельского психоневрологического диспансера выкопированы данные о пациентах, находившихся на учете по поводу Психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (F10), и умерших в обозначенный период. Количественные данные представлены в виде медианы, 1 и 3 квартилей (Q1, Q3); качественные данные – в виде процентных долей. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 17.

Результаты исследования

Доля умерших от новообразований во всех возрастных группах в г. Архангельске в исследуемый период составила 20,4%. Каждый третий мужчина и каждая пятая женщина (29,9% и 21,8%, соответственно), первоначальной причиной смерти которых явилась онкопатология, умерли в трудоспособном возрасте (до 59 лет). Социальные характеристики лиц, умерших от различных групп новообразований в трудоспособном возрасте, представлены в таблице 1.

В целом, они были относительно однородными. В группе умерших от новообразований в трудоспособном возрасте преобладали мужчины, лица, состоявшие в зарегистрированном браке, а также имевшие среднее или среднее специальное образование. В Архангельском психоневрологическом

Социально-демографический статус, алкогольный анамнез умерших в трудоспособном возрасте (18-59 лет) в г. Архангельске в 2011-2012 гг. от отдельных групп новообразований (C00 – D48), абс. (%)

	C15-C26	C30-C39	C50	C51-C58	C64-C68	Прочие новообразования
Пол						
мужчины	47 (69,1)	30 (83,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (100,0)	33 (53,1)
женщины	22 (30,9)	6 (16,7)	14 (100,0)	23 (100,0)	0 (0,0)	30 (46,9)
Брачный статус						
в браке	43 (62,3)	23 (63,9)	10 (71,4)	14 (60,9)	7 (77,8)	42 (66,7)
одинокие	23 (33,3)	8 (22,2)	4 (28,6)	8 (34,8)	2 (22,2)	20 (31,7)
неизвестно	3 (4,4)	5 (13,9)	0 (0,0)	1 (4,3)	0 (0,0)	1 (1,6)
Образовательный статус						
высшее	15 (21,7)	4 (11,1)	2 (14,3)	3 (13,0)	2 (22,2)	12 (19,0)
сред. специальное	31 (44,9)	12 (33,3)	9 (64,3)	16 (69,6)	4 (44,4)	34 (54,0)
среднее	19 (27,6)	14 (38,9)	2 (14,3)	2 (8,7)	3 (33,4)	15 (23,8)
неизвестно	4 (5,8)	6 (16,7)	1 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	2 (3,2)
Алкогольный анамнез						
отягощен	4 (5,8)	7 (19,4)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (9,5)
не отягощен	65 (94,2)	29 (80,6)	13 (92,9)	23 (100,0)	9 (100,0)	57 (90,5)

Примечание: * C15-C26 – злокачественные новообразования органов пищеварения; C30-C39 – злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки; C50 – злокачественные новообразования грудной железы; C51-C58 – злокачественные новообразования женских половых органов; C64-C68 – злокачественные новообразования мочевыводящих путей.

диспансере по поводу Психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (F10), находились 8,4% умерших от новообразований в трудоспособном возрасте. Особой группой риска явились умершие от Злокачественных новообразований органов дыхания и грудной клетки (C30-C39), каждый пятый (19,4%) из них при жизни обращался за наркологической помощью.

Полученные результаты целесообразно использовать для повышения эффективности учета алкоголь-атрибутивной смертности населения [2] и при планировании программ профилактики избыточной заболеваемости и смертности от новообразований в трудоспособном возрасте.

Выводы

1. Социальные характеристики лиц, умерших от различных групп новообразований в трудоспособном возрасте (18-59 лет), в целом, идентичные (численно преобладают мужчины, лица, состоящие в зарегистрированном браке, а также имеющие среднее или среднее специальное образование.

2. Каждый пятый (19,4%) умерший от Злокачественных новообразований органов дыхания и грудной клетки (C30-C39) в трудоспособном возрасте (18-59 лет) при жизни находился на учете по поводу Психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (F10).

Список литературы

1. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. 2014. 250 с.

2. Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г. Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к её учету в России и за рубежом // Наркология. 2012. Т. 11, № 11 (131). С. 60-69.

3. Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Вязьмин А.М. Социально-демографический статус лиц пожилого и старческого возрастов, умерших от алкоголь-атрибутивных состояний в г. Архангельске // Успехи геронтологии. 2014. Т.27, № 1. С. 165-171.

4. Eriksson H, Lyth J, Mansson-Brahme E, Frohm-Nilsson M, Ingvar C, Lindholm C, Naredi P, Stierner U, Wagenius G, Carstensen J, Hansson J. Low level of education is associated with later stage at diagnosis and reduced survival in cutaneous malignant melanoma: a nationwide population-based study in Sweden // European Journal of Cancer 2013, 49, 2705–2716.

5. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 18/12/2013.

6. Heyden van der JHV, Schaap MM, Kunst AE, Esnaola S, Borrell C, Cox B, Leinsalu M, Stirbu

I, Kalediene R, Deboosere P, Mackenbach JP, Oyen van H. Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations // Lung Cancer 2009, 63, 322–330.

7. Inequity in cancer care: a global perspective. – Vienna: International Atomic Energy Agency, 2011. p.; 29 с.

Сведения об авторах:

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Соловьев Андрей Горгоньевич – зав. кафедрой психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России, д.м.н., профессор, тел. 8 (8182) 20-92-84.

Санников Анатолий Леонидович – профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России, д.м.н., профессор, тел. 8 (8182) 28-57-84.

Петчин И.В., Горский А.С., Быков В.П.
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА –
МЕДИЦИНСКИЙ И НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Резюме

Больница создана в качестве основной клинической базы Архангельского государственного медицинского института (в наст. вр.: Северный государственный медицинский университет), открытого в 1932 году. Организация высшего медицинского образования в Архангельске проходила в условиях острого дефицита научно-педагогических и врачебных кадров, слабого материально-технического оснащения. Усилиями поколений организаторов здравоохранения, сотрудников клинических кафедр и врачей Архангельская областная клиническая больница превращена в ведущий лечебно-диагностический, организационно-методический и научно-образовательный центр европейского севера России.

Ключевые слова: клиническая больница, высшее медицинское образование.

Архангельская областная клиническая больница ведет свою историю с Постановления Совета Народных Комиссаров РСФСР от 02.10.1931 г. «Об улучшении медико-санитарного обслуживания рабочих лесозэкспортной промышленности Северного края». Северный край, в состав которого входили Архангельская и Вологодская губернии, Ненецкий национальный округ с островами Северного Ледовитого океана и Зырянская область, рассматривался правительством как «валютный цех» и поставщик строительных материалов для гигантских строений в европейской части страны. Существовавшая медицинская сеть не могла обеспечить даже минимальный уровень охраны здоровья населения. Катастрофически не хватало врачей, фельдшеров, медицинских сестер, а также амбулаторий, поликлиник и стационарных лечебных учреждений. Указанным постановлением правительства предписано приступить к проведению организационных мероприятий по открытию Архангельского медицинского института, проектированию и началу строительства в 1931 году краевой клинической больницы на 1500 коек. Возведение клинической больницы проходило трудно и драматично. Проект клиники несколько раз менялся в сторону уменьшения коечной мощности. Строительство неоднократно временно прекращалось, а после начала Великой Отечественной войны остановлено на много лет. Первая очередь больничного комплекса со значительными строительными недоделками введена в строй в 1937 году, через год она получила временное название «2-я городская клиническая больница». Главным врачом назначен Никифоров Е.А. Директором строительства с 1937 по 1941 года был Мысов В.П. [1].

В 1946 году лечебному стационару присвоен официальный статус «Архангельская областная клиническая больница». Но этому предшествовали тяжелейшие военные годы, когда на ее базе в 1941-1944 годах функционировал эвакогоспиталь 2524, самый крупный в госпитальной базе Карельского фронта. Госпиталь в 1941-1944 годах возглавляла Подорина Виктория Ростиславовна, одно временно с 21.09.1942 года по 15.06.1944 года она выполняла функции главного врача 2-й городской

клинической больницы. С 31.07.1944 года больницу возглавил Суетин Павел Иванович, проработавший главным врачом до 1955 года. Корпуса больницы после передислокации ЭГ 2524 к линии фронта нуждались в капитальном ремонте. Существовала острая необходимость в завершении строительства объектов больничного комплекса, замороженных перед войной, и в проектировании новых. Областная консультативная поликлиника введена в строй лишь в 1958 году при новом главном враче Васильевой Александре Евгеньевиче, остававшейся на этом посту в течение десяти лет. Главным врачом в последующем пятнадцатилетнем периоде был Филиппов Герман Ильич. Коллектив ОКБ и клинических кафедр более 70 лет работал в сложных условиях острого дефицита площадей для операционных блоков, диагностических служб и учебных аудиторий [1].

В 1950-1951 гг. произошла реорганизация ОКБ. Созданы новые клинические отделения: в январе 1951 г. – ЛОР-отделение на 35 и неврологическое на 45, в мае – гинекологическое отделение на 20 коек. В составе хирургических отделений выделены урологические и стоматологические койки. Таким образом, в 1951 г. ОКБ формально превратилась в многопрофильное лечебное учреждение и реально приобрела соответствующий названию статус. Состав больницы: стационар на 400 коек, поликлиника, приемное отделение, рентгеновский, электрокардиографический, физиотерапевтический и врачебно-физкультурный кабинеты, аптека, водогрязелечебница, кабинеты ушного и глазного протезирования, экспериментальная лаборатория кафедры госпитальной хирургии. В 1951 г. сделан существенный шаг по специализации хирургической службы ОКБ. В ленинградских клиниках прошли обучение врачи В.В. Бровкина по хирургической стоматологии, О.А. Бачуринская по детской ортопедии, ассистенты кафедры госпитальной хирургии Н.А. Рыбкина по хирургии легочного туберкулеза и А.А. Киров по нейрохирургии. Выделены соответствующие специализированные койки в хирургических отделениях.

Областная клиническая больница функционирует как многопрофильный, прежде всего хирургический стационар. В 40-60-80-е годы минувшего столетия среди клиник Архангельска только в ней были развернуты отделения (или выделены койки) для хирургического лечения костно-суставного и легочного туберкулеза, челюстно-лицевой, торакальной, кардио- и нейрохирургии, детской травматологии и ортопедии, оториноларингологии [2].

Хирургическую клинику в 1942-1959 гг. возглавлял заведующий кафедрой госпитальной хирургии профессор Гавриил Михайлович Давыдов. Хирургическим отделением на 64 койки заведовал доцент Владимир Федорович Цель; штатных ординаторов – 5, из них один хирург-стоматолог. В этом отделении работал ассистент А.А. Киров. Хирургическое отделение на 60 коек возглавляла ассистент Нина Антиповна Рыбкина. В 1951 г. в нем работали уролог, ортопед и два ординатора-хирурга, только что окончившие медицинский институт. В составе этого отделения выделено 20 урологических и 12 детских ортопедических коек. В марте 1965 г. введен в строй новый трехэтажный хирургический корпус на 200 коек, в 1969 г. – четырехэтажная вставка между поликлиникой и стационаром и новый современный пищеблок. Приведено в рабочее состояние лифтовое хозяйство. Строительство современного хирургического корпуса продолжалось более 20 лет, он введен в строй в 2014 году.

Терапевтическую службу ОКБ в начале 50-х годов возглавлял заведующий кафедрой госпитальной терапии профессор Николай Николаевич Дьяков. Непосредственное руководство терапевтическим отделением осуществляла Анна Касьяновна Полякова. В нем работали 4 врача со стажем от 3 до 11 лет. На кафедре работали ассистенты С.К. Дразнина и Е.Е. Шимаковская. Помимо работы в стационаре и на амбулаторном приеме сотрудники кафедры и терапевты осуществляли экстренные вылеты и плановые выезды в районы области.

Большие сложности в лечебно-диагностической работе ОКБ создавала областная радиостанция, расположенная рядом с больничной территорией. Много было затрачено времени и энергии на сбор документов, прежде чем в 1977 г. вопрос был рассмотрен на заседании Президиума Совета Министров СССР и положительно решен. Радиостанция прекратила работу. Медицинская аппаратура в ОКБ стала функционировать нормально [1].

С момента образования областной клинической больницы операции проводились в основном под местной инфильтрационной анестезией. Часть больших операций выполнялась под масочным эфирным наркозом с помощью маски Эсмарха. Никакой специальной наркозной аппаратуры не было. Наркоз проводили молодые врачи-хирурги и даже опытные медицинские сестры. Однако развитие хирургии требовало создания новой службы анестезиологии, использования новейших достижений фармакологии, специальной аппаратуры и инструментария. В 1958 г. по инициативе профессора Г.М. Давыдова и главного врача ОКБ А.Е. Васильевой на цикл анестезиологии в Ленинградский ГИДУВ

был направлен молодой хирург Н.А. Нутрихин. 1 декабря 1958 г. в ОКБ был проведен первый эндотрахеальный наркоз при резекции желудка по поводу язвенной болезни. Полученные знания анестезиолог Н.А. Нутрихин передавал другим хирургам. Быстро освоили и стали самостоятельно проводить наркоз Б.Н. Федоров, А.И. Пшенная, Л.И. Липский и другие врачи. Они совмещали работу хирурга и анестезиолога. С того времени виды и объем операций значительно расширились. Стало возможным проводить хирургические вмешательства на органах грудной клетки во вновь открытом торакальном отделении на 30 коек. В это отделение перевели из хирургического отделения врачей Б.Н. Федорова, А.И. Пшенную, Н.А. Нутрихина. Вот тут-то и сыграло свою положительную роль совмещение специальностей. Оперировали так: двое у операционного стола, третий проводил наркоз. Оставалось подобрать второго ассистента в состав операционной бригады. Им мог быть субординатор или клинический ординатор. Анестезиологическое отделение создано в конце 1967 года. Заведующим отделением назначен Н.А. Нутрихин. Первыми штатными врачами-анестезиологами стали А.И. Гуляева, Е.П. Васильева (Жукова), Р.Г. Воробьева (Мехреньгина). В 1968 г. приняты на работу в отделение выпускники АГМИ В.А. Зайцев, И.В. Расмагин, И.С. Лукьяненко, О.М. Чаевская. Из районных больниц прибыли врачи со стажем Э.В. Кузнецова и В.Н. Третьяков. К этому времени увеличилось количество наркозных аппаратов, отделение располагало необходимым количеством инструментария и медикаментов. Эндотрахеальный наркоз стал основным методом обезболивания при больших операциях. В отделении организовано круглосуточное дежурство. Регулярно проводились научно-практические конференции анестезиологов-реаниматологов. Медицинские сестры обучались на ежегодных курсах специализации и усовершенствования.

Единичные экстренные операции по поводу ранений органов груди и гнойных торакальных осложнений в 30-40-е годы прошедшего столетия выполнили хирурги крупных больниц Архангельска М.В. Алферов, А.А. Киров, В.Ф. Цель и др. Эти наблюдения описаны в научных сборниках АГМИ. В середине 1960-х годов центром торакальной и кардиохирургии в Архангельске стала областная клиническая больница. В декабре 1962 г. по инициативе профессора В.Ф. Целя организовано торакальное отделение на 30 коек. Существенный вклад в открытие этого отделения вложил хирург Б.Н. Федоров, он и стал его первым заведующим. Блестящей страницей истории торакального отделения ОКБ явилась кардиохирургия 1960-1980 гг. Становление данного перспективного направления хирургии обеспечили заведующий торакальным отделением Б.Н. Федоров, кардиолог Л.П. Львова, анестезиологи Н.А. Нутрихин и Е.П. Васильева. Рентгенологическое обследование больных выполняла В.А. Бычихина. Бригада врачей получила теоретическую и практическую подготовку в вузах и клиниках Ленинграда. Первая успешная закрытая митральная комиссуротомия по поводу ревматического стеноза проведена в ОКБ 31 марта 1965 года. Специалисты ОКБ (кардиологи, анестезиологи и торакальные хирурги) под патронатом заведующего кафедрой госпитальной терапии д.м.н. М.Б. Тартаковского первыми в Архангельске начали проведение электрокардиостимуляции при нарушении внутрисердечной проводимости. В числе первых среди торакальных клиник страны в Архангельской ОКБ в конце 1970-х гг. осуществлена временная окклюзия бронха по поводу пиопневмоторакса. Ее выполнил торакальный хирург Ю.А. Потапов [1].

В 1942 г. открыто отделение для больных костно-суставным туберкулезом. В 1946-1950-е гг. выделено 17 коек для травматологических больных в составе хирургического отделения. В 1957 г. образовано травматологическое отделение на 50 коек. В его состав входили, кроме травматологических коек, детские ортопедические койки, 7 нейрохирургических и 8 коек для больных с аномалиями и повреждениями челюстно-лицевой области.

Первым заведующим травматологическим отделением назначена Нина Степановна Антонова, работавшая в ОКБ с 1944 г. Коллектив травматологов того времени составил гордость и славу ОКБ: О.А. Бачуринская, Р.А. Клепикова, Э.А. Лусь, А.И. Гусев, О.К. Сидоренков. Научно-практическое руководство отделением осуществлял профессор В.Ф. Цель. Он выполнял наиболее сложные ортопедические и травматологические операции. Н.С. Антонову через двадцать лет сменил к.м.н. Геннадий Михайлович Медведев (1977-1982 гг.), затем отделением заведовал Владимир Михайлович Обухов (1982-2004 гг.).

Специализированная ортопедотравматологическая помощь детям Архангельской области начала оказываться на 12 стационарных койках, выделенных в хирургическом отделении ОКБ в 1951 году. До этого периода экстренная помощь детям по поводу повреждений оказывалась в хирургических кабинетах поликлиник (амбулаторий) и в стационарах местных больниц. Лишь немногие дети с травмами из районов области госпитализировались в хирургическое отделение ОКБ. Первым

дипломированным детским травматологом-ортопедом была Ольга Андреевна Бачуринская, которая прошла первичную специализацию в НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена (Ленинград). Ортопедическое оборудование в 1952 г. в больнице отсутствовало. Тем не менее О.А. Бачуринская пролечила в течение первого года 37 детей по поводу травм и ортопедической патологии и выполнила 35 операций. Объем ортопедической помощи детям быстро увеличивался. В 1950-е гг. проводили следующие ортопедические операции: ахиллотомия, артротомия коленного и голеностопного суставов, секвестрэктомия и остеотомия, операция по Зацепину при врожденной косолапости, оперативное вправление врожденного вывиха бедра, операции по поводу синдактилии [3].

Свидетельством высокого профессионализма коллектива является работа врачей ОКБ в госпиталях Алжира, Афганистана, Германской Демократической Республики, Камбоджи и других зарубежных стран. Отбором претендентов, имевших безупречные анкетные данные и владевших иностранным языком, занималось МЗ СССР. Офтальмолог Ю.А. Кузнецов работал за рубежом (ГДР, Камбоджа) 6 лет. В течение двух-трех лет находились в зарубежной командировке анестезиолог-реаниматолог Д.В. Есаулов, нейрохирург Е.В. Зеленцов, хирург С.Д. Зотиков и торакальный хирург О.А. Чернаков. Почетное звание «Заслуженный врач РСФСР» и «Заслуженный врач РФ» присвоено более 40 врачам ОКБ и сотрудникам клинических кафедр, развернутых на базе больницы. Среди пяти заведующих кафедрами СГМУ, удостоенных высшей награды Родины – ордена Ленина, четверо: Г.М. Давыдов, Н.Н. Дьяков, Г.Г. Логинов и Б.Н. Федоров – заведовали клиническими кафедрами на базе ГБУЗ АО «АОКБ».

Начало функционирования кафедр АГМИ на базе областной клинической больницы происходило по мере открытия новых клинических отделений. В настоящее время ОКБ является базой для 8 кафедр СГМУ: акушерства и гинекологии, общей и госпитальной хирургии, госпитальной терапии, травматологии, ортопедии и военной хирургии, оториноларингологии, челюстно-лицевой хирургии, инфекционных болезней и патологической анатомии. Кроме того, в клинических отделениях проводят практические занятия сотрудники кафедр анестезиологии и реаниматологии, неонатологии и курса нейрохирургии, кафедры терапии факультета повышения квалификации. На базе ОКБ обучаются клинические интерны и ординаторы, врачи и средний медицинский персонал курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Кафедры акушерства и гинекологии, госпитальной терапии, госпитальной хирургии, травматологии, ортопедии и военной хирургии являются выпускающими кафедрами лечебного факультета. На них возложена функция совершенствования преподавания соответствующих клинических дисциплин, которая осуществляется через методические комиссии. Заключительные государственные испытания выпускников лечебного факультета СГМУ в течение последних десяти лет проводятся на базе ОКБ. Выпускающие кафедры успешно справляются с большим объемом работы, что ежегодно констатирует Государственная экзаменационная комиссия на своем заключительном заседании. В настоящее время на базе ОКБ действуют 12 клинических кафедр и курсов СГМУ. Здесь прошли первичную специализацию и профессиональную переподготовку, обучение в клинической ординатуре и интернатуре тысячи врачей и средних медицинских работников.

Кафедра госпитальной терапии (в наст.вр.: кафедра госпитальной терапии и эндокринологии) функционирует на базе терапевтических отделений ОКБ с 1946 года. Профессор Н.Н. Дьяков, выпускник Санкт-Петербургской военно-медицинской академии (1909 г.), организовал кафедру госпитальной терапии АГМИ в 1936 г., находясь в солидном 60-летнем возрасте, и руководил коллективом на самом сложном этапе его формирования, в тяжелейшие военные и послевоенные годы. Почти 20 лет он был главным внештатным терапевтом областного отдела здравоохранения. Ограниченные лекарственные возможности того периода явились стимулом к изучению лечебных свойств березовой коры, багульника и лечебных факторов северных курортов Сольвычегодск и Солониха. Научную работу активизировали профессора А.А. Кедров, М.Ю. Рапопорт и д.м.н. М.Б. Тартаковский. Основными направлениями научных исследований являются краевая патология и процессы адаптации, ревматология, частные вопросы кардиологии, эндокринологии, аллергологии, пульмонологии и нефрологии. Научные достижения получили достойную оценку. С.И. Мартюшов и В.В. Попов по результатам научно-исследовательской работы удостоены областной премии имени М.В. Ломоносова. Доценты Н.Н. Нутрихина и Н.Н. Карышева в 1979 г. награждены серебряной и бронзовой медалями ВДНХ. С.И. Мартюшов за работу по организации медицинской помощи больным с нарушениями сердечного ритма и внутрисердечной проводимости награжден бронзовой медалью ВДНХ (1982 г.) Пять сотрудников стали заведующими кафедрами СГМУ: доцент Н.Н. Нутрихина и профессор С.И.

Мартюшов – кафедрой госпитальной терапии, профессор Е.Н. Шацова – кафедрой поликлинической терапии, доцент М.И. Слуцкий и профессор В.В. Попов – кафедрой пропедевтики внутренних болезней и семейной медицины.

Кафедра госпитальной терапии выполняет большой объем работы на факультете последиplomного образования. На ее базе проходят обучение врачи-интерны и клинические ординаторы, проводятся циклы усовершенствования по ревматологии и пульмонологии. Кафедра совместно с областным руководством здравоохранением организует ежегодные специализированные конференции по актуальным вопросам внутренних болезней. Она вносит существенный вклад в организацию и проведение международных российско-норвежских научно-практических конференций по актуальным проблемам пульмонологии и кардиологии. Сотрудники кафедры и практические врачи проводят целенаправленную работу по внедрению новейших методик диагностики и лечения, апробированных в отечественной и мировой практике [1].

Датой организации кафедры госпитальной хирургии следует считать 3 июня 1936 г., когда ученый совет медицинского института принял решение о назначении к.м.н. Михаила Васильевича Алферова заведующим госпитальной хирургической клиникой. Первой клинической базой кафедры были 50 хирургических коек в 1-й ГКБ, но уже через год она переместилась в хирургическое отделение введенного в строй корпуса 2-й ГКБ. В 1938 г. на кафедре госпитальной хирургии был организован приват-доцентский (элективный) курс по переливанию крови, так как во 2-й ГКБ располагался филиал НИИ переливания крови, преобразованный в 1932 г. в Архангельскую станцию переливания крови. В довоенный период произошло укрупнение кафедры за счет соединения ее с курсами военно-полевой хирургии, травматологии и ортопедии, которые были до этого самостоятельными структурными подразделениями. В результате реорганизации кафедра госпитальной хирургии стала самой большой хирургической кафедрой АГМИ. На 1 декабря 1939 г. ее базой были 130 штатных хирургических коек, в то время как базой кафедры общей и факультетской хирургии были отделения на 55 и 80 коек в 1-й ГКБ. Последующие трагические события – начало Великой Отечественной войны и безвременная смерть профессора М.В. Алферова, последовавшая 14 октября 1941 г., – практически разрушили кафедру. Все сотрудники были мобилизованы в Красную Армию. Во 2-й ГКБ развернут ЭГ 2524; с июня 1941 г. до сентября 1942 г. хирургические койки для гражданских лиц отсутствовали. Проводить практические занятия со студентами по госпитальной хирургии было невозможно. Обязанности руководителя кафедры в течение 8 месяцев исполнял по совместительству заведующий кафедрой факультетской хирургии профессор Л.Д. Заславский. В июне 1942 г. заведующим кафедрой госпитальной хирургии утвержден д.м.н. Гавриил Михайлович Давыдов, эвакуированный из блокадного Ленинграда. Новый руководитель имел фундаментальную подготовку по физиологии пищеварительной системы и хирургии. Он был учеником академика К.М. Быкова (школа физиолога академика И.П. Павлова) и профессора хирурга И.И. Грекова. Профессор Г.М. Давыдов вспоминал: «Приехав в Архангельск, я не нашел ни кафедры госпитальной хирургии, ни клиники. На базе бывшей клиники функционировал крупный эвакогоспиталь. Пришлось начать работу без единого ассистента и без единой хирургической койки. С большим трудом мне выделили 30 коек при госпитале для лечения гражданского населения и восстановления преподавания на кафедре».

Организация специализированных отделений и наличие опытных преподавательских кадров в дальнейшем позволили расширить курс хирургии. В 1950–1970 гг. начато преподавание хирургической стоматологии (асс. В.В. Бровкина), детской ортопедии (асс. Р.А. Клепикова), детской хирургии (асс. В.И. Миронова и В.А. Кудрявцев), торакальной хирургии (асс. Б.Н. Федоров, Б.В. Кузнецов, О.А. Чернаков). В 1978 г. в состав кафедры госпитальной хирургии введен курс клинической онкологии. Выделились в качестве самостоятельных подразделений института кафедра хирургической стоматологии в 1958 г., кафедра травматологии, ортопедии и военно-морской хирургии в 1971 г., кафедра детской хирургии с курсом травматологии и ортопедии в 1982 г. Через несколько лет курс клинической онкологии передан кафедре рентгенологии и радиологии. Профессор Г.М. Давыдов и доцент Б.Н. Федоров выполняли обязанности главного внештатного хирурга облздравотдела (ОЗО).

В настоящее время на кафедре обучаются студенты 5 и 6 курсов лечебного, 4–6 курсов педиатрического факультета. Традиционно на должность ассистента кафедры проходят по конкурсу опытные хирурги не ниже первой квалификационной категории. Клиническими базами помимо основной – ОКБ – были 7-я и 9-я городские клинические больницы, областной онкологический диспансер, 2-я городская поликлиника, городской травматологический пункт. Штатное расписание на протяжении десятилетий существенно менялось в сторону уменьшения должностей учебных ассистентов. Мак-

симальное число должностей профессоров, доцентов и ассистентов – 12 – кафедра имела в 60-е годы. В 90-е годы число штатных должностей профессоров, доцентов и ассистентов резко сократилось. Коллектив кафедры прилагает максимум усилий для должного обучения студентов. Лекции читаются на высоком теоретическом уровне, приводятся примеры из практики. На занятиях в клинике особое внимание уделяется освоению студентами практических умений. Коллективом кафедры (в соавторстве) в течение последнего десятилетия изданы руководства для врачей и учебные пособия для студентов:

Диагностические операции в клинической медицине (2001 г.)

Основы неотложной хирургической помощи: в 2-х томах (2002 г.)

Правовая оценка преступлений в медицинской практике (2004 г.)

Избранные разделы пульмонологии (2008 г.)

Термографическая визуализация заживления ран (2008 г.)

История болезни хирургического больного (2011 г.).

Созданы учебно-методический комплекс, словарь медицинских терминов, банк ситуационных задач с рентгенограммами. Одаренные студенты старших курсов работают в студенческом научном кружке и дежурят в ОКБ. После окончания вуза они добиваются больших успехов. Примером может служить выпускница АГМИ 1994 г., староста студенческого научного кружка кафедры госпитальной хирургии Елена Николаевна Новожилова. В настоящее время она доктор медицинских наук, ведущий онколог-оториноларинголог страны, лучший врач России (2011 г.) в номинации «За выполнение уникальной операции, спасшей жизнь человека».

Помимо обучения студентов кафедра выполняет большой объем работы по послевузовскому образованию: обучение клинических ординаторов, первичная шести-четырёхмесячная специализация по хирургии врачей городских и районных больниц, специализация военных медиков Северного ВМФ в 1940–1950-е годы. Сотрудники кафедры неоднократно поощрялись командированием флота за отличную подготовку специалистов. За 80-летний период на кафедре госпитальной хирургии прошли обучение в клинической ординатуре более 80 врачей. Многие из них стали известными хирургами и учеными и продолжили свой профессиональный путь в ОКБ и других больницах: А.С. Баранова, М.Н. Кузнецова, С.Ф. Ижмяков (главный хирург Северодвинска 1969–1978 гг.), Н.А. Нутрихин, В.И. Миронова, О.К. Сидоренков, Л.И. Липский, Е.Е. Тетерина, В.Г. Черноземов, Г.В. Пяткова, Е.М. Райхер, Б.В. Кузнецов, Б.В. Никитюк, Н.И. Дорофеев, С.Н. Баранов, Н.В. Галашев.

Многопрофильная ОКБ является отличной образовательной базой, так как здесь концентрируются больные, в диагностике и лечении которых допущены ошибки на предыдущих этапах, а также страдающие редкими и осложненными формами заболеваний. В ОКБ функционируют торакальное, оториноларингологическое и челюстно-лицевое отделения, которые отсутствуют в других городских клинических больницах. В период обучения в клинической ординатуре и интернатуре по хирургии необходимо иметь возможность наблюдать перечисленные виды патологии, что в полной мере может быть реализовано в ОКБ.

Сотрудники кафедры госпитальной хирургии внесли существенный научный вклад в клиническую медицину. На кафедре выполнено 6 докторских и 35 кандидатских диссертаций, разработано более десяти изобретений и 50 рационализаторских предложений. В 1930-е годы наиболее значительные научные исследования выполнены первым заведующим кафедрой М.В. Алферовым. На основании детального изучения топографической и хирургической анатомии плечевого сустава он предложил задний оперативный доступ для лечения гнойного артрита, туберкулеза головки и застарелого вывиха плеча. М.В. Алферов усовершенствовал операцию Отта по поводу выпадения прямой кишки и гепатопексию при травме печени. В послевоенном периоде оформились два основных направления научных исследований: клиническая физиология желудочно-кишечного тракта и пластическая хирургия. Инициатором исследований и научным руководителем первого направления был профессор Г.М. Давыдов. Исследования второго научного направления посвящены пересадке кожи, фасций и хрящей, пластике при врожденной расщелине верхней губы и послеоперационной вентральной грыже. В последние 30 лет исследуются частные вопросы патологии груди и живота, проводятся эксперименты на животных. Изучаются гнойные болезни легких, сердца и средостения, мышечная пластика несформированных свищей желудочно-кишечного тракта, эффективность иловой грязи курорта Сольвычегодск при спаечной болезни брюшной полости. Профессора Г.М. Давыдов и В.П. Быков, доцент Б.Н. Федоров возглавляли областное научное общество хирургов им. Н.И. Пирогова [1].

Кафедру травматологии, ортопедии и военной хирургии (первоначальное название: кафедра травматологии, ортопедии и военно-морской хирургии) в 1971 г. организовал профессор В.Ф. Цель. Он создал ортопедо-травматологическую службу в Архангельске и области. Его знали и ценили ведущие травматологи-ортопеды страны. Ученики профессора Целя – последующие заведующие кафедрой занимали внештатную должность главного травматолога Архангельского ОЗО и председателя областного научно-практического общества травматологов-ортопедов. Профессор О.К. Сидоренков продолжил дело своего учителя. При его непосредственном участии организованы травматологические отделения в больницах Северодвинска, Новодвинска, Котласа и Вельска. В ряде поликлиник открыты травматологические кабинеты. Кафедра превратилась в учебно-методический центр травматологической службы Архангельской области. Внедрение в лечебную практику современных сложных хирургических методик осуществляется, как правило, с участием сотрудников кафедры. Научно-исследовательская работа направлена на решение актуальных вопросов травматологии. В 1960–1980 гг. проведена серия исследований по влиянию местного охлаждения на регенерацию костной ткани. Проведены зональные научные конференции, изданы сборники научных трудов под редакцией руководителей кафедры. В настоящее время ведущей научной проблемой кафедры является множественная и сочетанная травма. На кафедре выполнено 4 докторских и 9 кандидатских диссертаций. Изданы монографии «Политравма. Организационные и лечебные аспекты» (2006 г.), «Гонартроз в амбулаторной травматологии и ортопедии» (2012 г.).

Кафедра офтальмологии находилась в ОКБ с 1944 по 1976 г. За сравнительно короткий период она вписала блестящую страницу в историю больницы. Первым руководителем кафедры был профессор Гаврил Гаврилович Логинов, автор двух изобретений и 30 научных работ по хирургическому лечению глаукомы, птоза, эпикантуса, ложных опухолей орбиты, удалению немагнитных инородных тел из стекловидного тела. Более 20 лет он был главным внештатным офтальмологом ОЗО и бессменным руководителем областного научного общества офтальмологов. После профессора Г.Г. Логинова в течение трех лет кафедрой заведовала к.м.н. Т.Г. Углова. В 1961–1967 гг. руководителем кафедры был доцент Святослав Николаевич Федоров, в 1967–1999 гг. – доцент (1969 г.), профессор (1973 г.) Виталий Яковлевич Бедило. Святослав Николаевич и Виталий Яковлевич подняли научно-исследовательскую работу кафедры офтальмологии периферийного медицинского вуза на мировой уровень. Впервые в стране совместно с НИИ высокомолекулярных соединений АН СССР изобретены полимерные пластмассы для протезирования хрусталика и роговицы глаза, мягкие гидрофильные полимеры для лечения глаукомы. Сконструированы оригинальные модели искусственного хрусталика и кератопротезов. Предложены новые способы фиксации имплантатов. С.Н. Федоров успешно применил на практике одномоментный метод удаления помутневшего хрусталика при катаракте и имплантации искусственного хрусталика, метод хирургического лечения высокой близорукости путем имплантации рассеивающей линзы в переднюю камеру глаза. Именно в Архангельске будущий всемирно известный ученый академик С.Н. Федоров завершил работу над докторской диссертацией и провел ее апробацию в июне 1966 г.

В.Я. Бедило предложил оригинальный способ применения химотрипсина для удаления помутневшего хрусталика с капсулой, что привело к значительному сокращению числа послеоперационных осложнений. Виталий Яковлевич выполнил колоссальный объем экспериментальных исследований по разработке способов протезирования роговой оболочки, совершенствованию моделей кератопротезов, профилактике и лечению послеоперационных осложнений. Внедрение инноваций В.Я. Бедило в клинику позволило вернуть зрение сотням больным с безнадежным бельмом обоих глаз.

К.м.н. Александр Иванович Поршнев работал ассистентом кафедры глазных болезней с 1970 г. Подготовку по офтальмологии он получил в клинической ординатуре в Украинском НИИ глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова. Здесь же он защитил кандидатскую диссертацию по пересадке роговицы, выполненную под руководством члена-корреспондента АМН СССР профессора Н.А. Пучковской. Кроме обучения студентов старших курсов, он участвовал в подготовке клинических ординаторов по офтальмологии.

Кафедра оториноларингологии находится в ОКБ с 1951 г. В течение шестидесятилетнего периода руководителями кафедры были: Филатов Илья Васильевич, доктор медицинских наук, профессор (1949–1974 гг.), Мышкин Евгений Николаевич, доктор медицинских наук (1975–1984 гг.), Смирнов Николай Михайлович, профессор (1984–1990 гг.), Микина Генриэтта Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, зав. курсом оториноларингологии (1991–1995 гг.), Калинин Михаил Альбертович, доктор медицинских наук, профессор (1995 г. – по настоящее время).

Профессор И.В. Филатов внес значимый вклад в науку и здравоохранение как главный внештатный оториноларинголог ОЗО, председатель областного научного общества оториноларингологов. Основными научными направлениями исследовательской работы кафедры в 1950–1970 гг. были физиология и трофические нарушения вестибулярного, слухового и обонятельного анализаторов, ЛОР-патология у различных групп населения на Севере, влияние алкогольной интоксикации на дыхательные пути и орган слуха.

В 1970–1990-е годы коллектив кафедры разрабатывал проблему воспалительных стенозов трахеи (д.м.н. Е.Н. Мышкин, диссертант М.А. Калинин), изучал влияние факторов целлюлозно-бумажного производства на ЛОР-органы (профессор Н.М. Смирнов, ассистенты Г.М. Микина и Л.Н. Обухова) и физиологические особенности голосоречевой функции у преподавателей школ (к.м.н. М.А. Калинин). Сотрудники кафедры принимают участие в работе общероссийских съездов, региональных научных конференций и симпозиумов. Профессор М.А. Калинин с 2000 г. является членом правления Российского научного общества оториноларингологов, членом редакционной коллегии журнала «Вестник оториноларингологии» (С.-Петербург), председателем правления Архангельского областного научного общества и главным внештатным специалистом ОЗО. В тесном сотрудничестве с врачами ОКБ проводятся фонохирургические вмешательства по поводу гиперпластических процессов гортани, реконструктивно-пластические операции при рубцовых стенозах гортани и шейного отдела трахеи, микрохирургические слухоулучшающие операции. Кафедра выполняет большой объем работы по обучению студентов, а также врачей на факультете последипломной подготовки специалистов. С 1997 г. проводятся ежегодные сертификационные курсы усовершенствования оториноларингологов и преподавателей-дефектологов для медико-педагогических учреждений [1].

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии образована в 1960 г. из соответствующего курса кафедры госпитальной хирургии в связи с открытием в АГМИ стоматологического факультета. Кафедру возглавил доцент В.И. Вишневецкий, прибывший из Ленинграда. В период создания ее учебными базами были отделение хирургической стоматологии ОКБ на 30 коек, областная и 1-я городская стоматологические поликлиники. С 1962 по 1975 г. кафедрой заведовала прекрасный пластический хирург доцент В.В. Бровкина. Основным направлением научно-исследовательской работы сотрудников была пластическая хирургия лица. Результаты исследований по этой проблеме обобщены в кандидатских диссертациях В.В. Бровкиной, Е.Д. Евстифеева и Ю.Л. Образцова. Профессор (1985 г.) С.Н. Федотов заведовал кафедрой в течение 30 лет (1975–2005 гг.). Высокий уровень учебно-методической, научной и лечебно-диагностической работы коллектива кафедры подтвердил Всесоюзный пленум по стоматологии, прошедший в 1986 г. в Архангельске. Станислав Николаевич выполнил более пяти тысяч операций у наиболее сложных пациентов по поводу повреждений, нагноений и опухолей лица, шеи и челюстей. Он разработал оригинальные оперативные методики: малотравматичный способ хирургического лечения абсцессов и флегмон корня языка доступом со стороны полости рта, способы хирургического лечения макрогении, оперативного лечения переломов верхней и нижней челюстей с использованием металлических спиц и пластмассовых конструкций при частичной потере зубов и невозможности наложения на зубных шин. Новые методики являются менее травматичными по сравнению со стандартными, они не требуют разрезов на лице и в ротовой полости, способствуют уменьшению частоты послеоперационных осложнений. Наиболее известное достижение профессора С.Н. Федотова – оригинальный способ устранения крупного дефекта нижней челюсти без пластики костным трансплантатом методом растяжения костного регенерата. Удастся устранить дефекты челюсти длиной 10–13 см. Данный результат как выдающееся достижение науки и практики занесен в «Книгу рекордов России». Приоритет автора изобретения: «Способ устранения дефектов нижней челюсти путем растяжения костного регенерата без костной пластики трансплантатом» признан в нашей стране и за рубежом. О нем неоднократно сообщали средства массовой информации: центральное и областное телевидение, газеты «Правда Севера», «Северный комсомолец», «Медик Севера». С.Н. Федотов разработал новый способ хирургического лечения чрезмерного развития нижней челюсти. По данному способу в челюстно-лицевом отделении ОКБ успешно прооперированы более 80 больных. Описание способа включено в руководство для врачей: Ю.И. Бернадский. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск, 1998. Профессор С.Н. Федотов получил 20 авторских свидетельств СССР и патентов РФ на изобретения, на его счету 12 технических решений. Он награжден почетным знаком «Изобретатель СССР», признан лучшим изобретателем АГМИ–АГМА–СГМУ. Основные результаты научных исследований С.Н. Федотов доложил на международных форумах в США (Чикаго, 1991), Голлан-

дии (Гаага, 1994), Чешской республике (Ползень, 1995), Малайзии (Кучинг, 1996), Франции (Париж, 1997), Финляндии (Хельсинки, 1998). Доклад профессора С.Н. Федотова в США и Малайзии был единственным от ученых РФ и стран СНГ. Экспертная группа Всемирного конгресса челюстно-лицевых хирургов (США, 1991) дала высокую оценку рациональному способу остеосинтеза металлическими спицами при переломах костей лицевого скелета. Статья С.Н. Федотова была единственной публикацией от РФ и СНГ в материалах I Международного конгресса по дистракционному остеогенезу (Париж, 1997). Профессор С.Н. Федотов является экспертом Минздрава РСФСР, членом Европейской ассоциации челюстно-лицевых хирургов, председателем секции челюстно-лицевых хирургов и членом президиума Архангельской областной ассоциации стоматологов. Он неоднократно выполнял почетные обязанности председателя государственной экзаменационной комиссии по аттестации выпускников стоматологического факультета в медицинских вузах Архангельска, Иркутска, Краснодара, Перми, Ставрополя, Твери и Уфы. В 2006 г. профессор С.Н. Федотов стал лауреатом национальной премии «Признание» среди преподавателей медицинских вузов России. В течение ряда лет он являлся ректором медицинского университета «Прогресс медицинской науки и практики», а также председателем БРИЗ института.

Д.м.н. Александр Узбекович Минкин руководит кафедрой с 2005 г. При его активном участии проводится техническое переоснащение процесса преподавания. Приобретены компьютеры, принтеры, сканеры, мультимедийные проекторы, ноутбуки. Разработаны мультимедийное сопровождение лекций и практических занятий, модульные программы обучения курсантов очно-заочных циклов усовершенствования. Клиническая база кафедры в настоящее время представлена тремя стационарными и тремя поликлиническими базами. Основной базой по-прежнему остается отделение челюстно-лицевой хирургии ОКБ. Преподавание онкологии челюстно-лицевой области ведется в Архангельском областном клиническом онкологическом диспансере. Коллектив кафедры участвует в разработке трех научных программ:

- этиология и патогенез основных стоматологических заболеваний у жителей Севера;
- актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии;
- нетрадиционные методы диагностики и лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

С момента создания кафедры в научной работе активно участвуют студенты. Первым руководителем кружка была доцент В.В. Бровкина. Кружок явился начальным этапом большого научного пути А.А. Кулакова – профессора, директора Центрального НИИ стоматологии (Москва), В.А. Семкина – профессора Российской МАПО (Москва), профессора АГМИ–АГМА–СГМУ С.Н. Федотова [1].

Кафедра патологической анатомии до начала 1970-х годов располагалась на базе патолого-анатомического отделения 1-й ГКБ и переведена в мае 1971 г. в морфологический корпус АГМИ, построенный на территории ОКБ. Организатором и первым заведующим патолого-анатомическим отделением ОКБ был к.м.н. Борис Николаевич Цибель. В 1973 г. после защиты докторской диссертации он назначен руководителем кафедры патологической анатомии. Со дня открытия отделения в нем на условиях совместительства работали сотрудники кафедры доцент В.Я. Леонтьев и ассистент Ю.Ф. Неклюдов. В 1979–1989 гг. на кафедре и в отделении плодотворно трудилась ассистент А.А. Солодовникова. С 1989 г. к.м.н. К.Н. Ковров совмещает должности старшего преподавателя кафедры и патологоанатома отделения. Коллективы кафедры и патолого-анатомического отделения ОКБ на протяжении 40 лет тесно сотрудничают с клиническими отделениями. Патолого-анатомическая служба является одним из основных звеньев многокомпонентного диагностического комплекса ОКБ. Роль морфологических исследований в клинике неуклонно возрастает, что обусловлено патоморфозом многих патологических процессов, многократным увеличением количества эндоскопических биопсий, диагностических операций и лечебных оперативных вмешательств. В 1974–1975 гг. на кафедре и в отделении прошли обучение первые врачи-интерны Т.Н. Пославская и Л.С. Ходасевич. В 1973–1984 гг. кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины (объединение произошло в 1974 г.) руководил д.м.н., профессор (1979 г.) Анвар Гумирович Носов. Темой его кандидатской диссертации (1964 г.) были микроморфологические изменения головного мозга при скоростной смерти от атеросклероза и гипертонической болезни, докторской (1972 г.) – изменения центральной и периферической нервной системы при различных видах смертельной механической асфиксии. В 1974 г. д.м.н. А.Г. Носов назначен главным внештатным патологоанатомом ОЗО. После перехода А.Г. Носова на работу в Ставропольский медицинский институт заведующим кафедрой избран д.м.н. Владимир

Николаевич Парусов (1984–1989 гг.). Он был представителем Ленинградской научной школы морфологов. В течение пятилетнего периода руководства кафедрой В.Н. Парусов совместно с клиницистами проводил научные исследования хронических неспецифических заболеваний легких, инфекционных и опухолевых болезней. В дальнейшем кафедрой заведовали доцент Валентин Яковлевич Леонтьев (1989–1994 гг., 1999–2010 гг.), д.м.н. Л.С. Ходасевич (1994–1999 гг.).

Благодаря организаторскому опыту и умению работать с людьми доцент В.Я. Леонтьев сумел в сложнейшие 1990-е годы сохранить кафедру, продолжить педагогический процесс на должном уровне, привлекая к обучению студентов патологоанатомов отделения. Владая английским языком, он перевел на русский язык американский учебник по патологической анатомии с тестами для проверки знаний. Валентин Яковлевич более 30 лет совмещал преподавательскую деятельность с консультативной работой в отделении, являлся главным внештатным патологоанатомом ОЗО. Заметный профессиональный след в патолого-анатомической службе оставил выпускник АГМИ д.м.н. Л.С. Ходасевич. Докторская диссертация (1995 г.) посвящена патологической анатомии гемолитико-уремического синдрома у детей. Полученные научные данные углубили понимание патогенеза данного заболевания.

Кафедра и централизованное отделение ОКБ являются базой подготовки кадров для патолого-анатомической службы области, на которой ежегодно проходят первичное обучение два – три лаборанта-гистолога и дальнейшее усовершенствование один раз в пять лет. Проведены выездные циклы усовершенствования врачей сотрудниками кафедр патологической анатомии ЦОЛИУВ (Москва) и ГИДУВ (С.-Петербург).

Научно-исследовательская работа, наряду с обучением студентов, интернов и клинических ординаторов, является важнейшим разделом деятельности клинических кафедр. Изучаются актуальные клинические проблемы. Ряд исследований носит клинко-экспериментальный характер. В научной работе участвуют практические врачи. Многие из них выполнили и успешно защитили кандидатские и докторские диссертации, стали доцентами и профессорами. Доктора медицинских наук и профессора выступают руководителями и консультантами диссертационных исследований не только сотрудников клинических кафедр и врачей ОКБ, но также соискателей ученой степени из других лечебных учреждений Архангельской области и за ее пределами. Результаты научных исследований на этапе подготовки диссертации к защите докладываются на научных симпозиумах и конференциях разного уровня – международных, республиканских, ежегодных Ломоносовских чтениях, проводимых в СГМУ и др. Клинические кафедры совместно с администрацией ОКБ и ОЗО организовали десятки региональных, областных, международных и городских научно-практических конференций. В ряде конференций участвовали зарубежные специалисты. Наиболее тесные научные контакты сформировались с университетской клиникой Тромсё (Норвегия). Ни одна клиническая больница областного центра, кроме психиатрической клиники, на сегодняшний день не может приблизиться к ГБУЗ АО «АОКБ» по объему научной продукции: 137 защищенных докторских и кандидатских диссертаций, 48 авторских свидетельств и патентов на изобретения, около 100 удостоверений на рационализаторские предложения. Издано более 30 монографий, руководств для врачей и сборников научных трудов. Наибольший вклад в науку внесли кафедры госпитальной хирургии, госпитальной терапии, травматологии, ортопедии и военной хирургии, челюстно-лицевой хирургии. Результаты большинства диссертационных исследований внедрены в практику, что существенно улучшило диагностику и лечение заболеваний и травм.

С 2013 года ГБУЗ АО «АОКБ» возглавляет Петчин Игорь Васильевич. В настоящий момент в клинике применяются современные диагностические технологии: различные виды ангиографического, томографического, рентгенологического, лабораторно-диагностического обследования пациентов. Внедряются новые технологии в лечении гематологических, ревматологических, оториноларингологических, торакальных, хирургических, травматологических пациентов. Выполняются разнообразные виды малоинвазивных эндоскопических операций. Освоены современные подходы к лечению острых и хронических панкреатитов, в том числе панкреатодуоденальные резекции и панкреатотощекишечные анастомозы. Оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по нейрохирургии, торакальной, сердечно-сосудистой, абдоминальной, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, гематологии, оториноларингологии, ревматологии, травматологии и ортопедии, включая эндопротезирование и пластику суставов конечностей. В 2016 году начато сотрудничество с ГБОУ ВПО СГМУ по освоению «экзоскелета».

Развитие государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница» продолжается. В 2016 году создан оторинола-

рингологический центр. В 2017 году планируется переход на новый уровень в лечении пациентов с хроническими вирусными гепатитами и циррозом печени и создание торакального центра. Будут осваиваться новые виды высокотехнологичной медицинской помощи.

В 2017 году планируется ввод в эксплуатацию перинатального медицинского центра, что позволит оказывать медицинскую помощь как в стационаре, так и на амбулаторном этапе. В целях эффективного использования ресурсов здравоохранения и повышения качества оказываемой медицинской помощи женскому населению в рамках функционирования Перинатального центра целесообразно реформирование службы родовспоможения области. В настоящее время в Архангельской области нет ни одного лечебного учреждения способного выполнять предписания приказа МЗ РФ от 12 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Существующие родовспомогательные лечебные учреждения Архангельска не соответствуют современным требованиям организации помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным, пациенткам с гинекологической патологией и не позволяют в полной мере эффективно реализовать программу маршрутизации данным контингентам. Более того, они не имеют перспектив развития в современных рамках оказания специализированной и высокотехнологичной помощи, таких как вспомогательных репродуктивных, ангиохирургических и эндоскопических технологий, современных смежных оперативных вмешательств.

На сегодняшний день порядок маршрутизации беременных высокого и среднего риска предусматривает их госпитализацию в ГБУЗ АО «АОКБ», поскольку самостоятельно выполнить требования и объемы диагностических и лечебных мероприятий основные родовспомогательные учреждения области, в том числе роддом им. К.Н. Самойловой и роддом городской больницы № 7 в Архангельске, не имеют возможностей и таким образом, их мощности используются не эффективно.

Госпитализация женщин с патологией беременности на стационарные койки в половине случаев осуществляется без достаточных показаний и медицинская помощь им может быть оказана амбулаторно или в стационарзамещающих условиях. Указанные учреждения не имеют «узких» специалистов (эндокринологов, гематологов, сосудистых хирургов и т.д.), их диагностическая база ограничена в возможностях выполнения медицинских стандартов по обследованию беременных. Для обследования сложных пациентов они вынуждены обращаться в другие специализированные учреждения или вызывать на себя специалистов.

В связи с этим планируется присоединения родильного отделения ГБУЗ АО «АГКБ № 7» и ГБУЗ АО «Архангельский клинический родильный дом им. К.Н. Самойловой» к ГБУЗ АО «АОКБ» в виде филиалов Перинатального центра

Будут внедряться современные малоинвазивные лапароскопические и торакоскопические технологии в лечении опухолей органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства. Рассматривается этапное лечение операбельных больных и паллиативное лечение неоперабельных больных с использованием возможностей малоинвазивной хирургии, оперативной эндоскопии. Наличие в ГБУЗ АО «АОКБ» сложной аппаратуры (имеется ангиограф) дает возможность выполнения селективной химиотерапии и эмболизации сосудов опухолей. Будет развиваться онконейрохирургия.

Рассматривается вопрос о присоединении к Центру инфекционных болезней ГБУЗ АО «Центра синдрома приобретенного иммунодефицита и инфекционных заболеваний», что позволит сконцентрировать единые подходы в диагностике и лечении пациентов, а также сформировать стационарный этап лечения пациентов со СПИД и использования диагностической базы ГБУЗ АО «АОКБ» на безвозмездной основе для пациентов указанных медицинских учреждений. Решаются задачи по маршрутизации пациентов и единому подходу к госпитализации и лечению пациентов. Планируется создание одного из центров лабораторного обеспечения медицинских организаций Архангельска, что приведет к снижению стоимости выполняемых лабораторных исследований.

Реформирование ГБУЗ АО «АОКБ» и городских лечебных учреждений позволит сократить административно-управленческий персонал, создать стандартный подход к оказанию медицинской помощи пациентам, что в свою очередь приведет к снижению расходов. Такая централизация лечебно-диагностического процесса имеет экономические преимущества: единые закупки лекарств и расходных материалов, сокращение административного аппарата, оптимизация коечного фонда и пр.

Список литературы

1. Архангельская областная клиническая больница / Архангельск; Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. 235 с.

2. Киров А.А., Тюкина А.А. Здравоохранение в Архангельской области в прошлом и настоящем. Архангельск, 1967. 142 с.

3. Клепикова Р.А. Детская ортопедо – травматологическая служба Архангельской области. Архангельск, 1972. 218 с.

Сведения об авторах:

Петчин Игорь Васильевич – главный врач ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» (163900, г. Архангельск, пр. Ломоносова, 292), e.mail: info@aokb.ru

Горский Андрей Сергеевич – заместитель главного врача по качеству и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» (163900, г. Архангельск, пр. Ломоносова, 292), e.mail: omr@aokb.ru

Быков Виталий Петрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей и госпитальной хирургии федерального государственного бюджетного учреждения высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ (163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51), e.mail: hirurgsgmu@mail.ru

Подсекина С.В.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА КОТЛАСА И КОТЛАССКОГО РАЙОНА

Аннотация. При проведении исследования выявлены жизненные установки юношей и девушек города Котласа и Котласского района Архангельской области в возрасте 19-24 лет. Полученные данные свидетельствуют о том, что молодежь имеет правильные приоритеты в области наиважнейших мотиваций для построения жизни – семья и здоровье. Вместе с тем, установлено, что планирует рождение и воспитание в своей семье 3 и более детей только каждый десятый респондент. Уровень распространения вредных привычек, рисковое поведение отражает крайне низкую мотивацию современной молодежи к здоровому образу жизни, что требует дальнейшего совершенствования этой работы на всех уровнях оказания помощи, включая государственные программы.

Ключевые слова: молодежь, репродуктивное здоровье, репродуктивное поведение.

Введение

Укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков, повышение уровня рождаемости за счет рождения в семьях второго и последующих детей, укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений – это те задачи, которые поставлены перед системой здравоохранения для преодоления негативных тенденций и стабилизации демографической ситуации в Российской Федерации [1,6].

В начале 60-х годов XX века в России наблюдалось расширенное воспроизводство населения: суммарный коэффициент рождаемости в среднем был 2,4 ребенка на одну женщину. В последующие два десятилетия, вплоть до 1986 года этот показатель снижался и оставался на уровне 2,0-2,1, что обеспечивало простое воспроизводство населения. Однако, начиная с 90-х годов прошлого столетия, значение этого показателя перешло рубеж от простого к суженному воспроизводству населения и составило в 2008 году 1,49 ребенка на одну женщину. Если бы такая тенденция сохранилась, то к 2050 году, по оценкам экспертов Организации Объединенных Наций, численность населения России сократилась бы на треть. Именно поэтому важна ориентация в первую очередь на стимулирование рождения второго и третьего ребенка со значительным усилением социальных гарантий семьям при их рождении.

Учитывая прогнозное снижение числа родов к 2020 году на территории Архангельской области (2012 год – 14762, 2020 год – 9255), более активно должна проводиться работа по повышению мотивации семей к рождению третьего и последующего детей в семье. Вместе с тем нерешенные проблемы организации первичной медико-санитарной помощи, низкая удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинских услуг, особенно в сельской местности, негативно влияют на демографическую ситуацию в регионе [5,7].

Одним из стратегических направлений, указанных в Государственной программе Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области (2013 – 2020 годы)» является реализа-

ция комплекса мер, направленных на сохранение, укрепление и восстановление репродуктивного здоровья жителей региона [4]. Особое внимание должно быть уделено состоянию здоровья в целом и репродуктивного в частности у детей подросткового возраста и молодежи, т.к. именно в этих возрастных периодах закладываются основы демографического благополучия общества в будущем [3].

Целью работы является изучение репродуктивных установок молодежи города Котласа и Котласского района.

Результаты исследования

На современном этапе демографического развития Архангельская область относится к территории как с миграционной, так и с естественной убылью населения (за счет миграционной активности – 83,7%, за счет естественной убыли населения – 16,3%). Позитивным результатом проводимой в последние годы демографической политики является снижение темпов естественной убыли населения с -1,9‰ в 2011 году до -1,4‰ в 2015 году, но сохраняющийся отрицательный естественный прирост ведет к сокращению численности населения Архангельской области и другим неблагоприятным демографическим явлениям [2].

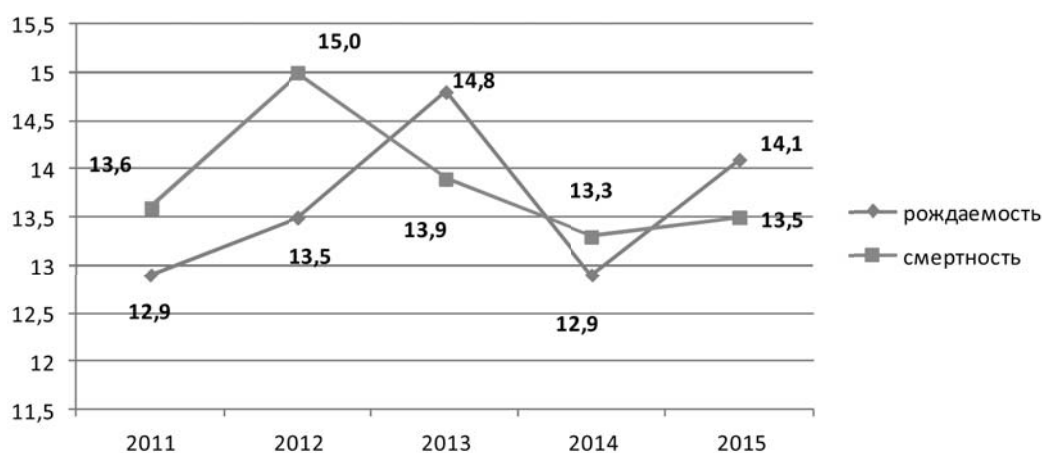


Рис.1. Рождаемость и смертность населения в Котласе и Котласском районе (на 1000 жителей)

Позитивным результатом является увеличение рождаемости в 2015 году по сравнению с 2014 годом на 9,3%, что положительно сказалось на динамике естественного прироста. Сохраняется тенденция к росту показателя смертности, в 2015 году по сравнению с 2014 годом он увеличился на 1,5%.

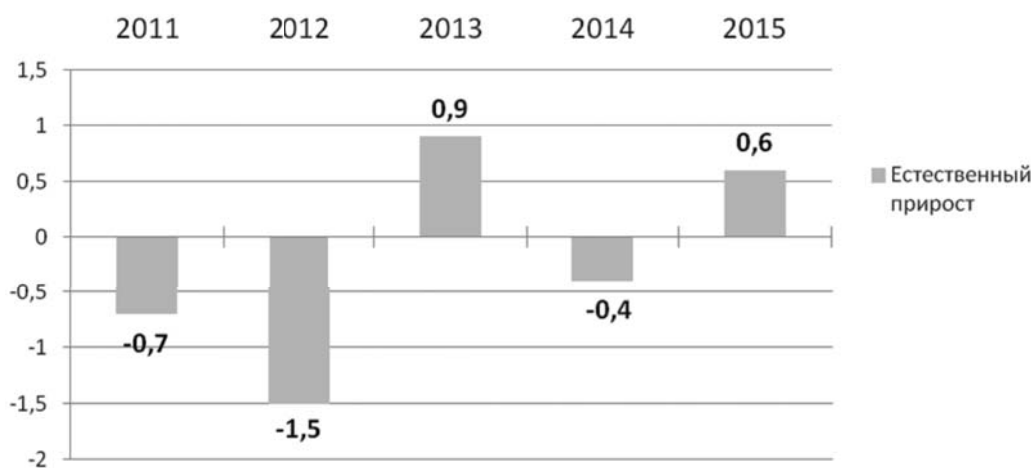


Рис.2. Динамика естественного прироста населения в Котласе и Котласском районе

Положительный естественный прирост в настоящее время указывает на созданные социально – экономические условия для воспроизводства населения города Котласа и Котласского района, но тенденция дальнейшего развития ситуации пока не ясна, учитывая характер изменения данного показателя в предыдущие годы.

Для изучения репродуктивных установок современной молодежи было проведено анкетирование 50 юношей и 50 девушек 19-24 лет, являющихся студентами ГБУ СПО АО «Котласский медицинский

техникум», ГБПОУ АО «Котласский педагогический колледж», Котласского речного училища – СП Котласского филиала ФГБОУ ВО «Государственный университет морского и речного флота имени адмирала С.О. Макарова», ГАОУ СПО АО «Котласский техникум торговли и общественного питания», ГБОУ СПО АО «Шипицынский агропромышленный техникум», так же в качестве респондентов выступали пациенты при оказании первичной медико – санитарной помощи в условиях ГБУЗ АО «Котласская центральная городская больница имени святителя Луки (В.Ф. Войно–Ясенецкого)», удовлетворяющих возрастному критерию, указанному в исследовании (19 – 24 лет).

При анализе 100 анкет выявлено, что наибольшую ценность для молодежи составляют семья, дети и здоровье. С учетом гендерных различий приоритет ценностей для юношей выглядит следующим образом: семья, здоровье, дети, достаток, высокооплачиваемая работа (рис.3).

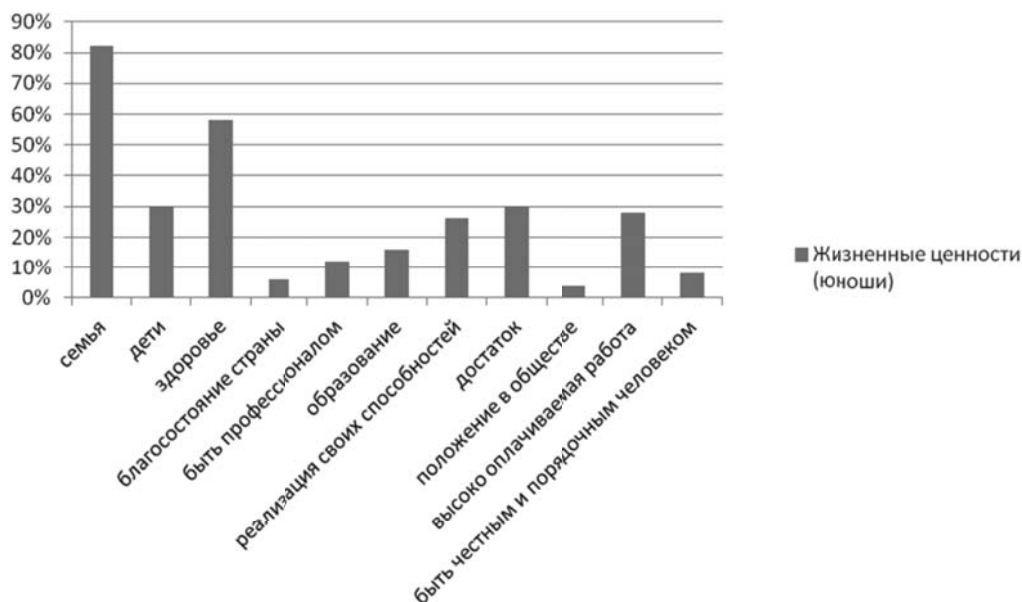


Рис.3 Жизненные ценности юношей (%)

У девушек ценности распределились следующим образом: семья, здоровье, дети, образование и реализация своих способностей (рис.4).

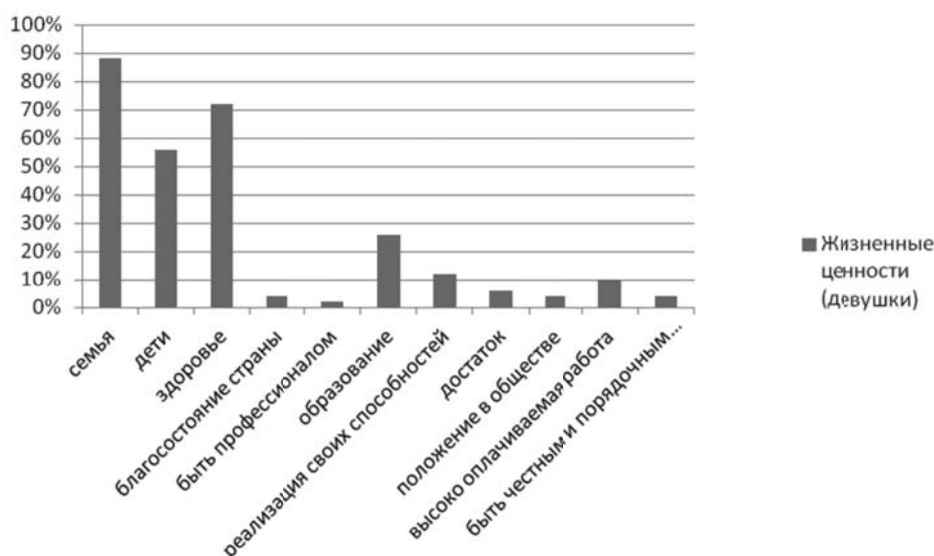


Рис.4. Жизненные ценности девушек (%)

Данный факт доказывает, что современные особенности развития общества вносят корректировки в ценностные установки молодежи. У юношей достаток и высокооплачиваемая работа находятся на одном уровне с ценностью детей. Современные девушки стремятся к образованию и реализации своих способностей, что приводит к снижению мотивации деторождения и повышению социальной

значимости профессиональных достижений и реализации своих способностей по сравнению с материнством.

Как для юношей, так и для девушек главной ценностью жизни является семья. Обращает на себя внимание тот факт, что современные юноши материальный достаток своей семьи считают наиболее важным семейным фактором. По сравнению с семьей своих родителей важность этого фактора выросла на 38%, что является индикатором политической ситуации в стране после распада коммунистической стратегии развития государства и отсутствия гарантированных финансовых средств у молодой семьи в настоящее время. Также на 24% выросла важность сексуальной совместимости по сравнению с семьей своих родителей. А важность здоровья детей, духовного единения и моральной поддержки, возможности помощи в старости и в болезни у современных юношей прогрессивно снижается.

У девушек наиболее важные семейные факторы по сравнению с семьей своих родителей не претерпели очень выраженных колебаний, сохраняется приоритет в отношении здоровья детей, любви, доверия друг к другу. Важность материального достатка выросла лишь на 12%, что указывает на сохранение мотивации девушек как «хранительницы семейного очага» с делегированием полномочий по материальной обеспеченности семьи юношам.

Деятельность по планированию численности семьи на протяжении долгого времени является одним из центральных компонентов политики и программ в области народонаселения и представляет собой составной элемент охраны репродуктивного здоровья. Рождение первого ребенка не решает проблемы воспроизводства населения, обеспечения положительной демографической динамики. Существенное увеличение доли вторых рождений позволит затормозить убыль населения, но не обеспечит прекращения ее. Ключевую роль в решении проблемы выхода России из демографического кризиса играет именно рождение третьего и последующего ребенка.

При анализе результатов анкетирования 30% юношей и 38% девушек указали, что в идеале в семье должно быть 3 ребенка. Но фактически 3 ребенка в своих семьях планируют лишь 10% юношей и 12% девушек. В большинстве своем молодые люди видят свою семью с 2 детьми. Настораживает тот факт, что 6% юношей и девушек вообще не планируют иметь детей (рис.5). С учетом выявленных ценностных установок молодежи актуальным является принятие долгосрочных программ, оказывающих поддержку государства молодым семьям и позволяющих им быть уверенными в будущем своей страны.

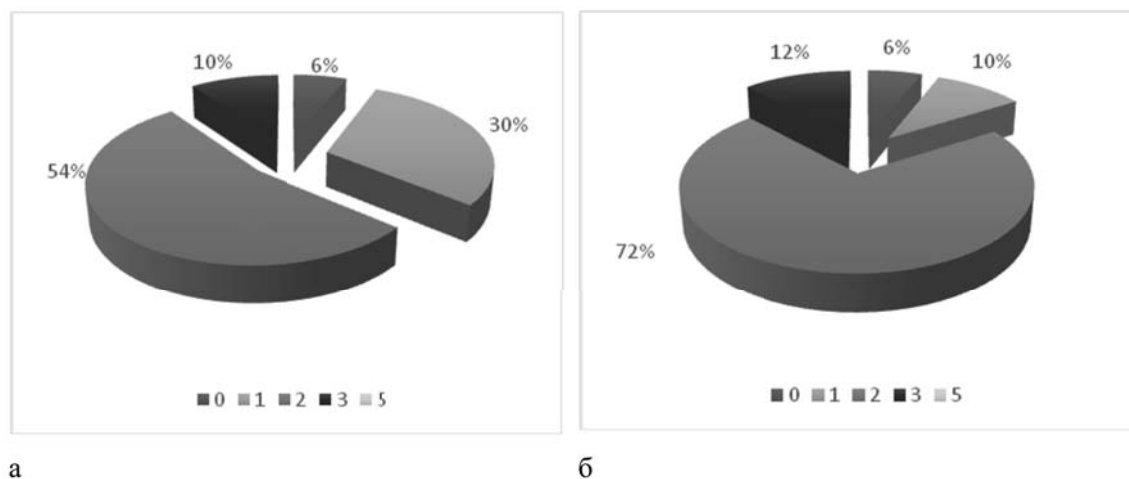


Рис.5. Количество детей, которое планируют в своей семье юноши (а) и девушки (б) (%)

Для охраны репродуктивного здоровья молодежи необходимо поощрять ответственное и здоровое репродуктивное и сексуальное поведение. Многие юноши и девушки начинают жить половой жизнью до вступления в брак. Среди опрошенных молодых людей и девушек 96% живет половой жизнью. Если у девушек стимулом к началу половой жизни является любовь, то у большинства юношей – это сексуальное влечение, любопытство и желание развлечься.

Среди современных юношей и девушек преобладает сексуальное поведение, сопряженное с повышенным риском как наступления нежелательной беременности, так и возникновения инфекций половых путей, заболеваний, передаваемых половым путем. Средний возраст начала половой жизни

у юношей 16,5 лет, у девушек 16,8 лет. И лишь 44% девушек и 52% юношей используют средства, предохраняющие от беременности во время первых сексуальных отношений (рис.6).

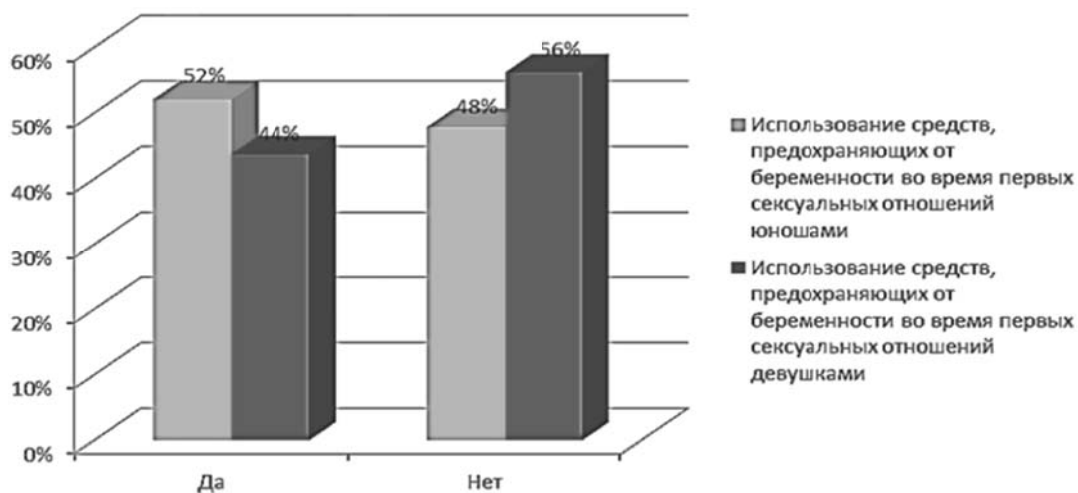


Рис.6. Использование средств контрацепции (%)

Из опрошенных девушек репродуктивного возраста, живущих половой жизнью, 69% (33 девушки) никогда не были беременны. Из 15 (31%) беременных родили ребенка 11 (73%), у 2 (13%) – беременность закончилась выкидышем или мертворождением, у 2 (13%) – абортom на сроке до 12 недель. Среди причин аборта респонденты называли такие: «наличие у женщины маленького ребенка», «неуверенность в возможности обеспечить ребенку будущее». Все девушки после аборта ощущали чувство вины, но указывали, что вынуждены были это сделать в сложившихся в тот момент обстоятельствах. Обращает на себя внимание тот факт, что лишь в 47% случаях первая беременность была желанной, 53% девушек отметили, что беременность была несвоевременной и нежеланной. Предотвращение случаев нежелательной беременности и сокращение числа абортов возможно с помощью популяризации применения надлежащих методов контрацепции. Информация о методах контрацепции должна быть доступна не только благодаря консультативным услугам, но и с помощью современных информационных технологий, включая наличие информации и на электронном сайте медицинской организации.

Предупреждение инфекций половых путей и заболеваний, передаваемых половым путем, является одним из значимых направлений в охране репродуктивного здоровья. При анализе анкет выявлено, что симптомы, характерные для заболеваний, передающихся половым путем – зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании, выделения, появившиеся через некоторое время после полового контакта, – наблюдались у 32% девушек, 88% из них обратились по данному поводу для лечения к врачу, 12% лечились самостоятельно или обращались за советом к подруге. Только 4% юношей по данным анкетирования отметили симптомы, характерные для заболеваний, передающихся половым путем, 96% ответили, что не испытывали подобных проблем. Важным аспектом является разная доступность своевременной помощи гинеколога и уролога (андролога): девушки отмечают хорошую доступность гинеколога (52 % девушек оценили доступность к гинекологу более 8 баллов их 10 возможных), а у юношей такая доступность отмечена лишь в 14%.

Современная жизнь вносит свои коррективы в формирование отношения молодежи к выполнению родительских функций. Обращает на себя внимание тот факт, что девушки предпочитают официально зарегистрированный гетеросексуальный брак, а юноши – «пробный» и «гражданский» браки. Для укрепления репродуктивного здоровья необходимо просвещать юношей и давать им возможность брать на себя соответствующую долю обязанностей по планированию семьи, ведению домашнего хозяйства и воспитанию детей и принимать на себя основную ответственность за предупреждение заболеваний, передаваемых половым путем.

О том, что здоровье будущего ребенка напрямую зависит от здоровья родителей, знают все, но отношение у молодежи к своему здоровью на этапе планирования беременности с учетом наличия вредных привычек указывает на крайне низкую мотивацию к здоровому образу жизни. Как юноши, так и девушки, в равной степени указывали на необходимость избавления от вредных привычек (курение, алкоголь, употребление наркотиков) во время наступления беременности. Однако употребле-

ние алкогольных напитков с частотой несколько раз в месяц отметили 44% юношей и 34% девушек. Только 4% юношей и 6% девушек не употребляют алкогольные напитки. Курение среди молодежи становится частым явлением: 38% юношей и 30% девушек курят, при этом в среднем юноши выкуривают 9,5 сигарет в день, а девушки – 8,4 сигареты в день. Пробовали наркотики 12% респондентов мужского пола и 16% респондентов женского пола.

Выводы

1. Проведенное исследование показало, что молодежь имеет правильные приоритеты в области наиважнейших мотиваций для построения жизни – семья и здоровье. Но фактически 3 ребенка в своих семьях планируют лишь 10% юношей и 12% девушек, в большинстве своем молодые люди прогнозируют свою семью с 2 детьми, 6% юношей и девушек вообще не планируют иметь детей.

2. Информированность молодежи о путях получения данных по предупреждению и лечению инфекций половых путей, заболеваний, передаваемых половым путем, и других симптомов, связанных с репродуктивным здоровьем выше у девушек, они наиболее качественно относятся к своему репродуктивному здоровью.

3. Осведомленность молодых людей о проблеме нежелательной беременности и аборт, о возможных путях консультирования при возникновении данной ситуации высокая, но данная информация используется в практических целях лишь на 50% с учетом общей низкой культуры полового поведения.

4. Уровень распространения вредных привычек отражает крайне низкую мотивацию современной молодежи к здоровому образу жизни, что требует дальнейшего совершенствования этой работы на всех уровнях оказания помощи, включая государственные программы.

Список литературы

1. Вялков А.И. Управление и экономика здравоохранения. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. 664 с.
2. Медико – демографические показатели Архангельской области. Издательский отдел ГБУЗ «МИАЦ». 2011, 2012, 2013, 2014гг. 54 с.
3. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Пути совершенствования организации медицинской помощи подросткам: взгляд врача-педиатра и организатора здравоохранения // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 92-96.
4. Постановление Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года N 462-пп (в редакции постановления Правительства Архангельской области от 15 декабря 2015 года № 529 – пп) об утверждении Государственной программы Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области (2013 – 2020 годы)». URL: <http://www.minzdrav29.ru>. (дата обращения: 14.11.2013)
5. Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью / Меньшикова Л.И. [и др.] / Социальные аспекты здоровья. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/509/27/lang,ru/> (дата обращения: 14.11.2013)
6. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.
7. Ясько Н.Н., Меньшикова Л.И., Игнатова О.А. Развитие сельского здравоохранения в Архангельской области как инструмент повышения доступности первичной медико-санитарной помощи в сфере обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2015. № 6. С. 10-18.

Сведения об авторе

Подсекина Светлана Владимировна – заведующая поликлиникой ГБУЗ Архангельской области «Котласская центральная городская больница имени святителя Луки (В.Ф. Войно – Ясенецкого)», адрес электронной почты: podsek@rumbler.ru; контактный телефон 89523043444.

Попов М.В.
ИСТОРИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ

У истоков офтальмологии в Поморье стояли профессор Гавриил Гаврилович Логинов, академик Святослав Николаевич Федоров, профессор Виталий Яковлевич Бедило. Эти врачи стали основоположниками новой офтальмохирургической школы на Севере России.

Клиника глазных болезней АГМИ начала работу в 1935 году. Она размещалась в деревянном доме на ул. Вологодской. Основателем кафедры глазных болезней АГМИ был канд.мед. наук, в дальнейшем доктор мед.наук профессор Г.Г.Логинов. В 1938 году в клинике открылось глазное отделение на 20 коек. Во время Великой Отечественной войны в 1942 году во время операции в здании клиники попала немецкая зажигательная бомба, коллектив клиники приступил к тушению пожара, а врач Г.Г.Логинов закончил операцию и провел эвакуацию пациентов из клиники. Глазное отделение перевели в первую городскую больницу г.Архангельска в историческое здание больницы общественного призрения. В 1944 году отделение перевели в областную больницу и увеличили количество коек до 50. В 1946 году коек стало уже 60, в 1966 году – 75.

Офтальмологической службе 1930-40-х годов принадлежит заслуга в ликвидации трахомы. Был открыт трахомный диспансер, в котором лечились больные трахомой и наблюдались после излечения еще в течение трех лет. Такой подход к лечению такого тяжелого заболевания как трахома – дал хороший результат – трахома была ликвидирована.

Также системно была организована борьба с другим грозным глазным заболеванием – глаукомой. Начиная с 1956 года под руководством зав. кафедрой глазных болезней АГМИ канд. мед. наук Татьяной Григорьевной Угловой, а впоследствии под руководством канд. мед. наук Иды Вениаминовны Балясниковой были организованы профилактические осмотры населения на глаукому, созданы глаукоматозные кабинеты в областной, городской и районных поликлиниках, в которых проводилось лечение и диспансерное наблюдение больных глаукомой.

Важную роль в развитии офтальмологии в области, стране и в мире сыграл Святослав Николаевич Федоров – академик Российской Академии медицинских наук, член-корреспондент РАН, Герой Социалистического Труда, лауреат Золотой медали им. М.В.Ломоносова Академии наук СССР, в дальнейшем генеральный директор научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» в Москве.

В 1961 году он стал заведующим кафедрой глазных болезней АГМИ. По его инициативе была создана лаборатория по изготовлению искусственных хрусталиков, в которой изучали синтез и клиническое применение полимеров для пластических операций в офтальмологии, получен полимер для модели искусственного хрусталика, в опытах на животных разработаны способы его фиксации в глазу. Успешные результаты послужили основанием для внедрения имплантации искусственного хрусталика больным людям. Глазная клиника АГМИ была одним из пионеров по удалению катаракты и введению искусственного хрусталика в ходе одной операции вместо двух. Молодые офтальмологи, соратники С.Н.Федорова совершенствовали инструменты для глазных операций сами, в подвале у них стоял токарный станок, и с помощью специалистов оборонных предприятий г. Северодвинска. В клинике было внедрено использование химотрипсина, что способствовало резкому снижению послеоперационных осложнений. Ассистент кафедры глазных болезней Виталия Яковлевич Бедило в 1967 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «К вопросу о применении химотрипсина в хирургии катаракт», а в 1971 году – докторскую диссертацию на тему: «Экспериментальные и клинические исследования по аллопластике роговой оболочки». В.Я.Бедило разработал и внедрил в практику ряд оригинальных методик выведения помутневшего хрусталика вместе с капсулой, что привело к значительному сокращению числа послеоперационных осложнений. В это же время было внедрено новаторское лечение отслойки сетчатки введением силиконовой жидкости. Эти и другие научные и клинические достижения архангельских офтальмологов принесли Архангельску всесоюзную и мировую известность.

В 1967 году С.Н.Федоров был избран по конкурсу заведующим кафедрой глазных болезней Московского медицинского стоматологического института. Руководителем архангельской глазной клиники стал доцент В.Я. Бедило. Он занялся проблемой сквозного протезирования роговой оболочки. Было выполнено более двух сотен опытов на кроликах, подобран вид пластмассы и модель протеза, разработан способ его фиксации. В 1968 году В.Я. Бедило выполнил первые в СССР успешные опе-

рации сквозного протезирования роговой оболочки и потянулись к Белому морю за белым светом сотни слепых людей с безнадежными бельмами, которых не брали ведущие глазные клиники страны. Новаторские операции В.Я. Бедило позволили вернуть зрение тысячам больных с безнадежными бельмами после ожогов роговицы. Возникла огромная очередь из больных на этот вид операции, иногда на несколько лет, так как коечный фонд отделения не позволял быстро принять всех желающих. Поэтому по инициативе правления Всероссийского общества слепых, поддержанной руководством Архангельской области, в 1976 году была построена и открыта первая в СССР городская офтальмологическая больница (в остальных областях были глазные отделения в составе областных и республиканских больниц). Она располагалась в четырехэтажном корпусе на 120 коек, причем 60 из них были выделены для лечения иногородних больных, первым главным врачом больницы была Зоя Павловна Федорова, первым зав. хирургическим отделением был Владимир Николаевич Лягин, первыми офтальмохирургами были Валентин Иванович Тарабукин и Николай Алексеевич Мокин. Это был период становления больницы – подбирались кадры, приобреталось оборудование, шла организация лечебного процесса. В 1981 году на базе больницы открыт центр микрохирургии глаза.

С 1983 по 1989 годы главным врачом была Нина Вениаминовна Селиванова, а с 1989 по 2001 год главным врачом был Валентин Иванович Тарабукин. В 1991 году дополнительно возведен восьмиэтажный корпус с операционным блоком, все здания соединены крытым переходом и составили единый больничный комплекс. Больница из городского стала областным лечебным учреждением, коечный фонд увеличен до 260 коек, открыты отделения терапевтической и детской офтальмологии, отделение анестезиологии и реанимации, кабинет гравитационной хирургии крови и сосудистой патологии органа зрения, барокамера, кабинет функциональной диагностики. Первым заместителем главного врача по лечебной работе была назначена Нина Николаевна Мехрякова, в 2000 году ее сменила Людмила Юрьевна Буторина, с 2012 года – Ирина Александровна Тарабукина. С 2002 по 2004 годы больницей руководил Владимир Афанасьевич Агафонов, с 2004 по 2010 годы главным врачом был Дмитрий Львович Ершов, с 2010 по 2012 годы – Алексей Викторович Крюков, с 2012 года больницу возглавляет Владимир Алексеевич Кабанов. Много лет плодотворно проработали в больнице офтальмологи Николай Валентинович Пярсон, Николай Ильич Зыков, Людмила Васильевна Попова, Александра Николаевна Луговая, Татьяна Геннадьевна Юдина, Нина Евгеньевна Докучаева и другие.

Архангельская клиническая офтальмологическая больница – одна из крупнейших глазных клиник на Севере России. Сегодня в больнице два микрохирургических отделения на 110 коек, ими заведуют Светлана Александровна Худякова и Анна Николаевна Луговая, Северный детский офтальмологический центр, включающий в себя детское отделение на 20 коек, поликлинику и дневной стационар для детей на 90 мест, которым заведует кандидат медицинских наук Андрей Михайлович Ревта, консультативно-диагностическая поликлиника на 200 посещений в смену, которой заведует Елена Павловна Рябоконт, центр амбулаторной хирургии с дневным стационаром для взрослых – заведующий М.В.Дойков.

В коллективе больницы работают 270 человек, в том числе 42 врача – выпускники АГМИ-АГМА-СГМУ. На базе больницы функционирует кафедра глазных болезней СГМУ, которой заведует доктор медицинских наук Андрей Васильевич Коновалов, работают: доктор мед. наук профессор, заслуженный врач РФ, лауреат премии им. М.В.Ломоносова Виталий Яковлевич Бедило и ассистент – кандидат мед. наук Надежда Александровна Кузнецова. Много лет преподавали на этой кафедре и внесли весомый вклад в развитие офтальмологии на Севере кандидаты медицинских наук Александр Иванович Поршневы и Ида Вениаминовна Балясникова. На базе больницы, начиная с 1993 года, регулярно проводятся научно-практические конференции для врачей-офтальмологов Северо-Западного федерального округа и мастер-классы по операциям самого высокого уровня.

За последние три года закуплено современное диагностическое и хирургическое оборудование, новейшие модели клапанов, шунтов, моделей оптических линз, внедрена бесшовная ультразвуковая методика лечения катаракты, а также методом фактоэмulsификации, лазеркоагуляции сетчатки, имплантации различных моделей искусственного хрусталика и других. Введена в эксплуатацию вторая операционная, работает отделение платных услуг. Консультативно-диагностическая поликлиника принимает ежегодно около 33 тысяч пациентов, причем прирост обратившихся пациентов за последние 5 лет составил 26%, около 9 тысяч человек ежегодно обращаются в круглосуточный кабинет неотложной помощи. Количество пролеченных в стационаре пациентов составляет более 6 тысяч в год, оборот койки увеличился на 17% за счет сокращения длительности пребывания больного в стационаре до 7 дней и внедрения новых микрохирургических операций, выполняемых амбулаторно.

В настоящее время АОКБ является одним из ведущих офтальмологических учреждений Северо-Запада России и является медицинской организацией высокой социальной эффективности и ответственности. В перспективе – дальнейшее развитие высокотехнологичной офтальмологической помощи, в том числе витреоретинальной хирургии, стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий, совершенствование трехуровневой системы профилактики офтальмологических заболеваний на Северо-Западе РФ.

Список литературы

1. Балясникова И.В. К истории офтальмологической помощи в Архангельской области: Сб. трудов. Архангельск: Сев.Зап.кн. изд-во. 1966, № 20. С. 93.
2. Балясникова И.В., Прокофьева Е.Ю. История офтальмологии Европейского Севера России. Архангельск. СГМУ. 2013.
3. Богоявленский Н.А. Медицина у первоселов Русского Севера // Медицина. Ленинградское отделение. 1966.

Сведения об авторе:

Попов Михаил Владимирович – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры МПЗ и медицины катастроф СГМУ г.Архангельск, E-mail: michael.vlad.popov@yandex.ru тел. 8-921-074-02-93

Попов М.В.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОЮЗНЫХ АРКТИЧЕСКИХ КОНВОЕВ В 1941–45 ГГ.

Резюме

Арктические конвои Второй мировой войны приходили из Великобритании и США в северные порты СССР – Архангельск и Мурманск и сыграли важную роль в победе над фашизмом. Всего с 1941 по 1945 гг. было проведено 40 конвоев со стратегическими грузами – оружием, боеприпасами, продовольствием и медикаментами, обратно с пилотматериалами, смолой, пушниной, около 1400 транспортных судов совершали опасные походы в СССР под охраной военных кораблей Великобритании, США и СССР. Медицинское обеспечение Арктических конвоев имело ряд особенностей по сравнению с Тихоокеанскими и Трансиранскими. Это высокая степень напряжения боевых действий, сложные метеорологические условия, особенности состава сил и средств конвоев и другие факторы, которые оказали значительное влияние на структуру безвозвратных и санитарных потерь личного состава.

Ключевые слова: конвои, лечебно-эвакуационное обеспечение, структура поражений, медицинская эвакуация.

Введение

Целью данного исследования явился анализ организации лечебно-эвакуационного обеспечения союзных арктических конвоев 1941-1945гг., которые доставили в Архангельск и Мурманск два миллиона тонн стратегических грузов. За этот период 126 торговых и боевых кораблей СССР и союзников были потеряны, тысячи моряков имели поражения или погибли.

Материалы и методы

Использованы архивные материалы в виде отчетов судовых врачей, статистические данные медицинской службы Северного флота СССР и союзников, проведен анализ характера повреждений и причин гибели моряков арктических конвоев, виды оказания медицинской помощи пораженным.

Результаты

В августе 1941 года в составе Северного флота была сформирована Беломорская флотилия, коечный фонд медицинской службы которой составил 95 коек. Большинство коек были в главной базе в Архангельске, где оказывалась квалифицированная и специализированная медицинская помощь. На остальной территории имелись лишь гражданские больницы в г.Иоканье, г.Поное, г.Шойне, в становище Белушья Губа, п.Лагерном, г. Амдерма, на о.Диксон. Позднее в Иоканье был развернут лазарет на 30 коек, переформированный затем в военно-морской госпиталь на 75 коек. В созданной в августе 1942 года Новоземельской военно-морской базе в Белушьей Губе был создан лазарет № 82 на

35 коек, обеспечивавший медицинской помощью личный состав базы и моряков заходивших туда судов. В 1943 году, в разгар боевых действий в Арктике, маневренная хирургическая группа Северного флота развернула в становище Хабарова стационар на 30 коек и лазарет № 105 на о. Диксон на 30 коек. Предпринятые меры не смогли обеспечить своевременную медицинскую помощь пораженным с судов, находившихся в море. Развертывание лазаретов и госпиталей отставало от развития боевых действий, что затрудняло оказывать специализированную медицинскую помощь в ранние сроки, как это случилось при масштабных потерях в конвое PQ-17, при медицинской эвакуации с судов «Академик Шокальский», ледокольного парохода «Дежнев», минного тральщика № 58, парохода «Марина Раскова» и других.

При гибели кораблей спасение моряков затруднялось из-за большой протяженности морских сообщений при малой сети военно-морских баз, ограниченной живучести кораблей охранения, низких температур воздуха и воды, частых штормов и других факторов. Безвозвратные потери личного состава конвоев составили около двух тысяч человек, санитарные потери – 749 человек, из них раненых было 337, а обмороженных – 412 человек. Локализация повреждений у раненых характеризовалась большим количеством переломов костей нижних конечностей и ранений мягких тканей головы, имелось большое количество контузий, обморожений и переохлаждений. Корабли охранения укомплектовывались фельдшерами со стажем работы более 5 лет. По прибытии на военно-морские базы личный состав кораблей проходил лечебно-профилактические мероприятия, лабораторные и флюорографические исследования, получал санацию полости рта, профилактические прививки.

Особенностью лечебно-эвакуационного обеспечения арктических конвоев было преимущественным участием в конвоях кораблей 2-3-4 рангов с маломощной штатной медицинской службой, большой продолжительностью переходов и активными боевыми действиями противника. В конвоях основным видом медицинской помощи являлась доврачебная помощь. Первая врачебная помощь оказывалась в 4-х конвоях, доврачебная – в 17, первая помощь – в 16 конвоях.

Специализированная медицинская помощь в конвоях не оказывалась, а первая врачебная помощь оказывалась лишь на больших кораблях, укомплектованных врачами дивизионов. На торпедных катерах, больших и малых охотниках в виду отсутствия медицинских работников оказывалась только первая помощь. Постоянная перегрузка кораблей охранения, которые спасали экипажи потопленных судов, приводила к тому, что в помощь фельдшерам для оказания первой помощи приходилось привлекать весь свободный от вахты личный состав. На минном тральщике № 116, принявшем 186 спасенных моряков, для оказания первой помощи были направлены курсанты-стажеры инженерного училища. Доврачебная помощь на кораблях 2-3 рангов заключалась в обезболивании, наложении жгутов при кровотечении и повязок при ранениях, шинировании переломов, введении сердечных средств и противостолбнячной сыворотки. Эти корабли не были приспособлены для медицинского обеспечения, поэтому летальность пораженных была значительной и составляла 4,2% от общего числа раненых и обмороженных. Случаи доставки пострадавших в береговые медицинские учреждения до 12 часов с момента повреждения составили 191 пострадавшего в 14 конвоях и 500 пострадавших доставлены в срок больше 12 часов в остальных конвоях. На северном театре военных действий для лечебно-эвакуационного обеспечения конвоев характерным был большой разрыв во времени и пространстве между этапами медицинской эвакуации. Раненые в конвое PQ-5 в Карском море первую и доврачебную помощь получили на спасших их кораблях и самолетах только через 5-10 дней, что сопровождалось тяжелыми осложнениями ранений. Одной из причин запоздалой медицинской эвакуации в базы явилось то, что она проводилась на боевых кораблях только после выполнения ими боевого задания. По инициативе командования Северного флота было предусмотрено ускорение доставки раненых в базу только в 1944-45 гг. На подходах к Кольскому заливу в близлежащих бухтах приводились в готовность группы торпедных катеров. Приняв раненых со спасших их судов, катера немедленно следовали в Полярный или Мурманск, причем продолжительность перехода ни разу не превысила 4-5 часов. Положительный опыт показал рациональность и возможность ускорить медицинскую эвакуацию раненых с судов конвоев при следовании их вблизи военно-морских баз. Важное значение в медицинском обеспечении конвоев имели спасательные действия. Созданная на Северном флоте организация спасения личного состава конвоев путем назначения «кораблей-спасателей» из состава судов охранения частично решала эту задачу. Опыт проводки 40 конвоев показал, что от боевого воздействия противника погибло только одно спасательное судно. Остальные спасательные суда приходили в базы, имея на борту экипажи шести-семи потопленных кораблей из состава конвоя. На борту спасательных судов заблаговременно развертывали медицинский пункт с хирургической

бригадой. Опыт войны показал, что в дальних конвоях специализированная хирургическая помощь может быть оказана при условии ее организации в самом конвое на госпитальных судах и при использовании быстроходных транспортных средств медицинской эвакуации.

В осенне-зимний период (конвои шли круглый год) до 60% моряков с погибших судов получали отморожения рук и ног. Они поступали в эвакогоспиталь № 2533, который был развернут в бассейновой больнице водников имени Н.А.Семашко г.Архангельска, где им силами хирургической службы во главе с главным хирургом эвакогоспиталей Архангельской области заведующим кафедрой общей хирургии АГМИ доцентом Георгием Андреевичем Орловым оказывалась специализированная медицинская помощь. В лечении советских и иностранных моряков участвовали преподаватели Архангельского государственного медицинского института А.Д.Заславский, Н.И.Вещезеров, П.П.Ерофеев, С.А.Мациевский, С.И.Елизаровский, консультантом был заместитель главного хирурга Северного флота профессор Т.Я.Арьев. Эти ученые-медики начали детальное изучение такого вида травм, в короткий срок была разработана методика лечения отморожений конечностей, не утратившая актуальности и сегодня. Большую актуальность в военное время имели научные темы, направленные на разработку оперативных вмешательств для лечения последствий боевых ранений. Так преподаватели АГМИ Г.А.Орлов и С.И.Елизаровский предложили способ сшивания поврежденных нервов, который был одобрен главным хирургом Советской Армии академиком Н.Н.Бурденко. В эвакогоспиталях г.Архангельска, а их насчитывалась до 30, широко применялось иссечение вялозаживающих ран с последующим наложением шва, что значительно сокращало сроки лечения. Хирург эвакогоспиталей А.П.Тюкина провела сотни таких операций с благоприятным исходом. Доцент АГМИ С.Я.Ступников разработал методику закрытия каловых свищей, профессор В.Ф.Цель – пластические операции при трофических язвах и незаживающих ранах нижних конечностей.

На каждом отечественном грузовом судне, участвовавшем в перевозке грузов в арктических конвоях в составе медицинской службы были фельдшера или врачи. На танкере «Донбасс» судовым врачом был неутомимый Яков Лескин – любимец экипажа. На пароходе «Марина Раскова» судовым врачом была недавняя выпускница Архангельского медицинского института Клавдия Некрасова, прошедшая подготовку врача общего профиля. Пароход был торпедирован немецкой подводной лодкой и стал тонуть. Началось спасение пассажиров и экипажа. В эти часы врач К.Некрасова вела себя мужественно и стойко, помогая эвакуировать людей и отказываясь в числе первых покидать тонущий пароход. Последними с судна уходила команда, которая разместилась в шлюпке, а доктора отправили на катере, которому удалось спастись. На эсминце «Громкий», где юнгой был будущий известный писатель Валентин Пикуль, судовым врачом был добрый и заботливый М.Жамиро, который неустанно занимался лечением раненых и больных моряков, подобранных в море с погибших кораблей. Однажды с одного из островов архипелага «Новая Земля» эсминец «Громкий» подобрал 12 американских моряков, которые уже три дня после гибели их судна в сырой одежде находились на необитаемом острове. У семерых из них оказались обморожены руки и ноги, судовой врач эсминца оказал им первую врачебную помощь, и они были доставлены в эвакогоспиталь № 2533 г.Архангельска, где им были ампутированы почерневшие конечности. Но и с «обрубками» рук и ног они быстро «скатывались» в бомбоубежище при объявлении воздушной тревоги.

Жертвами трагедии арктических конвоев стали не только советские люди. Не стоит забывать и тех иностранных моряков, которые участвовали в полярных переходах. Более трех тысяч британских, американских моряков и других союзных стран погибли, участвуя в полярных операциях. 85 торговых судов и 16 кораблей Военно-морских сил Великобритании были потоплены. Союзные арктические конвои показали боевое братство народов разных стран, противостоявших фашизму. Они оказали важную помощь нашей стране в Великой Отечественной войне. Жертвы были колоссальными, и они никогда не будут забыты потомками!

Обсуждение результатов

Главным недостатком в организации медицинского обеспечения арктических конвоев было отсутствие единого планирования, вторым недостатком было постоянное переподчинение медицинской службы, то командирам конвоев, то командирам военно-морских сил. Это требовало новых форм управления и, в первую очередь, преемственности в работе флагманских врачей соединений и врачей конвоев. Однако, флагманские врачи в походные штабы конвоев не назначались. Каждый конвой, выходящий в море, сопровождался лишь штатным медицинским составом кораблей. Конвои выходили в море без должного подбора сил и средств медицинской службы применительно к данной операции. Все эти факторы привели к большим санитарным и безвозвратным потерям в арктических конвоях.

Заключение

СССР получил по программе ленд-лиза различных товаров, техники и сырья общим объемом около 17,5 млн тонн на сумму 13,5 млрд долларов, что сыграло важную роль в победе над фашизмом. Из трех основных маршрутов союзных конвоев – Арктического, Тихоокеанского и Трансиранского – северный считался наиболее опасным, хотя и самым коротким. Он обеспечил 23% поставок по ленд-лизу в годы войны, однако до 15% грузов, отправленных этим маршрутом, затонуло из-за гибели кораблей, более пяти тысяч моряков разных стран погибли в пути. Медицинское обеспечение арктических конвоев хотя и не было совершенным, значительно снизило количество санитарных потерь и спасло жизни тысячам моряков.

Список литературы

1. Пикуль В. С. Реквием каравану PQ-17. Рига : Изд. Лисма, 1979. 256 с.
2. Пузырев В. П. Беломорская флотилия. Архангельск, 1974. 214 с.
3. Северные конвои (вып. 1). Архангельск, 1991. 158 с.
4. Северные конвои (вып. 3). Архангельск, 1993. 174 с.
5. Супрун М. Н. Ленд-лиз и северные конвои. М.: Андреевский флаг, 1997. 364 с.
6. Роскилл С. Война и флот. М., Архангельск, 1974. 228 с.

Сведения об авторе:

Попов Михаил Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск. e-mail: michael.vlad.popov@yandex.ru тел. 8-921-074-02-93.

Пяткова Н.М.

О НЕКОТОРЫХ ПРИЁМАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБРАЗЦОВ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОГО ИСКУССТВА В ПРЕПОДАВАНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Резюме. В работе обсуждена возможность использования образцов мирового изобразительного искусства в преподавании инфекционных болезней в медицинском колледже. Целью настоящей работы явилось знакомство с многолетним опытом применения данных приёмов на аудиторных и внеаудиторных занятиях для формирования общих и профессиональных компетенций будущих медицинских работников в условиях освоения ФГОС СПО. В результате реализации приёмов прослеживается устойчивый интерес к изучаемым междисциплинарным курсам, о чем говорят сравнительные результаты промежуточной и итоговой аттестации обучающихся. Автором обозначена актуальность Вич-инфекции, паразитарных заболеваний и других инфекционных болезней.

Ключевые слова: изобразительное искусство, инфекционные болезни, паразитарные заболевания, медицина, Вич-инфекция, чума.

На протяжении веков медицина находила отражение в искусстве. Медицина и живопись имеют главным объектом человека, который исполняет в обеих дисциплинах роль одновременно активную (медик, художник) и пассивную (пациент, зритель).

Учение об инфекционных болезнях человека, как составная часть медицинской науки, имеет свою историю. Но, наверное, такой богатой и захватывающей истории не имеет никакая другая область медицины. На занятиях по междисциплинарным курсам «Сестринское дело при инфекционных заболеваниях» и «Диагностика инфекционных болезней» при реализации общей компетенции «бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия» необходимо подчеркнуть взаимосвязь между некоторыми инфекционными болезнями человека и различными, порой драматическими или трагическими, сюжетами мировой истории с использованием ряда выдающихся образцов изобразительного искусства. Создавая ситуацию мотивации, ожидания, необычная постановка проблемного вопроса или продуманное вступление обеспечит успех решения познавательного интереса на уроках.

В первой книге Самуила из Ветхого Завета приводится подробное описание вспышки чумы, поразившей население древнего филистимского города Ашдод. Наверное, это одно из самых ранних

упоминаний в мировой литературе о чуме, протекавшей в тяжелой форме и не пощадившей ни детей, ни взрослых, ни мужчин, ни женщин. Так при изложении материала по диагностике чумы или по теме: «Особо-опасные и карантинные инфекции. Обеспечение инфекционной безопасности общества» можно обратиться к знаменитой картине французского художника Николя Пуссена «Чума в Ашдоде» (рисунок 1), которая является не только иллюстрацией библейской истории, но и одним из наиболее ранних художественных изображений вспышки этого инфекционного заболевания у взрослых и детей.



Рисунок 1 – Николя Пуссен. Чума в Ашдоде. 1630. Холст, масло Лувр, Париж

Великий немецкий поэт Гете писал, что понять шедевр также сложно, как сотворить его. Николя Пуссен написал свою картину в Риме во время чумы 1630–1631 гг. Удивительная наблюдательность художника и его способность позволяют увидеть признаки чумы, как особо опасного заболевания. Пуссен показал, что чума (pestis) характеризуется высокой летальностью или инвалидизацией переболевших, тяжелым течением и угрозой массового распространения, её появление наводит ужас на население. Pestis в переводе с латинского означает гибель.

Создавая ситуацию интереса к дегельминтизации на занятиях по междисциплинарным курсам «Решение проблем пациента при паразитарных заболеваниях», «Оказание помощи пациентам при паразитарных заболеваниях» познавательным будет обращение к рассказу о древнем методе извлечения гельминта (червя) при наматывании его на стержень. По одной из версий этот метод мог явиться прототипом знаменитого посоха Асклепия – древнегреческого бога медицины и сына бога Аполлона и нимфы Корониды. Младенца Асклепия солнечный бог отдал на воспитание кентавру Хирону, который и обучил его искусству врачевания. Асклепий представлен бородатым, одетым в длинный плащ старцем, опирающимся на посох. Посох изображает змею, обвитую вокруг палки, и является символом медицины со времён античных греков. Демонстрация изображения статуи Асклепия ярко проиллюстрирует слова преподавателя. Этот же символ в наши дни изображён и на флаге Всемирной организации здравоохранения (рисунок 2), так много сделавшей для осуществления специальных программ дегельминтизации, ограничения распространения инвазий во всем мире.



Рисунок 2 – Флаг ВОЗ

Непосредственное отношение к проблеме кожных поражений инфекционной этиологии и воспитании моральных качеств медицинского работника имеет история благочестивого Иова, описанная в Ветхом Завете. Использование рисунка цветной гравюры на дереве «Иов», репродукции холста Леона Бонна «Иов», репродукции картины Репина И. Е. «Иов и его друзья», которая хранится в Русском музее города Санкт-Петербурга, удачно иллюстрирует описанный ниже приём. В нём сюжет мировой истории, образцы живописи используются не только при реализации профессиональных компетенций и выше указанной общей компетенции, но таких общих компетенций, как: «понимать сущность и социальную значимость своей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес, «быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку».

Одной из самых древних и страшных болезней человечества является проказа или лепра. Проказа во все века рассматривалась, как болезнь со страданиями и отождествлялась с комплексом вины. История Иова трактует проблему страдания праведника. Иов в переводе с иврита – удрученный, гонимый. Иов, житель в северной части Аравии. «Нет такого, как он, на земле: человек непорочный, справедливый, богобоязненный и удаляющийся от зла», – говорит Господь Сатане о нём. Однако Сатана утверждает обратное. Тогда Бог решает испытать Иова, и по Его воле Иов в один день теряет все своё имущество и своих детей. Но ни одно богохульное слово не сходит с его уст, напротив, он говорит: «Наг я вышел из чрева матери моей, наг и возвращусь. Господь дал, Господь и взял». Тогда Сатана предлагает Господу испытать Иова телесными страданиями, на что Господь соглашается. Сатана поразил Иова проказой «от подошвы его ноги по самое темя его...». Однако Иов стойко переносит и это несчастье. В конце концов, Господь щедро вознаграждает Иова за стойкость в страданиях. Иов исцеляется, становится вдвое богаче, у него вновь рождаются дети.

К концу XIX века труд по уходу за больными передаётся в руки медсестёр, чьё образование опирается с самого начала на необходимость учитывать душевное состояние пациентов в период выздоровления. Изображая на множестве полотен медсестёр, художники провозглашают, что древняя связь между заботой о теле и душе, т. е. наукой и гуманностью, не прерывается. Существует множество сюжетов, однако остаётся неизменной удивительная наблюдательность художников и их способность показать, как в профессиональной медицинской практике наука соединяется с гуманностью, проявляется интуиция и мастерство. Поэтому при изучении темы «Особенности сестринского ухода за инфекционными больными» по междисциплинарному курсу «Сестринское дело при инфекционных болезнях» рекомендуется использовать репродукции картин «Машенька» Б. М. Неменского, «Перед уколom» Нормана Роквелла.

При проведении внеаудиторных занятий по проблеме ВИЧ-инфекции продуктивным будет проведение конкурса в «картинной галерее». Участникам конкурса в течение 30 секунд предстоит изменить название известной картины так, чтобы в нём звучали пути передачи или меры предосторожности от ВИЧ-инфекции. Каждый правильный ответ оценивается. Например: перед вами последняя картина Петрова – Водкина И. «1918 год в Петрограде» (рисунок 3)». Наше название картины на заданную тему: «ВИЧ передаётся через грудное вскармливание».



Рисунок 3 – Петров-Водкин И. 1918 год в Петрограде

Следующее задание: «На экране фрагмент известного полотна Поленова В.Д. «Московский дворик», придумайте название этому фрагменту картины». Изменённое название фрагмента – «ВИЧ не передаётся через слёзы» (рисунок 4).

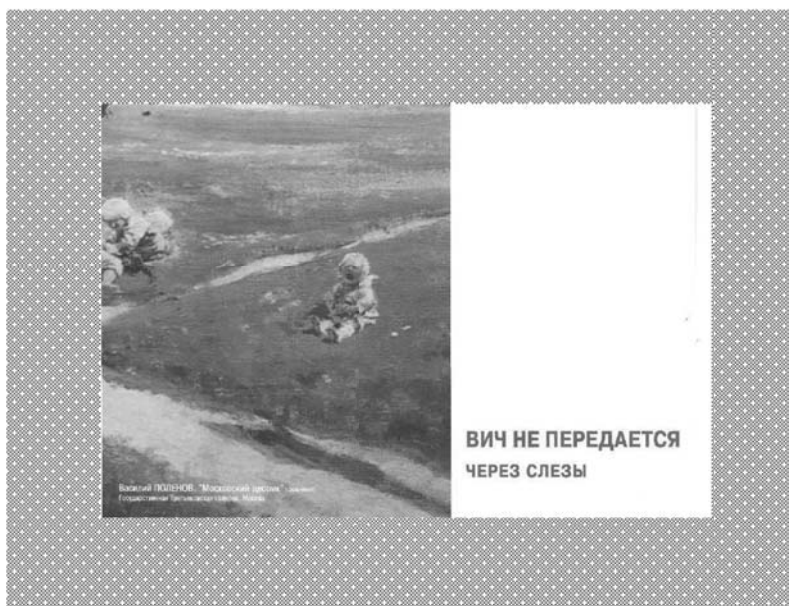


Рисунок 4 – ВИЧ не передается через слёзы

В ходе проведения конкурса рекомендуется использовать репродукции Васнецова В.М. «Алёнушка», Мясоедова Г.Г. «Земство обедает», Брюллова К.П. «Всадница», Перова В. Г. «Охотники на привале», Дейнеки А. А. «Эстафета по садовому кольцу», Ренуар П. О. «Большие купальщицы», Решетникова Ф. П. «Опять двойка», Сальвадора Дали «Сон, навеянный полётом комара», Репина И. Е. «Бурлаки на Волге» и др.

Многие высказывания Гиппократ, которого по праву считают основоположником современной медицины, стали афористичными. Нельзя забыть и такой афоризм: «Жизнь коротка, путь искусства долог».

Использование образцов изобразительного искусства привлекает не только внимание к теме, но и создаёт базу для формирования глубокого, устойчивого интереса к изучаемому курсу, развивает интерес к познанию, расширяет кругозор и эрудицию, в конечном итоге способствует формированию общих и профессиональных компетенций будущих специалистов в условиях освоения ФГОС СПО.

Список литературы

1. Бородулин В.И. Бергер Е.Е., Каганов Б.С. Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы. М.: Династия, 2014.
2. Государственная Третьяковская галерея [Изоматериал]: альбом репродукций / В. Чесноков. М.: Советский художник, 1964. 60 с.
- 3/ Каганов Б.С., Сергиев В.В. Инфекции и искусство: избранные сюжеты // Инфекционные болезни. 2015. №2. С. 77-85.
- 4/ Корнакова, Е.Е. Медицинская паразитология. М.: Академия, 2012. 222 с.

Сведения об авторе:

Пяткова Наталья Михайловна, Заслуженный учитель РФ, преподаватель высшей квалификационной категории ГАПОУ ТО «Тобольский медицинский колледж им. Володи Солдатова». Контакты: 8 (3456) 24-66-20 tobmedcol@med-to.ru

Рогалев А.А., Клоковская Т.В.

ОПЫТ РАБОТЫ АРХАНГЕЛЬСКОЙ СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

Аннотация: В работе представлена модель организации обеспечения инфекционной безопасности компонентов крови на примере областной станции переливания крови. Напряженная эпидемиологическая ситуация в России с вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, увеличивает потенциальный риск инфицирования при переливании крови и ее компонентов. Установлено, что объемы забракованной крови увеличились с 37,0 л в 2013 году до 41,8 л в 2015 году (рост на 13%). Особенно значимый рост объемов забракованной крови отмечается в связи с выявлением HBsAg (в 2013г. -3,0 л; в 2015 г. – 19,9 л, рост в 6,6 раза). Безопасность компонентов крови на Архангельской станции переливания крови обеспечивается на всех этапах: привлечение доноров, заготовка и обследование крови, производство, хранение и транспортировка компонентов крови медицинским организациям, что соответствует стандартам GMP. Представлен алгоритм обеспечения инфекционной безопасности, включающий идентификацию донора, допуск его крово/плазмадаче, проведение лейкоредукции, вирусинактивации, карантинизации, комплексного лабораторного обследования донора, крови и ее компонентов.

Ключевые слова: служба крови, идентификация донора, апробация крови, лейкоредукция, вирусинактивация, карантинизация.

Введение

Значение трансфузиологии в современной медицине исключительно велико. Ежегодно в мире производится более 85 миллионов процедур сдачи крови, а в России ежегодно переливают кровь полтора миллионам человек [2]. Трансфузионная терапия широко применяется в хирургии, анестезиологии и реаниматологии, гематологии, акушерстве и гинекологии. Каждое переливание компонентов крови связано со многими рисками и может служить причиной развития посттрансфузионных реакций и осложнений, в том числе и заражение реципиента гемотрансмиссивными инфекциями.

Служба крови – это отрасль здравоохранения, основной задачей которой является обеспечение лечебно- профилактических учреждений эффективными и безопасными компонентами крови. Безопасность донорской крови складывается из нескольких составляющих: иммуногематологическая, бактериологическая и инфекционная безопасность. Именно инфекционной безопасности в последнее время уделяется пристальное внимание. Риск посттрансфузионных инфекционных осложнений существует при каждом переливании компонентов крови и связан с целым рядом причин. Возбудителями гемотрансмиссивных инфекций могут быть вирусы иммунодефицита человека, гепатита В и гепатита С, вирус Эпштейна – Барр, вирус Денге, вирус герпеса человека, парвовирусы, вирус Западного Нила и другие [5,6]. Передача таких инфекций в медицинской организации возможна при переливании крови от инфицированного донора, при нарушении правил асептики и/или мер защиты персонала. Риск заражения возрастает из-за напряженной эпидемиологической ситуации в России с вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, а также возможность сдачи крови донором в серонегативный период.

В связи с этим определилась цель нашего исследования: изучить организацию работы по обеспечению инфекционной безопасности компонентов крови на примере Архангельской станции переливания крови.

Результаты и их обсуждение.

В настоящее время в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 г. № 1230 «Об утверждении правил и методов исследований и правил отбора образцов донорской крови, необходимых для применения и исполнения технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии» кровь доноров исследуется на наличие маркеров вирусного гепатита В (HBsAg), вирусного гепатита С (антитела к ВГС), ВИЧ (антитела к ВИЧ-1, ВИЧ-2 и антиген р24), сифилиса (антитела к бледной трепонеме). Ежегодно на Архангельской станции переливания крови бракуется, списывается и утилизируется донорская кровь, в связи с выявлением этих инфекционных агентов.

Объемы забракованной крови по причине несоответствия требованиям инфекционной безопасности представлены в таблице.

Объемы списанной донорской крови в связи с выявленными инфекционными агентами (2013-2015гг.)

Вирусные маркеры	2013г. (в литрах)	2014г. (в литрах)	2015г. (в литрах)
сифилис	13,0	10,3	12,4
HBsAg	3,0	2,8	19,9
Антитела к ВГС	15,5	25,8	6,0
ВИЧ	5,5	1,0	3,5
итого	37,0	39,9	41,8

Обращает на себя внимание увеличение объёмов забракованной крови с 37,0 л в 2013 году до 41,8 л в 2015 году (рост на 13%). Особенно значимый рост объёмов забракованной крови отмечается в связи с выявлением HBsAg: в 2013г. забраковано 3,0 л по этой причине, а в 2015 г. – 19,9 л, отмечается рост в 6,6 раза.

Основными мероприятиями, направленными на предотвращение передачи возбудителей инфекционных заболеваний от донора реципиенту являются следующие: медицинское обследование состояния здоровья донора, лабораторное исследование крови донора, использование одноразовых медицинских изделий для заготовки, переработки, хранения, транспортировки и применения крови и ее компонентов, маркировка и идентификация каждой дозы крови и ее компонентов, карантинизация свежезамороженной плазмы, инаktivация патогенных биологических агентов рентгеновским или гамма-облучением, соблюдение условий хранения крови и ее компонентов, утилизация компонентов, загрязненных инфекционными агентами [7].

Безопасность компонентов крови на Архангельской станции переливания крови обеспечивается системой управления качеством GMP (Good Manufacturing Practice – надлежащая производственная практика), охватывающей все аспекты деятельности от привлечения доноров, заготовки и обследования крови, производства, хранения и транспортировки компонентов крови лечебно-профилактическим учреждениям. Все основные моменты производства закреплены в стандартных операционных процедурах (СОПах), где пошагово описан алгоритм работы персонала [1,3,4].

На рисунке представлен алгоритм обеспечения инфекционной безопасности донорской крови, реализуемый на Архангельской станции переливания крови.

На этапе идентификации все доноры Архангельской области занесены в базу данных – Единый донорский центр (ЕДЦ) Новой автоматизированной информационной системы «трансфузиология» (НАИСТ). НАИСТ предоставляет полную информацию о доноре и донациях этого человека, включая временные и абсолютные противопоказания. Наблюдается ежегодное увеличение количества отводов по результатам запроса в ЕДЦ в связи с общероссийской тенденцией роста заболеваемости гемотрансмиссивными инфекциями.

Организация медицинского обследования донора проходит в строгом соответствии с Приказом МЗ РФ от 14 сентября 2001 года № 364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и её компонентов» и включает анкетирование, осмотр врача и первичное лабораторное обследование. Если при обследовании и сборе медицинского анамнеза, оценке общего состояния здоровья, а также связанного с ним образа жизни, возникает подозрение на наркоманию или поведение, приводящее к риску заражения инфекционными заболеваниями, передаваемыми с кровью, человек отстраняется от донорства крови и ее компонентов.

Крово/плазма дача производится в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26 января 2010 года №29 «Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, её продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии» и в соответствии с ГОСТ Р 53420-2009 «Общие требования к обеспечению качества при заготовке, переработке, хранении и использовании донорской крови и её компонентов.» Заготовка крови и её компонентов производится с использованием современных расходных материалов однократного применения, разрешенных МЗ РФ к использованию на территории РФ, прошедших входной контроль.

Апробация крови проводится в соответствии с Приказом МЗ РФ от 14 сентября 2001 года № 364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и её компонентов», Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2010 года № 1230 «Об утверждении правил и методов исследований и правил отбора образцов донорской крови, необходимых для применения и исполнения технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещаю-



Рисунок. Алгоритм обеспечения инфекционной безопасности

щих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии». Риск при лабораторном обследовании донорской крови связан обычно с низкой концентрацией патогена в крови донора, наличием «сероконверсионного окна», в течение которого стандартные серологические скрининговые лабораторные тесты не выявляют маркеров инфекций, ограниченный спектр тестируемых вирусов, фактически допускающий передачу герпес-вирусов, Т-лимфотропного вируса человека (HTLV), вируса Западного Нила (WNV), вирусов других гепатитов, парвовируса B19 и т.д., включая вирусы, неизвестные современной науке [5].

На Архангельской станции переливания крови применяется как ИФА-диагностика, так и молекулярно-биологическое исследование донорской крови. ПЦР-диагностика – это высокоточный метод молекулярно-генетической диагностики, который позволяет выявить инфекционные заболевания как в острой и хронической стадии, так и задолго до клинических проявлений болезни. В период «сероконверсионного окна» серологическое тестирование не выявляет маркеров вирусных инфекций. Внедрение генотипической диагностики вирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции или с использованием технологии амплификации нуклеиновых кислот повышает чувствительность выявления возбудителя и сокращает длительность «сероконверсионного окна» до 35 дней для вирусного гепатита В, 11–14 дней для вирусного гепатита С, 5–7 дней для вируса иммунодефицита человека. Лабораторная диагностика проводится на автоматических анализаторах, позволяющих исключить «человеческий фактор» при проведении лабораторных исследований.

Лейкофильтрация или лейкоредукция донорской крови и её компонентов является одним из обязательных этапов в обеспечении инфекционной безопасности донорской крови и признана во всем мире как эффективный способ повышения безопасности переливания крови. Использование специальных фильтров, состоящих из волокнистого вещества с определенным диаметром пор, позволяет задерживать лейкоциты, но пропускать более мелкие эритроциты и тромбоциты. Известно, что возбудители заболеваний, как правило, фиксированы на ее клеточных компонентах, лейкоцитах или находятся внутри них, а значит, могут быть удалены при фильтрации. Применение современных фильтров позволяет снизить число лейкоцитов в дозе крови до 1×10^6 , что значительно уменьшает и/или полностью предотвращает аллоиммунизацию, фебрильную посттрансфузионную реакцию, развитие цитомегаловирусной инфекции, передачу вирусов герпеса и Эпштейна-Барр, передачу вируса Т-клеточного лейкоза человека, резко снижает передачу гепатотропных вирусов – В, С, D, G, TTV, San и ВИЧ, иммуномодуляцию и передачу прионов (возбудителя болезни Крейтцфельда-Якоба) [2].

Вирусинактивация – это инактивация патогенных биологических агентов – воздействие на патогенные биологические агенты (вирусы, бактерии) с целью прекращения их репродукции. На Архангельской станции переливания крови все дозы тромбоцитного концентрата, заготовленного аппаратным методом, проходят процедуру вирусинактивации на аппарате Mirasol PRT System – рибофлавин + ультрафиолет: рибофлавин связывается с нуклеиновой кислотой вируса, а под действием ультрафиолета образуются продукты фотодеградации рибофлавина, необратимо повреждающие кислоту.

Карантинизация свежзамороженной плазмы представляет собой процесс хранения свежзамороженной плазмы с запретом ее использования до повторного исследования донорской крови на гемотрансмиссивные инфекции. В соответствии с требованиями Технического регламента «О требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии» карантинизация свежзамороженной плазмы осуществляется на срок не менее 180 суток с момента замораживания при температуре ниже минус 25°С. По истечении срока карантинизации свежзамороженной плазмы проводится повторное обследование состояния здоровья донора и лабораторное исследование крови донора с целью исключения наличия в ней возбудителей гемотрансмиссивных инфекций. Все дозы свежзамороженной плазмы, которые выдаются лечебную сеть Архангельской области проходят процедуру карантинизации.

Таким образом, профилактика гемотрансмиссивных инфекций – комплексный процесс, предполагающий особые усилия на этапах отбора доноров; лабораторного обследования донорской крови; приготовления компонентов крови; инактивации патогенов; карантинизации плазмы. Особую роль играет рациональное назначение гемотрансфузий. Актуальность проблемы инфекционной безопасности реципиентов при трансфузиях компонентов крови не снижается. Тем не менее, современные методы и технологии на всём протяжении заготовки и лабораторном тестировании донорской крови позволяют значительно снизить риск инфекционных посттрансфузионных осложнений.

Список литературы

1. Жибурт Е.Б. Надлежащая производственная практика (GMP) организации службы крови. Учебное пособие. Национальный медико-хирургический центр имени Н.И.Пирогова. 2016.
2. Максимов В.А. Инфекционная безопасность крови и ее компонентов // Санэпидконтроль. Охрана труда. 2009. №3. с.1-3
3. Материалы II Евразийского конгресса «Актуальные вопросы развития безвозмездного донорства крови». С-Пб : Триада. С. 14-16, 20-21, 27-28.
4. Руководство по приготовлению, использованию и обеспечению качества компонентов крови. Совет Европы. Изд. EDOM. 2011. с 57-60, 103-105, 197-204.
5. Скрининг донорской крови на гемотрансмиссивные инфекции. Рекомендации ВОЗ. М.: Медицина. 2010. с. 1-8.
6. Соломай Т.В. Инфекционная безопасность донорской крови и ее компонентов. Межрегиональное управление № 1 ФМБА России: Панорама. 2015. С. 10-15.
7. Соломай Т.В. Инфекционная безопасность донорской крови и ее компонентов // Санитарный врач. 2016. №7. С. 41-48

Сведения об авторах:

Рогалев Александр Алексеевич – главный врач ГБУЗ Архангельской области «Архангельская станция переливания крови»

e-mail: aospk@mail.ru

тел. 27-57-50

Клоковская Татьяна Васильевна – заместитель главного врача ГБУЗ Архангельской области «Архангельская станция переливания крови»

e-mail: shanea@yandex.ru

тел. 8 921 494 15 85

Санников А.Л.
ПРОФЕССОР Р.В. БАННИКОВА – ОСНОВАТЕЛЬ ШКОЛЫ
СОЦИАЛ-ГИГИЕНИСТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ДЕМОГРАФОВ
ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ

Резюме

В работе показано становление ученого и преподавателя высшей школы проф. Банниковой Р.В., Дан анализ ее научной и педагогической деятельности на различных этапах развития социальной гигиены. Выделены основные направления научной школы, созданной Р.В. Банниковой – общественное здоровье, медицинская демография, социально – медицинская работа.

Ключевые слова: социальная гигиена, организация здравоохранения, социальная медицина, общественное здоровье, социально – гигиенические проблемы.

Раиса Васильевна родилась 26 июня 1926 года в с. Покровка Молотовского района Уссурийской области. В 1944 году семья переехала в Краснодарский край, где в 1945 году Раиса Васильевна закончила Ладожскую среднюю школу с золотой медалью.

В 1946 году Раиса Васильевна поступила во 2 –й Ленинградский медицинский институт на лечебный факультет, В 1947 году произошло преобразование вуза в Ленинградский санитарно – гигиенический институт. Огромное влияние на формирование ее научного мировоззрения оказала встреча с бывшим наркомом здравоохранения, основателем социальной гигиены в нашей стране проф. Н.А. Семашко и лекции специалиста по социальной и коммунальной гигиене, демографии и геронтологии проф. З.Г. Френкеля. Во время учебы была старостой курса, Сталинской стипендиаткой.

С отличием окончившая институт (1952 г.), Р.В. Банникова была зачислена в аспирантуру на кафедре организации здравоохранения. Первое крупное научное исследование заключалось в изучении передового опыта диспансеризации сельского населения в Чудиновском районе Житомирской области и выработке методической модели диспансерного обслуживания по материалам её внедрения в Волосовском районе Ленинградской области. [1]. После обучения в аспирантуре в 1955 г. Раиса Васильевна успешно защитила в Ленинградском санитарно-гигиеническом институте кандидатскую диссертацию на тему «Организация и методика диспансеризации сельского населения» (научный руководитель – профессор Б.С. Сигал) [6]. Разработанная автором система группировки осмотренных контингентов по социально-трудовому критерию для проведения целенаправленных лечебно-профилактических и социально-трудовых рекомендаций получила высокую оценку и была включена в учебники и руководства для врачей [20].

После защиты диссертации она по распределению была направлена на работу ассистентом кафедры организации здравоохранения и истории медицины Северо – Осетинского медицинского института. В октябре 1957 г. по решению Министерства здравоохранения РСФСР Р.В. Банникова была направлена в Архангельский медицинский институт на работу заведующей курсом организации здравоохранения. В 1961 г. на базе курса была создана кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения.

Научно-исследовательская работа с 1960г. была посвящена медико-демографическим проблемам Севера, в том числе малочисленных народностей. С этой целью ею были организованы несколько экспедиций на Крайний Север, маршруты которых включали побережье Ледовитого океана, Больше-Земельскую, Мало-Земельскую и Канино-Тиманскую тундры, о. Колгуев Ненецкого национального округа (ННО). Впервые было проведено социально-гигиеническое изучение демографических процессов воспроизводства поколений малых народностей Севера Европейской части страны. Углубленно изучалось здоровье населения Крайнего Севера, включая заболеваемость краевой патологии, причины инвалидности и смертности, физическое развитие детей [2, 8].

Впервые было осуществлено математическое моделирование средней продолжительности предстоящей жизни малых народностей Севера Европейской части для различных хронологических периодов. Установлены размеры сокращения средней длительности жизни в условиях Севера в результате влияния ведущих причин смерти.

Углублённый анализ материалов, полученных в результате неоднократных экспедиционных социально-гигиенических обследований, составил основу докторской диссертации Р.В. Банниковой. Автором впервые была изучена специфичность демографического поведения малых народностей Севера, установлены параметры воспроизводства поколений, вычислена средняя продолжитель-

ность предстоящей жизни. Математическим моделированием определено влияние отдельных причин смерти на сокращение средней продолжительности жизни. Анализ показателей, характеризующих здоровье и демографические процессы, был проведён с учётом особенностей социально-экономических условий жизни народностей Севера [2].

Научным консультантом диссертации был известный советский социал-гигиенист, крупнейший специалист в стране по медицинской статистике профессор А.М. Мерков. В марте 1972 г. на заседании Учёного совета 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова Р.В. Банникова успешно защитила докторскую диссертацию на тему «Санитарно-демографическая характеристика населения Севера Европейской части РСФСР».

Следует отметить, что материалы изучения состояния здоровья и демографических процессов в условиях Севера имеют большое практическое значение. Последнее не ограничивается только ценностью научно-обоснованного информационного характера. Соответствующие материалы обеспечивают возможность характеристики динамических сдвигов в народонаселении Севера и выявлении современных тенденций для целенаправленности региональной демографической политики.

С марта 1959 по май 1963 года Раиса Васильевна была зам. декана АГМИ, с апреля 1964 – Ученым секретарем института, с марта 1965 – проректором по учебной работе.

В 1974 г. ей присвоено учёное звание профессора по кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения. Особое внимание Р.В. Банникова, как заведующая кафедрой, уделяла организации структурных подразделений. В частности, для обеспечения педагогического процесса на современном уровне еще в 70-е годы на кафедре был оборудован класс программированного обучения, единственный в институте.

Большая работа под руководством Р.В. Банниковой проводилась по комплексному преподаванию санитарного просвещения. С этой целью по её инициативе был создан межкафедральный совет; на кафедре оборудован кабинет здорового образа жизни, оснащённый тренажёрами и тематическими выставками. Кафедра была утверждена Школой передового опыта по «Санитарному просвещению СССР» и на её базе проводилось выездное заседание Проблемной комиссии «Санитарное просвещение» при Президиуме АМН СССР [3].

Особо следует отметить создание в АГМИ по инициативе Р.В. Банниковой и при её участии музея истории медицины и здравоохранения на Севере. Тематику музея раскрывали многочисленные стенды и витрины по истории развития медицины и системы охраны здоровья на Севере. Изобразительные материалы (фотографии, таблицы с результатами исследований и обобщёнными статистическими данными о распространении заболеваний, диаграммы и схемы обеспеченности медицинскими кадрами и сетью лечебно-профилактических учреждений и т.д.) способствовали наглядному представлению о хронологической дифференциации событий в развитии медицины и системы здравоохранения в Архангельской области, ННО. В музее были реконструированы деревенская изба, чум. В отдельных витринах были представлены научные труды сотрудников института, материалы съездов врачей Архангельской области, научных конференций, тематических Ломоносовских чтений, Соловецких форумов.

Музей, располагающий экспонатами, собранными на Крайнем Севере и районах Архангельской области, получил высокую оценку Президента АМН СССР, академика В.Д. Тимакова, министров здравоохранения Б.В. Петровского, В.В. Трофимова; академиков Б.Д. Петрова, Ю.П. Лисицына, А.П. Авцына, Г.Н. Сердюковой, А.Ф. Серенко.

В настоящее время музейное дело Раисы Васильевны успешно продолжает выпускница нашего ВУЗа А.В. Андреева. Она возглавила новое музейное подразделение в СГМУ в 2008 г. По мнению «Медицинского вестника» (№3 от 31.01.2014, с. 23) музейный комплекс СГМУ – лучший среди аналогичных подразделений в медицинских вузах России.

В 1994 г. профессор Р.В. Банникова утверждена консультантом НИИ истории медицины Российской Академии медицинских наук. За исследования демографических процессов на Севере удостоена звания лауреата премии Ломоносовского фонда 1996 г. (формально -за монографию «Социальные условия и демографические процессы в Архангельской области» (1995 г.), выполненной в соавторстве с А.А. Дрегало и В.И. Ульяновским) [5].

В середине 90 – х годов научные исследования по демографическим процессам воспроизводства населения были дополнены изучением социально депривационных групп населения – безработных, мигрантов, осужденных и т.д. [16, 17, 18, 19]. Было продолжено изучение проблемы искусственного аборта в регионе [10, 11, 12, 13].

Базовое образование выразилось в издании книги, посвященной становлению и развитию санитарно-эпидемиологической службы на Севере. Отражены вопросы реорганизации ее в современный период. Отдельной главой представлен материал, характеризующий среду обитания и здоровье на Севере (1998 г.) [7].

Заслуживает внимания большое число опубликованных учебных пособий и методических рекомендаций. Среди них следует выделить «Руководство по медико-социальной работе в геронтологии» (2000 г.) [21]. Соавторство в этом издании проф. Р.В. Банниковой подчеркивает ее участие в разрешении актуальных проблем общества. К ним относится, как известно, одно из наиболее интенсивных современных процессов в народонаселении – «демографическое постарение». Накопление пожилых людей в обществе сопровождается возрастанием значимости проблем социально-гигиенического характера в отношении этих возрастных контингентов.

Профессор Р.В. Банникова – член Всесоюзной проблемной комиссии «Санитарное просвещение» при Президиуме Академии медицинских наук. Она была инициатором и главным организатором расширенного Пленума проблемной комиссии АМН по проблеме союзного значения «Санитарное просвещение», проходившего в июне 1977 г. в Архангельске

Являлась членом Республиканской проблемной комиссии Министерства РСФСР «Акклиматизация и краевая патология человека на Севере», в течение нескольких лет была членом редакционного совета журнала «Советское здравоохранение», более 20-ти лет возглавляла организацию общества «Знание» Октябрьского района г. Архангельска, избиралась членом Правления общества «Знание» РСФСР. Около полувека Раиса Васильевна занималась популяризацией научно – медицинских знаний в Архангельской области.

Профессор Р.В. Банникова – действительный член Академии социальных наук, действительный член Международной академии экологии и безопасности жизнедеятельности. В 1977г. награждена дипломом Почётного доктора АГМА, в 1999г. удостоена почётного звания «Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации».

В настоящее время дело проф. Р.В. Банниковой продолжают ее многочисленные последователи и ученики. Большинство научных идей, начатых Раисой Васильевной, продолжают на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ, внедряются в практическое здравоохранение.

Список литературы

1. Банникова Р.В. Опыт диспансеризации сельского населения Волосовского района Ленинградской области // Здравоохранение Российской Федерации. 1960. № 1. С.23-24.
2. Банникова Р.В. О факторах средней продолжительности жизни у жителей Севера // Вопросы санитарной и медицинской статистики. Москва: Изд-во Статистика. 1971. С 244-252.
3. Банникова Р.В., Каленюк В.Ф. К вопросу совершенствования методической системы преподавания санитарного просвещения в медицинских институтах // Вопросы гигиенического воспитания. Москва. 1981. С.203-209.
4. Банникова Р.В., Дубченко М.В. Динамические сдвиги выявленной патологии у народностей Крайнего Севера за 20-летний период. // Изучение региональных особенностей здоровья населения и опыт реализации комплексных программ «здоровье» в условиях ускорения научно-технического прогресса. Материалы пленума Научного Совета по социальной гигиене и организации здравоохранения АМН СССР. Москва. 1987. С.132-139.
5. Банникова Р.В., Дрегалю А.А., Ульяновский В.И. Социальные условия и демографические процессы в Архангельской области // Архангельск. 1995. 107 с.
6. Банникова Р.В. Организация и методика диспансеризации сельского населения: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ленинград. 1955. 14 с.
7. Банникова Р.В., Дубченко М.В. Санитарно-эпидемиологическая служба и здоровье населения на Севере. Архангельск. 1998. 237 с.
8. Банникова Р.В., Санников А.Л.. Демографические процессы и здоровье популяций в условиях Севера. Архангельск. 1999. 187 с.
9. Банникова Раиса Васильевна. Поморская энциклопедия: в 5 томах / Т. 4: Культура Архангельского Севера / Сев. (Аркт.) федер. ун-т имени М.В. Ломоносова, Ломоносовский фонд; гл. ред. Т.С. Буторина. Архангельск: САФУ имени М.В. Ломоносова, 2012. С. 81-82
10. Баранов А.Н., Санников А.Л., Банникова Р.В.. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. Архангельск. 1997. 177 с.

11. Баранов А.Н., Санников А.Л., Рогозин И.А. Социально-гигиенические факторы, формирующие проблему искусственного аборта // *Акушерство и гинекология*. 1998. № 6. С. 38-40.
12. Баранов А.А., Санников А.Л. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы // *Врач*. 2002. № 3. С.40-41.
13. Баранов А.Н., Санников А.Л., Банникова Р.В. Медико-экологические аспекты физического и полового развития девочек и девушек // *Журнал акушерства и женских болезней*. 2005. LIV.№ 1. С. 52
14. Вязьмин А.М., Санников А.Л., Андреева А.В. 85 лет со дня рождения профессора Р.В. Банниковой. В сборнике: *Медицинская профессура СССР Краткое содержание и материалы докладов научной конференции*, Москва, 20 мая, 2011 г. 2011. С. 54-56
15. Дубченко М.В., Банникова Р.В., Ткачев А.В. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Архангельской области 1993 – 1995 гг. Архангельск. 1996. 169 с.
16. Санников А.Л., Марьяндышев А.О., Дитятев В.И. Эпидемиология туберкулеза среди социально-отягощенных групп населения; под ред. Р.В. Банниковой. Архангельск. 1999. 125 с.
17. Санников А.Л. Социально-гигиенические проблемы туберкулеза в уголовно-исполнительной системе// *Проб. туб.* 1998. №4. С.7-10.
18. Санников А.Л. Здоровье и социальная защищенность осужденных // *Рос. мед. журн.* 1998. № 5. С. 10-12.
19. Санников А.Л. Банникова Р.В. Характеристика основных климато-экологических и социальных параметров жизнедеятельности в условиях Европейского Севера (по материалам Архангельской области). Архангельск: Издательство АГМА; 2000.
20. Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д. Основы организации поликлинической помощи населению. Медицина. 1976. 436 с.
21. Сидоров П.И., Банникова Р.В., Санников А.Л., Вязьмин А.М. и др. Руководство по медико-социальной работе в геронтологии. Архангельская государственная медицинская академия. Архангельск. 2000. 289 с.

Сведения об авторе:

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации

Семакина Н. В., Злоказова М.В., В.А. Михайлов, Багаев В.И.

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Резюме

В исследовании были обследованы 120 детей, страдающих эпилепсией, и 120 их матерей. Выделены 3 подгруппы матерей: 1-я – 35 чел. (29,2%) – с удовлетворительной психосоциальной адаптацией; 2-я – 51 чел. (42,5%) – имевшие симптомы тревожности; 3-я – 34 чел. (28,3%) – с диагностированными невротическими расстройствами. Во всех подгруппах у женщин установлена высокая стигматизация заболеванием ребенка. Во 2-й и 3-й подгруппах определялась социальная фрустрированность, неудовлетворенность качеством жизни и социальная дезадаптация в профессиональной сфере в связи с вынужденной потерей работы (уход за ребенком-инвалидом). Установлена взаимосвязь между состоянием психического здоровья, психосоциальной адаптацией матерей и степенью выраженности клинических проявлений эпилепсии у детей. Выделены направления психопрофилактики для матерей: дестигматизация, расширение психологических механизмов адаптации, повышение стрессоустойчивости.

Ключевые слова: эпилепсия, психосоциальная адаптация, качество жизни, стигматизация, психопрофилактика.

Введение

Эпилепсия у одного из членов семьи определяет объективную «семейную нагрузку», связанную с необходимостью соблюдения больным терапевтических рекомендаций и социально-бытовых огра-

ничений, вынуждает его родственников изменять привычный для них ритм семейной активности, характер досуга и отдыха, социальные контакты [3, 5]. Постановка диагноза эпилепсия, особенно ребенку, является серьезной психологической нагрузкой для родных, что обусловлено не только их страхом клинического проявления пароксизмов, но и переживаниями печали, вины, безысходности, катастрофы, крушения социальных ожиданий, связанных с имевшимися ранее представлениями о будущем заболевшего родственника [7, 8, 9, 11, 12, 13]. Внеfamilial стигматизация объясняет стремление родственников (родителей) оградить, защитить пациента от негативного внешнего воздействия путем социального дистанцирования и семейной изоляции, избыточная озабоченность и гиперпротекция приводит к ограничению социально-бытовой активности больного (ребенка) и осложняет его социальную интеграцию [2, 4]. Искажение родительской установки на заболевание и реабилитацию снижает комплаентность и отражается на терапевтическом процессе [1, 6, 10]. В связи с этим имеется необходимость в проведении комплексной психопрофилактической помощи родителям детей, страдающих эпилепсией.

Цель исследования: определить взаимосвязь клинико-психопатологических проявлений эпилепсии у детей, психического состояния и психосоциальной адаптации их матерей, для выделения основных направлений психопрофилактической работы.

Материал и методы

В амбулаторных условиях психиатрического диспансера Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (2011-1012 гг.) было обследовано 120 детей, страдающих эпилепсией, и 120 матерей, средний возраст – 37,4±7,5 лет, не состояли в браке – 32 чел. (26,6%), не работали – 22 чел. (18,3%), воспитывали единственного ребенка – 30 чел. (25,0%).

Критерием исключения из исследования матерей основной и контрольной групп являлось наличие у них психотических расстройств, умственной отсталости, эпилепсии, алкоголизма и хронических соматических заболеваний на момент проведения исследования.

В ходе исследования применялись клинический, экспериментально-психологический (шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина и депрессии В. Зунга, опросник качества жизни ВОЗ (КЖ-26), уровень социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, индикатор копинг-стратегий Д. Амирхана, опросник стигматизации Л.И. Вассермана и В.А. Михайлова) и статистический (описательная статистика, коэффициент Пирсона) методы.

Результаты и их обсуждение

По результатам исследования психического состояния, психосоциальных характеристик матерей детей, страдающих эпилепсией, было выделено три подгруппы. Первая подгруппа составила 35 чел. (29,2%) и была представлена женщинами с удовлетворительной психосоциальной адаптацией. Все матери 35 чел. (100%) не имели жалоб на психическое и соматическое здоровье, удовлетворительно оценивали свое качество жизни (КЖ) по всем сферам и социальное функционирование, были трудоустроены – 35 чел. (100%), состояли в браке – 33 чел. (94,2%), воспитывали 2 и более детей – 32 чел. (91,4%). Умеренный уровень реактивной тревожности выявлялся у 22 чел. (62,8%), личностной – 17 чел. (48,5%), что свидетельствовало об ее защитно-приспособительном характере и не оказывалось фактором, приводящим к непродуктивным формам психологической и социальной адаптации. Женщины предпочитали использовать адаптивные копинг-стратегии, направленные на решение проблемных ситуаций. В данной подгруппе матерей у большинства детей – 26 чел. (74,2%) наблюдалась ремиссия эпилептических приступов или их редкая частота – 9 чел. (25,8%), заболевание протекало без психических расстройств у 14 чел. (40,0%), с наличием пограничных психических состояний – 21 чел. (60,0%), которые не сопровождались социальной дезадаптацией. Большинство семей – 32 (91,4%) – имело более одного ребенка. В воспитательном процессе матери использовали адекватные способы, направленные на интеграцию детей в социум. При взаимодействии с матерями наблюдался удовлетворительный терапевтический комплаенс.

Во вторую подгруппу были включены матери – 51 чел. (42,5%), имевшие симптомы тревожности, не достигавшие уровня расстройства личности. Женщины отмечали стойкое чувство напряженности, тяжелые предчувствия, страх социального осуждения, тревогу за родных и неуверенность в принятии решений. Женщины отмечали низкое КЖ в сферах: психологической (преобладание негативных эмоций) – 42 чел. (82,3%); физической (нарушенный сон) – 12 чел. (23,5%); личных отношений – 21 чел. (41,2%), социальной поддержки – 29 чел. (56,9%); независимости (отсутствие времени для отдыха) – 36 чел. (70,5%), финансовой – 30 чел. (58,8%). Была выявлена фрустрированность в сфере социальных отношений – 39 чел. (76,5%), взаимоотношений с родными – 29 (56,9), профес-

сиональной деятельности – 50 чел. (98,0%), экономической – 45 чел. (88,2%), что свидетельствовало о субъективном личностном переживании (состоянии дистресса) социальной несостоятельности. Неудовлетворенность в профессиональной сфере коррелировала ($r=0,237$, $p\leq 0,01$) с вынужденным оставлением работы женщинами – 16 чел. (31,4%) в связи с осуществлением ухода за ребенком-инвалидом, в сфере личных отношений ($r=0,256$, $p\leq 0,01$) с характером супружеских отношений – 22 чел. (43,1%) не состояли в браке. У матерей диагностирована умеренная реактивная – 47 чел. (92,1%) и высокая личностная тревожность – 51 чел. (100%), указывающая на их эмоциональную чувствительность к психогенным факторам. Предпочитали использовать в сложных ситуациях копинг-стратегии, направленные на поддержку и помощь со стороны окружающих, – 11 чел. (21,6%), что коррелировало ($r=0,287$, $p\leq 0,001$) с социальной фрустрированностью. Клиническая картина эпилепсии у детей в данной подгруппе матерей проявлялась: наличием сохраняющихся пароксизмов – 20 чел. (39,2%), из них частые пароксизмы – 6 чел. (11,8%); длительностью течения заболевания более 2 лет – 51 чел. (100%), более 5 лет – 6 чел. (11,8%); выраженными психическими расстройствами – 21 чел. (41,2%), из них психоорганический синдром – 13 чел. (25,5%), психопатоподобные расстройства поведения – 6 чел. (11,8%), деменция – 2 чел. (3,9%). В семьях, имеющих одного ребенка – 12 чел. (23,5%), женщины тревожились за рождение в семье последующих нездоровых детей. В процессе воспитания у матерей отмечалось стремление к чрезмерной опеке детей в быту, особенно единственного ребенка, при возникновении академических трудностей они старались максимально снизить учебную нагрузку и изолировать от детского коллектива посредством индивидуального обучения.

В третью подгруппу – 34 чел. (28,3%) – были отнесены женщины с диагностированными невротическими расстройствами: неврастения – 8 чел. (23,5%) и пролонгированная депрессивная реакция – 26 чел. (76,5%). Матери с диагностированной неврастением жаловались на раздражительность и напряжение (не менее 3 месяцев), невозможность расслабиться даже во время отдыха, эмоциональную ранимость и обидчивость, плаксивость по незначительным поводам, умственную и физическую утомляемость, поверхностный сон, чувство разбитости по утрам, постоянный страх за родных. В психическом состоянии наблюдалась слезливость, волнение, сопровождающееся вегетативными реакциями. У всех женщин выявлялась высокая реактивная и личностная тревожность.

Матери с диагностированной пролонгированной депрессивной реакцией отмечали сниженное или подавленное настроение (не менее 3 месяцев), частую беспричинную тревогу, страх за родных, трудности засыпания или бессонницу, утомляемость, снижение активности при выполнении повседневных дел, неуверенность в себе и пессимистическую оценку своего будущего. В психическом состоянии наблюдалась напряженность, низкая заинтересованность в беседе, тусклый взгляд. У всех женщин выявлялась легкая депрессия, высокая реактивная и личностная тревожность.

Женщины в третьей подгруппе отмечали низкое КЖ в следующих сферах: психологической (преобладание негативных эмоций) – 34 чел. (97,1%); физической (нарушенный сон) – 30 чел. (85,7%); личных отношений и социальной поддержки – 8 чел. (22,8%); независимости (отсутствие времени для отдыха) – 32 чел. (91,4%), финансовой – 24 чел. (68,6%); духовной (бесперспективность будущего) – 17 чел. (48,6%). Была выявлена высокая социальная фрустрированность в сфере социальных отношений – 27 чел. (79,4%), взаимоотношений с родными – 5 чел. (14,7%), профессиональной – 30 чел. (88,2%), экономического положения – 31 чел. (91,2%). Среди женщин не работали в связи с осуществлением ухода за ребенком-инвалидом – 6 чел. (17,6%), не состояли в браке – 8 чел. (23,5%). У матерей диагностирована высокая реактивная тревожность – 34 чел. (100%) и личностная – 34 чел. (100%), снижающие психическую устойчивость к стрессовым ситуациям. Женщины предпочитали использовать копинг-стратегии избегания – 13 чел. (38,2%) и поиска социальной поддержки – 18 чел. (52,9%), свидетельствующие о деструктивности при решении жизненных проблем и низкой психологической адаптации в сложных жизненных ситуациях. Клиническая картина эпилепсии у детей этой подгруппы матерей характеризовалась: сохраняющимися пароксизмами – 31 чел. (91,2%), в том числе частыми – 14 чел. (41,2%); длительностью течения заболевания более 2 лет – 27 чел. (79,4%), из них более 5 лет – 22 чел. (64,7%); наличием выраженных психических расстройств – 20 чел. (58,8%), из которых психоорганический синдром диагностирован у 4 чел. (11,8%), психопатоподобные расстройства поведения – 8 чел. (23,5%), деменция – 8 чел. (23,5%). Женщины, имеющие одного ребенка, – 15 чел. (44,1%) отказывались от рождения последующих детей из-за страха повторного случая эпилепсии. В воспитательных стратегиях матерей наблюдалась необоснованная состоянием ребенка гиперпротекция, стремление к социальной изоляции детей и выбор неадекватных интеллектуальным возможностям ребенка образовательных программ.

Корреляционный анализ клинико-психопатологических проявлений эпилепсии детей и психосоциальных характеристик матерей показал взаимосвязи:

– высокой реактивной тревожности матерей с частыми эпилептическими приступами у детей ($r=0,236$, при $p \leq 0,01$),

– высокой личностной тревожности у женщин с частыми эпилептическими приступами ($r=0,197$, при $p \leq 0,05$), длительностью эпилепсии более 2 лет ($r=0,255$, при $p \leq 0,01$), наличием парезов ($r=0,218$, при $p \leq 0,05$), психических расстройств ($r=0,258$, при $p \leq 0,01$) и инвалидностью ($r=0,282$, при $p \leq 0,01$) у детей,

– депрессии у матерей с частыми эпилептическими приступами ($r=0,201$, при $p \leq 0,05$), длительностью эпилепсии более 2 лет ($r=0,276$, при $p \leq 0,01$), наличием парезов ($r=0,325$, при $p \leq 0,001$), психических расстройств ($r=0,355$, при $p \leq 0,001$) и инвалидностью ($r=0,245$, при $p \leq 0,01$) у детей,

– высокой социальной фрустрированности матерей с частыми эпилептическими приступами ($r=0,211$, при $p \leq 0,05$), длительностью эпилепсии более 2 лет ($r=0,239$, при $p \leq 0,01$), наличием парезов ($r=0,266$, при $p \leq 0,01$), психических расстройств ($r=0,256$, при $p \leq 0,01$) и инвалидностью ($r=0,268$, при $p \leq 0,01$) у детей,

– неудовлетворенности КЖ матерей с частыми эпилептическими приступами, наличием психических расстройств ($r=0,284$, при $p \leq 0,01$) и инвалидностью ($r=0,379$, при $p \leq 0,001$) у детей,

– вынужденной нетрудоустроенности матерей с наличием инвалидности ($r=0,357$, при $p \leq 0,001$) у детей,

– реактивной тревожности ($r=0,269$, при $p \leq 0,01$) и личностной тревожности ($r=0,248$, при $p \leq 0,01$) с наличием судорожных эпилептических приступов.

Таким образом, на основании полученных данных, к факторам, повышающим риск развития психической дезадаптации матерей детей, страдающих эпилепсией, относятся: психологические характеристики матерей (высокая реактивная и личностная тревожность, некоторые психопатологические черты, характерные для тревожных личностных расстройств, депрессивные реакции, фрустрация социальных потребностей, неадаптивные копинг-стратегии, самостигматизация); социально-средовые факторы (неполные семьи, потеря работы в связи с болезнью ребенка, единственный ребенок в семье); клинико-психопатологическая картина эпилепсии детей (судорожный характер приступов, длительное течение более 2 лет активной эпилепсии с частыми повторяющимися пароксизмами, наличие парезов и психических расстройств, сопровождающихся социально-средовой дезадаптацией).

Полученные результаты позволили определить основные направления реабилитационной работы с матерями (родителями). Во-первых, это дестигматизация, повышение эффективности психологической адаптации родителей к стрессам, а также их ориентация на профилактику, своевременное выявление и коррекцию у больных детей психических расстройств, которые могут быть следствием имеющейся эпилептической болезни. В частности, для снижения негативного влияния стигматизации и самостигматизации необходимо формировать у матерей правильное «демифологизированное» представление об эпилепсии, предоставлять полную информацию о клиническом и социальном прогнозе заболевания, что позволяет сформировать конструктивный подход к реабилитации детей и снизить самообвинительные позиции родителей. В данном контексте нами был разработан и проведен (2012-2014 гг.) семинарский курс «Школа эпилепсии для родителей», снижающий стигматизационные установки матерей, позволивший некоторым женщинам сформировать стиль воспитания, адекватный психическому состоянию детей.

Во-вторых, психологическая помощь матерям, ориентированная на расширение имеющегося у них диапазона эффективных стратегий разрешения проблемных ситуаций и поиск новых приоритетов в системе ценностных ориентаций, что позволяет расширить ресурсные психологические механизмы адаптации.

В третьих, психообразовательные семинары об актуальных вопросах психического здоровья и психогигиены, включенные в курс «Школа эпилепсии для родителей», являющиеся основными направлениями психопрофилактики невротических расстройств у матерей и позволяющие повысить у них стрессоустойчивость. Важную роль играло распространение буклетов с информацией о профилактике и самопомощи в стрессовых ситуациях. При выявлении психических расстройств у матерей в процессе таких занятий оказывается возможным своевременно ориентировать их на проведение психотерапевтической помощи.

Заключение

Неблагоприятная клинико-психопатологическая картина эпилепсии у детей ухудшает КЖ ма-

терей в психологической и социальных сферах, повышая риск развития эмоциональных и невротических расстройств, способствуя снижению комплаенса. Комплексный подход в психопрофилактической работе с матерями (родителями) должен быть направлен на снижение дезадаптирующих стигматизационных установок, расширение ресурсных психологических механизмов адаптации и повышение стрессоустойчивости.

Список литературы

1. Гузева В.И., Скоромец А.А. Социальные аспекты эпилепсии у детей // Эпилепсия – диагностика, лечение, социальные аспекты: материалы Международной конференции. СПб., 2005. С. 134–138.
2. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 3. С. 9–14.
3. Михайлов В.А., Громов С.А., Флерова И.Л., Лынный С.Д., Киссин М.Я. Исследование клинических и социально-психологических факторов, влияющих на качество жизни больных эпилепсией // Качество жизни в психоневрологии: сборник тезисов науч. конф, Санкт-Петербург, 4–6 декабря 2000 г. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2000. С. 89–90.
4. Семакина Н.В., Михайлов В.А., Багаев В.И. Социально-психологические особенности качества жизни родителей детей, страдающих эпилепсией // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2013. Т. 5, №1. С. 31 – 38.
5. Эпилепсия, качество жизни, лечение / Н. Г. Незнанов, С. А. Громов, В. А. Михайлов и др. СПб.: Изд-во ВМА, 2005. 294 с.
6. Austin J. K. A model of family adaptation to new-onset childhood epilepsy // J. Neurosci. Nurs. 1996. Vol. 28(2). P. 82 – 92.
7. Buelow J. M. et al. Stressors of parents of children with epilepsy and intellectual disability // J. Neurosci. Nurs. 2006. Vol. 38(3). P. 147 – 154.
8. Modi A. C. The impact of a new pediatric epilepsy diagnosis on parents: Parenting stress and activity patterns // Epilepsy and Behavior. 2009. Vol. 14(1). P. 237 – 242.
9. Rodenburg R. et al. Family factors and psychopathology in children with epilepsy: a literature review // Epilepsy Behav. 2005. Vol. 6(4). P. 488 – 503.
10. Semakina N.V. et al. Clinical and psychosocial aspects of quality of life of patients with epilepsy // Abstract book of the 7-th Baltic congress of neurology, may 9–12, 2012, Tartu, Estonia. P. 95.
11. Shore C.P. et al. Maternal adaptation to a child's epilepsy // Epilepsy Behav. 2004. Vol. 5(4). P. 557 – 568.
12. Williams J. et al. Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy // Epilepsy Behav. 2003. Vol. 4(5). P. 483 – 486.
13. Wirrell E. C. et al. Parenting stress in mothers of children with intractable epilepsy // Epilepsy Behav. 2008. Vol. 13(1). P. 169 –173.

Сведения об авторах:

Злоказова Марина Владимировна – заведующая кафедрой психиатрии им. В.И. Багаева Кировской ГМА, д.м.н., профессор.

Михайлов Владимир Алексеевич – заместитель директора НИПНИ им. В.И. Бехтерева по инновационному развитию и международному сотрудничеству, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных, д.м.н.

¹**Семакина Надежда Витальевна** – ассистент кафедры психиатрии им. В.И. Багаева Кировской ГМА, к.м.н.

Багаев Владимир Иванович – заведующий кафедрой психиатрии Кировской ГМА (1991-2014 г.г.) д.м.н., профессор.

¹ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздрава России Киров, Россия, e-mail: kigma_psi@mail.ru, (8332)55-75-11

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институте им. В.М. Бехтерева: sms-cons@bekhterev.ru

Сердечная Е.В., Щербина А.В., Юрьева С.В.
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА
В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Резюме

Цель исследования – анализировать распространенность факторов риска инсульта у пациентов с мерцательной аритмией, оценить выполнение медицинских стандартов у данных пациентов.

Материалы и методы

Проведено 2 стадии исследования. На первой стадии исследования проведен анализ 643 медицинских амбулаторных карт пациентов г. Архангельска и Северодвинска в период с октября 2012 по октябрь 2013г. На второй стадии проанализировано 163 амбулаторных карты пациентов г. Архангельска в период с октября 2014 по май 2015г. Мы оценили риск тромбоэмболических осложнений, используя шкалу CHA₂DS₂, большие риски кровотечений были оценены с помощью шкалы оценки HAS-BLED. Также была оценена назначаемая антитромботическая терапия. Статистический анализ был выполнен с помощью SPSS 15.0 software.

Результаты

На первой стадии исследования были включены 257 мужчин (40,5%) и 377 женщины (59,5%). В возрасте до 64 лет было 168 пациентов (28,5%), от 65 до 74 лет – 221 пациент (34,9%), 75 лет и старше- 245 пациентов (38,6%). Пароксизмальная форма мерцательной аритмии была диагностирована у 253 пациентов (40,1%), персистирующая форма – у 61 пациента (9,6%), постоянная форма фибрилляции предсердий – у 320 пациентов (50,3%). На второй стадии исследования были включены 91 женщина (56%) и 72 мужчины (44%). Из них пароксизмальная форма мерцательной аритмии диагностирована у 107 пациентов (66%), персистирующая форма – у 56 пациента (34%). Факторы риска тромбоэмболических осложнений: 609 (96,1%) пациентов имели артериальную гипертензию, сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, и /или кардиосклероз и/или периферические заболевания сосудов) были у 419 пациентов (66,1%), хроническая сердечная недостаточность – у 356 пациента (56,1%), сахарный диабет- 126 пациентов (19,9%), инсульт, транзиторная ишемическая атака в анамнезе – у 112 пациентов (17,7%).

Высокий риск инсульта согласно шкале CHA₂DS₂ был диагностирован у 628 пациентов (99%), 5 пациентов имели 1 балл по шкале CHA₂DS₂ (умеренный риск) и только 1 пациент (0,1%) имел 0 баллов по шкале CHA₂DS₂ (низкий риск).

Только каждый третий пациент с высоким риском инсульта согласно шкале CHA₂DS₂ получал варфарин-190 пациентов (30,3%), остальным пациентам высокого риска был назначен аспирин-245 (39%) и 193 (30,7%) пациента не получали антитромботической терапии. Высокий риск инсульта был зафиксирован у женщин чаще, чем у мужчин-в 376 (60%) случаях.

Пациенты с постоянной формой мерцательной аритмии имели высокий риск инсульта в 318 случаях (51%), пациенты с пароксизмальной формой мерцательной аритмии – в 250 случаях (39,4%), пациенты с персистирующей формой фибрилляции предсердий – в 376 (60%) случаях.

На второй стадии наше исследование показало, что большинству пациентов с высоким и средним риском инсульта был назначен аспирин (60%), остальные пациенты не получали никакой анти-тромботической терапии. Мы не установили роста назначения оральных антикоагулянтов в период с 2012 (30,3%) по 2015 год (31%).

Высокий риск кровотечения (более 3 баллов) согласно шкале оценки HAS-BLED был диагностирован у 356 пациентов (57,6%). Главными факторами риска кровотечения являются систолическое артериальное давление >160 мм рт. ст. – выявлено у 238 (37,5%) пациентов; возраст старше 65 лет – у 466 (73,5%); лекарственные средства, предрасполагающие к кровотечению (НПВС, антибактериальные, гормональные, противогрибковые средства)- у 117 пациентов (18,5%); заболевания почек – у 92 пациентов (14,5%); заболевания печени у 19 пациентов (3%); лабильное МНО – у 22 (3,5%) пациентов; предшествовавшие кровотечения или риски кровотечений-у 17 пациентов (2,7%). На второй стадии исследования риск кровотечения снизился с 57,6% до 46%. Этот факт, возможно, можно объяснить лучшим контролем артериального давления у пациентов с мерцательной аритмией.

Клинический эффект варфарина оценивался с помощью МНО. В нашем исследовании процент времени МНО в терапевтическом диапазоне составлял 34,8%, процент времени ниже терапевтического диапазона был 56%, выше – 9,2%. На второй стадии исследования процент времени в терапевтическом диапазоне все еще оставался низким -41,7%.

Выводы

Большинство пациентов с мерцательной аритмией имели высокий риск инсульта. 60-70% пациентов высокого риска не получали адекватной антикоагуляционной терапии. Только каждый третий пациент получал варфарин с контролем МНО в терапевтическом диапазоне.

Список литературы

1. Miyasaka Y. Secular Trends in Incidence of Atrial Fibrillation in Olmsted Country, Minnecota, 1980 to 2000, and Implications on the Projections for Future Prevalence // Y. Miyasaka, Marion E. Barnes, Bernard J Gersh // *Circulation*. 2006. Vol. 114. P. 119–125.
2. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulations and Risk factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study / A. Go [et al.] // *JAMA*. 2001. Vol. 285. P. 2370–2375.
3. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 1994. Vol. 154. P.1449–1457.
4. Go AS, Hylek EM, Chang Y et al. Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice? *JAMA*. 2003 Nov 26; 290 (20): 2685–92
5. Dowlathshahi D, Butcher KS, Asdaghi N et al. Poor prognosis in warfarin-associated intracranial hemorrhage despite anticoagulation reversal. *Stroke* 2012 Jul; 43 (7):1812–7.
6. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M et al. Update European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation/ available at: <http://dx.doi.org/10.1093/europace/euv309>.
7. Connolly SJ., Ezekowitz M.D., Yusuf S et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Eng J Med* 2009; 361:1139–1151.
8. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J et al. for the ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011; 365 (10):883–891.
9. Сулимов ВА, Голицын СП, Панченко Е.П., Попов С.В., Ревшвили АШ, Шубик ЮВ, Диагностика и лечение фибрилляции предсердий Рекомендации ВНОК и ВНОА. 2011. 84 с.
10. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M et al. European Heart Rhythm Association Practicetial Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2013 May. 15 (5). 625–51.
11. Camm J., Lip GY, Raffaele De Caterina., Savelieva I., Dan A., Hohnloser S.H. 2012 focused update of the ECS Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of European Heart Rhythm Association. *ECS Guidelines 2012*. P.1–29.
12. Лукьянов ММ., Бойцов СА., Якушин СС., Диагностика, лечение, сочетанная сердечно-сосудистая патология и сопутствующие заболевания у больных с диагнозом «фибрилляция предсердий» в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики (по данным Регистра КардиоВаскулярных Заболеваний РЕКВАЗА). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2014.10 (4). 366–377.

Сведения об авторах:

Щербина Александра Викторовна – участковый терапевт Архангельской городской клинической поликлиники №2, schav10689@gmail.com, +79021966372

Юрьева Светлана Владимировна – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела СГМУ, г. Архангельск, silviya5@ya.ru, тел.+7953933-41-40

Сердечная Елена Валерьевна – профессор, д.м.н., зав. кафедрой поликлинической терапии и сестринского дела СГМУ, г. Архангельск, ФГУ «СМЦ им. Н.А. Семашко ФМБА России», г. Архангельск, ekserdechny@yandex.ru, тел.+79212440063

Сидоров А. В., Санников А. Л.
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЯ
САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

Проведен анализ социальных, поло-возрастных, медицинских и мотивационных аспектов характеристики потребителя санаторно-курортных услуг в Архангельской области. Определены наиболее распространённые в регионе виды заболеваний и уровень нуждаемости населения в санаторно-курортном лечении для формирования новых подходов к организации санаторно-курортного дела.

Ключевые слова: Архангельская область, санаторно-курортные услуги, потребители санаторно-курортных услуг, контингент отдыхающих, заболеваемость.

Введение

Здоровье населения является ведущим системообразующим фактором национальной безопасности. Понимая это, большинство цивилизованных стран все большую поддержку оказывают тем направлениям здравоохранения, которые способствуют сохранению здоровья и определяют государственные гарантии в охране здоровья граждан. При этом особую роль в укреплении и восстановлении общественного здоровья играет система санаторно-курортного обслуживания [4].

Миссией санаторно-курортного учреждения является всестороннее удовлетворение медико-биологических (лечение, оздоровление, профилактика), социальных (отдых и досуг) и экономических (снижение нетрудоспособности, пополнение местных бюджетов, развитие местной инфраструктуры) потребностей человека и общества в целом.

Курортная территория представляет собой лечебно-оздоровительную и рекреационную среду, где человек получает полноценное лечение с использованием природных факторов, серию профилактических, оздоровительных процедур, отдыхает, а также может совершать познавательные экскурсии, посещать событийные мероприятия, т. е. участвует в развитии различных туристических направлений территории.

Потенциально каждый житель Архангельской области является клиентом санаторно-курортных учреждений, однако на практике лишь около 9% жителей пользуется услугами здравниц [4].

Для того чтобы увеличить численность потребителей санаторно-курортных услуг, необходимо в первую очередь проанализировать, кем является среднестатистический потребитель, каковы его цели, желания и возможности. Исходя из этого, можно будет выстраивать дальнейшие стратегии развития.

Цель исследования: анализ социальных, поло-возрастных, медицинских и мотивационных аспектов характеристики потребителя санаторно-курортных услуг в Архангельской области для определения направлений развития санаторно-курортного сектора в регионе.

Материалы и методы исследования:

Методом случайной выборки всего было проанкетировано 400 пациентов 6-ти санаторно-курортных и санаторно-профилактических учреждений Архангельской области: Санаторий «Сольвычегодск», Санаторий «Солониха», санаторий «Беломорье» (вышеназванные учреждения – бальнеологические и грязевые курорты), санаторий-профилакторий «Савмаш» (Северодвинск), ЛОК «Мередиан» (Архангельск), санаторий-профилакторий «Жемчужина Севера» (Новодвинск).

В результате анкетного опроса мы получили возможность составить среднестатистический портрет потребителя санаторно-курортных услуг в Архангельской области, выявить уровень его удовлетворённости качеством санаторно-курортной помощи, определить наиболее распространённые в регионе виды заболеваний и уровень нуждаемости населения в санаторно-курортном лечении для формирования новых подходов к организации санаторно-курортного дела

Результаты исследования

По оценкам BusinesStat, в 2015 г. натуральный объем санаторно-курортного рынка России вырос на 1,5% относительно 2014 и достиг 61,8 млн. человеко-дней пребывания. Рост показателя частично обусловлен территориальной принадлежностью к России крымских здравниц, а также удорожанием зарубежных путевок, что привело к частичному перераспределению спроса на внутренний рынок [1].

В 2016-2017 годах из-за кризисных явлений в экономике страны ожидается снижение натурального объема рынка услуг санаториев в России на 3% по сравнению с 2015 г. – до 59,9 млн. человеко-дней пребывания.

Спаду рынка будут способствовать следующие неблагоприятные факторы: недостаточная финансовая устойчивость санаториев при сокращении государственного финансирования, слабое взаимодействие с турфирмами, ограниченные возможности социальных налоговых вычетов по НДФЛ в отношении расходов на санаторно-курортное лечение [2, 3].

Таблица 1

Численность санаторно-курортных учреждений по видам 2011-2015 гг. В РФ и Архангельской области

Виды санаторно-курортных учреждений	2011	2012	2013	2014	2015
Санатории и пансионаты с лечением в РФ	1288	1261	1235	1231	1226
из них в Архангельской области *	14	13	13	10	10
Из общего кол-ва санатории для детей с родителями и детские в РФ	368	357	335	350	348
Из них в Архангельской области	4	4	3	2	2
Санатории-профилактории в РФ	655	637	612	597	591
Из них в Архангельской области	6	5	4	4	4
ВСЕГО	1959	1905	1840	1905	1878

Источник: Федеральная служба государственной статистики, BusinesStat

* Собственное исследование

Человек посещает курорты и санатории с целью оздоровления и реабилитации, получения качественного лечения. На сегодняшний день данная сфера является одним из основополагающих социальных институтов, решающих проблему повышения качества здоровья населения.

Особенно актуальным и необходимым является развитие региональной санаторно-курортной сети, деятельность которой направлена на лечение и профилактику многих заболеваний, распространённых в конкретной климатической зоне проживания людей. В отдельных регионах нашей страны фиксируется угрожающий уровень общей заболеваемости, превышающий иногда 80-90% [5].

Санаторно-курортные услуги не являются услугами первой необходимости, поэтому спрос на них определяется социальными и психофизиологическими факторами. В этой связи учреждениям санаторно-курортного комплекса следует постоянно и системно заниматься изучением потребителя с целью наиболее полного удовлетворения его потребностей. Профилактика, лечение и реабилитация больных должна строиться с учетом климатической, ресурсной и экологической характеристики конкретной территории [6].

По результатам проведённого в 2015-2016 годах комплексного прикладного исследования «о состоянии и перспективах развития санаторно-курортного дела в Архангельской области» составлен портрет потребителя медицинских услуг в современных социально-экономических условиях, представляющий интерес для формирования основных направлений совершенствования санаторно-курортного комплекса, а также для повышения качества медицинских услуг и приближения их к требованиям потребителей.

Исследование проводилось путём анкетирования взрослой категории отдыхающих в санаторно-курортных учреждениях Архангельской области.

Анализ анкет отдыхающих в возрастной категории работающего населения показал, что 31% из них являются техническими служащими, 21% – служащие гуманитарной сферы, 29% имеют рабочие специальности, 19% работают в сельском хозяйстве. При этом, 28% составляют люди в возрасте от 50 до 59 лет, 37% – от 60 лет и более, 24% от 30 до 39 лет, 11% от 20 до 29 лет. 59% отдыхающих в местных санаториях являются коренными северянами, 29% живут на севере более 20 лет, 12% прибыли из других регионов страны. Есть среди отдыхающих и жители дальнего зарубежья – 2%. Дополнительные устные опросы показали, что данная категория – северяне, уехавшие на постоянное место жительства за рубеж, которые, приезжая к родственникам, совмещают время отдыха на исторической родине лечением и оздоровлением в местных санаториях. Это объясняется тем, что в основе западной модели курортного отдыха – развлечения, а в отечественной, традиционно, доминируют медицинские услуги. Система санаторно-курортного лечения, созданная в СССР в середине XX века, по-прежнему не имеет аналогов в мировой практике. Зарубежные гости, как правило, прибывают в санаторий с родственниками, что подтверждает общую тенденцию в портрете потребителя санаторно-курортных услуг. Как правило, это люди, состоящие в браке – 83%. Имеют детей – 87%.

Таким образом, клиент санаторно-курортного учреждения – семейный человек из служащих, в возрасте от 30 до 60 лет с высшим или средним образованием, совпадающий по возрасту и статусу со среднестатистическим посетителем турагентства. Причем, как и в случае с обычной турпоездкой,

решение об организации санаторно-курортного лечения принимают женщины, среди отдыхающих процент женщин 69%. Превалирует возраст от 40 до 65 лет, технические служащие или служащие гуманитарной сферы, имеющие семью.

В настоящее время отчётливо наблюдается среди отдыхающих в санаторно-курортных учреждениях области тенденция к увеличению контингента мужчин, стремящихся максимально продлить период нормальной физической, психологической и социальной активности. Это, безусловно, позитивное явление, поскольку работник производства или офисный служащий мужского пола в постсоветском периоде, из боязни потерять работу, старался не проявлять личную потребность в санаторно-курортном лечении. В настоящее время посещение санатория в лечебно-профилактических целях становится атрибутом поддержания здорового образа жизни, что обуславливает дальнейшие перспективы развития отечественного санаторно-курортного дела.

На вопрос анкеты «Является ли санаторно-курортное лечение важным для сохранения здоровья» ответ «да, полностью согласен» выбрали 94% от общего числа опрошенных. Здоровым человеком считают себя только 6% респондентов. Считают, что санаторно-курортное лечение может помочь в решении проблем со здоровьем 86% обследованных.

В ходе исследования выявлены наиболее распространённые виды заболеваний и синдромов по поводу которых они проходили санаторно – курортное лечение (представлены формулировки респондентов – Табл. 2).

Таблица 2

Заболевания отмеченные респондентами, как наиболее распространенные в Архангельской области (на 100 обследованных)

Патология, синдромы	%
суставы, позвоночник	64,0
сердце,сосуды	45,0
желудок	22,5
утомляемость, плохой сон,раздражительность	17,3
кожные проблемы	5,0
женские, мужские проблемы	7,2
другое	12,6

Большинство опрошенных отмечают положительный результат от лечения природными факторами, в том числе – сразу после первых процедур в санатории – 54%, после прохождения курса лечения – 41%.

Ряд вопросов анкеты касался уровня удовлетворённости потребителя качеством санаторно-курортных услуг, оказываемых в местных санаториях. Наибольший процент позитивных отзывов составили ответы отдохавших на бальнеологических и грязевых курортах: в санаториях «Сольвычегодск», «Беломорье», «Солониха». Предположительно, такой результат объясняется тем, что категория данных потребителей, прибывает в санаторно-курортные учреждения, изначально настроенная на отдых, поэтому восприятие окружающей среды изначально более позитивное.

Выводы

1. Взрослым потребителем санаторно-курортных услуг в Архангельской области является, преимущественно, житель Архангельской области, работающий, предпенсионного или пенсионного возраста, имеющий техническую, рабочую специальности или специальность в гуманитарной сфере. В меньшей степени, услугами санаторно-курортных учреждений пользуется часть населения области, занятая в сельском хозяйстве.

3. Особо следует отметить категорию потребителей нуждающихся в санаторно-курортных услугах по программам родителей с детьми («Мать и дитя»)

4. Наиболее распространёнными заболеваниями на территории Архангельской области являются заболевания костно-мышечной, сердечно-сосудистой и нервной системы.

5. Подавляющая часть респондентов считает санаторно-курортную помощь необходимой и действенной.

6. Оценивая состояние санаторно-курортного дела в Архангельской области потребители, активно комментируют свои отзывы и дополняют их конкретными предложениями в плане совершенствования и расширения сферы данных услуг, подтверждая актуальность и важность развития санаторно-курортного сектора в отрасли отечественного здравоохранения.

Заключение

Учитывая важность полученной информации для совершенствования работы и дифференцированного подхода к различным группам потребителей санаторно-курортных услуг, необходимо продолжать в системном формате изучение поло-возрастных, медицинских и мотивационных аспектов в их характеристике, акцентируя внимание на оценках и степени удовлетворённости качеством как медицинских услуг, так и организацией в рекреационной среде отдыха и развлечений, которые являются важной составляющей общей задачи оздоровления населения и профилактики заболеваний.

Список литературы

1. Аветисян А. Э. Состояние и значение санаторно-курортного комплекса на рынке услуг России. [Электронный ресурс] // Сб. ст. по мат. XIX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 4(19): URL: [http://sibac.info/archive/economy/4\(19\).pdf](http://sibac.info/archive/economy/4(19).pdf) (дата обращения: 26.09.2016)
2. Ветитнев А.М., Ашкинадзе Я.А. Курортные веб-сайты рунета: классификация и анализ European researcher // Европейский исследователь. 2011. № 2. С. 171-182
3. Разумов А.Н., Александрова О.Ю., Нестерова Е.В. Автоматизированная база данных как основа создания интегрированного информационного ресурса в санаторно-курортной отрасли // «Проблемы управления здравоохранением», М.: Издательство «ЭКОНОМЗДРАВ», 2009. №6.С. 38 – 43
4. Разумов А. Н., В.И. Лимонов Организация санаторно-курортной сферы: системный анализ. М.: Квадрига, 2008. 80 с.
5. Санатории России. Справочник / Разумов А.Н. [и др.]. М.: МЦФЭР, 2007, 195 с.
6. Санников А.Л. Банникова Р.В. Характеристика основных климато-экологических и социальных параметров жизнедеятельности в условиях Европейского Севера (по материалам Архангельской области). Архангельск: Издательство АГМА; 2000. С. 6-18.
7. Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л. Количественная оценка совокупного ущерба от злоупотребления алкоголем на популяционном уровне // Наркология. Т. 15. № 1. 2016. М. 16–32.

Сведения об авторах:

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сидоров Александр Васильевич – главный врач «Санаторий «Сольвычегодск» (Сольвычегодск, Россия (165330, Сольвычегодск, ул. Урицкого д. 1»а)), e-mail: sav162@mail.ru, 8 921 484 10 60)

Соловьева Е.А., Шеенкова М.В., Сайдашева А.Т. АБОРТ КАК МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

Несмотря на формирование позитивной тенденции сокращения количества аборт, по числу аборт Россия занимает одно из ведущих мест. В статье проведен сравнительный анализ демографических показателей Оренбургской области и показателей аборт и их профилактики за период 2007-2015г.г., отражающих репродуктивное здоровье женщин региона. Выявлена региональная неоднородность показателей аборт в городах Оренбургской области. Установлено, что по уровню использования ВМС лидируют регионы Оренбургской области, характеризующиеся высоким уровнем аборт.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, аборт.

Введение

Ежегодно в мире с помощью искусственного аборт прерывается более 55 млн беременностей. На каждые 1000 родов в различных странах мира приходится от 100 до 500 аборт. По данным Eurostat, коэффициент аборт в Швеции составляет около 18 на 1000 женщин 15-49 лет (2010 г.), в Болгарии – 18 (2012 г.), в Румынии – 18,5 (2012 г.), в Эстонии – 25,5 (2013 г.). Правда, в большинстве европейских стран показатели аборт все-таки значительно ниже 20 в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет. Ежегодно от их осложнений в мире умирает около 70 тыс. женщин репродуктивного возраста. К сожалению, Россия входит в число стран, в которых аборт весьма распространен и потому остается актуальной медицинской и социальной проблемой [3; 6; 7; 8; 9].

Приоритетной задачей медицины в целом является сохранение репродуктивного здоровья женщин, обеспечение безопасного материнства, формирование типа репродуктивного поведения, направленного на увеличение количества рожденных детей в семье. Решение данной задачи возможно только при комплексном подходе с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем любой страны.

Несмотря на формирование позитивной тенденции сокращения количества аборт, по числу аборт Россия занимает одно из ведущих мест. Современные методы контрацепции в настоящее время в Российской Федерации применяется только 25% женщин. В связи с этим залогом сохранения репродуктивного здоровья и рождения здорового потомства является профилактика аборт, направленная в первую очередь на планирование семьи. Планирование семьи можно рассматривать как комплекс медико-социальных мероприятий, позволяющий предупредить нежелательную беременность, обеспечить оптимальные интервалы между родами с учётом возраста женщины, её здоровья, количества детей в семье и других факторов, т.е. предупреждение слишком ранних, поздних и частых родов [1; 4; 5].

Проведенный анализ литературы свидетельствует об уменьшении числа аборт и их показателей в Российской Федерации и регионах, однако уровень их остается достаточно высоким и значительно различается как по регионам России, так и внутри одного региона.[10].

Материалы и методы

С целью изучения демографических показателей региона и показателей аборт и их профилактики в Оренбургской области были проанализированы данные государственной статистической отчетности за 2007-2015 годы. Сведения получены из информационно-аналитических сборников Министерства здравоохранения Российской Федерации (за 2005-2014г.) и Оренбургской области (за 2007-2015г.) Проводился сравнительный анализ демографических показателей и показателей аборт внутри региона по городам Оренбургской области за период 2007-2015 годы.

Результаты и обсуждение

На 1 января 2016 года численность населения Оренбургской области составила 1 994 762 человека, из них женского населения 1 066 727 человек (53,4%), среди них женщин фертильного возраста было 466 242 человек, что составило 43,7% от всего женского населения.

На 1 января 2016 года доля городского женского населения в регионе составляла 650 695 женщин (60,9% всего женского населения области). При этом численность женщин фертильного возраста достигла 302 170 человек (46,4% женского населения).

По данным федеральной службы государственной статистики абсолютное количество аборт в 2015г. в Российской Федерации составило 848 180 аборт, что в 1,7 раз меньше чем в 2007г. В Приволжском федеральном округе и Оренбургской области также произошло уменьшение абсолютного количества аборт в 1,8 и 1,6 раз соответственно, и достигло в 2015г. в Приволжском федеральном округе 182 168 аборт, в Оренбургской области – 20 442 аборт. (Таблица 1)

Таблица 1

Возрастная структура аборт в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Оренбургской области в 2007-2015годы (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация									
до 14 лет включительно							0,05	0,05	0,04
до 15	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05			
15–19	10,18	9,61	8,99	7,71	6,74	5,89	5,27	4,71	4,15
20–34	71,01	71,66	72,16	72,75	73,10	73,14	72,88	72,31	71,98
35 и старше	18,74	18,67	18,78	19,47	20,11	20,92	21,80	22,93	23,83
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Приволжский федеральный округ									
до 14 лет включительно							0,05	0,04	0,04
до 15	0,06	0,05	0,06	0,05	0,05	0,05			
15–19	9,82	9,50	8,88	7,75	6,75	5,76	5,24	4,70	4,02
20–34	70,63	70,69	71,66	72,10	72,84	72,69	72,34	71,89	71,61
35 и старше	19,49	19,76	19,41	20,09	20,36	21,51	22,38	23,36	24,33
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Оренбургская область									
до 14 лет включительно							0,04	0,04	0,04
до 15	0,04	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03			
15–19	9,98	9,70	8,77	7,73	6,88	5,82	5,76	4,73	4,16
20–34	73,15	73,21	74,02	74,20	74,60	74,34	73,89	73,11	72,74
35 и старше	16,83	17,06	17,18	18,02	18,49	19,81	20,31	22,12	23,07
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из представленных данных видно, что в Оренбургской области, Приволжском федеральном округе и в целом по России преобладало количество аборт, выполненных в возрасте 20-34 года 71,1% – 72,5%. Старше 35 лет было выполнено до 25% всех аборт, около 3,5% в возрасте 15-19 лет, 0,02-0,03% приходилось на долю аборт в возрасте до 14 лет включительно.

За исследуемый период 2007-2015г.г. показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста снизился в Российской Федерации с 33,3 до 24,0 (на 27,9%), в Приволжском федеральном округе с 34,8 до 25,9 (на 25,6%), в Оренбургской области с 48,0 до 37,6 (на 21,7%). Несмотря на снижение данного показателя в Оренбургской области в 2015г. показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста превышал общероссийские показатели на 56,7%, а показатели Приволжского федерального округа на 45,2%. В отдельные годы данный показатель в Оренбургской области превышал общероссийские на 66,3% (в 2011г.), на 64,9% (в 2012г.), на 70,2% (в 2013г.) и на 73,7% (в 2014г.). (Рис. 1)



Рис. 1. Динамика показателя числа аборт в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Оренбургской области за 2007-2015 г.г. (на 1000 женщин фертильного возраста)

В самом регионе показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста по городам области отличался значительной неоднородностью. Установлено, что наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в г.Бузулук. Несмотря на снижение данного показателя в г.Бузулук за исследуемый период на 30%, он составлял 65,9 на 1000 женщин фертильного возраста в 2007г., 61,8 – в 2008г., 57,1 – в 2009г., 50,2 – в 2010г., 55,8 – в 2011г., 53,2 – в 2012г., 55,5 – в 2013г., 53,0 – в 2014г., 49,0 – в 2015г. В отдельные годы показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста превышал общероссийские показатели более чем вдвое, а именно в 2007г. – на 97,9%, в 2008г. – на 91,8%, в 2009г. – на 87,2%, в 2010г. – на 77,9%, в 2011г. – на 108,9%, в 2012г. – на 107,7%, в 2013г. – на 126,4%, в 2014г. – на 132,4%, в 2015г. – на 104,1%.

Другим городом с неблагоприятными показателями числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста в регионе до 2012г. являлся г.Оренбург. Наихудшим был данный показатель в г.Оренбург среди всех городов Оренбургской области в 2010г. и составлял 51,9 на 1000 женщин фертильного возраста. Начиная с 2013г. показатель числа аборт в г.Оренбург стал уменьшаться и к 2015г. достиг 37,4 на 1000 женщин фертильного возраста, что несколько меньше, чем по Оренбургской области в целом, превышая общероссийский показатель на 55,8%. (Рис.2)

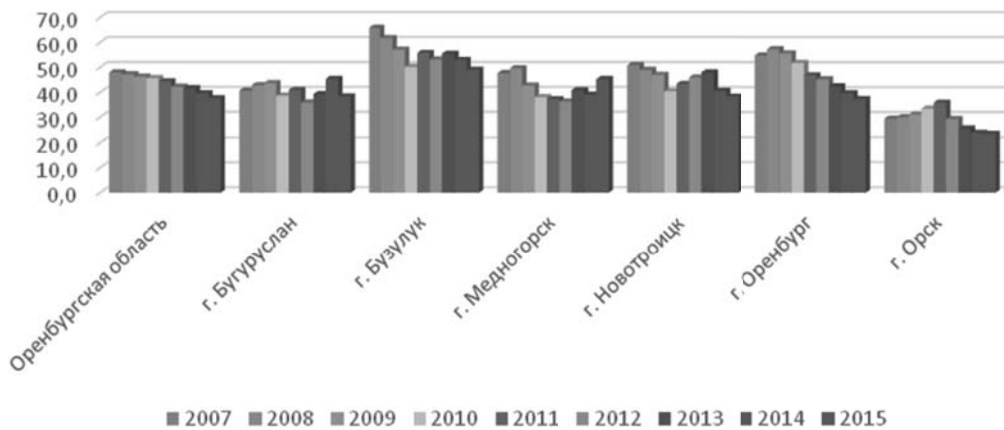


Рис. 2. Динамика показателя числа абортсв в городах Оренбургской области за 2007-2015г.г. (на 1000 женщин фертильного возраста)

В городах Бугуруслан и Медногорск показатель числа абортсв на 1000 женщин фертильного возраста за изучаемый период колебался незначительно и уменьшился к 2015г. лишь на 6,2 и 5,3% соответственно. С 2007г. по 2013г. данный показатель в г.Бугуруслан был ниже, чем областной показатель. В 2014 и 2015 годах показатель достиг 45,4 и 38,3 на 1000 женщин фертильного возраста и превысил региональные показатели Оренбургской области на 14,7% и 2,0%.

В г.Медногорск, в отличие от всех городов Оренбургской области, с 2012г., выявлена тенденция роста показателя числа абортсв на 1000 женщин фертильного возраста, когда он был наименьшим и достигал 36,3. Установлено, что за исследуемый период данный показатель в г.Медногорске был меньше областных показателей в отдельные годы на 14-16% (2010, 2011, 2012 годы). Однако в 2015г. показатель числа абортсв на 1000 женщин в г.Медногорск увеличился до 45,3 и превысил аналогичный показатель Оренбургской области на 20,5%, а общероссийский на 88,8%. Здесь динамика абортсв не столь благоприятна, как по региону в целом.

Наиболее благоприятная ситуация в регионе сложилась в г.Орск, где показатель числа абортсв на 1000 женщин фертильного возраста не только наименьший в Оренбургской области, но и меньше общероссийского показателя. Несмотря на рост показателя с 2007г. по 2011г. до 36,0 на 1000 женщин фертильного возраста, за изучаемый период показатель снизился на 36,1%. Так, в 2007г. показатель составил 29,5 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2008г. – 30,1, в 2009г. – 31,2, в 2010г. – 33,6, в 2011г. – 36,0, в 2012г. – 29,5, в 2013г. – 25,6, в 2014г. – 23,9 и в 2015г. – 23,5 на 1000 женщин фертильного возраста.

Значения этих показателей как по стране, так и по Оренбургской области и городам региона дают общее представление о региональных особенностях частоты абортсв.

При изучении возрастной структуры установлено, что в Оренбургской области показатель абортсв на 1000 девочек до 14 лет (включительно) за последнее десятилетие значительно не изменился. Так в 2015г. показатель составил 0,16 на 1000 девочек до 14 лет (включительно) и превышал аналогичный показатель по России и Приволжскому федеральному округу. (Рис.3)



Рис. 3. Динамика показателя числа абортсв в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Оренбургской области за 2005-2014г.г. (на 1000 девочек 14 лет включительно)

Из представленных данных видно, что в Оренбургской области, Приволжском федеральном округе и в целом по России произошло снижение показателя числа абортс на 1000 женщин 15-19 лет в 1,9; 2,4 и 2,5 раз соответственно. Вместе с тем наибольшее значение его отмечалось в Оренбургской области и, несмотря на снижение данного показателя, в некоторые годы он превышал общероссийские больше чем 50%. Так, в 2005г. показатель числа абортс среди женщин 15-19 лет составлял 29,75 на 1000 женщин данного возраста и превышал общероссийские на 18,9%, в 2008г. – 31,19 (на 34,6%), в 2010г. – 25,8 (на 53,2%), в 2013г. – 18,9 (на 61,5%), в 2014г. – 15,7 (на 57,0%). (Рис.4)



Рис. 4. Динамика показателя числа абортс среди женщин 15-19 лет в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Оренбургской области за 2005-2014 годы. (на 1000 женщин 15-19 лет)

Удельный вес абортс у первобеременных Оренбургской области уменьшился на 41,4% (с 9,9% в 2007г. до 5,8% – в 2015г.). В 2015г. доля первобеременных Оренбургской области составила 5,8%, что меньше показателя Российской Федерации в 1,4 раза (8% в 2014г.). Наибольшее уменьшение удельного веса абортс среди первобеременных было установлено в г.Бугуруслан – в 3,7 раз (с 16,2% в 2007г. до 4,4% – в 2015г.). При изучении доли первобеременных среди всего количества выполненных абортс выявлена значительная неоднородность данного показателя среди городов Оренбургской области. Среди городов Оренбургской области в 2015г. наименьший показатель первобеременных составил в г.Бузулук – 3,5%, в г.Бугуруслан – 4,4%. Наибольший был зарегистрирован в г.Оренбург и составил 8,9%, в Новотроицке – 6,8%. (Рис.5)

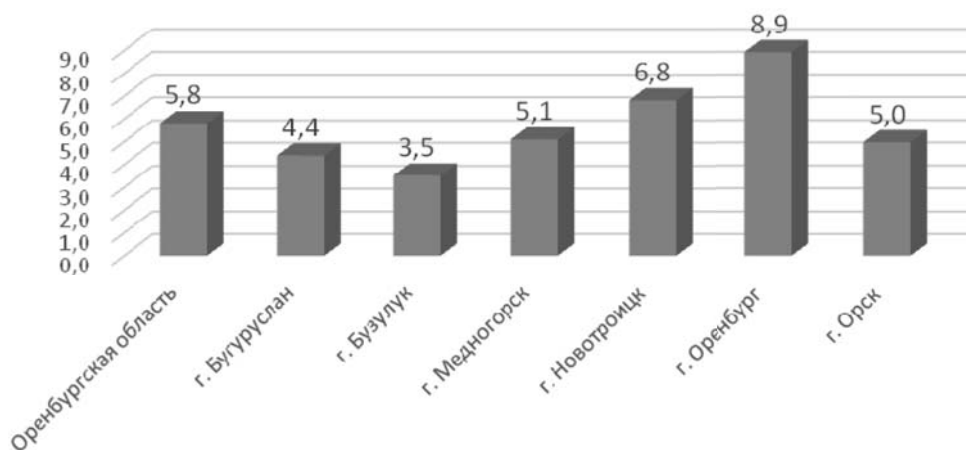


Рис. 5. Доля абортс у первобеременных по городам Оренбургской области в 2015г. (%)

В структуре абортс Российской Федерации в 2014г. преобладали медицинские (легальные) – 62,9% и самопроизвольные – 28,9%. Неуточненные (внебольничные) абортс составляли 4,6%, по медицинским показаниям – 3,6%, по социальным – 0,005% и криминальные – 0,02%. Доля женщин за последнее десятилетие уменьшилось с 10,8% в 2005г. до 8,0% в 2014г.

Таким образом, абортс на территории России и ее регионов, в частности в Оренбургской области, являются серьезной медицинской и социальной проблемой.

Вероятнее всего неоднородность в городах региона (Оренбургской области) по показателю уровня абортов связана с различиями в уровне распространенности эффективной контрацепции. По данным, полученным из официальной статистики Российской Федерации и Оренбургской области можно проанализировать применение населением двух методов контрацепции – ВМС и гормональная контрацепция. Достоверность сведений по использованию гормональных контрацептивов может подвергаться сомнению в связи с возможностью приобретения данных препаратов без посещения врача и получения рецепта, с одной стороны. С другой стороны, после получения рецепта, нет достаточной уверенности в регулярности приема таблеток.

В результате исследования установлено, что на конец 2014г. в Оренбургской области показатель числа женщин фертильного возраста, имеющих ВМС, был 176,1 на 1000, что на 53% больше чем в целом по Российской Федерации (115,1 на 1000 женщин фертильного возраста) и на 7,5% меньше, чем в Приволжском федеральном округе (190,3 на 1000 женщин фертильного возраста). Выявлено, что за исследуемый период показатель количества женщин фертильного возраста, применяющих ВМС, уменьшился в Оренбургской области на 19,9% (с 219,9 в 2007г. до 176,1 – в 2014г.), в Приволжском федеральном округе на 2,9% (с 196,0 в 2007г. до 190,3 – в 2014г.), в России – на 12,5% (с 131,4 в 2007г. до 115,1 – в 2014г.).

Показатель количества женщин фертильного возраста, применяющих ВМС, демонстрирует большой разброс по городам изучаемого региона. Согласно представленной информации, наибольшее число женщин, применяющих ВМС зарегистрировано в г.Бузулук, где зарегистрированы и самые высокие показатели аборта в регионе. Так, в 2014г. количество женщин фертильного возраста, применяющих ВМС, составило 373,1 на 1000 женщин., что в 2,1 раз выше, чем в Оренбургской области и в 3,2 раза больше, чем в Российской Федерации в целом. (Рис. 6)

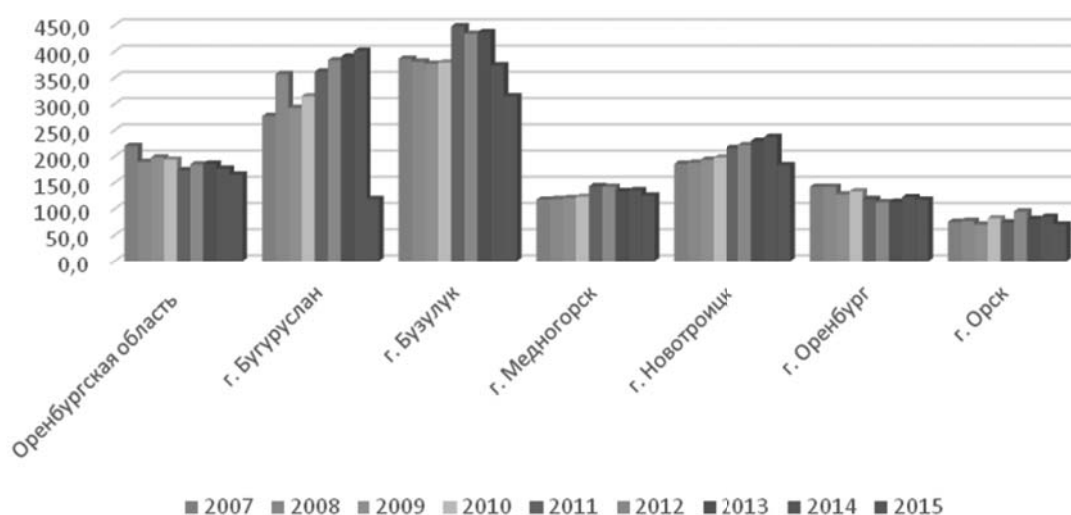


Рис. 6. Динамика количества женщин, применяющих внутриматочный контрацептив за 2007-2015г.г. (на 1000 женщин фертильного возраста)

Вторым городом, в котором высоко популярно применение внутриматочных средств контрацепции, является г.Бугуруслан. Показатель числа женщин, применяющих ВМС в 2014г. составил 401,0 на 1000 женщин фертильного возраста. В течение исследуемого периода прослеживалась четкая тенденция увеличения числа женщин, применяющих ВМС, с 276,7 на 1000 женщин фертильного возраста в 2007г., до 401,0 – в 2014г. Затем отмечен резкий скачок к уменьшению применения ВМС – до 118,5 на 1000 женщин фертильного возраста в 2015г. (в 3,4 раза за 1 год).

В тоже время в г. Орск, где зарегистрировано наименьшее число абортов, уровень применения ВМС самый низкий. За период с 2007г. до 2015г. показатель числа женщин, применяющих ВМС, уменьшился в г.Орск лишь на 6,9% и составил 70,1 на 1000 женщин фертильного возраста в 2015г. В г.Орск данный показатель на протяжении последнего десятилетия меньше, чем в Оренбургской области в разные годы в 1,9-2,4 раз, и чем в Российской Федерации в целом в 1,3-1,8 раз.

Таким образом, установлено, что по уровню использования ВМС лидируют регионы, характеризующиеся высоким уровнем абортов.

Выводы

В результате исследования выявлены благоприятные тенденции снижения количества абортс как в Оренбургской области в целом, так и в городах оренбургской области.

Несмотря на снижение в Оренбургской области в 2015г. показатель числа абортс на 1000 женщин фертильного возраста превышал общероссийские показатели на 56,7%, а показатели Приволжского федерального округа на 45,2% и составлял 24,0 на 1000 женщин фертильного возраста.

Выявлена региональная неоднородность показателей абортс в городах Оренбургской области. Так г.Бузулук, несмотря на отмеченное снижение показателя числа абортс на 30% за период 2007-2015г.г. показатель остается самым высоким в регионе. Показатель числа абортс составлял 65,9 на 1000 женщин фертильного возраста в 2007г., 61,8 – в 2008г., 57,1 – в 2009г., 50,2 – в 2010г., 55,8 – в 2011г., 53,2 – в 2012г., 55,5 – в 2013., 53,0 – в 2014г., 49,0 – в 2015г.

Наиболее благоприятная ситуация в регионе сложилась в г.Орск, где показатель числа абортс на 1000 женщин фертильного возраста не только наименьший в Оренбургской области, но и меньше общероссийского показателя. Так, в 2007г. показатель составил 29,5 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2008г. – 30,1, в 2009г. – 31,2, в 2010г. – 33,6, в 2011г. – 36,0, в 2012г. – 29,5, в 2013г. – 25,6, в 2014г. – 23,9 и в 2015г. – 23,5 на 1000 женщин фертильного возраста.

В Оренбургской области и, несмотря на снижение, показатель числа абортс среди женщин 15-19 лет в некоторые годы превышал общероссийские больше чем 50%. Так, в 2005г. показатель числа абортс среди женщин 15-19 лет составлял 29,75 на 1000 женщин данного возраста и превышал общероссийские на 18,9%, в 2008г. – 31,19 (на 34,6%), в 2010г. – 25,8 (на 53,2%), в 2013г. – 18,9 (на 61,5%), в 2014г. – 15,7 (на 57,0%)

Удельный вес абортс у первобеременных Оренбургской области уменьшился на 41,4% (с 9,9% в 2007г. до 5,8% – в 2015г.) и стал ниже общероссийских в 1,4 раза.

Таким образом, абортс на территории России и ее регионов, в частности в Оренбургской области, являются серьезной социальной проблемой.

Установлено, что по уровню использования ВМС лидируют регионы Оренбургской области, характеризующиеся высоким уровнем абортс.

Решение данной проблемы мультидисциплинарное [2]. Во многом решение вопроса абортс зависит и от качества работы первичного звена по профилактике непланируемой беременности и формирования позитивного общественного мнения населения в отношении активного использования контрацептивов как альтернативы абортс.

Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма Р. В., Сухарева Л. М. Оценка состояния здоровья детей: новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях.:М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 420-424.
2. Баранов А.А., Санников А.Л. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы // Врач. 2002. № 3. С.40-41.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012: курс на благополучие / ВОЗ. М.: 2013. С.
4. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О. П. Щепин [и др.]. М.: Нац. НИИ общественного здоровья, 2009. 376 с.
5. Койчуев А.А. Результаты оценки знаний и деятельности врачей первичного звена здравоохранения в сфере медицинской профилактики и формирования грамотности пациентов в вопросах здоровья // Профилактическая медицина. 2013. № 6. С. 43-47.
6. Линева О.И. Охрана репродуктивного здоровья семьи: медико-организационные технологии XXI века. ГОУ ВПО «СамГМУ», ФА по здравоохранению и социальному развитию РФ. Самара: Перспектива, 2008. 416 с.
7. Мировая статистика здравоохранения 2012 / ВОЗ. М.: Медицина, 2013. 176 с
8. Общественное здоровье и здравоохранение / В. И. Стародубов [и др.] ; АСМОК. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 624 с.
9. Показатели здоровья и смертности населения // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. 2013. № 1. С. 13-25.
10. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О. П. Щепин [и др.]. М.: Медицина , 2007. 360 с.

Сведения об авторах:

Соловьева Елена Анатольевна – кандидат медицинских наук, заведующая гинекологической службой ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, старший преподаватель кафедры Общественное здоровье и здравоохранение №2 ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, тел. (905)814-05-61, e-mail: solovevaln@inbox.ru

Шеенкова Марина Вадимовна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, тел. (961)937-89-88, e-mail: ms_1301@mail.ru

Сайдашева Альфинур Талгатовна – врач акушер-гинеколог ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, тел. (919)850-65-50, e-mail: ms_1301@mail.ru

А.С. Фомина

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Резюме

В статье приводятся сведения о заболеваемости злокачественными новообразованиями в Архангельской области с данными по РФ в 2014-2015 году. Установлен более высокий уровень заболеваемости раком молочной железы у жительниц области. Представлены данные о показателях заболеваемости и ее структуре у населения Архангельской области, в т.ч. у женщин; подчеркивается определяющая роль злокачественных новообразований молочных желез в формировании показателей заболеваемости у женщин. Внедрение новой модели организации работы по раннему выявлению злокачественных новообразований молочных желез на базе городской поликлиники позволяет повысить уровень выявляемости рака на ранних стадиях, снизить затраты на лечение, реабилитацию, повысить качество жизни и снизить уровень смертности от злокачественных новообразований.

Ключевые слова: раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез, городская поликлиника

Рост заболеваемости и смертности населения от злокачественных опухолей является одной из актуальных проблем здравоохранения всего мира. По прогнозам к 2015 году не менее 10 процентов населения Земли, будут поражены одной из форм злокачественных опухолей, что связано как с увеличением продолжительности жизни, так и с повышенной нагрузкой на генотип из-за ухудшающейся экологии, изменениями характера питания, повышением роли стрессирующих факторов. Лечение данной категории граждан является высокочрезвычайно затратным, особенно в запущенных стадиях. В связи с этим раннее выявление злокачественных новообразований ЗНО на курабельных и прогностически благоприятных стадиях является приоритетным для медицинского сообщества [10].

Цель нашего исследования: сравнить заболеваемость злокачественными новообразованиями в Архангельской области с данными по РФ в 2014-2015гг., проанализировать активность выявления злокачественных новообразований молочных желез в условиях городской поликлиники и проведенное лечение у данной группы пациенток.

По данным официальной статистики в 2014г. в Российской Федерации было выявлено 566,9 тыс. новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО), что составило 4,9% от всех вновь установленных диагнозов. По сравнению с 2004г. отмечен рост инцидентности ЗНО на 21,1% [1].

В 2014г. в территориальных онкологических учреждениях России состояли на учете 3 291 035 больных, что составило около 0,002% всего населения РФ, т.е. совокупный показатель распространенности составил 2 252,4 на 100 000 населения. Распределение впервые выявленных ЗНО по стадиям было следующим: I стадия – 26,7%, II- 25,3%, III- 20,6%, IV- 20,7%. Ведущими локализациями в общей структуре онкологической заболеваемости являются (оба пола): кожа (12,6%, с меланомой – 14,2%), молочная железа (11,6%), трахея, бронхи, легкое (10,2%), желудок (6,7%).

Рак молочной железы (21,2%) является ведущей онкологической патологией у женского населения страны, а вместе с ЗНО тела матки (7,7%), шейки матки (5,2%) и яичника (4,4%) имеет наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин – 39,4%.

Максимальное число ЗНО приходится на возрастную группу 60-64 года (16,2%): у мужчин –

18,3%, у женщин 14,6%. В возрасте 30-49 лет количество женщин, страдающих ЗНО составило 13,3%, что выше, чем в группе заболевших мужчин (7,9%). В возрастной группе 30-59 лет наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования молочной железы (15,7%), в группе лиц пожилого возраста (60 лет и старше) преобладают опухоли кожи с меланомой (16,7%), трахеи, бронхов, легкого (10,7%), а опухоли молочной железы выходят на 3 место – 9,8%. Показатель заболеваемости женского населения России в 2014 г. составил 392,1, прирост за период 2004-2014гг. составил 20,5%. Средний возраст заболевших в 2014 г. составил 64,1 года, для женщин он составил 63,9 года [2].

В структуре онкологической заболеваемости населения Архангельской области в 2015 году ЗНО молочной железы составляют 10,1% и занимают 3 ранговое место после новообразований кожи с меланомой и ЗНО трахеи, бронхов и легких. Абсолютное число заболевших в 2015 г. на 28,8% больше, чем в 2005 году (в РФ – на 21,1%). Причем, в структуре онкологической заболеваемости у женщин рак молочной железы занимает 1 место – 18,4% [8].

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями Архангельской области составил 463,3 на 100 тыс. населения (РФ – 388,0), что 47,5% (РФ – на 18,0%) выше уровня 2005г. Показатель заболеваемости женского населения Архангельской области в 2015г. достиг 473,8 на 100 тыс. населения (РФ – 392,1). В 2015 году в Архангельской области умерло от ЗНО 2597 человек, что составило 16,9% в структуре смертности [4]. В структуре смертности женщин наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования молочной железы – 12,9% (РФ – 17,0%). Остается высоким показатель онокозапущенности. Так, из числа больных злокачественными новообразованиями, взятых под наблюдение Архангельским клиническим онкодиспансером, в 2014 году только 44,0 % (по РФ – 50,4%) имели I-II стадию заболевания, при которых достигаются наилучшие результаты лечения и наблюдения (в 80-90 процентах случаев наблюдается 5–10 летняя выживаемость) [7].

Показатель выявляемости злокачественных новообразований при проведении профилактических осмотров в Архангельской области в 2015 году составил 8,5% (РФ – 17,3%), в том числе молочной железы 23,4% (РФ – 30,1%). Из 381 больных, выявленных активно, 49,1% имели I-II стадии заболевания. Опухоли визуальных локализаций I-II стадии заболевания составили 38,1% от числа всех новообразований, выявленных при профилактических осмотрах [7].

Специальное лечение онкологических больных в Архангельской области проводится в основном в ГБУЗ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер». На онкологических койках (их в области в 2015 году было 375) пролечено 8873 больных, в том числе 360 детей. Средняя продолжительность пребывания больного на онкологической койке для взрослых составила 14,0 дней (РФ – 10,5), а в рентгенорадиологических отделениях – 27,8 (РФ – 23,1) дней. Из 533 вновь выявленных случаев рака молочной железы в 2015 году в Архангельской радикальное лечение получили 74,1%, только хирургическое лечение – 18%, комбинированное (хирургическое, лучевая терапия, химиотерапия) – 55,7% [8].

В Архангельской городской клинической поликлинике №1 с 2014г. реализуется новая модель организации раннего выявления ЗНО молочных желез – клиничко-диагностический центр женского здоровья «Белая роза» (КДЦ «Белая роза»). Центр «Белая роза» работает в системе обязательного медицинского страхования, оснащен современным медицинским оборудованием, прием ведут сертифицированные онкологи-маммологи, гинекологи, врачи ультразвуковой диагностики, осуществляется маммография, кольпоскопия, проводится обследование на онкомаркеры [9]. В 2015 году обследование в КДЦ «Белая роза» прошли 12 504 женщины.

В 2015г. активная выявляемость ЗНО в смотровых кабинетах медицинских организаций области была на уровне 0,138% [8], показатель выявляемости ЗНО молочных желез в КДЦ «Белая роза» составил 0,41% от числа обследованных женщин.

В 2015г. специалистами поликлиники выявлено 56 случаев ЗНО молочных желез: в в КДЦ «Белая роза» 52 случая (в I стадии- 8, II- 36, III – 5, IV стадиях – 3), при диспансеризации определенных групп взрослого населения – 2 случая, при обращения по поводу других причин – 2 случая. Таким образом, более 95% случаев ЗНО молочной железы выявлено при обращении женщин в КДЦ «Белая роза», причем 84% случаев выявлено в ранних стадиях. Средний возраст пациентов составил 55,85 лет. Все это свидетельствует об изменении отношения женщин к своему здоровью и усилению профилактических тенденций в практическом здравоохранении.

Нами проведен анализ лечения пациенток, которым диагноз ЗНО молочных желез установлен в нашей поликлинике 2015 году. Установлено, что все женщины получили лечение, объем которого за-

висел от клинического диагноза. В I стадии ЗНО у всех пациенток выполнена секторальная резекция молочной железы, во второй стадии – в 61% случаев, при III стадии у 100% пациентов и у 50% при IV стадиях выполнена радикальная мастэктомия. Проведение комбинированного лечения имело место в 44% случаях при I стадии, в 77% случаев при II стадии, 100% при III стадии, 50% при IV стадии. Средняя длительность лечения (на 1 случай лечения) в круглосуточном стационаре составила 22,9 дня, в т.ч. при ЗНО 1 ст. – 22,33 дня, при 2 ст. – 19,40, при 3 ст. – 25,85, при 4 ст. – 24,30. Средняя длительность лечения (на 1 случай лечения) в дневном стационаре при ЗНО 1 ст. составила 6,17 дня, при 2 ст. – 5,89, при 3 ст. – 6,27, при 4 ст. – 13,68. При сравнении средних сроков лечения пациенток с ЗНО молочных желез, выявленных в КДЦ «Белая роза», и этого же показателя по Архангельской области, отмечается снижение средней длительности лечения в круглосуточном стационаре на 20%, что закономерно при выявлении заболеваний на ранних стадиях.

Средняя продолжительность пребывания больного на онкологической койке составила в Архангельском клиническом онкологическом диспансере составляла в 2015 году составила 14,0 дней (в РФ – 10,5 дней), а у пациенток, выявленных в городской поликлинике №1, – 13,45 дней, что на 8% меньше.

В настоящее время для расчета тарифа стоимости лечения применяется понятие клинко-статистических групп, что определяется уровнем затрат при лечении в круглосуточном и дневном стационарах, уровне сложности лечения. Напрямую на конечную стоимость лечения пациента влияет стадия заболевания, наличие сопутствующей патологии, средняя длительность пребывания в круглосуточном/дневном стационаре, количество проведенных курсов химиотерапии, лучевой терапии, проведение хирургического лечения, уровень сложности и др. факторы. Наименьшие затраты отмечаются при ЗНО молочных желез 1 ст., наибольшие – 3 ст. (с учетом оперативного лечения, числа курсов химиотерапии, лучевой терапии, количества проведенных койко-дней в круглосуточном и дневном стационарах) [3,5,6].

Результаты нашего анализа свидетельствуют о том, что проведение профилактических осмотров различных уровней (модель КДЦ «Белая Роза», диспансеризация определенных групп взрослого населения, предварительные и периодические медицинские осмотры), изменение ментальности населения по вопросам первичной профилактики неинфекционных заболеваний призвано повысить уровень выявляемости ЗНО в ранних стадиях, что позволит снизить затраты на лечение, реабилитацию, повысить качество жизни и снизить уровень смертности от злокачественных новообразований.

Список литературы

1. Заболеваемость всего населения России в 2014 году // Статистические материалы. Часть I. М.: МЗ РФ, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава, 2014. С. 5.
2. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. 2014. 250 с.
3. Колбин А.С., Курылев А.А., Проскурин М.А., Балыкина Ю.Е. Фармакоэкономический анализ применения деносумаба у пациентов, страдающих раком молочной железы с метастазами в кости // Качественная клиническая практика. 2015. №1. С.10-18
4. Краткая демографическая характеристика Архангельской области (без НАО) за 2015 год (данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Архангельской области) [Электронный ресурс] <http://miac29.ru/docs/statistics/> (дата обращения 10.11.2016г.)
5. Нгуен Тхи Тху Туй. Фармакоэкономический анализ лечения HER2-положительного рака молочной железы. Автореферат дисс. ... канд. фармацевтических наук. Москва, 2011.
6. Павлыш А.В. Фармакоэкономическая оценка эффективности химиотерапии в системе онкологической помощи. Автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 2015.
7. Состояние онкологической помощи населению Архангельской области в 2014 году. [Электронный ресурс] http://onko29.ru/docs/clinic_2014.pdf (дата обращения 10.11.2016г.)
8. Состояние онкологической помощи населению Архангельской области в 2015 году. [Электронный ресурс] http://onko29.ru/docs/clinic_2015.pdf (дата обращения 10.11.2016г.)
9. Фомина А.С., Орлова Т.П., Красильников А.В., Меньшикова Л.И. Совершенствование системы раннего выявления онкологических заболеваний женской репродуктивной системы и молочных желез на уровне первичной медицинской организации [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №3. –<http://www.science-education.ru/123-19518>

10. Щербакова Е.М. Заболеваемость населения России, 2014-2015 годы /Демоскоп Weekly. 2016. № 683-684. [Электронный ресурс] URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0683/barometer683.pdf> (дата обращения 10.11.2016г.)

Сведения об авторе

Фомина Анастасия Сергеевна – главный врач ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1», аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1»

163000, г.Архангельск, проспект Троицкий, 99, тел (8182) 21-50-26

адрес электронной почты: asfomina@bk.ru

Цыганова О.А., Боковой С.П., Баланда Р.В. АНАЛИЗ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2009-2014 ГГ.

Резюме

Проведен сравнительный и динамический анализ первичной онкоурологической заболеваемости взрослого населения Архангельской области за 2009-2014 гг. на основании данных официальной статистики (формы федерального статистического наблюдения №7). Выявлен рост первичной онкоурологической заболеваемости взрослого населения, что связано как с увеличением доли пожилого населения, так и с более эффективной выявляемостью заболеваний путем широкого охвата населения скринингом ПСА, УЗИ органов мочеполовой системы, ростом доступности КТ, МРТ.

Ключевые слова: онкоурологическая заболеваемость, первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями

В Архангельской области, как и в целом по РФ, сохраняется рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) [1, 2, 3, 4, 8]. Показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения Архангельской области в 2014 году составил 455,3 (РФ – 373,4), что на 6,0 % выше уровня 2013 г. (РФ – на 1,7% выше) и на 42,7 % (РФ – на 17,7%) выше уровня 2004 г. [7, 8].

В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями взрослого населения Архангельской области ЗНО простаты занимают 7 ранговое место (5,1%), ЗНО почек – 9 ранговое место (3,6%) и являются одной из важных причин снижения качества жизни, инвалидизации и смертности, создавая целый ряд проблем социального и экономического характера [5, 6, 8]. В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужского населения Архангельской области ЗНО простаты составляют 12,5%, уступая лишь ЗНО трахеи, бронхов, легких. Суммарно злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляют 22,6 % среди всех злокачественных новообразований мужского взрослого населения Архангельской области [7, 8].

Целью данного исследования является анализ онкоурологической заболеваемости взрослого населения Архангельской области за 2009-2014 гг. по данным официальной статистической информации.

Материалы и методы

Собрана и обобщена информация по первичной заболеваемости взрослого населения Архангельской области онкоурологическими заболеваниями с 2009 по 2014 гг. на основании данных официальной статистики (формы федерального статистического наблюдения №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», утв. приказом Федеральной службы государственной статистики №520 от 29.12.2011 г.).

Сравнительному и динамическому анализу подвергнуты данные первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями мочевого пузыря, предстательной железы, почек, яичек, полового члена.

В Архангельской области в 2014 г. зарегистрировано 711 человек с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования органов мочевыделительной или мужской половой систем, что составило 0,76 на 1000 населения. Тогда как в 2009 г. таких пациентов было выявлено в 1,2 раза меньше (590 человек) или 0,6 на 1000 населения. При анализе динамики первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями органов мочеполовой системы (почек, мочевого

пузыря, простаты, яичек, полового члена) взрослого населения Архангельской области за 2009-2014 гг. (рис.1) на фоне незначительных колебаний уровня заболеваемости отмечается значительный рост показателя (на 27%) в 2014 г.

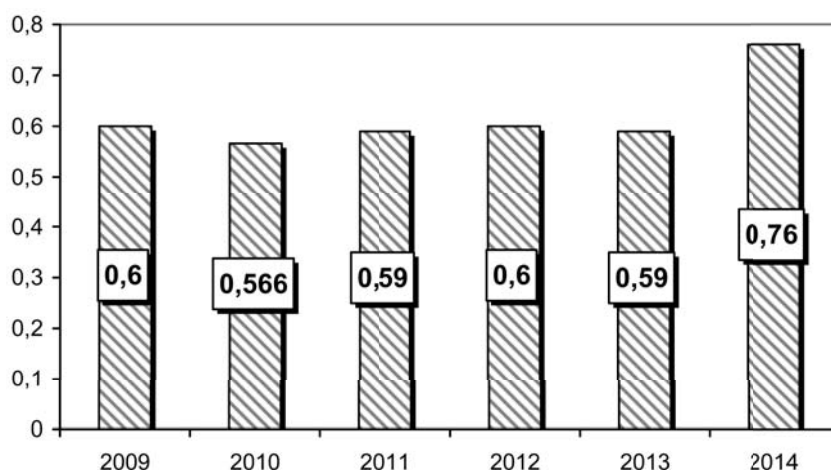


Рис.1. Динамика первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями органов мочеполовой системы (почек, мочевого пузыря, простаты, яичек, полового члена) взрослого населения Архангельской области в 2009-2014 гг. (на 1000 населения)

В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями органов мочеполовой системы взрослого населения Архангельской области в 2014 году лидирующее место занимают ЗНО простаты (42,6 %), на втором месте ЗНО почек (32,4 %), на третьем ЗНО мочевого пузыря (21,8 %). Доля ЗНО яичек – 1,8 %, ЗНО полового члена – 1,4 %. Обращает на себя внимание рост удельного веса ЗНО простаты в структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями органов мочеполовой системы. Так, в 2009 г доля данного заболевания среди всех ЗНО органов МПС составляла лишь 37,8% , тогда как в 2013-2014 гг. уже 45,5 и 42,6 % соответственно (рис.2).

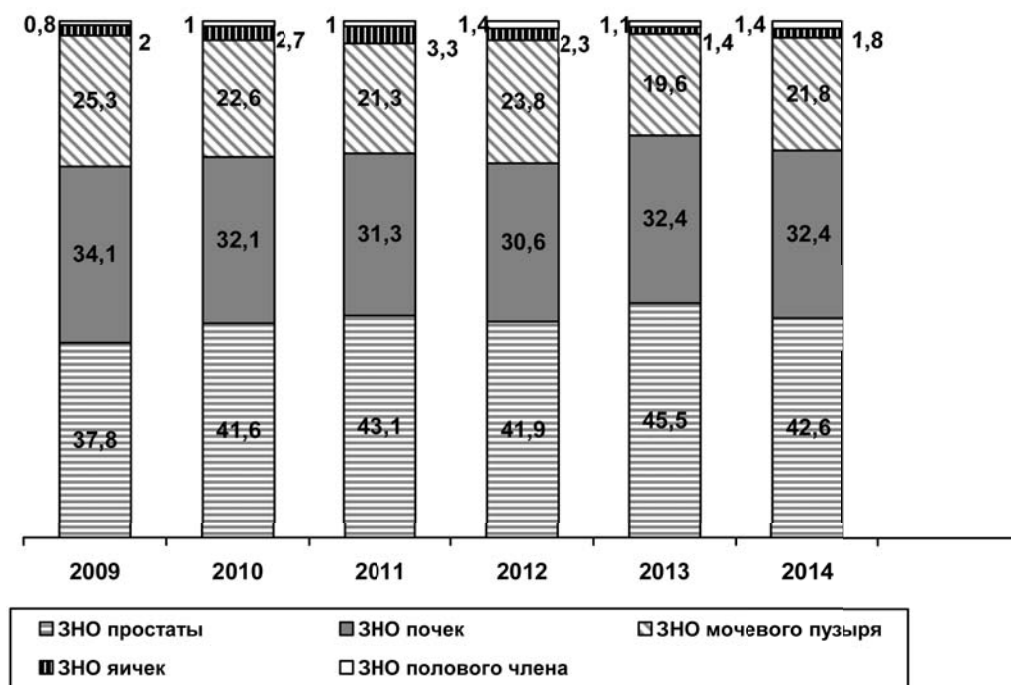


Рис.2. Динамика структуры первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями органов мочеполовой системы взрослого населения Архангельской области 2009-2014 гг.

Первое ранговое место в структуре онкоурологической заболеваемости занимают ЗНО простаты, составляющие в 2014 г. 0,32 на 1000 взрослого населения и демонстрирующие значительный

рост (в 1,4 раза) за период 2009-2014 гг. Если в 2009 г. их уровень составлял 0,50 на 1000 взрослого мужского населения, то в 2014 г. – уже 0,72 (рис.3).

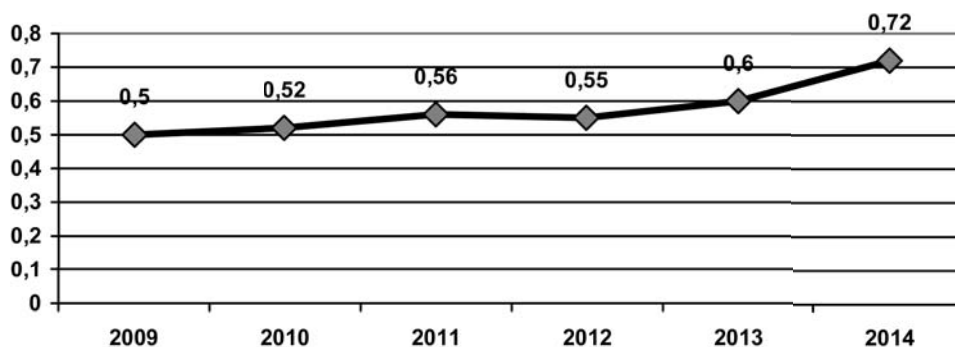


Рис.3. Первичная заболеваемость ЗНО простаты на 1000 взрослого мужского населения Архангельской области в 2009-2014 гг.

Второе место в структуре онкоурологической заболеваемости составляет рак почек. Первичная заболеваемость ЗНО почек у взрослого населения Архангельской области за последние 5 лет остается примерно на одном уровне и составляет 0,2 на 1000 населения в 2009 г. и 0,25 на 1000 населения в 2014 г. Однако обращает внимание прирост показателя на 25% за 2014 год (рис.4).

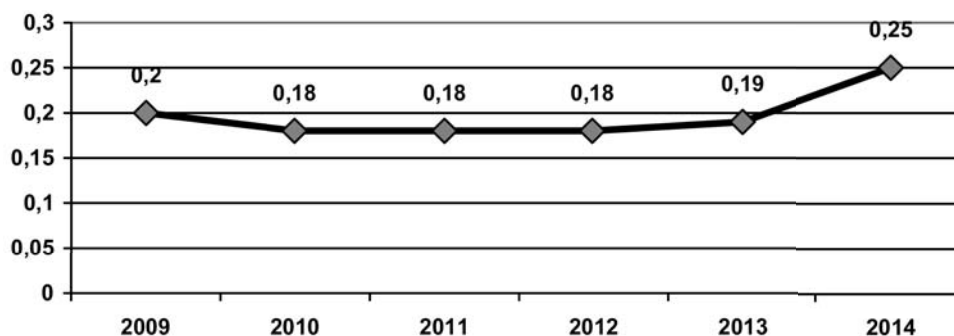


Рис.4. Первичная заболеваемость ЗНО почек на 1000 взрослого населения Архангельской области в 2009-2014 гг.

На третьем ранговом месте в структуре онкоурологической заболеваемости находятся ЗНО мочевого пузыря. Первичная заболеваемость ЗНО мочевого пузыря у взрослого населения Архангельской области также имеет тенденцию к росту – на 13% за исследуемый период. В 2009 г уровень ее составил 0,15 на 1000 населения, а в 2014 г – уже 0,17 на 1000 населения (рис.5).

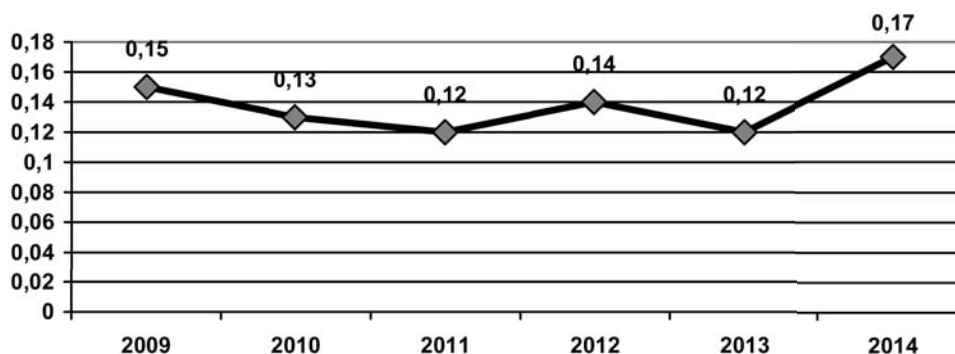


Рис.5. Первичная заболеваемость ЗНО мочевого пузыря взрослого населения Архангельской области на 1000 населения

Первичная заболеваемость ЗНО полового члена и яичек остаются в последние 5 лет примерно на одном уровне: 0,01 на 1000 населения и 0,03 на 1000 взрослого мужского населения соответственно. Анализ статистической информации позволяет констатировать следующие закономерности:

За последние пять лет (2009-2014 гг.) первичная заболеваемость населения Архангельской области онкоурологическими заболеваниями постоянно растет, что связано как с ростом доли пожилого населения, так и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью широкого охвата населения скринингом простат-специфического антигена (ПСА), ультразвукового исследования органов мочеполовой системы, доступности компьютерной и магниторезонансной томографии;

Показатель первичной заболеваемости ЗНО почек населения Архангельской области с 2009 г имеет стабильное значение, за исключением 2014 г, когда отмечен резкий рост заболеваемости (на 25%), связанный, по нашему мнению, с улучшением диагностики данного заболевания вследствие более широкого внедрения в рутинную клиническую практику таких методов лучевой диагностики, как ультразвуковое исследование, компьютерная и магниторезонансная томография;

Первичная заболеваемость ЗНО мочевого пузыря имеет волнообразное течение, однако в 2014 г также отмечается резкий рост показателя (более 40%), что связано с улучшением качества диагностики;

Существенный рост первичной заболеваемости ЗНО простаты (в 1,4 раза), обусловлен широким распространением в клинической практике определения простатспецифического антигена, который позволяет выявить бессимптомный локализованный опухолевый процесс.

Наблюдаемый (особенно в 2014 году) рост онкоурологической заболеваемости связан с введением новой системы диспансеризации населения. Включенные в программу диспансеризации обследования (общий анализ мочи, определение уровня простатспецифического антигена в крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости) позволяют заподозрить наличие ЗНО органов мочеполовой системы и направить пациента на более углубленное обследование, консультацию врача-специалиста (уролога, онкоуролога).

Значительный рост онкоурологической патологии, выявленный среди взрослого населения Архангельской области, требует разработки комплекса мероприятий по совершенствованию данного вида медицинской помощи, к которым могут относиться:

- разработка и реализация профилактических программ, направленных на предупреждение заболевания путем устранения вызывающих его факторов (первичная профилактика), а также раннюю диагностику злокачественного процесса и лечение предопухолевого и ранних стадий опухолевого поражения (вторичная профилактика);
- оценка потребности и, при необходимости, усиление первичного звена врачами-урологами;
- укрепление материально-технического оснащения первичного звена и специализированных учреждений с целью проведения скрининговых исследований, первичной диагностики онкоурологических заболеваний, и внедрения эффективных методов лечения;
- проведение обучающих семинаров для формирования онкоурологической настороженности участковых терапевтов, врачей общей практики, хирургов первичного звена;
- проведение информационной работы среди населения по профилактике и ранней диагностике ЗНО органов мочеполовой системы, в том числе через средства массовой информации, информационные стенды в медицинских организациях области;
- углубленное обследование жителей Архангельской области путем диспансеризации взрослого населения.

Список литературы

1. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Урология. 2008. №3. С.3-9.
2. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной статистики. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ecuro.ru/article/analiz-urologicheskoi-zabolevaemosti-v-rossiiskoi-federa>, 2011. (дата обращения 13.10.2016).
3. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003-2013 гг. // Экспериментальная и клиническая урология. 2015 г № 2. С. 4-12.
4. Кривонос О.В., Скачкова Е.И., Малхасян В.А. Состояние, проблемы и перспективы развития Российской урологической службы // Урология. 2012. № 5. С. 5-12.
5. Чиссов В.И., Русаков И.Г. Заболеваемость раком предстательной железы в Российской Федерации // Экспериментальная и клиническая урология. 2011. № 2-3. С. 6-7.

6. Щепин В.О., Молчанова Л.Ф., Калининская А.А., Качество жизни как критерий здоровья и эффективности лечебно-профилактической помощи. Ижевск. 2011. 172 с.

7. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2014 год. [Электронный ресурс]. – Режим доступа http://www.minzdrav29.ru/ministry/Open_data/Госдоклад%2010.06.2015.doc (дата обращения 13.10.2016)

8. Состояние онкологической помощи населению Архангельской области в 2014 году. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://onko29.ru/docs/clinic_2014.pdf (дата обращения 13.10.2016).

Сведения об авторах

Цыганова Ольга Альбертовна – д.м.н., доцент, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России; olgatsyganova13@gmail.com; (8182) 285784

Боковой Сергей Павлович – к.м.н., доцент кафедры хирургии ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России; главный внештатный уролог МЗ Архангельской области; sepalbok@mail.ru; (8182) 632840

Баланда Роман Вячеславович – клинический ординатор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России; drbalanda@yandex.ru; (8182) 632840

Цыганова О.А., Кривоносова А.В.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ДОХОДОВ ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

С целью изучения паттернов соучастия пациентов в финансировании здравоохранения изучены основные факторы, влияющие на уровень доходов пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения Архангельской области. Проведено анкетирование 603 пациентов. В результате исследования сделаны выводы о более низком уровне благосостояния пациентов, проживающих в сельской местности по сравнению пациентами городских медицинских организаций; о нахождении большинства неработающих пациентов за чертой бедности, что снижает доступность медицинской помощи для пожилых людей, студентов, безработных. Подтверждена закономерность современного общества, по которой хорошая профессиональная подготовка является основополагающим фактором достатка и играет решающую роль в преодолении бедности.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, доходы, расходы, городское и сельское население, абсолютная и относительная бедность, достаток.

Обеспечение доступности медицинской помощи, наряду с обеспечением ее качества, является идеологической основой поиска наиболее оптимальных форм организации предоставления медицинских услуг в Российской Федерации [3, 7].

Доступность медицинской помощи остается в последние годы основной целью государственной политики в области реформирования системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС), направленной на улучшение состояния здоровья населения путем совершенствования правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг [1, 5]. Необходимость развития системы управления доступностью медицинской помощи определена как одна из основных задач национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации [5].

Пациент, имеющий средний и высокий уровень доходов имеет возможность получать медицинскую помощь, как за счет программы государственных гарантий, так и за личный счет, что обеспечивает большую доступность медицинской помощи для данной категории пациентов [2, 4].

С целью изучения паттернов соучастия пациентов в финансировании здравоохранения нами было изучено влияние на доходы пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения таких факторов, как пол, возраст, место жительства, образование, род занятий, семейное положение, субъективная оценка состояния здоровья.

Метод исследования – социологический опрос (анкетирование) пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения Архангельской области (603 человека). Программное обеспечение исследования – SPSS Statistics.

Таблица 1

**Социально-экономическая характеристика пациентов по изучаемым признакам и их группам
(в % к числу лиц каждой группы)**

Наименование признака и его группа	Абсолютная бедность	Относительная бедность	Достаток	Итого	Величина среднедушевых доходов ($\pm m$)
Пол	$\chi^2 = 0,009$; $p = 0,996$				F = 0,92 P = 0,762
Мужчины	47,0	45,0	8,0	100	14,36 \pm 0,7
Женщины	47,0	45,0	8,0	100	14,63 \pm 0,4
Место жительства	$\chi^2 = 13,6$; $p = 0,001$				F = 19,880 P = 0,000
Город	40,8	49,2	10,0	100	15,97 \pm 0,5
Село	55,3	39,2	5,5	100	12,6 \pm 0,5
Возраст	$\chi^2 = 9,756$; $p = 0,283$				F = 1,973 P = 0,097
18-29	40,2	49,2	10,6	100	16,3 \pm 0,9
30-39	49,2	45,3	5,5	100	14,3 \pm 0,7
40-49	49,5	42,7	7,8	100	13,6 \pm 0,8
50-59	47,4	40,6	12,0	100	14,9 \pm 0,9
60 и старше	48,3	47,5	4,2	100	13,4 \pm 0,6
Род занятий	$\chi^2 = 40,3$; $p \leq 0,001$				F = 8,896 P = 0,000
Работающие, в т.ч.	37,2	50,9	11,9	100	
Рабочие	45,6	47,2	7,2	100	14,4 \pm 0,6
Служащие	37,4	48,3	14,2	100	17,0 \pm 0,6
Предприниматели	28,5	57,1	14,4	100	22,3 \pm 6,4
Неработающие	70,5	27,0	2,5	100	
Пенсионеры	54,8	43,2	2,0	100	12,4 \pm 0,5
Учащиеся	78,9	21,1	0,0	100	8,4 \pm 1,3
Безработные	77,8	16,7	5,5	100	10,0 \pm 1,8
Образование	$\chi^2 = 35,2$; $p \leq 0,001$				F = 22,6 P = 0,000
Среднее общее	59,4	39,1	1,5	100	12,3 \pm 0,8
Среднее специальное	52,8	41,9	5,3	100	12,9 \pm 0,4
Высшее	32,8	52,0	15,2	100	18,1 \pm 0,7
Семейное положение	$\chi^2 = 14,6$; $p = 0,068$				F = 0,719 P = 0,579
Семейные, в т.ч.					
В браке	46,5	46,2	7,3	100	14,6 \pm 0,5
В неофиц. браке	43,9	50,0	6,1	100	15,1 \pm 1,3
Одинокие:					
Холостые (одинокие)	55,4	39,9	10,7	100	13,6 \pm 1,2
Вдовы	41,3	54,0	4,7	100	13,4 \pm 0,9
Разведённые	50,8	32,2	17,0	100	15,8 \pm 1,5
Состояние здоровья	$\chi^2 = 13,9$; $p = 0,008$				F = 11,550 P = 0,000
Хорошее	35,6	51,6	11,8	100	17,2 \pm 0,7
Удовлетворительное	51,1	42,2	6,7	100	13,4 \pm 0,4
Плохое	55,3	40,4	4,3	100	13,1 \pm 1,1

Для оценки материального благосостояния потребителей медицинских услуг была проведена группировка изученного контингента по величине прожиточного минимума (за 1 квартал 2015 г. –

13249 руб.) и среднему доходу (за январь – июль 2015 г. 29635,1 руб.). Все опрошенные лица были объединены в три группы:

- малообеспеченные, т.е. находящиеся в состоянии абсолютной бедности и получающие доходы на одного члена семьи ниже или на уровне прожиточного минимума;
- относительно обеспеченные, т.е. пребывающие в состоянии относительной бедности и имеющие средние доходы в пределах от прожиточного минимума до среднего уровня доходов на душу населения в регионе;
- обеспеченные (достаток), величина средних доходов которых превысила средний уровень доходов на душу населения.

В настоящее время многие отечественные ученые все чаще обращают внимание на прямое влияние места жительства пациентов на величину их доходов. Нами также выявлены подобные закономерности. Так, к категории относительной бедности отнесены 49,2 % городских жителей и лишь 39,2 % сельских, к категории достаток – каждый десятый городской житель (10,0 %), что в 2 раза больше, чем на селе (5,5 %). Удельный вес малообеспеченных жителей села (55,3%) в 1,4 раза больше, чем среди городских жителей (40,8%).

Равным образом нами установлены значимые различия в доходах работающих и неработающих пациентов. Так, 11,9% работающих пациентов имеют доход выше среднего дохода на душу населения, таких среди неработающих в 4,8 раза меньше (2,5%). Неработающие потребители медицинских услуг живут в основном за чертой бедности (70,5%), таких среди работающих в два раза меньше (37,2%).

Полученные нами данные подтвердили давно известную зависимость величины доходов от уровня образования. Как и следовало ожидать, минимальные доходы имеют малообразованные, максимальные – высокообразованные пациенты. Так, среди пациентов с доходами, относящимися к категории «абсолютная бедность», лиц со средним образованием в 1,8 раза больше, чем с высшим. Еще более выражены различия среди пациентов, относящихся к категории «достаток». Таких среди лиц с высшим образованием в 2,9 раза больше, чем среди лиц со средним специальным и в 10,1 раз больше, чем среди лиц со средним образованием. По оценке ВОЗ, вероятность оказаться за чертой бедности для лиц с начальным образованием в 1,5 раза выше, чем для населения со средним и высшим образованием [2].

По нашим данным выявлена прямая зависимость между самооценкой здоровья и уровнем доходов пациентов. Лица с хорошей самооценкой здоровья имеют большие доходы, чем лица с удовлетворительной или плохой оценкой своего здоровья. Пациентов, оценивающих свое здоровье как хорошее (11,8%), в категории «достаток» в 2,7 раза больше, чем лиц с низкой самооценкой здоровья (4,3%). Стоит отметить, что доля пациентов с хорошей самооценкой здоровья в категории «абсолютная бедность» в 1,4-1,6 раза меньше (35,6%), чем пациентов с удовлетворительной и плохой самооценкой здоровья (51,1% и 55,3% соответственно).

Нами не выявлено достоверных различий в уровнях доходов мужчин и женщин, пациентов разных возрастных групп и семейного положения.

Таким образом, подводя итоги проведенного медико-социологического анализа, мы пришли к следующим выводам. Во-первых, обращает внимание низкий уровень благосостояния пациентов сельской местности, что соответствует данным других российских исследователей. Во-вторых, озадачивает тот факт, что большинство неработающих пациентов находятся за чертой бедности, что уменьшает доступность медицинской помощи пожилыми людьми, студентами, безработными. В-третьих, нами подтверждена закономерность современного общества, по которой хорошая профессиональная подготовка является основополагающим фактором достатка и играет решающую роль в преодолении бедности.

Основываясь на выводах данного исследования, можно дать ряд рекомендаций Министерству здравоохранения Архангельской области:

- укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, оказывающих помощь сельскому населению;
- финансирование проезда к месту получения первичной медико-санитарной врачебной специализированной медицинской помощи для сельских жителей;
- информирование пациентов о возможности реализации права на выбор медицинской организации и врача, о способах реализации данного права на территории Архангельской области;
- разработка и реализация программы повышения доступности граждан к специализированной медицинской помощи через расширение вариантов доступа, в виде совершенствования возмож-

ностей старых медицинских организаций, совершенствования системы маршрутизации, выездных форм работы медицинских организаций;

– поддержка инициатив, нацеленных на раскрытие проблем, возникающих при получении медицинской помощи в сельских и городских территориях.

Список литературы

1. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность / рук. Л.Н. Овчарова. Независимый институт социальной политики. М.: ГУ ВШЭ, 2005. С. 13-15.

2. Декларация о доступе медицинской помощи, утв. 40-й Всемирной медицинской ассоциацией, Вена, 1988. С. 37-45.

3. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. Собрание законодательства РФ, 26.01.2009, №4, ст.445.

4. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / С.В. Шишкин. Независимый институт социальной политики. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004. 248с. С.132-151.

5. Указ Президента РФ от 12.05.2009 N537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. 19.05.2008. – N 20. – Ст. 2290.

6. Шейман С.М. Платные медицинские услуги или фиксированные платежи / Здравоохранение. 2007. №4. С. 53-65.

7. Шишкин С.В. Российская система здравоохранения: вызовы и варианты действий / доклад на международной научно-практической конференции «Россия и мир: в поисках инновационной стратегии», 2012. С. 3.

Сведения об авторах:

Цыганова Ольга Альбертовна, д.м.н., доцент, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России; olgatsyganova13@gmail.com; (8182) 285784.

Кривоносова Алена Вячеславовна, аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России

Шалаурова Е.В., Лукашов А.Г.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Резюме

В статье приводятся сведения об актуальном состоянии системы социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Архангельской области. Путем проведения социологического опроса граждан пожилого возраста в Устьянском, Плесецком, Каргопольском районах были получены данные о наиболее актуальных проблемах, возникающих при получении медико-социальной помощи. С целью изучения востребованности социально-медицинских услуг в практике работы с пожилыми людьми на базе комплексных центров был проведен опрос получателей услуг, представлен обзор региональных технологий, направленных на совершенствование надомной формы социального обслуживания пожилых людей в отдаленных районах области. Представлены содержательные характеристики современных технологических основ медико-социальной помощи пожилым людям.

Ключевые слова: граждане пожилого возраста, медико-социальное обслуживание, социальная услуга, самообслуживание, надомное обслуживание.

Пожилomu возрасту присущи специфические проблемы: ухудшение состояния здоровья, снижение способности к самообслуживанию, большинство пожилых людей не удовлетворены состоянием своего здоровья. Из всех сфер жизни в наименьшей степени люди старших возрастов удовлетворены именно самочувствием. Для пожилых людей характерны слабые навыки и мотивация заботы о здоровье, невысокая ориентация на самосохранительное поведение [5]. Процесс старения особым образом влияет на состояние здоровья человека. В первую очередь он сопровождается развитием возрастных изменений в организме. С возрастом снижается доля заболеваний, протекающих остро

и увеличивается число хронических, которые носят множественный характер [4,6]. Наряду с медико-социальными проблемами, для данной категории граждан, характерно наличие социальных и психологических проблем [2].

Практически не исследованы особенности качества жизни населения пожилого и старческого возраста, проживающего в городской и сельской местностях российской части Баренц-Евроарктического региона, отсутствуют научно обоснованные региональные принципы совершенствования медико-социального обслуживания на отдаленных малозаселенных арктических территориях, что требует усовершенствования системы обслуживания/ухода, адекватной потребностям лиц старшей возрастной группы, в связи с возрастающими темпами постарения населения и ростом социальной напряженности [3].

Проблемы организации и качества медико-социальной помощи пожилому населению Архангельской области в настоящее время приобретают все большую актуальность. Анализ данных, представленных Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Архангельской области и Ненецкому автономному округу [1] позволяет с уверенностью утверждать, что направления социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста в ближайшие годы потребуют существенных вмешательств и научного обоснования вопросов повышения уровня и качества жизни старшего поколения.

Такой обобщающий показатель роли социальной защиты в ближайшей перспективе, как уровень демографической старости, по итогам 2015 г. в масштабах Архангельской области достиг 20,1 %, что соответствует очень высоким значениям. Только по сравнению с 2014 г. доля людей в возрасте 60 лет и старше увеличилась на 0,8 % (с 19,3 %), а за 10 лет – на 4,4 % (с 15,7 %). Основным фактором демографического постарения населения Архангельской области следует назвать отрицательные значения миграционного сальдо, фиксирующиеся уже на протяжении двух десятилетий, формируемые в значительной степени населением в трудоспособном возрасте. Так, общий коэффициент миграционной убыли в 2015 г. составил –67,8 в расчете на 10 тыс. чел. (около 85 % в структуре демографической убыли населения).

Характеристики деятельности сети учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов представлены в Архангельской области следующими данными за 2014–2015 гг. Число стационарных учреждений соответствующего профиля сократилось с 18 до 17, число мест в данных учреждениях – с 2734 до 2722. Число центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов осталось неизменным (23), но при этом, сократилось с 15 до 14 число отделений временного проживания в центрах, с некоторым увеличением их мощности – с 421 до 448 мест; увеличилось с 4 до 5 число отделений дневного пребывания с пропорциональным изменением общего количества мест (со 120 до 130). Число отделений социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов сократилось со 59 до 54, число специализированных отделений медико-социального обслуживания на дому данной категории населения – с 10 до 1.

Объемы деятельности по социальному обслуживанию пожилых людей и инвалидов в нестационарных условиях убедительно демонстрируют свое снижение. Так, численность лиц, обслуженных профильными центрами Архангельской области, в отделениях временного пребывания снизилась с 1082 в 2014 г. до 772 в 2015 г., в отделениях дневного пребывания – с 1917 до 1828. Контингент отделений социального обслуживания на дому также заметно уменьшился по численности, если в 2014 г. он составлял 9286 чел., то в 2015 г. – 7288 чел. Число граждан пожилого возраста и инвалидов, являвшихся получателями услуг специализированных отделений медико-социального обслуживания на дому, сократилось на порядок (с 985 до 90).

Вместе с тем, нуждаемость пожилых людей в социальном обслуживании нельзя назвать снижающейся. Обратное подтверждает один только факт того, что в стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов списки лиц, получавших такое обслуживание, превышают число мест в учреждениях: в течение 2014 г. – 2747 чел. (2734 места), 2015 г. – 2762 чел. (2722 места).

Основной причиной снижения объемов социальных услуг, оказываемых пожилым гражданам по нестационарным формам, является стоимостный фактор. Заметное снижение покупательной способности пенсий на фоне кризисных экономических явлений заставляет пожилых людей все чаще отказываться от сторонней помощи даже на условиях частичной оплаты услуг. Данное обстоятельство, безусловно, сказывается снижением качества жизни и актуализирует исследовательскую практику в направлении поиска оптимальных технологий, форм и методов социальной и медико-социальной работы с населением пожилого возраста.

Одной из наиболее востребованной групп услуг являются социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг, путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

С целью изучения востребованности социально-медицинских услуг в практике работы с пожилыми людьми на базе комплексных центров был проведен опрос, в котором приняли участие пожилые люди, находящиеся на надомном обслуживании. При выборе приоритетных принципов долголетия 72 % респондентов отдают предпочтение таким средствам сохранения здоровья, как правильное питание, занятия спортом, здоровый образ жизни, отсутствие стрессовых факторов, посильный труд, полноценный сон. По мнению респондентов, продолжительность жизни зависит от образа жизни, но семья и медицинское наблюдение также являются важными составляющими. Многие респонденты хотели бы увеличить свою двигательную активность, но при этом отметили, что в населенном пункте, где они проживают, нет такой возможности.

В учреждениях социального обслуживания Архангельской области накоплен значительный опыт работы с пожилыми людьми. Например, в Вельском комплексном центре социального обслуживания успешно реализуется проект «Третий возраст» в рамках которого проводятся мероприятия: «Души запасы в золоте», встреча с психологом на тему «Как преодолеть кризис в семье и личный кризис», психотерапевтическая группа «Слава Богу за все», для нормализации физического и психического статуса пожилых людей. Успешно работает «Школа безопасности для пожилых людей», «Технология здорового образа жизни в обслуживании людей пожилого возраста». Этот метод работы направлен на сохранение, поддержание, восстановление физического и психологического здоровья пожилых людей и ориентирован на достижение их независимости, улучшение качества жизни и эмоционального состояния.

В рамках работы комплексных центров изданы многие методические материалы: буклеты, брошюры о здоровом питании при различных заболеваниях, способах проведения лечебной гимнастики, методах закаливания, по обучению способам контроля состояния здоровья. Изучение и освоение пожилыми людьми этих материалов обеспечивает полноценную безопасную жизнедеятельность и реализацию способностей и запросов в повседневной жизни.

Социально-медицинская технология «Санаторий на дому» успешно реализуется с 2010 г. в целях улучшения социально-медицинского, социально-бытового и социально-культурного обслуживания ветеранов Великой Отечественной войны на территории Архангельской области. Основными ее задачами являются оказание ветеранам Великой Отечественной войны социально-бытовых, медицинских и социально-культурных услуг в надомных условиях, осуществление мероприятий, направленных на поддержание активного образа жизни граждан. Услугами «Санатория на дому» пользуются более 700 ветеранов ежегодно, их посещает врач, назначает лечение, социальные работники оказывают гарантированные услуги на бесплатной основе.

Отдельного внимания заслуживает оказание социально-медицинских услуг в условиях отдаленных сельских территорий Архангельской области. Анализ положения граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в условиях сельской местности, свидетельствует о наличии основных проблем: низкий уровень территориальной мобильности сельского населения, неразвитость систем связи и информационного обслуживания, ограниченность доступа к учреждениям, обеспечивающим базовые медико-социальные услуги населению.

Как показал опрос граждан пожилого возраста, проживающих в Плесецком, Онежском и Устьянском районах, социально-экономические проблемы в условиях сельской местности связаны с проживанием в ветхом жилье (35 %), зачастую практически без удобств. Квалифицированная медицинская помощь для 40 % опрошенных труднодоступна из-за отдаленности районной больницы, 63 % респондентов не удовлетворены проживанием в сельской местности по причинам отдаленности магазинов (41 %) или их отсутствия (31 %), отсутствия в торговом ассортименте товаров первой необходимости (28 %). Большинству респондентов пожилого возраста социальное обслуживание необходимо для общения (так считают 53 % опрошенных), для продолжения проживания в домашней среде (44 %), выполнения санитарно-гигиенических и лечебных процедур (28 и 19 % соответственно).

Повышение уровня и качества жизни как важное условие совершенствования образа жизни в пожилом возрасте – сложный комплексный процесс, в ходе которого достигается состояние физического и духовного здоровья, удовлетворенность условиями жизни, обеспеченность необходимыми материальными, духовными, культурными и социальными благами, устанавливаются гармоничные отношения пожилых людей с социальным окружением.

Список литературы

1. Аналитические отчет о предоставлении социальных услуг за 2014-2015г.г. // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Архангельской области и Ненецкому автономному округу [Электронный ресурс] // <http://arhangelskstat.gks.ru> (дата обращения 23.09.2016г.)
2. Волкова Т.Н. Социально-психологические проблемы старости // Вопросы психологии. 2005. № 2 С.118-126
3. Голубева Е.Ю. Качество жизни населения пожилого и старческого возраста в российской части Баренц-Евроарктического региона (на примере Архангельской области): пути совершенствования организации медико-социального обслуживания: дис. Док.биол.наук. Архангельск, 2012. С.5-6
4. Михайлова Г.Д., Фроленко Е.Н. Подготовка специалистов среднего звена в области социально-медицинской реабилитации пожилых людей // Медицинская сестра.2008. № 10.С.21-22.
5. Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 года» [Электронный ресурс] //ГАРАНТ.РУ: <http://www.garant.ru/news>. (дата обращения 20.09.2016г.)
6. Шабалин В.Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации // Успехи геронтологии. 2009. Т.22. № 1.С.186-195

Сведения об авторах:

Шалаурова Елена Викторовна – к.б.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г.Архангельск). Email-sheb29@mail.ru. Тел. +79115712242

Лукашов Андрей Геннадьевич – к.с.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г.Архангельск) Email- aagll@mail.ru Тел. +79116772100

Шпанькова Е.В.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ПЕРЕХОДА НА АУТСОРСИНГ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Аннотация: изучены теоретические аспекты и практический опыт организации аутсорсинга в предоставлении питания на примере ГБСУ АО «Маймаксанский психоневрологический интернат» г. Архангельска; сформулированы рекомендации по совершенствованию организации аутсорсинга питания в стационарном учреждении социальной защиты.

Ключевые слова: аутсорсинг питания, стационарное учреждение социальной защиты.

Введение. Функционирование отечественной системы социальной защиты в настоящее время происходит в чрезвычайно сложных политических и социальных условиях. В сложившихся обстоятельствах особенно актуальной становится проблема повышения эффективности деятельности организаций социальной защиты в условиях дефицита средств государственного бюджета [2]. Одним из главных направлений наиболее оптимального использования ресурсов системы социальной защиты является внедрение различных видов аутсорсинга [3,7].

Аутсорсинг является одним из составляющих стратегического управления, который позволяет сконцентрировать внимание руководства организации непосредственно на профильных функциях, не отвлекаясь на второстепенные [4]. Фирмы, специализирующиеся на предоставлении услуг аутсорсинга, как правило, имеют достаточно большой практический опыт в этой сфере, а конкретная специализация обеспечивает высококвалифицированное и качественное выполнение функций, передаваемых заказчиком в ведение аутсорсера [1].

На протяжении нескольких лет на территории Российской Федерации осуществляется внедрение аутсорсинга питания в работу учреждений здравоохранения [5,6]. В городе Архангельске и Архангельской области аутсорсинг питания получил распространение в государственных медицинских организациях, а среди учреждений социальной защиты такие примеры единичны.

Целью работы является изучение теоретических аспектов и практического опыта организации аутсорсинга в предоставлении питания на примере ГБСУ АО «Маймаксанский психоневрологический интернат» г. Архангельска и разработка рекомендаций по совершенствованию аутсорсинга.

Объектом исследования является организация аутсорсинга питания в стационарном учреждении социального обслуживания.

Предмет исследования – содержание и организация аутсорсинга питания на примере ГБСУ АО «Маймаксанский психоневрологический интернат» города Архангельска.

Результаты и обсуждение

В ноябре 2014 года ГБСУ АО «Маймаксанский психоневрологический интернат» в качестве пилотного проекта в системе учреждений социальной защиты населения Архангельской области перешел на новый вид организации питания в учреждении – аутсорсинг питания.

Причинами для принятия такого решения стали оптимизация численности персонала учреждения в соответствии с утвержденной «дорожной картой» учреждения, средний уровень оснащенности пищеблока современным оборудованием, необходимость периодического косметического ремонта помещений, а также высокие затраты на содержание пищеблока (коммунальные расходы, обслуживание оборудования, зарплату сотрудников, текучесть персонала и пр.). Выбор компании аутсорсера проводился на торгах на конкурсной основе (конкурс с ограниченным участием) с учетом следующих критериев: длительность существования аутсорсинговой компании на рынке диетического питания; опыт работы в Архангельске и Архангельской области; факты, подтверждающие успешность и эффективность использования аутсорсинговых услуг, предлагаемых компанией; ее концепция работы на рынке в сфере диетического питания; репутация руководителя аутсорсинговой компании.

Была проведена большая подготовительная работа, направленная на разграничение функций учреждения и аутсорсера (табл. 1, 2).

С введением аутсорсинга питания ведущая роль в организации диетического питания в учреждении отошла медицинской сестре диетической, компании аутсорсера. Она разрабатывает 14 – дневное сезонное меню, исключая повторяемость приготовляемых блюд, составляет меню-раскладки, контролирует кулинарную обработку и раздачу пищи, а также качество диетического питания, следит за санитарным состоянием пищеблока и оборудования. Медицинская сестра – ответственное лицо интерната, контролирует качество приготовленной пищи, раздачу пищи, санитарное состояние пищеблока и оборудования. В интернате налажен двойной перекрестный контроль. Медицинская сестра диетическая компании аутсорсера совместно с медицинскими сестрами интерната проводят беседы еженедельно с небольшими группами получателей социальных услуг, проживающих в интернате (с учетом специфики отделений). Эту работу контролируют старшие медицинские сестры интерната. Кроме того, диетическая сестра компании аутсорсера ведет и хранит необходимую документацию по организации диетического питания и предоставляет ее администрации учреждения. Пробу с приготовленной продукцией снимает дежурная медицинская сестра интерната, которая делает отметку в бракеражном журнале.

Таблица 1

Работы, проведенные для организации системы диетического питания

Перечень работ	Мероприятия по внедрению работ	Ответственный исполнитель	
		ГБСУ АО «МПНИ»	Аутсорсер
Подготовка регламентирующих документов по организации питания	- подготовка приказов по организации диетического питания. -организация работы Совета по питанию	+	-
Проведение работ по закупке продуктов питания	Проведение работ по закупке натуральных и специализированных продуктов питания	-	+
Проведение работ по обеспечению пищеблока и складских помещений дополнительным оборудованием	Проведение работ по закупке различного вида технологическое оборудование	-	+

Так как в интернате диетическое питание передано на полный аутсорсинг, то раздачу пищи получателям социальных услуг осуществляют буфетчицы компании аутсорсера. Дежурные медицинские сестры осуществляют кормление и следят, чтобы были соблюдены нормы питания.

С переходом интерната на аутсорсинг питания удалось исключить потерю продуктов на разных этапах доставки пищи получателям социальных услуг и осуществлять разноуровневый контроль ее качества. Блюда не повторяются в течение недели, их ассортимент расширен, энергетическая ценность и питательный состав отвечают нормативным требованиям. Пища готовится непосредственно на пищеблоке интерната и не подвергается повторной термической обработке. Получатели социальных услуг питаются в столовой или пища доставляется до постели проживающего.

Организация лечебного питания в учреждении

Перечень работ	ГБСУ АО «МПНИ»	Аутсорсер
Проведение работ по организации питания в учреждении	+/-	+
Проведение работ по определению перечня лечебных рационов питания	+/-	+/-
Проведение работ по определению перечня диетических блюд	+/-	+
Подготовка карточек – раскладок диетических блюд	+/-	+
Составление 14-дневного меню стандартных и специальных меню	+/-	+

С целью оценки удовлетворенности пациентов учреждения новой системой питания ежеквартально проводится анкетирование порядка 60-100 человек. По результатам исследования, 90-95% респондентов удовлетворены качеством пищи и разнообразием блюд.

Переход на аутсорсинг питания позволил сократить финансовые издержки интерната, т.к. услуги фирмы-аутсорсера стоят дешевле, чем содержание собственного персонала соответствующей квалификации, пищеблока, технического оборудования, проведение закупок продуктов питания, оплаты коммунальных услуг. Например, при существовании службы питания интерната стоимость одного койко — дня составила бы 362 рубля, в настоящее время стоимость питания получателя социальных услуг 330 рублей. Ежегодно имеется до 10% экономии при оплате коммунальных услуг за счет передачи помещений пищеблока в аренду аутсорсеру. Данные денежные средства перенаправляются на другие нужды интерната (табл.3).

Таблица 3

Сокращение финансовых издержек по оплате коммунальных услуг.

Коммунальные услуги	Ноябрь-декабрь 2014г.		2015 г.		На 01.10.2016г.	
	оплачено, руб	возмещено аутсорсером, руб	оплачено, руб	возмещено аутсорсером, руб	Оплачено, руб	возмещено аутсорсером, руб
вода	760715,23	17463,39	850060,58	82225,71	661486,79	94520,82
тепло	582709,05	54774,80	2590777,50	216654,04	1860314,49	171131,45
электричество	238433,39	25547,07	1506807,04	126133,22	1117361,87	101890,99

Сокращение штатной численности поваров и кухонных работников (20 чел.) позволило ввести в штатное расписание дополнительные ставки медицинских сестер, санитарок и санитаров. Персонал пищеблока полностью перешел на работу к аутсорсеру.

Площади пищеблока и продовольственного склада, оборудование сданы в аренду аутсорсеру. Ежемесячно бюджет интерната пополняется на 117831,63 руб., что составляет более 1,4 млн рублей в год. Данные денежные средства перенаправляются на другие нужды интерната. Кроме того, в результате высвобождения шести буфетных удалось организовать комнаты для персонала, получателей социальных услуг.

В интернате внедрена система внутри- и вневедомственного контроля. Внутриведомственный контроль проводится непосредственно самим аутсорсером: разработка меню стандартных диет и индивидуального питания; выбор продуктов питания для приготовления пищи; контроль над выполнением суточных норм и т.п. Вневедомственный контроль находится в компетенции Совета по питанию учреждения: плановая и внеплановая проверка качества продуктов при поступлении их на продуктовый склад аутсорсера и наличия документов, подтверждающих их качество; плановая и внеплановая проверка условий хранения продуктов питания на продуктовом складе аутсорсера; плановая и внеплановая проверка качества и выхода готовой продукции как на пищеблоке, так и в отделениях; ежедневный контроль за санитарно — эпидемиологическим состоянием пищеблока, сотрудниками пищеблока (обучение, медицинские осмотры и т.д.); контроль выполнения программы производственного контроля; плановый контроль за содержанием арендуемых помещений, техническим состоянием оборудования.

Заключение

Для повышения эффективности аутсорсинга в сфере лечебного питания стратегию аутсорсинга необходимо разрабатывать в соответствии с общим планом развития учреждения, четко определив цели и задачи. Требуется выявить риски и оценить имеющиеся у учреждения финансовые ресурсы. Принимая решение о передаче на аутсорсинг процесса приготовления пищи, следует правильно определить, какие именно функции будут переданы. Контракты необходимо заключать на длитель-

ные сроки, чтобы у предпринимателей была возможность инвестировать серьезные денежные средства в техническое переоснащение пищеблоков. Необходимо проводить объективный расчет стоимости услуги. Также было бы полезно разработать систему дополнительных показателей качества питания (в настоящее время используются только вес в граммах и энергетическая ценность в ккал).

Следует отметить, что, несмотря на делегирование полномочий по организации лечебного питания компании – аутсорсеру, контроль за процессом приготовления пищи, качеством диетических блюд, полным и целевым использованием финансовых средств несет организация – заказчик. Передача полномочий по приготовлению пищи не является для руководителя учреждения – заказчика снятием с него ответственности за процесс диетического питания. Обязательность такого контроля со стороны организации — заказчика и доступ ее представителя для его проведения должны быть отражены сначала в техническом задании для проведения конкурсной процедуры, а затем и в контракте, заключаемым с аутсорсером.

Выводы:

1. Достоинствами аутсорсинга в учреждении социальной сферы являются следующие: создание условий для повышения качества основных социальных услуг в учреждении; возможность перераспределения высвобожденных в результате экономии средств учреждения на другие нужды; перевод рисков при организации питания на внешнего исполнителя (аутсорсера).

2. Недостатками аутсорсинга питания считаем зависимость от внешнего исполнителя, заключающуюся в риске неисполнении контракта, что требует постоянного контроля со стороны руководства учреждения; ограничение доступа для учреждения как заказчика к значимой информации; сложности возврата функции обратно к учреждению при неудовлетворительном качестве исполнения контракта.

Таким образом, основная цель аутсорсинга в системе организации лечебного питания, являющегося важной составляющей оздоровления, заключается в создании условий для фокусирования социального учреждения на основной деятельности — предоставлении социальных услуг.

Список литературы

1. Андрианов А. Ю. Аутсорсинг как технология муниципальных социальных функций // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015.Т. 13. С. 871–875. URL: <http://e-koncept.ru/2015/85175.htm>.

2. Аникин Б.А., Рудая И.Л.. Аутсорсинг и аутстаффинг: высокие технологии менеджмента: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Инфра — М. 2009. С.320.

3. Зайнашева З.Г., Семкина О.С. Государственно – частное партнерство в сфере предоставления социально значимых услуг// Вестник университета (ГУУ). 2013. №3. С. 29-36.

4. Кабашкин В.А. Государственно-частное партнерство: международный опыт и российские перспективы М. 2010. С. 318-320.

5. Технология аутсорсинга в сфере социального обслуживания / Проня О.И. [и др.]. Сургут. 2013. С.48.

6. Рождественская Л.Н. Аутсорсинг как катализатор инновационного развития социального питания. Новосибирск. 2016. С.6.

7. Филиппова Д.Б. Государственное частное партнерство в социальной сфере // Санкт-Петербургский государственный экономический университет. СПб.2013. С. 1-6.

Сведения об авторе:

Шпанькова Евгения Викторовна – директор ГСУ «Маймаксанский психоневрологический интернат»

Щавелева М.В., Вальчук Э.А., Панулина Н.И., Королько А.С.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ИСТОРИЯ, СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Резюме

После обретения независимости Республика Беларусь сохранила и сохраняет государственную систему здравоохранения. Вместе с тем, здравоохранение республики не осталось застывшей советской системой, а подверглось значительным структурным и организационным трансформациям.

Цель работы: на основе анализа показателей, характеризующих демографическую ситуацию в Республике Беларусь, законодательных и нормативно-правовых документов провести анализ развития системы здравоохранения Республики Беларусь в течение последних 25 лет. Методы: исторический, анализ литературных источников, статистический.

Ключевые слова: здравоохранение, здоровье, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, первичная медицинская помощь, реформирование

27 июля 1990г. Верховный Совет БССР принял декларацию о государственном суверенитете, 19 сентября 1991 г. утвердил новое название – Республика Беларусь [5]. После обретения независимости Республика Беларусь сохранила и сохраняет государственную систему здравоохранения. Вместе с тем, здравоохранение республики не осталось застывшей советской системой, а подверглось значительным структурным и организационным трансформациям. При этом направления реформирования системы здравоохранения Республики Беларусь во многом совпадают с общемировыми тенденциями.

Для того чтобы представить, какой рывок совершило здравоохранение республики в течение последних 25 лет, достаточно обратиться к ряду медико-демографических показателей – важнейшим показателям общественного развития [5].

В период 1959 – 1989 гг. в республике регистрировался рост численности населения, который продолжался до 1994 г. и носил «компенсационный» характер с учетом потерь в численности населения во время войны: на начало 1941 г. число жителей в БССР составляло 9046,1 тыс. чел., а в 1959г. – 8055,7 тыс. чел. [8]. В 1993г. в стране впервые с 1959 года зарегистрирован отрицательный естественный прирост, достигший в 2002г. максимального значения (-5,9‰) [8] и во многом определявший демографическое развитие до настоящего времени. Справочно: численность населения республики на конец 2015г. – 9498,0 тыс. чел.; в 2015 году естественная убыль населения составила (-0,1‰) [7].

На фоне негативных показателей естественного движения населения наблюдалась деформация его половозрастной структуры: уменьшение доли населения младше трудоспособного возраста (1959г. – 31,3%; 2015 – 17,3%) и, соответственно увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста (1959 – 13,5%; 2015 – 24,82%). В составе населения республики преобладают лица женского пола. В 1959 г. разница между численностью женского и мужского населения составила 892,7 тыс. чел; в 2015г. – 656,8 тыс. человек. На сохранение значительной разницы в численности женского и мужского населения повлиял сложившийся в определенные годы *феномен «сверхсмертности»* мужского населения трудоспособного возраста.

Самым наглядным показателем, отразившим сложность медико-демографических процессов в период становления национальной системы здравоохранения республики, является показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (ОППЖ) при рождении (табл.1).

Таблица 1

Динамика показателя ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении населения БССР (Республики Беларусь) в 1958 – 2015 годах

Год	1958-1959	1964-1969	1979	1989	1999	2009	2015
ОППЖ, лет	70,3	72,9	71,4	71,8	67,9	70,5	73,9

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют, что в течение длительного времени наиболее благоприятными с точки зрения динамики данного показателя были 60-е годы: благоприятная демографическая ситуация и успешность экстенсивного развития советского здравоохранения нашли отражение в высоком показателе ОППЖ. Вместе с тем, 1999 год был самым неблагоприятным для республики по показателю ОППЖ с 1959 года и явился интегрированным отражением проблем, связанных с неустойчивостью экономического положения населения, социальной сферы и системы здравоохранения (в т.ч. изжившего себя экстенсивного пути развития) в период распада СССР и становления белорусской государственности.

Провозглашенный Конституцией Республики Беларусь (ст.45) принцип гарантированности права «на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения», а также гарантия создания условий «доступного для всех граждан медицинского обслуживания» [1] требовали конкретного законодательного и структурно-организационного воплощения.

Развитие здравоохранения пошло по пути *полного* охвата населения медицинской помощью, предоставляемой за счет бюджетных средств, государственного регулирования и планирования с реализацией комплекса национальных/государственных программ в сфере охраны здоровья населения.

Как указывалось выше, **здравоохранение республики сохранило государственный характер.** Законом «О здравоохранении» [2] определено, что «основой здравоохранения Республики Беларусь является государственная система здравоохранения». В таблице 2 представлены наглядные данные, характеризующие сеть (по коечному фонду и учреждениям, оказывающим первичную медицинскую помощь) государственной системы здравоохранения в 1990 и 2015 годах.

Таблица 2

Данные, характеризующие сеть государственной системы здравоохранения Республики Беларусь

	Больничные организации	Коечный фонд	Участковые больницы/коечный фонд	Больницы сестринского ухода/коечный фонд	Самостоятельные поликлиники и амбулатории	ФАПы
1990	854	131367	447/15270	нет	435	3012
2015	599	93157	141/3886	103/2667	874	2143

Данные свидетельствуют о перераспределении объемов оказываемой помощи и средств, на ее выделяемых, в пользу первичной медицинской помощи (ПМП): увеличение числа самостоятельных поликлиник и амбулаторий на фоне уменьшения количества больничных организаций и коечного фонда. Мировой опыт показал, что успешность осуществления реформ здравоохранения гарантируется лишь в том случае, если среди основных целей их проведения определена аллокационная эффективность – распределение ресурсов по приоритетным направлениям деятельности. На сегодняшний день ПМП (ПМСП) признана ВОЗ как наиболее эффективный вид оказания медицинской помощи. Эта эффективность определяется массовостью, доступностью, возможностью комплексного решения в рамках оказания данного вида помощи задач профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Еще одно свойство, обеспечивающее эффективность ПМП, – это ее «отзывчивость» на запросы системы здравоохранения и пациентов (мобильность), т.е. способность к быстрым организационным изменениям. В этой связи в течение последних лет Законом о бюджете предусмотрено «на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом скорой медицинской помощи ... не менее 40 процентов от общего объема финансирования расходов на здравоохранение, предусмотренных для соответствующей административно-территориальной единицы». Вместе с тем, система здравоохранения республики отказалась от экстенсивного пути развития, в т.ч. и ПМП. Интенсивное развитие ПМП – это не просто доступность за счет наращивания численности (мощности) поликлиник и практик, количества посещений, а эффективность предоставления помощи, четкое определение индикаторов качества ее оказания.

В 2000 году Советом Министров Республики Беларусь было принято постановление «О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения» [3], обязавшее Министерство здравоохранения обеспечить деятельность системы на основе норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя.

Некоторые направления реформирования государственной системы здравоохранения республики отражены в схеме профессора В.С.Глушанко [6].



Рис. 1. Схема белорусской модели здравоохранения (по В.С.Глушанко, 2016)

В данной схеме отражены еще несколько этапов (направлений) реформирования, через которые прошла государственная система здравоохранения республики.

В ноябре 1999 г. был принят Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» №322-З, определивший, что государственный минимальный социальный стандарт – это минимальный уровень государственных гарантий социальной защиты, обеспечивающий удовлетворение основных потребностей человека, выражаемый в нормах и нормативах предоставления денежных выплат, бесплатных и общедоступных социальных услуг, социальных пособий и выплат. Государственные минимальные социальные стандарты устанавливаются в целях обеспечения механизма реализации конституционных прав граждан в области социальных гарантий... Механизмом реализации данного Закона явились постановления Совета Министров, в которых были утверждены социальные стандарты различной направленности: жилищно-коммунальное хозяйство, образование, культура и пр. Стандарты в области здравоохранения также нашли отражение в этих документах.

Территориально-технологические уровни, заданные на формирование и обеспечение функционирования которых также поступило в начале 00-х, обеспечивают принцип социального равенства и закрепляют равное право граждан на доступное медицинское обслуживание на всех уровнях оказания медицинской помощи [6]. В республике сложилось 4 уровня оказания помощи: от районного – до республиканского, чаще всего функционирующего на базе республиканских научно-практических центров (РНПЦ).

Введение норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя позволило обеспечить реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. С 2003г. Министерством здравоохранения ежегодно утверждаются среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи, в т.ч. первичной, специализированной и высокотехнологичной, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения за счет средств бюджета.

В приведенной схеме отдельно выделен такой раздел как «Система охраны здоровья матери и ребенка». Одним из 9-ти принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения является «приоритетность медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения, несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и в послеродовой период, инвалидов и ветеранов в соответствии с законодательством Республики Беларусь» [2]. В 60-90-е годы прошлого века в республике было обеспечено значительное снижение показателей младенческой смертности: соответственно, с 34,9 на 1000 родившихся живыми в 1960 году до 3,0 в 2015 [6]. Случаев материнской смертности в 2015 году в республике не зарегистрировано. В мировом рейтинге по условиям материнства (независимая организация «Save the children») республика занимает 25 место (1-ое среди стран СНГ). Всему вышеперечисленному способствовала планомерно проводимая государственная политика, направленная на сохранение здоровья женщин и детей.

Как указывалось выше, развитие здравоохранения республики предполагало и предполагает реализацию комплекса национальных/государственных программ в сфере охраны здоровья населения. Разрабатываемые на основе принципов проблемно-целевого планирования они позволяют провести должное ресурсное обеспечение мероприятий (в дополнение к средствам, выделяемым по нормативу бюджетной обеспеченности), направленных на решение проблем, наиболее остро стоящих перед здравоохранением в тот или иной период. В марте 2016г. постановлением Совета Министров Республики Беларусь утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 годы. Заказчиком-координатором данной программы определено Министерство здравоохранения. Программа представлена 7-ю основными разделами, подпрограмма «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» (подпрограмма №2) направлена на решение проблем неинфекционных заболеваний (НИЗ), представляющих значимую угрозу не только для здравоохранения Республики Беларусь [4].

Признанием вклада здравоохранения республики в борьбу с НИЗ стало проведение 21-22 октября 2015г. в Минске Европейской министерской конференции «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики «Здоровье 2020», основным девизом которой прозвучало: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща».

Кроме государственной системы здравоохранения, структуру здравоохранения республики формируют [2]: негосударственные организации здравоохранения; другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность в порядке, установленном законодательством; индивидуальные предприниматели, осуществляющие в установленном законодательством порядке медицинскую, фармацевтическую деятельность. Не-

государственный сектор в объеме предоставляемых медицинских услуг населению республики составляет примерно 7%. Государством разработан механизм защиты пациентов от возможности получения медицинской помощи ненадлежащего качества в данном секторе.

Таким образом, здравоохранение республики в течение последних лет развивалось в соответствии со следующими рекомендациями ВОЗ: ««Здоровье-2020» признает и всемерно приветствует широкое разнообразие систем и подходов к охране здоровья, действующих в странах Европейского региона. Цель этой политики – *не в приведении* систем здравоохранения *к единому образцу*, но в том, чтобы все они *стали более совершенными*».

Список литературы

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). Минск: Амалфея, 2006. 48 с.
2. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь 18 июня 1993 г. № 2435 – XII (в ред. Закона Республики Беларусь от 16.06.2014 N 164-3)
3. О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 10 авг. 2000 г. №1225 (ред. от 01.08.2002)
4. Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016 – 2020 годы: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 14 марта 2016 г. №200
5. Вальчук Э.А., Тищенко Е.М. Реализация конституционного права на охрану здоровья населения в Республике Беларусь // Медицинские новости. 2015., №1. С.63 – 67
6. Глушанко В.С., Михневич Е.В., Алферова М.В. и др. Результативность белорусской модели здравоохранения и ее перспективность // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы VI Международной научно-практической конференции. Гомель: ГомГМУ, 2016. С.17 – 19
7. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник. Минск, 2016. 442 с.
8. Щавелева М.В., Глинская Т.Н., Гулицкая Н.И. Тенденции демографических процессов в Республике Беларусь // Здравоохранение. 2014., №1. С.20 – 26

Сведения об авторах:

Щавелева Марина Викторовна – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО); канд. мед. наук, доцент; mvsch@tut.by; +375295513754

Вальчук Эдуард Антонович – профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО; доктор медицинских наук, профессор; valchukoziz@yandex.by; +375296497252

Панулина Наталья Ивановна – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО; кандидат медицинских наук; +375293670724

Королько Андрей Степанович – главный врач учреждения здравоохранения «Минская областная клиническая больница», budenithi@mail.ru; +375296334931

Щербинина И.А., Флоря Е.Ю.

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Привлечение финансовых, организационных и иных ресурсов частного сектора экономики государственными органами в медицинскую деятельность является общемировой тенденцией. Внедрение инновационных практик лечения, улучшение качества оказания медицинской помощи, новое технологическое оснащение клиник, подготовка и переподготовка профессиональных кадров сферы здравоохранения обуславливают необходимость привлечения частных инвестиций.

Целью работы является оценка преимуществ, недостатков и рисков внедрения государственно-частного партнёрства в здравоохранении на территории Приднестровской Молдавской Республики с помощью сотрудничества с Российской Федерацией.

Методы и материалы: интернет-сайты Министерства здравоохранения ПМР и Российской Федерации, обзор литературы по данной проблеме.

Результаты и их обсуждение. Государственно-частное партнёрство определяется как взаимовыгодное сотрудничество государственного партнёра, с одной стороны, и частного партнёра, с другой

стороны (партнёрские отношения), в реализации социально и общественно значимых государственных проектов и программ, которое осуществляется путём заключения и исполнения соглашений в государственно-частном партнёрстве.

Высокий интерес к государственно-частному партнёрству, его различным видам определяется тем, что сотрудничество органов государственной власти с частными партнёрами в различных областях, в том числе и в здравоохранении, может предложить и обеспечить ряд преимуществ и возможностей [5]. В Российской Федерации государственно-частное партнёрство действует более 10 лет. В крупных клиниках г. Москвы, Санкт-Петербурга и других городов оказание ряда подсобных услуг проводится частными компаниями.

Исходя из опыта стран, внедривших государственно-частное партнёрство в системе здравоохранения, можно выделить следующие его преимущества [2]:

- позволяет существенно увеличить финансовое и иное ресурсное обеспечение проектов, реализовывать более масштабные, инновационные и эффективные проекты в ускоренные сроки;
- позволяет интенсифицировать реализацию инфраструктурных и иных проектов;
- эффективно сокращает государственные расходы на реализацию проекта и обеспечивает наиболее эффективное и оптимальное соотношение цен и услуг;
- обеспечивает непрерывность реализации инфраструктурных проектов (строительства, модернизации и др.);
- эффективно оптимизирует распределение рисков и управление рисками;
- повышает эффективность использования государственных ресурсов;
- снимает с государства существенную долю организационной и временной нагрузки;
- повышает качество предоставляемых инфраструктурных и иных возможностей и услуг;
- стимулирует многостороннее сотрудничество;
- обеспечивает большую гибкость в проектировании.

Помимо преимуществ существует и ряд недостатков государственно-частного партнёрства в здравоохранении. Из них можно выделить следующие:

- конфликт между финансовой и социальной целями проекта, когда предпочтение отдаётся финансовой прибыли;
- высокие риски – как для частного партнера, так и для партнера государственного;
- более высокая цена и проблемы изначальной существенной завышенности стоимости проектов;
- асимметричность возможностей государственных и частных партнеров в оценке и прогнозировании проектов;
- достаточно высокая сложность реализации на практике оптимального распределения рисков между участниками соглашения;
- высокая коррупциогенность проектов в сфере государственно-частного партнерства.

В Российской Федерации существует несколько моделей государственно-частного партнёрства.

Первая модель, когда частный партнёр осуществляет работы по реконструкции государственных медицинских организаций с получением права эксплуатировать и обслуживать инфраструктуру реконструируемых учреждений в течение срока, окупающего их финансовые вложения. Государству данная модель выгодна в случае отсутствия достаточных ресурсов для самостоятельной реконструкции медицинского объекта. Возможно доленое финансирование со стороны государства и бизнеса.

Вторая модель, при которой государство строит медицинскую организацию за свой счет, а затем передает ее частному партнеру в доверительное управление с правом выкупа. Выбор данной модели чаще обусловлен невозможностью обеспечить эксплуатацию медицинской организации и оказание услуг без участия частного партнера.

Третья модель, при которой строительство медицинской организации осуществляется частным партнером по заданию государства, а по завершении строительства инфраструктура передается партнеру, который получает право на оказание медицинских услуг и управление медицинской организацией.

Государственно-частное партнерство является эффективным инструментом решения ряда важных социально-экономических задач, в том числе способствующим повышению качества обслуживания пациентов и доступности дорогостоящих видов лечения, а также модернизации системы информирования, повышению уровня квалификации медицинского персонала. Как показывает мировая практика, совместная работа государства и бизнеса и в системе обязательного медицинского страхования, и в проектах по модернизации системы здравоохранения на основе государственно-

частного партнерства более эффективна, чем в тех случаях, когда система здравоохранения находится исключительно в ведении государства. В России интеграция частных инвесторов в государственное здравоохранение только начинает развитие.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в рамках государственно-частного партнерства в 24 регионах активно развиваются инфраструктурные проекты: фельдшерско-акушерские центры, кабинеты врачей общей практики, центры семейной медицины и прочие [4]. Так, государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения развивают республики Татарстан, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, а также Новосибирская, Самарская, Белгородская, Нижегородская, Ленинградская, Вологодская, Липецкая, Калужская, Рязанская, Свердловская и Ростовская области, Ставропольский край и город Москва.

Практика реализации таких проектов сегодня включает несколько ключевых моделей партнерства, в том числе ведение хозяйственной деятельности бизнес-организацией в течение определенного срока, строительство и эксплуатацию объектов инфраструктуры частными инвесторами, а также доленое финансирование создания новых объектов.

Перспективной сферой внедрения государственно-частного партнерства является система обязательного медицинского страхования [3]. Введение в практику возможности частичного зачета средств обязательного медицинского страхования при лечении в частной клинике в значительной степени будет способствовать интеграции частного капитала в систему оказания медицинской помощи населению, развитию добровольного медицинского страхования, изменению налогообложения прибыли медицинских организаций и бизнеса, вкладывающего деньги в развитие здравоохранения.

В Приднестровской Молдавской Республике Министерство здравоохранения определило приоритеты для реализации государственно-частного партнерства. К ним относятся такие направления, как лабораторная и инструментальная диагностика, реабилитационное направление. При этом появляется возможность предоставления новых медицинских услуг, улучшение качества медицинских услуг, усовершенствование подготовки кадров системы здравоохранения. Принят и вступил в силу соответствующий закон «О государственно-частном партнерстве», а также Концепция развития государственно-частного партнерства на 2015–2019-е годы.

Учитывая плюсы и минусы государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, существует риск коррупции в данном направлении и повышения цен на платные услуги, предоставляемые частным партнером.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы: в настоящее время внедрение государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения на территории Приднестровской Молдавской Республики при использовании опыта в этом направлении Российской Федерации может не только улучшить качество оказания медицинской помощи, обеспечить ее доступность, но и расширить перечень услуг с применением всех моделей партнерства.

Список литературы

1. <http://minzdrav.gospmr.org/> ; <http://www.rosminzdrav.ru/>
2. Колесников С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stel-vl.nichost.ru>.
3. Черепов В. О системном подходе к стратегии реформирования здравоохранения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosmedstrah.ru>.
4. Шейман И. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000 г. № 5.6/45.
5. Щербук Ю., Кадыров Ф., Хайруллина И. Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2008. № 2.

Сведения об авторах:

Щербинина Ирина Алексеевна – преподаватель кафедры “Профилактическая медицина с курсом истории медицины” медицинский факультет Приднестровский Государственный Университет им. Т.Г.Шевченко г. Тирасполь, ПМР; e-mail: shcherbinina_81@mail.ru
tel: +373-778-32371

Флоря Евгений Юрьевич – студент, староста 4 курса медицинского факультета Приднестровского Государственного Университета им. Т.Г. Шевченко г. Тирасполь, ПМР; e-mail: floryamedik@mail.ru

tel: +373-777-77247

Яшкович В.А., Ермеева А.А., Растегаева Е.С.
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Резюме

На современном этапе развития системы здравоохранения Российской Федерации актуально оказание населению комплексной медико-психологической помощи при лечении табачной зависимости. В статье отражены современные подходы к лечению табачной зависимости и обоснована эффективность новой формы работы при оказании помощи в отказе от курения в условиях психоневрологического диспансера.

Ключевые слова: психотерапия, табачная зависимость, лечение, кабинет помощи отказа от курения.

Введение

Темп роста числа курящих в России является одним из самых высоких в мире. Ежегодно количество курящих увеличивается на 1,5-2%, а последние 3 года – на 2-5% [1]. Из Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года следует, что потребление сигарет в стране с 1985 г. удвоилось. В настоящее время курят 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек». Многочисленные исследования показывают, что большинство курящих хотя бы раз пробовали самостоятельно бросить курить, но возникающие симптомы отмены, с которыми пациенту трудно справиться самостоятельно, приводили к неудаче. В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из наиболее прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с лечением табачной зависимости, является организация системы обеспечения больных (групповая и индивидуальная) медицинской помощью в кабинетах помощи по отказу от табака [2].

Целью исследования явилось обоснование использования новой формы работы при оказании помощи в отказе от курения в условиях психоневрологического диспансера.

Результаты

Согласно положениям Федерального Закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (от 23 февраля 2013 года), Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30.09.2015 №683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения о порядке оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», а также Распоряжения Министерства здравоохранения Архангельской области от 29 марта 2016 г. № 157-рд «Об организации кабинетов медицинской помощи при отказе от курения», оказание медицинской помощи гражданам по прекращению потребления табака предусматривает организацию в государственных медицинских организациях Архангельской области кабинетов медицинской помощи при отказе от курения, а также оказание консультативной помощи специалистами (психиатром-наркологом, психотерапевтом, психологом). С 2015 года кабинет помощи по отказу от курения работает в ГУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер» (АПНД), в котором работают медицинский психолог и врач психиатр-нарколог.

Современный подход к лечению табачной зависимости включает комплекс мер, направленных на дезактуализацию патологического влечения к никотину в его разнообразных клинических проявлениях, предупреждение развития и лечение синдрома отмены, гетерогенной психопатологической симптоматики, возникающей в период отмены курения табака, а также предупреждение рецидива курения [3]. В настоящее время существуют достаточно эффективные методы терапии табачной зависимости, включающие психотерапевтические, медикаментозные и физиотерапевтические методы.

Наиболее эффективно комбинированное применение нескольких методов и, прежде всего, сочетание применения психотерапевтических методов и фармакотерапии. При курении возникает психологическая и физическая зависимость от никотина. Хотя прекращение курения вызывает незначительные физические проявления никотиновой абстиненции, окружающая ситуация побуждает людей закурить снова. Психическое состояние лиц, желающих прекратить курение табака, определяется тревожно-ипохондрическим (или тревожно-депрессивным) синдромом; у 23 % больных отмечается деперсонализационный синдром [4,5].

Комплексная программа терапии «Школа отказа от курения» разработанная и внедренная в

практику сотрудниками ГБУЗ АО АПНД, направлена на помощь пациентам, страдающим синдромом зависимости от табака. Основными задачами программы являются: формирование мотивации на прекращение курения, обучение пациента преодолению влечения к никотину, создание критического отношения к заболеванию, формирование мотивации на соблюдение принципов здорового образа жизни, обучение способам дезауализации обостряющегося в ремиссии первичного патологического влечения к никотину и адаптации в микросреде, формирование навыков выхода из стресса и конструктивного решения проблем, гибкости в конфликтных ситуациях. Работа в рамках реализации данной программы подразделяется на индивидуальную и групповую.

Нами предложен новый принцип организации работы кабинета по отказу от курения в условиях психоневрологического диспансера, включающий в себя осуществление лечебно-психологической работы по типу полипрофессиональной диады «врач психиатр-нарколог – медицинский психолог» с внедрением комплексной программы терапии «Школа отказа от курения». Для работы с пациентами используются следующие методы: индивидуальное и групповое психологическое консультирование (мотивационная беседа, мотивационное интервью, мотивационная психотерапия, рациональная психотерапия, поведенческая психотерапия, метод группового взаимодействия), игровые методики, арт-терапия, релаксационные техники и аутогенная тренировка как антистрессовые методы; элементы системной семейной терапии; медицинское динамическое наблюдение и своевременное купирование синдрома патологического влечения [6,7]. Индивидуальные консультации, необходимые для установления доверительных взаимоотношений с врачом и психологом, позволяют пациенту почувствовать себя вовлеченным в лечебный процесс, а также решить личностные психологические проблемы. Работа направлена на создание и укрепление мотивации на прекращение курения, лечение, обучение приемам преодоления желания закурить после отказа от курения, разработку плана отказа от курения. Используются мотивационное консультирование и техники индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии, которая занимает важное место в комплексном подходе к лечению табачной зависимости. В основе метода лежит теория социального научения, играющая значительную роль в развитии употребления и формирования табачной зависимости. Метод отличается краткосрочностью, методической проработанностью и структурированностью, направленностью на развитие навыков контроля употребления табака, формирования и поддержания ремиссии. Приемы анализа собственного поведения и состояния, которыми овладевает пациент, позволяют контролировать их, понять важность изменения привычного поведения и воплотить новое «здоровое» поведение в жизнь [8]. Количество встреч индивидуально.

Групповая терапия табачной зависимости включает интерактивные методы обучения и психологическую поддержку. Наибольший стимул к продолжению отказа от курения курящий получает, став участником группы людей, которые бросают курить одновременно. Обучение пациентов на занятиях «Школы отказа от курения», направленно на информирование пациента о природе, специфике, развитии, симптомах зависимости от табака; вредных последствиях табакокурения для курящего и вреде «пассивного курения»; причинах, подталкивающих к курению табака; путях отказа от употребления. Все практические занятия имеют единую структуру (вводная, активная, информационная, заключительная части), и занимают от 90 до 120 мин в зависимости от количества участников группы. Темы занятий: «Причины и механизм формирования зависимости от табака»; «Что мы знаем о курении»; «Я готов бросить курить»; «Действия по предупреждению рецидива курения»; тренинг «Простые техники управления эмоциями»; ассертивный тренинг (тренинг уверенного поведения).

Выводы

Таким образом, разработанная и реализуемая в ГБУЗ АО «АПНД» программа терапии табачной зависимости, позволяет повысить общий уровень психогигиенических знаний пациентов, мотивировать на отказ от курения, приверженность здоровому образу жизни, а также добиться эффективности лечения.

Список литературы

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html> (дата обращения 02.11.16)
2. Левшин В.Ф. Медицинская помощь в отказе от табакокурения, одного из ведущих факторов риска раковых и нераковых заболеваний. Материалы VII Московской научно-практической конференции «Профилактика и лечение табачной зависимости – состояние и перспективы развития. Москва. 2007. 114 с.

3. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Мед-пресс-информ, 2006. 720 с.
4. Сперанская О.И. Терапевтическая резистентность при табачной зависимости. Материалы VII Московской научно-практической конференции «Профилактика и лечение табачной зависимости – состояние и перспективы развития. Москва, 2007. 114 с.
5. Минко А.И., Линский И.В. Наркология. 2-е изд., испр. и доп. М.: Эксмо, 2004. С. 608-658.
6. Клиническая психотерапия в наркологии (руководство для врачей-психотерапевтов) под редакцией Назырова Р.К. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 456 с.
7. Шарахов Ю.А. Психотерапия в комплексном лечении табачной зависимости. М. 1999. 226 с.
8. Федоров А.Р. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб: Питер, 2002. 352 с.

Сведения об авторах:

Яшкович Вера Анатольевна – главный врач Государственного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер».

Телефон: +7(8182)242907, e-mail: apnd@29apnd.ru

Еремеева Анна Александровна – заместитель главного врача Государственного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер», главный внештатный детский психиатр-нарколог Министерства здравоохранения Архангельской области.

Телефон: +7(8182)241880, e-mail: annet708@yandex.ru

Растегаева Елена Святославовна – заведующая кабинетом профилактики, медицинский психолог кабинета помощи отказа от курения Государственного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер».

Телефон: +79021967965, e-mail: assa093@yandex.ru

ТЕЗИСЫ

Булатников А.Н.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОЗАВИСИМОЙ СЕМЬИ

В структуре патологического развития внутрисемейных отношений при формировании зависимости от психоактивных веществ, можно выделить четыре фазы семейного реагирования на употребление психоактивных веществ: аффективная, гиперконтроля, экстернализации, индифферентная [1,2,3]. Под фазами подразумеваются, составляющие единый процесс, закономерные, последовательные, взаимосвязанные и взаимообусловленные изменения межличностного семейного взаимодействия.

Цель нашей работы – представить особенности функционирования созависимой семьи и определить задачи специалистов по семейной реабилитации наркологических больных.

Первая фаза – аффективная. Социально-психологические особенности этой фазы связаны с тем, что родственники в настоящее время достаточно осведомлены о драматичности взаимоотношений человека с психоактивными веществами. Однако существует дефицит достоверной информации о том, как действовать в подобной ситуации, куда обращаться за помощью, с кем обсудить возникшую проблему. Отношение к пациентам в этой фазе представляют собой сменяющие друг друга, а то и существующие вместе, чувство вины, возмущения, ненависти, жалости, ощущение собственного бессилия. Проблему пытаются замолчать, чуть ли не самым главным оказывается стремление, чтобы никто ничего не узнал. Очень часто родственники не понимают, как это невозможно не употреблять, как невозможно отказаться от психоактивных веществ.

Задачи специалистов по семейной реабилитации наркологических больных заключаются в следующем: уменьшить чрезвычайно эмоциональное, болезненное отношение родственников к возникшей проблеме; дать четкие рекомендации о возможностях медицинской и психологической, в том числе специализированной коррекционной и реабилитационной помощи; оказать содействие для включения семьи в группы социальной поддержки.

Вторая фаза – гиперконтроль. Для этой фазы типично стремление родственников к установлению максимального контроля пациента, за его контактами. При этом они зачастую не в состоянии реально оценить болезненный характер интернальной мотивации на употребление психоактивных веществ. Тем более их представления и действия оказываются релевантными житейской психологии. Родственники могут получать дополнительные стимулы, подтверждающие якобы правильность своего поведения, как со стороны знакомых, которые в курсе их проблем, так и со стороны, как это ни парадоксально, самого больного, который, приспособившись к данной ситуации, демонстрирует формально-позитивный стиль поведения. Все это ведет к внутриличностной максимизации патологического статуса, когда реакция на пациента становится узкоспецифической, спонтанно-автоматической. Родственники вытесняют большую часть поступающей новой информации, если она не соответствует их взглядам и установкам, так как, находясь в этом личностном статусе, оказываются неспособны к адекватному восприятию, следствием чего является снижение эффективности взаимодействия с окружающей действительностью. На короткий период времени внутрисемейный гиперконтроль оказывает сдерживающее влияние, но в целом быстро выявляется его несостоятельность. Она обусловлена тем, что родственники при установлении гиперконтроля ставят перед собой в действительности нереальную цель. Идя по этому пути, родственники вынуждены все больше ужесточать меры контроля и ограничивать поведение пациента. Это вызывает единственное стремление больного – избавиться от контроля любыми средствами и путями, включая обман, пренебрежение требованиями родных. Следствием этого является усугубление семейной дисфункциональности, наряду с этим прогрессирует симптоматика зависимости от психоактивных веществ.

В семье складывается ситуация, прямо препятствующая стойкой ремиссии. Мало того, что остается нерешенной та ситуация, которая способствовала злоупотреблению психоактивными веществами, возникают дополнительные механизмы, замыкающие порочный круг. Родственники то проявляют уверенность в успехе терапии и семейной реабилитации, то высказываются о бесперспективности и бесполезности терапии, фатальной обреченности больного.

Нахождение семьи в фазе гиперконтроля с соответствующими внутрисемейными отношениями является негативным, с точки зрения эффективной семейной реабилитации, для формирования самостоятельного и ответственного решения пациентом о прекращении злоупотребления психо-

активными веществами. Это объясняется тем, что экстернализованное безынициативное состояние позволяет ему существовать только в зоне стремления к реализации своих внутренних потребностей, где одной и, быть может, основной в этой ситуации является патологическая потребность в психоактивных веществах. В этот период в семье формируются признаки патологической созависимости, которые могут становиться причиной неадекватной коммуникации как внутри самой семьи, так и в отношениях со значимыми другими лицами.

Задачи специалистов по семейной реабилитации в данной фазе заключаются в следующем: диагностика ригидных созависимых отношений с определением значимых объектов («мишеней») для психологической и психотерапевтической коррекционной работы.

Третья фаза – экстернализации. В этой фазе пациент перестает скрывать свое злоупотребление психоактивными веществами, может бравировать пренебрежением требований родных или может давать неоднократные обещания прекратить употребление психоактивных веществ, но каждый раз у него возникают «объективные» причины, в силу которых злоупотребление психоактивными веществами возобновляется. Такая «концепция зависимости» принимается родственниками, и в такой ситуации они начинают обвинять самих себя, друзей и знакомых, говорят о недостаточности наркологической помощи со стороны государственных учреждений. В большинстве случаев родственники начинают возлагать основные надежды на меры медицинского характера, однако, при обращении за диагностической и лечебно-оздоровительной помощью стремятся избегать учреждений государственной наркологической службы, чтобы не ставить пациента на наркологический учет. При этом сам больной оказывается как бы вне осознанной родственниками ситуации. Его формальные попытки лечения и директивные заявления о желании прекратить злоупотреблять психоактивными веществами интернализируются родственниками. Это иногда приводит к парадоксальным, с житейской точки зрения, поступкам. Так, посредством эмоционально-психологических манипуляций пациент может вынуждать самих родственников приобретать ему психоактивные вещества или давать деньги на их покупку. При этом они сами не расценивают свой поступок как микросоциальный фактор «узаконивания» злоупотребления психоактивными веществами. В процессе семейной реабилитации родственники, находящиеся в данной фазе могут оказывать на специалистов постоянное эмоционально-директивное давление. Оно выражается в попытках диктовать условия и длительность семейной реабилитации, требования довести до больного определенную информацию, являющуюся, с их точки зрения, необходимой, игнорировании объективной информации, безапелляционном обвинении всех, кто, так или иначе, связан с пациентом.

Задачи специалиста, оказывающего семейную реабилитационную помощь в этой фазе, значительно усложняются и требуют междисциплинарного взаимодействия, которому соответствует бригадный принцип организации. Проводятся различные индивидуальные и групповые формы реабилитации.

Четвертая фаза – индифферентная. Эта фаза развивается в связи с повторяющимися срывами после неоднократных попыток оказания коррекционной помощи, лечения или семейной реабилитации. На этой фазе происходит своеобразная капитуляция, нарастает отчуждение, которое сопровождается активной неприязнью членов семьи друг к другу, стойкими конфликтами и раздражением. При этом стойкие конфликтные отношения сопровождаются тем, что и больной и родственники продолжают существовать в своеобразных автономных условиях. Происходит фактический распад семьи как единого организма.

На этой фазе созависимые состояния принимают стереотипные, застывшие формы. Они включают повышенную склонность к аффектам, обвиняющим реакциям, выраженную фиксацию на семейной ситуации с уходом от обсуждения реальных проблем.

Исходом индифферентной фазы могут быть либо разрыв внутрисемейных отношений при продолжающемся злоупотреблении психоактивными веществами пациентом, либо реинтеграция этих отношений при отказе больного от психоактивных веществ. В этот период в большинстве случаев у пациентов появляется интернальная мотивация для отказа от психоактивных веществ, и он уже осознанно обращается за медико-психологической помощью. При проведении семейной реабилитации в этой фазе следует учитывать то обстоятельство, что на биологическом уровне функционирования пациента процесс потребления психоактивных веществ становится в большей степени негативным. Велика частота интеркуррентных заболеваний. Психоактивные вещества в этот период оказывают только нормализующий эффект.

В застывших, неадекватных внутрисемейных отношениях заложен фактор срыва семейной реабилитации наркологических больных, поэтому необходима систематическая коррекционная работа с

родственниками и значимыми другими лицами. Семейная реабилитация в этой фазе концентрируется на психокоррекционной и психотерапевтической работе. Использование индивидуальных и групповых психокоррекционных техник на данном этапе не только способствует снижению эмоциональной силы сложившихся созависимых отношений и их разрушению, но и в определенной мере приводит к оздоровлению внутрисемейного психологического климата и изменению семейной ситуации.

Вне зависимости от фазы семейной динамики ряд занятий в ходе семейной реабилитации наркологических больных следует посвящать взаимоотношениям пациента с родственниками, что несет в себе определенный потенциал нормализации и стабильности в семейном функционировании. Используется коммуникативный тренинг как неперенный атрибут семейной реабилитации. Проводится работа с чувствами и со способом их выражения. В структуре личности каждого члена семьи следует формировать нормативные статусы «Я»: телесное, ребенок, мужчина/женщина, партнер, родитель, профессионал. В целом, эффективность работы с семьей во многом определяется успешностью межсекторального взаимодействия [2,5].

Таким образом, в своей динамике семья наркологических больных переживает определенные изменения семейного функционирования и эту динамику, ее фазы следует учитывать в процессе семейной реабилитации наркологических больных.

Список литературы

1. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Динамика аффективного статуса у больных алкоголизмом в процессе групповой континуальной психотерапии // Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии: Тезисы докладов. Пенза, 1995. с.22-24.
2. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Семейная реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. Методическое пособие // М.: Московский городской фонд поддержки школьного книгоиздания. 2004. – 104с.
3. Валентик Ю. В. «Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20 – летний опыт работы). М.: 2001. 120 с.
4. Макарова В.И., Меньшикова Л.И., Игнатова О.А., Ефимова Н.В., Макаров А.И. Перспективы междисциплинарного подхода в решении вопросов охраны здоровья детей // Международный журнал экспериментального образования. 2012. №12. С. 83-84.
- 5.Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберте Д.Г., Хайман С.Е. Наркология : руководство / Пер. с англ. М., СПб., 1998. 318с.

Сведения об авторе:

Булатников Александр Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования Российская медицинская академия последиplomного образования (ФГБОУ ДПО РМАПО).

e-mail: 3502875@mail.ru

контактный телефон: 8 (499) 742-67-08

Леонтьева Р. Н.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Воспитание является одной из важнейших составляющих образовательного процесса. В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об образовании в РФ» воспитание рассматривается как целенаправленная деятельность, направленная на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающегося на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства. Важным компонентом в работе будущих медицинских сестер является этико-деонтологическое воспитание.

Этика – это наука о сути, законах возникновения, развитии и функции морали, об отношениях между людьми и обязанностях, которые вытекают из этих отношений; учение о моральных нормах и правилах, которые определяют взаимоотношения в семье, быту и трудовой деятельности. Медицин-

ская этика – это учение о морали медицинских работников, их поведении, взаимосвязи с больными, коллегами и обществом. Деонтология – это учение о должном поведении, поступках, образе действий. Медицинская деонтология – совокупность этических норм поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей.

Особенностью медицинской этики и деонтологии является то, что в них все нормы и принципы ориентированы на здоровье человека, его улучшение и сохранение. Свое выражение эти нормы первоначально были закреплены в Клятве Гиппократов. На протяжении двух с половиной тысячелетий этот документ является авторитетом для медицинских работников. Гиппократ провозгласил вечный принцип врачебного искусства: цель медицины – лечение больного, призывал к сохранению врачебной тайны и обосновал индивидуальный подход к каждому.

Разделы медицинской этики и деонтологии:

- медицинский работник и государство;
- медицинский работник и пациент;
- медицинский работник и его взаимоотношения с коллегами;
- медицинский работник и родственники пациента;
- медицинский работник и его отношение к себе.

Рассмотрим подробнее формирование взаимоотношений *медсестра – пациент*.

В практической деятельности мы часто сталкиваемся с неэтичным поведением студентов. Так, во время работы с пациенткой в отделении студентка достала фотоаппарат и начала фотографировать ее в присутствии дочери, которая находилась около пациентки. Чтобы воспитать этико-деонтологические принципы поведения у студентов, необходимо познакомить их с Этическим кодексом медицинской сестры России, разработанным по заказу Ассоциации медицинских сестер в 1997 году, с правилами общения с пациентом.

Часть 2. Медицинская сестра и пациент Этического кодекса включает статьи:

1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь.
2. Основное условие сестринской деятельности – профессиональная компетентность.
3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав.
4. Уважение человеческого достоинства пациента.
5. Прежде всего – не навреди.
6. Медицинская сестра и право пациента на информацию.

7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказаться от него.

8. Обязанность хранить профессиональную тайну.

9. Медицинская сестра и умирающий больной.

Важным является обращение внимания студентов на **статью 4. Уважение человеческого достоинства пациента**, в которой отмечено, что медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Проявление высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы.

В **статье 5** указывается, что медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины: «Прежде всего – не навреди!» Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений. Например, при работе в кардиологическом отделении необходимо помнить о том, что у кардиологических пациентов повышена тревожность. Так, при сборе анамнеза у пациентки спросили «Бывают ли у Вас перебои в сердце, ощущение замирания и резкого удара?». После такого вопроса пациентка прибежала к врачу и сказала: «У меня были студенты из колледжа и сказали, что я скоро умру». При общении с такими пациентами необходимо соблюдать правила медицинской этики.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию. Согласно данной статьи студентов необходимо предупредить о том, что функция информирования пациента и его близких о результатах обследования, прогнозе заболевания принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. Медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

В статье 7 говорится о том, что пациент имеет право соглашаться на медицинское вмешательство или отказаться от него, и о том, что моральный и профессиональный долг медицинской сестры разъяснить пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Случай из практики: в терапевтическое отделение повторно на «Скорой помощи» поступил мужчина 23 лет с анемией тяжелой степени тяжести. Молодой человек второй раз написал письменный отказ от предлагаемого обследования. После убеждения в необходимости обследования пациент сразу пошел к врачу и дал добровольное согласие. Вскоре ему был выставлен серьезный редкий диагноз: Болезнь Крона.

Согласно **статьи 8. Обязанность хранить профессиональную тайну** студенты – будущие медицинские сестры должны сохранять в тайне от третьих лиц доверенную им или ставшую им известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о пациенте. Студентам запрещается в холле отделений обсуждать состояние больного и разглашать информацию о пациенте.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Мы часто видим таких больных и оказываем им посильную помощь.

Для изучения осведомленности о профессиональной этике и деонтологии были разработаны задания на основании ситуаций, возникших в медицинских учреждениях, и опрошены студенты выпускных групп отделений «Лечебное дело» и «Сестринское дело» Тобольского медицинского колледжа в количестве 60 человек.

Студентам были предложены следующие ситуационные задания:

1. Вы медицинская сестра дерматологического кабинета. К Вам обратилась за справкой для девочки 10 лет женщина, которая является ее тетей. Девочка была на приеме два дня назад с мамой и признана здоровой. Ваши действия.

2. Вы работаете медицинской сестрой терапевтического отделения больницы. В палате Вы нечаянно разбили медицинский ртутный термометр. Пациентка, испугавшись, начала на Вас кричать. Ваши действия.

3. Медицинская сестра обращается к пациенту 30 лет, злоупотребляющему алкоголем: «Петр, ты выпил лекарство?» Возможно ли такое обращение к данному пациенту?

4. Пациент И., 23 лет, поступивший в терапевтическое отделение с диагнозом Анемия, написал письменный отказ от диагностических вмешательств. Тактика медицинской сестры.

5. Выйдя из кабинета УЗИ-диагностики, пациентка потребовала у медицинской сестры показать ей заключение врача. Последняя отказалась выполнить просьбу пациентки. Права ли медицинская сестра?

Проведенный анализ ответов показал, что не все студенты знают о принципах и нормах Этического кодекса медицинской сестры. Так, 60% опрошенных считают, что справку тете девочки можно выдать, а 40% – справку выдавать необходимо только родителям или законным представителям. На второй вопрос 97% студентов убрали бы ртуть, успокоив пациентку, только 3% сказали бы «Успокойтесь!» без принятия мер. В третьем задании допускают обращение к пациенту на «ты» 68% респондента, только 32% считают такое обращение невежливым, нетактичным. 46% опрошенных разъяснили бы пациенту последствия отказа от процедуры обследования, 54% считают, что объяснять ничего не нужно. Доля студентов, считающих, что медицинская сестра, которая отказалась показать результаты обследования пациенту, права, составляет 50%, другие 50% полагают, что медицинская сестра обязана была познакомить пациента с результатами обследования.

Согласно статье 17 части 5 Этического кодекса «врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с Этическим кодексом медицинской сестры России. Студенты обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в кодексе». Таким образом, создание в колледже образовательной среды, способствующей формированию этико-деонтологической культуры будущих специалистов, имеет особую значимость. Такое воспитание должно осуществляться в рамках каждой учебной дисциплины с первого курса и до полного формирования в сознании будущих медицинских сестер деонтологических нравственных стереотипов.

Список литературы

1. Большая медицинская энциклопедия [Текст]: в 30-х т. / ред. Б. В. Петровский. 3-е изд. М.: Сов. энциклопедия, 1974 – 1986.

2. Лещинский Л.А. Медицинская этика и деонтология [Текст] : учеб.пособие / Л.А. Лещинский 2-е изд. Ижевск: Экспертиза, 2002. 116 с.

3. Об образовании: закон РФ (в редакции ФЗ от 13 января 1996г. № 12-ФЗ, с изменениями и дополнениями, внесенными ФЗ от 16 ноября 1997г., 20 июля, 7августа 2000 г, 13 февр., 21мар., 25 июня, 25июля 2002г., 10 янв., 7 июля, 8 дек. 2003 , 5 мар. , 30 июня. , 20 июля, 22 августа 2004г.) [Текст]. М.: Професионал-Ф, 2004. 74 с.

4. Островская, И. В. Психология [Текст]: учебник для мед.училищ и колледжей / И. В. Островская. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 480 с.: ил.

5. Панкова, И. Е. Использование этического кодекса медицинской сестры России в формировании специалиста / И. Е. Панкова, И. М. Воронович // Специалист. 2015. № 6. С. 11-12.

6. Этический кодекс медицинской сестры России // Медицинская психология для медсестер и фельдшеров: учебное пособие / В. Г. Косенко, Л. Ф. Смоленко, Т. А. Чебуракова. – Ростов н/Д., 2002. С. 399- 409.

Сведения об авторе:

Леонтьева Рима Николаевна, преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ ТО «Тобольский медицинский колледж им. Володи Солдатова». Контакты: 8 (3456) 24-66-20 tobmedcol@med-to.ru

Прохоров Д.В., Лучинский В.Л., Санников А.Л. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ ПОДРОСТКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ФКУЗ МСЧ – 29 ФСИН РОССИИ)

Проблемы подростковой преступности в России являются чрезвычайно актуальными. Ежегодно в России фиксируется около 60 тыс. преступлений, совершенных несовершеннолетними. В местах лишения свободы в 2014 г. содержалось 1776 воспитанников, в 2015 г. – более 1600. Факторы риска исправительных учреждений, такие как стресс изоляции, криминальная субкультура, большая плотность содержания, подчинение личности организованному коллективу и т. д., накладываются на психологические особенности, или точнее, психологическую незрелость подростков и кумулирующе влияют на адекватность их адаптации к пенитенциарной системе, соматическое и психическое здоровье, ресоциализацию после освобождения.

ФКУ Архангельская ВК УФСИН России по Архангельской области (далее ВК) является реципиентом подростков, нарушивших уголовное законодательство и находящихся в статусе подсудимых и осужденных к лишению свободы. В данное учреждение с 2011 г. направляются для отбывания наказания осужденные возрастной группы от 14 до 18 лет включительно из субъектов СЗФО Российской Федерации – Республик Коми, Карелии, Вологодской, Архангельской и Мурманской областей.

Анализ состава воспитанников ВК выявил, что каждый второй находится в возрасте 16-17 лет (46,2%); каждый третий (33,3%) – 17-18 лет. Большинство из них осуждены за тяжкие и особо тяжкие преступления: незаконное производство и сбыт наркотических средств -17,9 %; изнасилование и разбой по 15,3%; причинение вреда здоровью – 10,3%. Тяжесть совершенных преступлений отображается на сроках наказания, что увеличивает экспозицию факторов риска. На срок от 1 до 3-х лет осуждены 57,7%, от 3-х до 5 лет – 28,2%, от 5 до 10 лет – 10,3 %, до года – 3,8%.

Нами выявлен высокий уровень общей заболеваемости подростков, находящихся колонии, значительно превышающий среднефедеральные значения. Он составил 1720,2‰ с негативной динамикой роста за последние 3 года на 12,3 %. В структуре заболеваемости обращает на себя внимание высокий удельный вес по классу психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99), которые занимают первое ранговое место и составляют – 43,3%; на втором месте находятся болезни органов дыхания (J00-J99) – 27,4%; на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99) – 13,5%.

В структуре психических расстройств 62,5% приходится на расстройства, связанные с употреблением ПАВ; 13,2% – умственная отсталость; 10,4% – эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся в подростковом возрасте; 4,2% – на органические психические расстройства. Рост выявляемости психических расстройств связан с введением в штат врача–психиатра, уходом от классического скрининга обследования и началом планомерной работы с использованием специализированных психопатологических методов исследования (опрос, исследование субъективного анамнеза болезни, жизни, наблюдение за поведением и т. д.). К работе по психодиагностике стали привлекаться психологи учреждения. Прием ПАВ в ВК исключен – так называемая «ремиссия в изоляции». Но своевременно распознанные психические расстройства позволяют начать в колонии

формирование здоровьесохраняющего поведения, фармакологическую поддержку и психокоррекционную работу совместно с психологами учреждения.

Причин заболеваний кожи достаточно много – это несоблюдение правил личной гигиены, гормональные нарушения, характерные для данного возраста, проблемы акклиматизации при поступлении из других регионов и т. д.

При поступлении в учреждение воспитанники проходят углубленный врачебный осмотр с участием педиатра, стоматолога и психиатра. Данный осмотр является первым профилактическим, второй проводится в течение года пребывания в ВК.

Проведенные за последние 3 года профосмотры показали высокую патологическую пораженность спецконтингента. При I профилактическом осмотре здоровых подростков (группа здоровья I) выявлено не было; 91,3% относятся ко II группе здоровья; 6,1% – к III; 2,4% – к V. Воспитанники, поступившие в I полугодии, успевают пройти второй профилактический осмотр в текущем году. К этому времени накапливается информация о состоянии здоровья подростков. За время отбывания наказания информация о заболеваниях, имеющих антепенитенциарное происхождение, может быть получена путем направления запросов в ГБУЗ по территориальности. К проведению профилактического осмотра привлекаются врачи – специалисты филиала Больница ФКУЗ МСЧ – 29 ФСИН России и ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова». Поступают ответы на запросы, осужденные получают консультации узких специалистов. В результате во время второго профилактического осмотра педиатр филиала проводит корректировку групп здоровья. Как правило, часть подростков из II группы здоровья переходит в III.

На II профилактическом осмотре выявлено дополнительно 18,5% хронических заболеваний. Из них: болезни органов пищеварения – 4,6%; болезни системы кровообращения – 1,5%; болезни уха и сосцевидного отростка – 4,3%; болезни глаза и придаточного аппарата – 5,8%.

Проведенное исследование является пилотным, предварительным. Оно позволило выявить наиболее приоритетные проблемы здоровья воспитанников, что требует дальнейшего углубленного изучения в социально-гигиеническом и психолого-психиатрическом аспектах.

Список литературы

1. Ветошкин С. А. Проблемы теории и практики пенитенциарной педагогики. // Педагогика. 2006. №5. С. 36 – 41.
2. Сведения о социально значимых заболеваниях лиц, содержащихся в УИС, и отдельных показателях деятельности медицинской службы в 2016 г. Сводный отчет ФСИН России, 2016 г. 23 с.
3. Семке В.Я., Гусев С.И. Пенитенциарная патология и психопатология. М.: НИИ ФСИН, 2007. 534 с.
4. Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л. Количественная оценка совокупного ущерба от злоупотребления алкоголем на популяционном уровне // Наркология. Т. 15. № 1. 2016. М. 16–32.

Сведения об авторах:

Прохоров Дмитрий Викторович – начальник филиала «Медицинская часть № 13» – врач ФКУЗ МСЧ – 29 ФСИН России, e – mail – Dm180873@yandex.ru

Лучинский Владимир Людвигович – начальник – врач ФКУЗ МСЧ – 29 ФСИН России, msch29@ufsin29.ru.

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры Общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, jsannikov@yandex.ru. 8 – 905 – 873-63-86

Цивьян Б.Л.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ДОСТУПНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

Одним из значимых направлений укрепления здоровья населения следует считать лечение и профилактику заболеваний гинекологической сферы, в том числе доброкачественных новообразований, как наиболее распространенных и оказывающих большое влияние на репродуктивное здоровье

женщин [2,3,5,7,8]. По мере прогрессирования заболевания у пациенток наблюдается повышение уровня тревожности, снижение уверенности в себе, что оказывает существенное влияние на женское здоровье [1,4]. Даже при сохранении социальной занятости, несмотря на доброкачественность опухолевого процесса, женщины чувствуют себя неполноценными, осознают риск удаления матки или яичников. Процесс лечения сопровождается возникновением страхов развития злокачественных новообразований.

Согласно современным представлениям [6] о доступности медицинской помощи, информирование граждан по вопросам проводимого лечения является важным компонентом обеспечения доступности медицинской помощи. В этой связи, принимая во внимание значительный объем проблемы психологического дискомфорта у женщин в связи с доброкачественным новообразованием гинекологической сферы, следует указать, что повышение информированности женщин о причинах возникновения, способах выявления, наблюдения, оперативных и консервативных методах лечения, а также о методах профилактики данного заболевания следует считать одним из основных направлений повышения доступности медицинской помощи.

В целях уточнения психологических проблем женщин, возникающих при выявленном диагнозе доброкачественного новообразования гинекологической сферы, а также возможных путей их преодоления в 2014 году проведено комплексное исследование на базе женских консультаций Санкт-Петербурга, включающее в себя, в том числе, социологический опрос пациенток (метод формализованного интервью). В социологическом опросе приняли участие 635 пациенток с установленным диагнозом доброкачественного новообразования.

Только каждая третья женщина считает, что необходимость лечения по поводу доброкачественного новообразования никак не повлияла на её психологическое состояние. Наиболее часто женщин тревожит необходимость проведения хирургического лечения (48,9 %). Четверть опрошенных указали на появившееся ощущение неуверенности в своем «женском здоровье», около 30 % пациенток женских консультаций ощущают тревогу по поводу неясности прогноза заболевания в связи с недостаточностью информации.

По вопросу о способах преодоления психологического дискомфорта женщины высказались не столько в пользу помощи психолога (только каждая десятая указала на это), сколько в пользу повышения эффективности взаимодействия с медицинскими работниками (68,9% женщин указали, что успокоить их могли бы подробные разъяснения о диагнозе и лечении).

Отдельно проведен социологический опрос врачей акушеров-гинекологов женских консультаций по этой проблеме, который показал востребованность оказания психотерапевтической помощи женщинам, страдающим доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы: большинство специалистов (85,8 %) считают, что применение таких методов целесообразно. При этом значительная часть опрошенных врачей (27,5 %) считают работу женских консультаций в части организации лечебно-профилактической помощи женщинам с гинекологическими новообразованиями недостаточно эффективной. Основными причинами неэффективной работы женских консультаций с пациентками, страдающими доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, врачи акушеры-гинекологи считают недостаточную ответственность женщин и их низкую активность в вопросах контроля своего здоровья, обусловленные их недостаточной информированностью. Так, 95,0 % врачей указали на несвоевременное обращение женщин за медицинской помощью.

Следует подчеркнуть, что вышеуказанный фактор напрямую зависит от санитарной грамотности пациенток, от наличия у них доступной информации о необходимости лечения, о возможных последствиях невнимательного отношения к своему здоровью. Большинство врачей акушеров-гинекологов (70,2 %) указали, что недостаточная санитарная грамотность пациенток затрудняет эффективное проведение женской консультацией работы с больными, страдающими доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы.

Полученные показатели не с лучшей стороны характеризуют работу женской консультации. В соответствии с Правилами организации деятельности женской консультации, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология», одной из функций женской консультации является проведение мероприятий в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин. Одной из обязанностей врача-акушера-гинеколога является осу-

шествие санитарно-гигиенического образования среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики абортов. Таким образом, указание опрошенных врачей женских консультаций на низкую санитарную грамотность их пациентов свидетельствует, в том числе, о низком уровне работы женской консультации и врачей по информированию и санитарному просвещению населения.

Этот аспект проблемы подтверждают и сами пациентки, большинство из которых испытывают недостаток в информации, полученной от лечащего врача и прочего медицинского персонала по вопросам собственного лечения. Женщины не во всех случаях могут верно оценить причинно-следственные связи развития своего заболевания, и, как следствие, своевременно элиминировать негативные факторы, способствующие его усугублению: по результатам опроса каждая пятая пациентка женской консультации не имеет представлений о возможных причинах развития заболевания. Это следует расценивать как недостаточную информированность пациенток о течении заболевания. Особенно негативно выглядит этот показатель на фоне того, что пациентки, страдающие доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, как правило, достаточно длительно наблюдаются в женской консультации и имеют неоднократные контакты с медицинским персоналом. Десятая часть женщин отмечает отсутствие свободных источников необходимой достоверной информации, изложенной в доступной форме, а с другой стороны потребность в получении таких знаний о течении, диагностике, лечении, прогнозе и профилактике своего заболевания. Это, безусловно, порождает дополнительный уровень тревожности у пациенток: опрошенные женщины указали, что помочь в преодолении полученных психологических проблем им помогла бы доступная научно-популярная литература, специально подготовленная по поводу их заболевания.

Повышение информационной доступности медицинской помощи женщинам при доброкачественных новообразованиях гинекологической сферы может быть достигнуто путем внедрения комплекса мер, в том числе усиления контроля руководителей женских консультаций за работой врачей-акушеров-гинекологов по осуществлению санитарно-гигиенического образования среди прикрепленного женского населения; подготовки актуальных информационно-разъяснительных материалов для женщин в доступной и наглядной форме представляющих сведения о выявлении, методах лечения и профилактики доброкачественных новообразований гинекологической сферы; организации систематического индивидуального и публичного информирования женщин с доброкачественными новообразованиями (взаимодействие врач-пациент, специально-разработанные информационно-разъяснительные материалы, размещение информационно-разъяснительных материалов на территории женской консультации, подготовка и размещение информационно-разъяснительных материалов на официальных Интернет-сайтах женских консультаций, подготовка видео роликов). Опыт подобной работы успешно применяется в ряде районов Санкт-Петербурга, где при участии ведущих специалистов города в области акушерства и гинекологии разработаны Буклет и Памятка для женщин, с впервые выявленными доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы.

Поскольку проведенное исследование показало, что психо-эмоциональный фактор является существенным компонентом развития доброкачественных новообразований органов женской половой сферы, органам управления здравоохранением целесообразно рассмотреть вопрос об обеспечении женских консультаций Санкт-Петербурга штатными должностями врачей-психотерапевтов в соответствии с установленными нормативами, а также об их укомплектовании физическими лицами, прошедшими соответствующую подготовку.

Список литературы

1. Аржаненкова Л.С., Сидоров Г.А., Сычов М.Д. Социально-психологический портрет онкогинекологических больных // Кубан. науч. мед. вестн. 2007. № 1-2. С. 15-16.
2. Беликова М.Е. Научное обоснование оказания консультативной гинекологической помощи в крупном многопрофильном стационаре : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. СПб., 2011. 19 с.
3. Комличенко Э.В., Петрова Н.Г. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин. СПб. : ПГУПС, 2010. 222 с.
4. Коротовских Л.И., Обоскалова Т.А., Прохоров В.Н., Иванова В.С. собственный опыт амбулаторной хирургии в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. 58, № 5. С. М6-М7.

5. Сенькина Е.Л. Гинекологические заболевания у женщин репродуктивного возраста как медико-социальная проблема (распространенность, факторы риска, прогнозирование и профилактика) : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Рязан. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова. Рязань, 2003. 24 с.
6. Строгонова О.Б. Информированность жителей Санкт-Петербурга о возможностях системы обязательного медицинского страхования / О.Б. Строгонова // Экология человека. 2010. № 8. С. 46-51.
7. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. М. : Мед. информ. агентство, 2006. 174 с.
8. Чернов А.В. Научное обоснование совершенствования гинекологической помощи в условиях многопрофильного стационара с использованием информационных технологий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / И Рязан. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова. Рязань, 2005. 24 с.

Сведения об авторе

Цивьян Борис Львович, кандидат медицинских наук, заведующий гинекологическим отделением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница № 40», 8-901-372-38-28, btsivyan@mail.ru

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

Алексеева К.А., Барина А.А., Хапаева К.П., Яценко С.Д.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

Проведен анализ динамики инвалидности детей и подростков в Архангельской области за период 2011-2015 гг. и нозологической структуры детской инвалидности за 2006 и 2015 гг. с целью совершенствования мероприятий по её профилактике и реабилитации детей-инвалидов. Показатель детской инвалидности на 10000 детского населения по Архангельской области в среднем ниже, чем по Российской Федерации, однако за последние года наблюдается его нарастание с резким спадом в 2015 году. Нозологическая структура инвалидности детей и подростков в 2015 году незначительно изменилась в сравнении с 2006 годом: лидирующие места занимают врожденные пороки, болезни нервной системы и психические расстройства. На основании полученных результатов в работе представлены рекомендуемые мероприятия по профилактике заболеваний, являющихся основными причинами детской инвалидности, и по реабилитации детей-инвалидов.

Ключевые слова: детская инвалидность, Архангельская область, нозологическая структура инвалидности.

Введение

Применительно к детскому возрасту под инвалидностью следует понимать, прежде всего, социальную недостаточность вследствие первоначального отсутствия функций органов или систем, выражающуюся в разнообразных проявлениях ограничения жизнедеятельности, таких как снижение способности к игровой деятельности и обучению, общению в коллективе сверстников, контролю над собой и т. д. [4]

Детская инвалидность острейшая проблема современного общества. Наряду с демографическими показателями и заболеваемостью детского населения она является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны [5, 7]. Здоровье детей в Архангельской области имеет особенности в плане высокого уровня факторов риска по сердечно – сосудистым заболеваниям и распространенности кардио – васкулярной патологии [11, 12].

Цель исследования – анализ динамики инвалидности детей и подростков в Архангельской области для разработки мероприятий по совершенствованию её профилактики и реабилитации детей-инвалидов.

Материал и методы

Проведен анализ литературы и показателей государственной статистики по инвалидности детей и подростков в возрасте 0-17 лет по Российской Федерации и Архангельской области. Критериями отбора источников являлись полнота и актуальность данных.

Результаты и обсуждение

В настоящее время, согласно статистическим данным Министерства здравоохранения РФ, в нашей стране в отношении детской инвалидности отмечается относительно благоприятная тенденция: стабилизация и даже снижение данного показателя в расчете на 10 000 детского населения; удельный вес детей-инвалидов в 2015 году значительно снизился в сравнении с 2005-2006 гг. (1,9% и 4,9% соответственно). Тем не менее, за последние пять лет абсолютное число детей-инвалидов в РФ увеличилось более чем на 35 тысяч. Положение Архангельской области менее оптимистичное. Несмотря на то, что в среднем показатель детской инвалидности ниже, чем в РФ, в динамике за 2011-2014 гг. прослеживается тенденция к его увеличению с резким спадом в 2015 году (табл. 1). Из положительных моментов стоит отметить, что в сравнении с 2006 годом показатель распространенности детской инвалидности снизился с 232,1 на 10 000 детского населения до 184,8 в 2015 году. [18]

В связи с неуклонным ростом детской инвалидности в России и во всем мире, все более пристальное внимание уделяется врачами-исследователями проблеме факторов формирования данного явления [6]. Существует множество классификаций факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье детей, наиболее обоснованной из них является классификация Н.Г. Веселова (1992). Он подразделяет отрицательно воздействующие факторы на 3 группы – 1) социально-гигиенические

**Динамическая характеристика инвалидности детей в РФ и по Архангельской области
за период 2011-2015 гг. (абс.; на 10 000 детского населения)**

	Российская Федерация			Архангельская область		
	Детское население, тысяч чел.	Дети-инвалиды, чел.	Детское население, тысяч чел.	Дети-инвалиды, чел.	Детское население, тысяч чел.	Дети-инвалиды, чел.
2011	26787	505247	188,6	231232	4292	185,6
2012	27108	510977	188,5	233564	4345	186,0
2013	27645	521648	188,7	235379	4397	186,8
2014	28676	540837	188,6	237573	4563	192,1
2015	29023	540636	186,3	239279	4423	184,8

(плохие материально-бытовые условия, вредные условия работы родителей и их низкое материальное положение); 2) медико-демографические (возраст матери на момент деторождения – общепризнанной медико-социальной группой риска являются как юные (до 18 лет), так и возрастные (старше 35 лет) матери; многодетная семья; отсутствие в семье одного из родителей; наличие ребенка с врожденными аномалиями; случаи мертворождения в семье; смерть ребенка в возрасте до 1 года); 3) социально- психологические (вредные привычки или психические заболевания родителей, неблагоприятный психологический климат в семье, низкая общая и санитарная культура) [9, 8].

Ведущими причинами детской инвалидности по Архангельской области являются врожденные пороки развития, заболевания нервной системы и психические расстройства (табл. 2). Согласно статистическим данным по Архангельской области, такая нозологическая структура претерпела изменения лишь в процентном отношении, сохранив порядок первенства этой тройки заболеваний (рис. 1, рис. 2).

Таблица 2

Нозологическая структура детской инвалидности по Архангельской области (абс, %) за 2015 год (абс.; %)

Заболевание	Число детей-инвалидов, чел.	%	Ранг
Врожденные аномалии	1074	24,3	1
Болезни нервной системы	982	22,2	2
Психические расстройства	851	19,3	3
Болезни эндокринной системы	447	10,1	4
Болезни костно-мышечной системы	234	5,3	5
Болезни уха	232	5,2	6
Новообразования	180	4,0	7
Прочие	423	9,6	
Всего	4423	100,0	

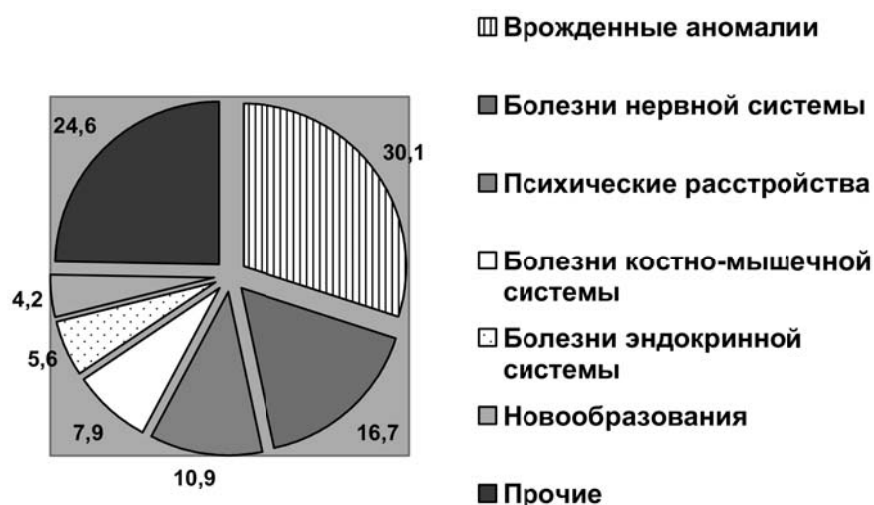


Рис. 1 Нозологическая структура детской инвалидности по Архангельской области за 2006 год (%)



Рис. 2 Нозологическая структура детской инвалидности по Архангельской области за 2015 год (%)

Таким образом, можно сделать вывод, что, так как нозологическая структура инвалидности детей Архангельской области остается неизменной и лидирующие позиции занимают врожденные аномалии и болезни нервной системы, то приоритетными мерами профилактики являются те, что направлены на предупреждение рождения ребенка с данной патологией. Это и первичная профилактика, заключающаяся в контроле за средой обитания человека, а именно за содержанием мутагенов и тератогенов, и в планируемом деторождении (выбор оптимального времени зачатия, проведение периконцепционной профилактики, в первую очередь приём фолиевой кислоты). Вторичная профилактика использует прямые и непрямые методы обследования беременных, а именно биохимический скрининг, ультразвуковое исследование, различные инвазивные вмешательства, имеющие эффективность по выявлению врожденных пороков развития и хромосомных синдромов до 100%, а также медико-генетическое консультирование. Наконец, проводится третичная профилактика, направленная на приведение фенотипа к норме при патологическом генотипе.

Следует отметить, что к 2015 году увеличилась доля детей-инвалидов с болезнями уха, поставив данную патологию на шестое место, что можно связать с увеличением показателя охвата аудиологическим скринингом с 78,4% новорожденных в 2011 году до 91,4% в 2013 году [1]. С другой стороны, этот метод обследования новорожденных является и мерой профилактики, заключающейся в раннем выявлении и предупреждении дальнейшего прогрессирования болезней, связанных с нарушением слуха.

Инвалидность у детей – более тяжелое явление, чем инвалидность у взрослых, так как у детей она накладывается на процесс развития психики, приобретения навыков, усвоения знаний. Вот почему необходимо проведение адекватных реабилитационных мероприятий для достижения главной цели – интеграции детей-инвалидов в социум [13].

Реабилитация в педиатрии предполагает активные действия общества по отношению к ребенку и его семье, когда речь идет не только о лечении заболевания, но и об удовлетворении медико-социальных нужд больного ребенка и его семьи.

Анализ данных о потребности детей-инвалидов в медико-социальной реабилитации выявил, что в медицинской реабилитации нуждаются 95-100% детей-инвалидов. Отмечается очень высокая потребность в социальной и психологической реабилитации (до 98%) [16].

В Архангельской области социальное обслуживание семей с детьми осуществляют 25 государственных и муниципальных учреждений. Они оказывают реабилитационные услуги в отделениях дневного пребывания на 298 мест и в стационарных отделениях на 357 мест. В области действуют 1 стационарный детский дом-интернат для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии; 2 реабилитационных центра для детей с ограниченными возможностями здоровья; 1 центр социальной помощи семье и детям; 10 социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних; 6 социальных приютов при ГУ КЦСО; стационарное отделение «Мать и дитя» для семей с детьми инвалидами; 4 дневных отделения по работе с детьми-инвалидами; 12 отделений профилактики и семейного неблагополучия; 3 муниципальных учреждения социального обслуживания семьи и детей [15].

Идеология медицинской реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Если в 40-е годы основой политики в отношении хронически больных и инвалидов были их защита и уход за ними, то с 50-х годов начала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в обычное общество; особый упор сделан на их обучении [16].

С каждым годом внимание государства к проблемам инвалидов все больше усиливается, в частности, корректируются требования по обеспечению доступности объектов и предоставляемых услуг. В 2011 году была запущена государственная программа «Доступная среда», рассчитанная до 2015 года. Безбарьерная (доступная) среда состоит из таких элементов окружающей среды, которые обеспечивают свободное передвижение и использование их людьми с различными видами нарушений (физических, сенсорных или интеллектуальных). Функционирование в таких условиях позволяет гражданам с особыми возможностями здоровья вести независимую ни от кого или чего-то жизнедеятельность. Следовательно, доступная среда для инвалидов – это привычная среда, которая дооборудована с учетом их потребностей. В рамках международных договоренностей и национального законодательства осуществляются определенные действия, направленные на реализацию поставленных в программе задач. Активно создаются условия, направленные на то, чтобы инвалиды имели возможность полностью развивать свои способности, заниматься спортом и максимально интегрироваться в общество.

Базовый критерий оценки социальной политики – это наличие доступности для таких граждан физической среды. Речь идет о возможности пользоваться жильем, транспортом и каналами информации; получить образование и работу. Благодаря государственной программе «Доступная среда», у каждого ребенка, имеющего ограниченные возможности здоровья, есть шанс посещать образовательное учреждение. В настоящее время в каждом районе России существует хотя бы одна оборудованная школа. Таким образом, за пять лет российские города должны стать более приспособленными для жизни инвалидов [10].

Помимо этого, в Российской Федерации постепенно вводится инклюзивное образование, которое является одной из основных форм реализации права на образование для лиц с инвалидностью [1]. Инклюзивное образование — это такая организация процесса обучения, при которой все дети, независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются по месту жительства вместе со своими сверстниками без инвалидности в одних и тех же общеобразовательных школах [17].

В течение длительного периода времени государственные и общественные организации в России и в отдельных регионах, в частности в Архангельской области, занимаются разработкой методик в области инклюзивного образования, стремясь тем самым сделать доступным для всех школьников получение качественного образования. Кроме того, закупается оборудование и материалы для уроков труда, специальная литература, учебники, многие педагоги муниципальных общеобразовательных школ города Архангельска повышают свою квалификацию по данному направлению работы. Особенно это актуально для педагогов двух школ города, где обучаются незрячие и слабовидящие, поздно ослепшие дети и дети с нарушением опорно-двигательного аппарата [2].

Организация обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях общего типа позволяет избежать помещения детей на длительный срок в интернатное учреждение, сохранить возможность проживания и воспитания в семье, обеспечить постоянное общение с типично развивающимися детьми. Все это способствует эффективному решению проблем социальной адаптации и интеграции в общество детей с инвалидностью и с особенностями развития [10].

Еще одним из инновационных методов реабилитации лиц с ограниченными возможностями является иппотерапия – лечебная гимнастика на лошади. Основы оздоровительного воздействия верховой езды на инвалидов заключаются в естественных движениях лошади, позволяющих всаднику организовывать и систематизировать свои движения.

Среди факторов воздействия иппотерапии на инвалида одним из наиболее действенных можно считать координаторную нагрузку. При посадке на лошадь формируется определенная схема фиксации тела. Всадник удерживается, прежде всего, напряжением приводящих мышц бедер, фиксирующих таз в седле или непосредственно на теле животного. В удержании тела в вертикальном положении значительную роль играют система координации и активность мышц таза и спины. Достижение реальных результатов в коррекции двигательных нарушений в ходе занятий иппотерапией содействуют изменениям и в социально-психическом статусе инвалида, приводит к повышению его самооценки, жизненной активности, нарастанию мотивации к реабилитационному процессу [16].

Выводы

1. Инвалидность детей и подростков была и остается медико-социальной проблемой как Архангельской области, так и Российской Федерации в целом. Исследования в области детской инвалидности продолжают быть актуальными с точки зрения рационального планирования организационных мероприятий по профилактике и целенаправленному формированию комплексной системы медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям, а также расчета потребности данной категории населения в реабилитационной помощи.

2. За период 2006-2015 гг. показатели инвалидности детей и подростков имеют положительную динамику однако, число детей-инвалидов остается высоким, что требует от государства разработки и реализации профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение рождения детей с врожденными пороками развития, в первую очередь нервной системы (согласно нозологической структуре детской инвалидности), и создание для детей-инвалидов условий, позволяющих им развивать свои способности, заниматься спортом и максимально интегрироваться в общество.

Список литературы

1. Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. №3266-1 (ред. от 12.11.2012) «Об образовании».
2. Областной закон №409-20-03 от 27.09.2007 г. «О внесении изменений и дополнений в отдельные областные законы в сфере образования» (Архангельская область).
3. Распоряжение Правительства Архангельской области от 25 марта 2014 г. № 66-рп «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2013 год».
4. Акперова Р. Я. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности детского населения в Азербайджанской республике // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. № 3. С. 37–38.
5. Артёмова И. Г. Эпидемиологическая характеристика детской инвалидности и медико-социальные аспекты реабилитации детей с ограниченными возможностями : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Омск, 2007. 32 с.
6. Бочарова Е. А. Влияние социально-средовых факторов на состояние детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Экология человека. 2001. № 4. С. 34–36.
7. Варакина Ж.Л., Арапова Л.А., Вязьмин А.М., Санников А.Л. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 4. С. 18-20.
8. Вязьмин, А.М. Санников А.Л. Варакина Ж.Л. Социально-гигиенические аспекты инвалидности и смертности в Архангельской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. №2 (6). С. 21-24.
9. Инвалидность и смертность – доминанты, снижающие жизненный потенциал и безопасность общества / Лукашов А.Г. [и др.]; под ред. А.Л. Санникова. Архангельск: Солти, 2007. 378 с.
10. Кумарина Г.К. Дидактические основы коррекционно-развивающего образования, М., 2011., С. 8-11
11. Меньшикова Л.И. Кардиоваскулярная патология у детей и подростков Европейского Севера России: эпидемиология, факторы риска, структура, организация специализированной кардиологической помощи. Архангельск. 2004.
12. Меньшикова Л.И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний детей // Экология человека. 2003. № 3. С. 45-50.
13. Мурзина Т.Ф. Социально-психологический статус семей детей-инвалидов и необходимость семейной психотерапии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. № 4. С. 55–57.
14. Особенности образа жизни и выработки самосохранительного поведения подростков и молодежи / Потехина Н.Н. [и др.] // Экология человека. 2009. № 8. С.61-64.
15. Официальный сайт Министерства здравоохранения Архангельской области [Электронный ресурс]. URL: http://www.minzdrav29.ru/social_protection/
16. Северный А. А., Брутман В. И. Психоматическая «инвалидизация» детей и подростков // Реабилитация детей с ограниченными возможностями в Российской Федерации. Дубна, 2002. С. 74-75.
17. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Междисциплинарное взаимодействие специалистов инклюзивного образования [Электронный ресурс]. URL: <http://www.f-nashideti.ru/inklusia/182-mezhdisciplin.html> (дата обращения: 01.11.16)

18. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood/# (дата обращения 01.11.16)

Сведения об авторах:

Алексеева Ксения Андреевна – студентка 5 курса педиатрического факультета 2 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Баринова Анастасия Александровна – студентка 5 курса педиатрического факультета 2 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Хапаева Ксения Павловна – студентка 5 курса педиатрического факультета 2 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Яценко София Дмитриевна – студентка 5 курса педиатрического факультета 2 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Амвросова М.А., Стукова А.Н.

Научные руководители: к.м.н. Мордовский Э.А., к.м.н. Игнатова О.А.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ КАК ПРЕДМЕТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Аннотация. В тезисе проанализировано содержание основных методологических подходов к изучению репродуктивного поведения молодежи.

Ключевые слова: репродуктивное поведение, уровень рождаемости, медико-социальные исследования.

Введение

Несмотря на наметившееся улучшение демографической ситуации в России в начале XXI в. (увеличение рождаемости с 8,7 промилле в 2000 г. до 13,3 промилле в 2013 г.), тип воспроизводства населения страны остается суженным [4]. По оценкам экспертов, имеются предпосылки очередного изменения баланса рождаемости и смертности в сторону естественной убыли населения. По мнению заместителя директора департамента демографической политики и социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации Елены Страховой они связаны с сокращением числа женщин репродуктивного возраста к 2020 году на 3,7 млн человек [1].

С 1990-х гг. в российском обществе наблюдается активная трансформация репродуктивного поведения молодежи: снижение возраста полового дебюта, лояльные отношения в частой смене половых партнеров, низкая приверженность применения различных методов контрацепции. Изменяются и репродуктивные установки: среди молодых людей в фертильном возрасте распространен сознательный отказ от деторождения (т.н. «child free»). Указанные тенденции в российском обществе актуализируют различные медико-социальные исследования в данной сфере.

Цель исследования – выделить основные методологические подходы к изучению репродуктивного поведения современной молодежи.

Результаты и их обсуждение

Под «репродуктивным поведением» эксперты понимают систему действий и отношений, опосредующих рождение определенного числа детей или отказ от деторождения, регулирующийся биологическими, экономическими, психологическими и социальными факторами [4]. Репродуктивное поведение определяет тип воспроизводства населения и, как следствие, его социально-классовую и политико-идеологическую структуру. В большей степени данное высказывание справедливо для девушек, так как именно они реализуют репродуктивный потенциал общества [3].

В настоящее время в науке есть несколько основных подходов к пониманию репродуктивного поведения как социальной категории: психологический, аксиологический, исторический и экономический [4]. В рамках психологического подхода, идею конкуренции потребности в детях с другими потребностями личности и семьи развивали Р. Лестэг, Д. Ван де Каа, Ф. Арье [2]. В конце XX века стали появляться исследования, ориентированные на аксиологический фактор, как основополагающий в формировании репродуктивного поведения [8]. Дж. Колдуэллом был предложен исторический подход, который объясняет снижение рождаемости, как часть естественного процесса социально-экономических изменений. Иными словами, в соответствии с меняющимися условиями жизни меняется и репродуктивное поведение женщин. Вместе с тем, Дж. Колдуэлл признает возможность воздействия на репродуктивное поведение в ходе реализации программ планирования семьи [5].

Отечественные исследования в сфере репродуктивного поведения женщин в большей степени ориентированы на анализ социально-экономических условий рождаемости, оценку последствий ее низкого уровня [6]. Так, Н.Смелзер установил, что все больше девушек корректируют сроки рождения детей, а также их количество с карьерным ростом и доступностью материальных благ [7].

Отдельным методологическим подходом к изучению репродуктивного поведения девушек является его анализ в контексте репродуктивного потенциала общества, в т.ч. в связи с особенностями функционирования институтов системы здравоохранения В исследованиях В.Ю. Альбицкого, Г.М. Бурдули, И.Н. Веселковой и ряда других авторов репродуктивное поведение девушек определено как одно из следствий их репродуктивного здоровья. Последнее, в свою очередь, во многом предопределило достигнутый уровень рождаемости населения России во втором десятилетии XXI века.

В контексте исследований взаимосвязи брачности и рождаемости С.И. Голодом, А.А. Клецином и Т.А. Гурко была выявлена прямая зависимость между типом партнерских отношений и количеством детей. В частности, в парах, чей брак является зарегистрированным, детей, как правило, больше, чем в парах, чей брак официально не зарегистрирован [4]. Соответственно, чем ниже доля зарегистрированных браков, тем ниже показатель детности семей и уровень рождаемости. Г.Б. Дикке, Л.В. Ерофеева установили, что в России молодежь предпочитает такие формы партнерства, как сожительство. Таким образом, цели демографической политики по повышению рождаемости и детности семей без коренного изменения репродуктивного поведения молодежи можно считать недостижимыми.

Список литературы

1. Минтруд РФ: число женщин репродуктивного возраста к 2020 г. сократится на 3,7 млн человек [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/2341269>. Дата обращения: 3.11.2016
2. Антонов А.И. Социология семьи [Текст] / А.И. Антонов, В.М. Медков. М.: Изд-во Международного университета бизнеса и управления, 1996. 304 с.
3. Дикке Г.Б. Особенности репродуктивного поведения молодежи/ Г.Б. Дикке, Л.В. Ерофеева // Акушерство и гинекология. 2013. №12. С. 95-100.
4. Калачикова О.Н. Репродуктивное поведение как фактор воспроизводства населения: тенденции и перспективы [Текст]: монография / О.Н. Калачикова, А.А. Шабунова. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2015.
5. Кузьмин А.И. Жизненные стратегии как регуляторы демографического поведения семьи и населения [Текст] / А.И. Кузьмин, Т.В. Примаков, А.А. Кузьмина // Экономика региона. 2011. № 3. С. 63-69.
6. Мосакова Е.А. Занятость и репродуктивное поведение женщин в современной России [Текст]: автореферат дис. ... канд. экон. наук / Е.А. Мосакова. М., 2009
7. Смелзер Н., Сексуальные роли и неравенство // Научно-просветительский журнал «Скепсис». 2016. № 4. С. 232-287
8. Шестаков К.А. Аксиологический фактор репродуктивного поведения россиян [Текст]: автореферат дис... канд. социол. наук / К.А. Шестаков. – М., 2010

Сведения об авторах:

Амвросова Мария Айваровна – студентка V курса, 6 группы, лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес электронной почты: amvrosova_maria@mail.ru Контактный номер телефона: 89600033661

Стукова Алена Николаевна – студентка V курса, 6 группы, лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес электронной почты: alenkalubitegorky@gmail.ru Контактный номер телефона: 89522533700

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Игнатова Ольга Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, эл.почта: ignatova0370@mail.ru, м.т. 89212450899.

Бабкина В.М., Лочехина Е.Б.

Научный руководитель к.м.н. Игнатова О.А.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Введение. Репродуктивное поведение представляет собой систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака. Выражением репродуктивного поведения является среднее число детей в семье, рожденных женщиной за всю жизнь [6]. Репродуктивное поведение определяет параметры воспроизводства поколений, что в свою очередь отражается на демографическом будущем России. Важно, чтобы улучшение демографического состояния страны осуществлялось благодаря естественным процессам, связанным с воспроизводством населения непосредственно – рождаемость, смертность и опосредовано – брачность, овдовение, разводимость [3], а не миграционному движению.

Качество репродуктивного поведения является неотъемлемой частью национальной безопасности страны, следовательно, его формирование должно быть одним из важных стратегических направлений государственной политики. В связи с этим определилась **цель исследования** – изучить особенности репродуктивных установок современной российской молодежи.

Материалы и методы исследования. Выполнен обзор результатов по тематике репродуктивных установок современной молодежи. Применялись теоретические методы исследования: синтез, обобщение теоретического материала.

Результаты и их обсуждение. Репродуктивное поведение складывается из репродуктивных потребностей (потребность в детях), репродуктивных установок, репродуктивных мотивов, решения и действий. Понятие «репродуктивные потребности» включает в себя установленные социальные образцы и принципы поведения, относящиеся к рождению определенного количества детей. Для каждой страны данный показатель может быть разным в зависимости от особенностей образа жизни, культуры, уровня развития всех сфер в жизни общества. Репродуктивные потребности являются стартовым моментом в вопросе репродуктивного поведения.

Репродуктивные установки – это психические состояния личности, обуславливающие взаимную согласованность разного рода действий, характеризующихся положительным или отрицательным отношением к рождению определенного числа детей [4]. Этот параметр формируется с раннего возраста, в течение жизни изменяется мало. Репродуктивные установки делятся на установки, регулирующие достижение определенного числа детей и установки, связанные с применением контрацепции, искусственного прерывания беременности.

Существуют индикаторы репродуктивных установок. К ним относятся:

– среднее идеальное число детей, которое указывает на то, какое представление имеет человек относительно наилучшего количества детей в семье;

– среднее желаемое число детей – показатель, характеризующий индивидуальную потребность в детях (это предпочтения отдельного индивида в отношении числа детей, которое он хотел бы иметь в своей семье, при условии, что для этого ему ничего не мешает осуществить это желание; до этого предела возможно поднять уровень рождаемости страны с помощью средств социальной политики);

– среднее ожидаемое (планируемое) число детей – это реальное намерение иметь определенное количество детей с учетом всех жизненных обстоятельств.

Репродуктивные установки включают в себе мотивы репродуктивного поведения, т.е. причины, побуждающие человека к свершению определенных типов репродуктивного поведения (включая регулирование детности и отказ от рождения детей). Мотивация может быть различная, связанная с желанием получить ресурсы, блага, как физиологические, так и социальные, морально-психические, связанные с поло-репродуктивным поведением или же с отказом от деторождения [2].

Результатом репродуктивных установок является действие, которое направлено на рождение определенного количества детей или, наоборот, – на отказ от рождения. Изменения в репродуктивном поведении молодежи можно изучать как опосредованно, через анализ статистических данных о рождаемости и воспроизводстве поколений, так и непосредственно с помощью анкетирования, социологического опроса современной молодежи. Мы рассмотрим, как происходило изменение репродуктивного поведения в России, основываясь на статистических данных.

Репродуктивные установки тесно связаны с показателями воспроизводства и фертильности. При относительно низкой смертности для замещения поколений коэффициент суммарной рождаемости должен находиться на уровне 2,33. Если коэффициент рождаемости более 2,4 – это высокая фертильность, менее 2,15 – низкая.

Коэффициент фертильности характеризуется как среднее количество предполагаемых рождений у женщины в возрасте, когда она может зачать и выносить ребенка. По этому коэффициенту можно проследить изменения в структуре населения страны. Показатель фертильности 2 ребенка на женщину считается коэффициентом воспроизводства. Большой коэффициент указывает на возможные материальные проблемы у родителей, связанные с тем, как дать образование и прокормить своих детей. Меньшая фертильность способствует старению населения и сокращению его количества.

Анализ литературы свидетельствует о том, что за последние 55 лет коэффициент фертильности по России существенно снизился. В 1960 году коэффициент был равен 2,54, в 2015 году – 1,78 [12]. Самый низкий показатель фертильности был зафиксирован в 1999 году – 1,15. С 2001 года медленными темпами коэффициент фертильности стал возрастать с 1,22 до 1,78 в 2015г. [11], однако по сравнению с 60-ми годами показатель остается достаточно низким.

Коэффициент брутто показывает число рожденных девочек на одну женщину, с 1958 года по 2009 г. он снизился примерно в 1,5 раза. После 2000 г. начался медленный рост коэффициента, который к 2009 г. достиг значения 0,75, но не смог превысить значение 1958 года, что говорит об очень медленном росте данного показателя. Повышение показателя фертильности и коэффициента брутто может быть результатом реализации Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года, принятой в 2001г.

Репродуктивное поведение населения в России во все времена было различным. Такая особенность возникала в результате изменения образа жизни населения. Так, раньше были актуальны многодетные семьи, в настоящее же время наблюдается тенденция к однодетным или же вовсе бездетным семьям. Согласно данным литературы в настоящее время отмечается ориентация молодежи на малодетность, что подтверждается проведенными исследованиями, в которых на вопрос о том, какое количество детей они хотели бы в своей молодой семье, респонденты отвечают в соответствии со сложившимися идеалами. Выявлено, что респонденты рассматривают свою семью, своих родителей как пример для подражания, идеал, с желаемым количеством детей. Наблюдается явная преемственность поколений в направлении репродуктивного поведения: молодежь в возрасте 18 – 24 лет, которые по большей части воспитывались в семье с одним ребенком, заявляет о намерении иметь лишь одного ребенка или не иметь детей вообще. Люди же более старшего возраста, воспитываясь в многодетных семьях, поддерживают вариант многодетности [8].

Как отмечает социолог Е. Карташова, около 80% современной молодежи положительно относится к гражданскому браку [6], тем не менее, данная тенденция является негативной составляющей в формировании семьи в общепринятом смысле. Кроме того, гражданский брак может быть причиной

отказа от зачатия детей из-за неуверенности в партнере. Дикке Г.Б. и Ерофеева Л.В. (2013 год) в своих исследованиях также отмечают, что современная молодежь откладывает вступление в брак (в среднем, до 23,1±0,8 года), вместо этого отдается предпочтение незарегистрированному сожительству, что составляет около 44 % [1].

Согласно прогнозам ученых, в нашей стране прогнозируется тенденция к снижению показателей уровня рождаемости, по крайней мере, на протяжении следующих 30 лет [10].

Таким образом, в настоящее время в Российской Федерации наблюдается ухудшение демографической ситуации, в том числе снижение показателей коэффициента фертильности, что в свою очередь приводит к снижению рождаемости. В репродуктивных установках молодежи также преобладают негативные тенденции в виде ориентации на малодетность, откладывание вступления в брак и положительное отношение к гражданскому браку. На этом фоне очень важным представляется изучение репродуктивных установок современной молодежи, результатом чего может являться разработка более эффективных демографических программ.

Список литературы

1. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Особенности репродуктивного поведения молодежи // Акушерство и гинекология. 2013. №12. С. 95-100.
2. Ильясов Ф. Н. Потребность в детях и репродуктивное поведение // Мониторинг общественного мнения. 2013. №1. С. 168-177.
3. Калачникова Р.Н. Регулирование репродуктивного поведения населения: состояние и проблемы. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. 129 с.
4. Корсак А.А. Репродуктивные установки молодежи [Электронный ресурс]. – Режим доступа http://academic.ru/publ/pedagogika_socialnaja. 8-1-0-2011 (дата обращения 21.10.2016).
5. Моделирование факторов склонности семьи к рождению ребенка в России / SPERO. 2006. № 5. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://spero.socpol.ru/docs/N5_2006-98_133.pdf (дата обращения 21.10.2016).
6. Морозова И.С., Белогай К.Н., Борисенко Ю.В., Отт Т.О. Апробация опросника «репродуктивные мотивы» // Вестник Кемеровского государственного университета № 3 (59), том 3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/aprobatsiya-oprosnika-reproduktivnye-motivy> (дата обращения 21.10.2016).
7. Ровина Е.В. «Научное сообщество студентов XXI столетия» Общественные науки: материалы XIII студенческой международной научно-практической конференции. (29 октября 2013 г.). Новосибирск: Изд. «СибАК», 2013. 112 с.
8. Устинова О.В., Осипова Л.Б. Репродуктивный потенциал современной семьи: состояние и тенденции развития // Социология. 2014. № 1 (125). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/reproduktivnyy-potentsial-sovremennoy-semi-sostoyanie-i-tendentsii-razvitiya> (дата обращения 21.10.2016).
9. <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0453/tema06.php>
10. <http://womanadvice.ru/koefficient-fertilnosti#ixzz4OHo1L9lt>
11. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# – Федеральная служба государственной статистики
12. http://www.demoscope.ru/weekly/ssp/rus_tfr.php.

Сведения об авторах:

Бабкина Владислава Михайловна: студентка V курса педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: tagolove@mail.ru Контактный телефон: 89642974147

Лочехина Евгения Борисовна: студентка V курса педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: logYginya@yandex.ru Контактный телефон: 89116854897

Игнатова Ольга Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, ignatova0370@mail.ru м.т. 89212450899.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РОССИИ И АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2015 ГГ.

Аннотация: Проанализировав особенности заболеваемости и смертности болезней системы кровообращения, установлено, что данная группа заболеваний представляет значительную угрозу для популяционного здоровья населения России и Архангельской области.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, Европейский Север России.

Болезни системы кровообращения (БСК) остаются одной из основных медико-социальных проблем населения экономически развитых стран, в том числе России [3]. К настоящему времени они прочно удерживают первое место в структуре смертности и второе – в структуре общей заболеваемости населения страны [1].

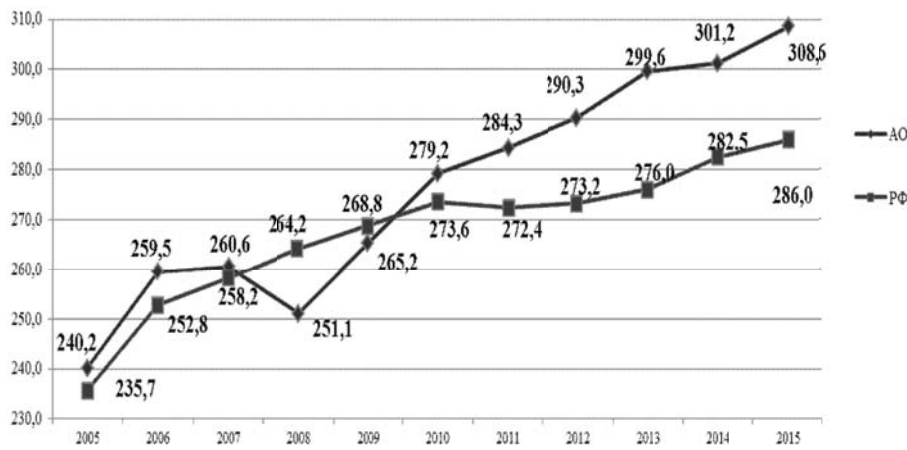


Рис. 1. Первичная заболеваемость населения болезнями органов кровообращения в России и Архангельской области в 2005-2015 гг. (на 1000 чел.) [данные Росстата].

В 2005-2015 гг. в России и в Архангельской области отмечается устойчивая тенденция к росту первичной заболеваемости БСК (рис.1). В указанный период темп ее прироста заболеваемости в России составил 21%; в Архангельской области – 28%. Рост заболеваемости БСК в России может быть обусловлен комплексом факторов. В их числе: процесс демографического перехода (увеличение доли граждан пожилого возраста в возрастной структуре населения страны), а также улучшение прижизненной диагностики этой группы заболеваний (внедрение программы диспансеризации взрослого населения, реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным БСК, работа школ артериальной гипертонии в поликлиниках и центров здоровья) [4]. Более высокие темпы роста первичной заболеваемости БСК в Архангельской области обусловлены особенностями пищевого поведения северян (преобладание в пищевом рационе продуктов животного происхождения, богатых холестерином и насыщенными жирами), климатическими факторами (низкой средней температурой окружающей среды), а также воздействие на организм человека в условиях Севера хронического стресса [6]. Наиболее часто среди взрослого населения Архангельской области встречается артериальная гипертония (все формы), на долю которой приходится 43% вновь выявленных случаев БСК, ишемическая болезнь сердца (21,8%), цереброваскулярные заболевания (19,7%) [4]. Две трети лиц, страдающих БСК (71%), – граждане старшего трудоспособного возраста (что можно объяснить необратимыми изменениями в сосудах и сердце, в значительной степени ограничивающих их адаптационные возможности).

В 2005 – 2015 гг. смертность от БСК в России снизилась на 31%, но, вместе с тем доля этой группы состояний в общей структуре смертности населения страны все еще превышает 50%. Доминирующее положение в структуре причин общей смертности населения Архангельской области также занимают БСК (56,6%). Вместе с тем, в последние годы отмечается устойчивая тенденция к снижению уровня смертности населения от данной группы состояний (рис. 2) [4].

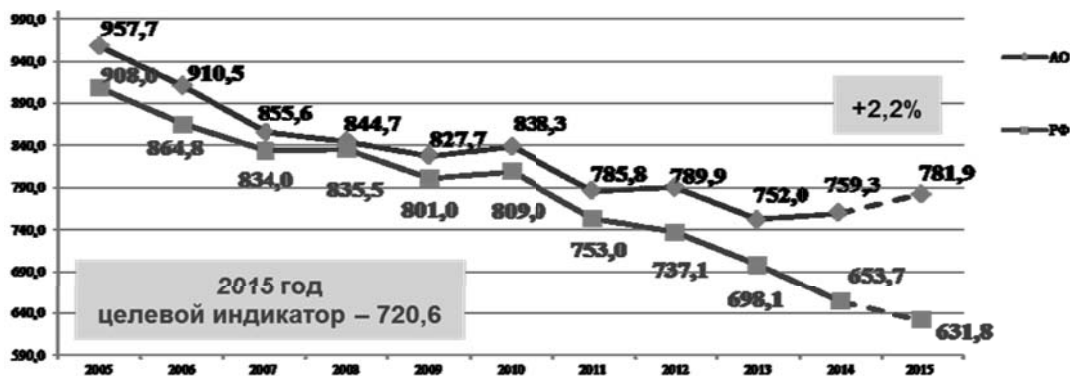


Рис. 2. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в Архангельской области с 2005-2015 гг. (на 100 000 населения) [данные Росстата].

В Архангельской области смертность от БСК по данным на 2015 г. выше на 24%, чем в России в целом. Если в 2005 – 2015 гг. темп убыли показателя в масштабах страны составил -30%, то в Архангельской области – всего 18%. По мнению экспертов, это также связано с условиями проживания на Крайнем Севере, к которым человек плохо адаптирован [2]. В частности, в исследовании В.И. Хаснулина установлено, что у жителей Севера распространены микроповреждения сосудистой стенки вследствие неконтролируемого свободно-радикального окисления липидов, который активизируется под действием мощных геомагнитных возмущений, характерных только для высоких широт [6].

В структуре причин смерти от БСК лидирующие места занимают ишемическая болезнь сердца (I20- I25, 49,3%) и цереброваскулярные заболевания (I60- I69, 35,3%). На инсульты и их последствия приходится четверть (23,9%) всех дней нетрудоспособности граждан России в году [4]. В Архангельской области в последнее десятилетие отмечается устойчивая тенденция к снижению уровня смертности населения от БСК и, в особенности, – инсультов. Темп ее убыли в 2015 г. по отношению к 2005 составил – 40% [2]. Снижению смертности от БСК в регионе в значительной степени способствовало создание сети специализированных медицинских учреждений – сосудистых центров. В настоящее время функционируют региональный сосудистый центр в ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» и три первичных сосудистых отделения в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Архангельской области: «Вельская центральная районная больница», «Новодвинская центральная городская больница» и ГБУЗ АО «Котласская центральная городская больница». В 2013 году организовано первичное сосудистое отделение на базе государственного бюджетного учреждения Архангельской области «Северодвинская городская больница № 1» [2]. Способствовали снижению смертности от БСК внедрение тромболитика при остром инфаркте миокарда на этапе оказания скорой медицинской помощи, а также дистанционных методов диагностики (ЭКГ, холтермониторирование и пр.); организация выездных форм работы с применением современных передвижных медицинских комплексов. Большое значение придается экспертами программе диспансеризации взрослого населения.

Выводы:

1. В 2005-2015 гг. в России и в Архангельской области отмечается устойчивая тенденция к росту первичной заболеваемости БСК, что обусловлено процессом демографического перехода и улучшением прижизненной диагностики этой группы заболеваний.

2. В 2005 – 2015 гг. в России и в Архангельской области отмечается устойчивая тенденция к снижению смертности населения от БСК, что обусловлено созданием сети специализированных медицинских учреждений – сосудистых центров, внедрением тромболитика при остром инфаркте миокарда на этапе оказания скорой медицинской помощи, реализацией программы диспансеризации взрослого населения.

Список литературы

1. Алиханова К.А. Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Карагандинской области // *Фундаментальные исследования*. 2013. (9-5). С.804-809.
2. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2014 год. [Интернет]. URL: <http://www.minzdrav29.ru/> (Дата обращения 01.11.2016)

3. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. 6 (8). 7—14.

4. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // Клиническая медицина. 2012. №3. С.4-7.

5. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: указ Президента Российской Федерации от 07.05-2012 №598. [Интернет]. URL: <http://base.garant.ru/70170948/> (Дата обращения 25.10.2016)

6. Хаснулин В.И., Хаснулин П.В., Безпрозванная Е.А., Собакин А.К. Механизмы формирования сердечно-сосудистой патологии и преждевременного старения пришлого человека на Севере. Международный конгресс кардиологии и неинвазивной визуализации сердца. 2009. С. 273-275.

Сведения об авторах

Видякина Александра Владимировна – студентка медико-профилактического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации E-mail: vidyakinasasha94@mail.ru

Дурягина Оксана Николаевна – студентка медико-профилактического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес электронной почты (e-mail) menshikova1807@gmail.com Контактный телефон 89212453010

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Гайланс И.В., Кашенцова М. Н.

Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Аннотация: Представлен обзор основных подходов к исследованию проблемы психического здоровья населения.

Ключевые слова: психическое здоровье, психологическое благополучие

Актуальность. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) психическое здоровье – это «состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества» [11]. В настоящее время состояние психического здоровья населения большинства экономически развитых стран мира, в т.ч. России, представляет одну из важнейших медико-социальных проблем. Урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки, которые усиливают нервное напряжение, способствует росту инцидентности психических расстройств [1].

Цель исследования – проанализировать особенности состояния психического здоровья населения России в начале XXI века.

Материалы и методы. Выполнен анализ результатов научных исследований и данных Федеральной службы государственной статистики.

Основная часть

В Российской Федерации в 2015 году общее число граждан, обратившихся за психиатрической помощью, составил до 4,2 млн человек; показатель общей заболеваемости психическими расстройствами составил 2967,5 в расчёте на 100 тыс. человек [7].

Первичная заболеваемость населения России психическими расстройствами и расстройствами поведения в начале XXI века стабильно сокращается (рис. 1).

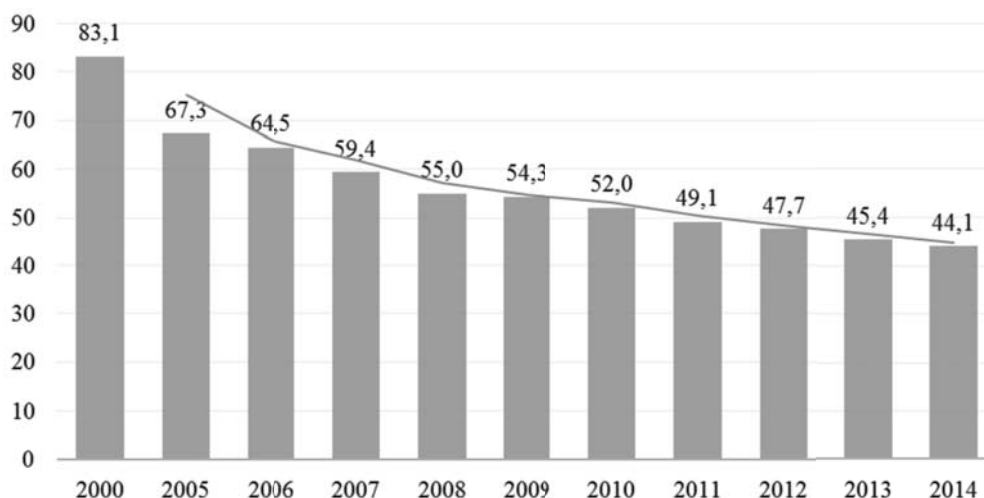


Рис. 1. Первичная заболеваемость населения России психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2000 – 2014 гг. (на 100.000 нас.) [13].

Темп убыли показателя в 2014 г. по сравнению с 2000 г. составил – 46,9%. В структуре зарегистрированных и впервые в жизни психических расстройств в России доминируют психозы (рис. 2).

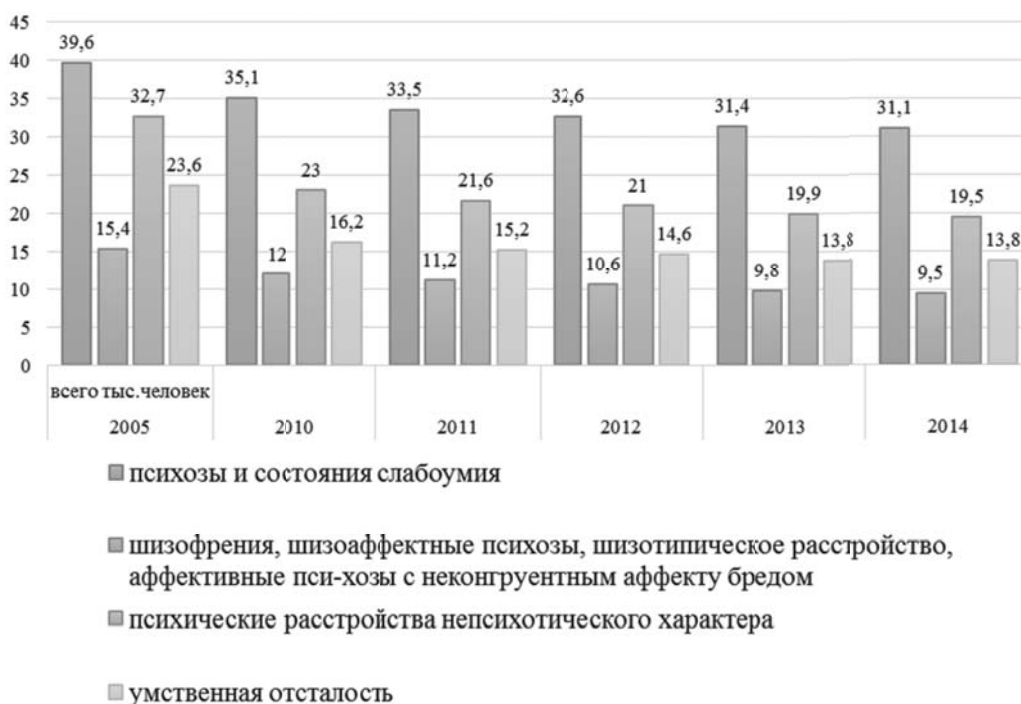


Рис. 2. Первичная заболеваемость населения России отдельными формами психических расстройств и расстройств поведения в 2005 – 2014 гг. (на 100.000 нас.) [14].

В 2005-2014 гг. среди психических расстройств непсихотического характера значительно возросла доля органических непсихотических расстройств и сократился удельный вес невротических, связанных со стрессом [13].

По мнению исследователей, в последние десятилетия во всем мире отмечена тенденция к увеличению заболеваемости населения депрессивными расстройствами. По результатам выполненной

под эгидой ВОЗ серии эпидемиологических исследований, построенных на безвыборочном обследовании пациентов общемедицинской сети в 14 странах мира, средний уровень распространенности депрессий на рубеже 1990-х – 2000-х гг. составил 10,4 %, в то время как в 1960-х он – не более 0,6 %. Таким образом, за прошедшие 30 лет число больных с депрессивными расстройствами выросло более чем в 17 раз. По данным отечественных исследователей, в России до половины всех граждан, обратившихся в поликлиники, имели те или иные признаки депрессии. Распространенность легких форм депрессивных расстройств, в т.ч. смешанных тревожно-депрессивных состояний, вероятно, еще выше (рис. 3).



Рис. 3. Клиническая структура депрессивных расстройств, впервые выявленных у пациентов общесоматической сети медицинских организаций по г. Москве [1].

В последние годы регистрируется снижение уровня госпитализации больных в психиатрические стационары страны, что связано с внедрением стационар-замещающих технологий и сокращением коечного фонда. Так, с 2006 по 2015 г. коечный фонд стационаров психиатрического профиля сократился на 11 % – со 172 394 до 153 687 коек [15,16]. Пропорционально сократилось и число госпитализируемых больных – с 675,7 тыс. человек в 2006 г. до 639,9 тыс. человек в 2015 г. В интенсивных величинах показатель госпитализации уменьшился с 464,3 до 450,9 на 100 тыс. населения.

Психические расстройства являются одной из ведущих причин инвалидизации населения России. Общее число инвалидов в стране вследствие психических расстройств составило 1.033.308 в 2015 г.; из них 58% – лица трудоспособного возраста. Из общего числа граждан, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу психических расстройств и расстройств поведения 78% – инвалиды [15].

Психические расстройства непосредственно не могут явиться основной причиной смерти человека, но значительная часть внешних причин смерти (травм, отравлений) и ряда хронических т.н. «алкоголь-атрибутивных» заболеваний так или иначе ассоциирована с ними. В России абсолютное число случаев смерти от внешних причин сократилось в 2000 – 2015 гг. на 41,8%; от случайных отравлений алкоголем – в 2,6 раза; от самоубийств – на 49,5%. Вместе с тем, в указанный период имело место увеличение абсолютного числа случаев смерти от алкогольной болезни печени (в 2,2 раза) на фоне сокращения числа случаев смерти от психических расстройств, вызванных употреблением алкоголя, на 40,4% [17].

Список литературы

1. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Москва: Издательский дом «Панорама», 2009. №12. С. 18-21.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика, некоторые общие соображения и данные. Москва: Издательство МГУ, 2015. С. 262–269.
3. Гурович И.Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. С. 5-10.
4. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. Москва: Медицина, 2002. С. 214-257.
5. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва: Академия, 2013.- 224 с.
6. Какорина Е.П., Казаковцев Б.А. Особенности формирования показателей смертности от психических расстройств в РФ // Психическое здоровье. 2015. № 4. С. 3–6.

7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск: Изд.НГПУ, 2006. 318 с.
8. Макаров В. В., Макарова Г. А., Макарова Е. В. Роль психотерапии, практической психологии и психологического консультирования в развитии современного индивидуума // Профессиональная психотерапевтическая газета № 1 (110). 2012. С.1-5.
9. Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л., Тагаев С.С. Отягощенный алкогольный анамнез как ассоциированный фактор риска аутоагрессии у заключенных-рецидивистов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. Т. 11. № 3. С. 459-463.
10. Программа Всемирной организации здравоохранения, 2015-2016. [Интернет]. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/ (Дата обращения: 22.10.2016)
11. Смулевич А. Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. Москва: МИА, 2015. 638 с.
12. Статистический сборник Здравоохранение в России; 2015. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). С. 44 – 46.
13. Чудновский В. С., Чистяков Н. Ф. Основы психиатрии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. 448 с.
14. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. 2015. №15. С. 4–12.
15. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Состояние психиатрической службы Российской Федерации // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2015. № 11 С. 4–10.
16. Штарик С.Ю., Петрова М.М., Гарганеев Н.П.. «Психическое здоровье» большого города. Психические расстройства в общей медицине. 2010. С. 16-19.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Five Edition, Text Revision: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2013. – 870 p.

Сведения об авторах:

Гайланс Илона Владиславовна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации gitze@ya.ru

Кашенцова Мария Николаевна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации mashka.mail.ru@inbox.ru

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес электронной почты (e-mail) menshikova1807@gmail.com Контактный телефон 89212453010

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации., к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Галицкая Э.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Светличная Т.Г.

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ И БЛАГОПОЛУЧИЮ РОССИЯН

Резюме: медиализация образа жизни россиян является результатом социального взаимодействия врачей, фармацевтов и пациентов, направленного на сохранение и укрепление здоровья индивидов, социальных групп и общества в целом. Она пронизывает все сферы социальной жизни современного человека. Суть медиализации заключается в стремлении к разрешению социальных

проблем исключительно с медицинских позиций и медицинскими средствами. Она активно поддерживается проводимой фармацевтическими компаниями агрессивной маркетинговой политикой, направленной на увеличение объемов потребления населением лекарственных средств. Медикализация способствует формированию у населения ложных представлений о возможностях современной медицины, следствием которых является широкое распространение нерационального поведения на рынке здравоохраненческих услуг.

Ключевые слова: медикализация, система здравоохранения, фармацевтическая индустрия, потребительское поведение, лекарственные средства.

Введение

В современном обществе подавляющее число потребляемых благ представлено услугами, реализуемыми посредством отношений между людьми. Наиболее социально значимой их частью являются услуги здравоохранения, многие из которых будучи общественными благами обуславливают высокую ответственность государства за обеспечение их эффективного и справедливого распределения [4]. В настоящее время изучению проблемы потребления медицинских услуг и лекарственных средств отечественными и зарубежными исследователями уделяется все большее внимание, что находит отражение во все возрастающем числе публикаций по этой проблеме [1, 2, 3, 4, 5]. Целью исследования явилось изучение основных научных представлений о феномене медикализации и его влиянии на жизнь и здоровье индивидов, социальных групп и общества в целом.

Результаты и их обсуждение

Термин медикализация означает процесс, в течение которого состояние или поведение человека начинает определяться как медицинская проблема, требующая медицинского разрешения. Социологи используют термин медикализация как для объяснения жизненных коллизий, включая все аспекты процесса взросления, так и социальных проблем [5]. Суть медикализации заключается в реальной возможности врачей контролировать социальное поведение людей, причем этот контроль они могут осуществлять без использования каких-либо специальных методов. В современном обществе именно представители медицинской профессии обладают преимущественным правом на осуществление функции социального контроля, вследствие имеющихся у них профессиональных полномочий определять и обозначать болезнь. В результате они могут подчинять себе управление социальными процессами, расширяя свои медицинские рекомендации и назначения.

Медикализация не отделима от состояния финансового обеспечения системы здравоохранения. Выявление все большего числа болезней прямо связано с увеличением доходов врачей. Это особенно характерно для таких стран, как США, где существует частно-страховое здравоохранение. Подобная практика вступает в противоречие с целями большинства национальных систем здравоохранения, деятельность которых направлена на сдерживание роста расходов на медицинскую помощь. Тесная взаимосвязь и взаимообусловленность медикализации общества и финансирования здравоохранения формирует особый стиль поведения медицинских работников по отношению к реальным и потенциальным потребителям здравоохраненческих услуг [5]. Если целью медицинской деятельности является увеличение доходов, то врачи возможно будут прилагать все усилия для объяснения пациентам каждого симптома как отдельной, поддающейся лечению болезни. Если, наоборот, деятельность здравоохранения ориентирована на сокращение расходов, то врачи могут игнорировать редкие, требующие дорогостоящего обследования и лечения случаи.

В развитых странах врачи в своей профессиональной деятельности используют биомедицинскую информацию, полученную и проверенную в исследовательских институтах, приоритеты исследований которых находятся в прямой зависимости от источников финансирования. В их качестве выступают фармацевтические компании, правительственные учреждения или частные лица. Каждый из них имеет определенный план проведения исследований, на этапе разработки которых исследователи заранее знают в интересах какой социальной группы они будут проводить свою работу. Медикализация возникает в результате превращения любого общего симптома в болезнь, излечимую с помощью таблеток или инъекций. Однако она не в состоянии повлиять на распространение болезней, вызванных загрязнением окружающей среды, производственными травмами, бедностью или насилием в семье [2].

Главная роль в медикализации принадлежит врачам. В процессе ее формирования влияние врачей постоянно увеличивается, сфера воздействия расширяется, а доходы – растут. В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что врачи вносят значительный вклад в медикализацию

предменструального синдрома (Фигерт, 1996), вредных привычек беременных (Армстронг, 1998), импотенции (Тифер, 1994), а также большого количества других болезненных состояний.

Процесс медикализации активно поддерживает фармацевтическая индустрия, которая извлекает из него основную часть своих доходов. Безрецептурный отпуск большинства медикаментов и доступность для населения аптечных учреждений формирует безответственное самолечение, которое носит массовый характер и выражается в самостоятельном назначении, отмене, изменении дозировки и способов применения лекарственных средств. Последнее обстоятельство наносит существенный вред здоровью трудоспособного и экономически активного населения, утяжеляя прогноз течения заболеваний вследствие развития побочных реакций лекарственной терапии, способствующих возникновению фатальных осложнений и преждевременной смертности.

Фармацевтические компании, обладая большими возможностями по рекламированию своей продукции, проводят агрессивную маркетинговую политику, направленную на увеличение объемов продаж лекарственных средств. Часть доходов от рекламной деятельности они направляют на финансирование аптек и практикующих врачей. Однако выяснить соотношение распределяемых между ними финансовых средств не представляется возможным. Фармацевтические компании особенно заинтересованы в дальнейшем расширении медикализации, в результате которой прием лекарств трактуется как лечение, а сама медикализация – как прием лекарств. И хотя ни врачи, ни фармацевтические компании сами по себе не имеют достаточного влияния на распространение медикализации, однако их профессиональное взаимодействие, направленное на достижение общих интересов, способствует ее формированию и развитию.

Активное участие в процессе медикализации принимают и пациенты, которые считают вмешательство врача в том или ином случае жизненно необходимым. Например, анонимные алкоголики, которым помогло медицинское вмешательство, склонны абсолютизировать силу медицины в борьбе с алкоголизмом и усматривать в ней способ достижения социально-психологической стабилизации. Другие группы пациентов (заключенные, акцентуированные личности, гомосексуалисты), ориентируясь на медикализацию, надеются на более гуманный контроль, осуществляемый медициной и здравоохранением, в сравнении с другими формами социального контроля. Описание медикализации в позитивно-оценочных терминах средствами массовой информации, еще более усиливает ложную гуманизацию этого процесса [1]. Ситуацию усугубляет склонность пациентов к переоценке перспектив современной медицины. В основном выбор лекарств и методов лечения они доверяют врачу. Однако весьма велика и доля тех, кто пользуется случайными медицинскими сведениями. В частности, установлено, что охотнее к «панацее» медикализации прибегают люди, почерпнувшие из СМИ сведения об успешном лечении (снятии неприятных ощущений) предменструального синдрома, синдрома хронической усталости и т.д.

Начало дискуссиям о медикализации было положено в 70-е годы прошлого века работами американских социологов медицины Т. Шаша, И. Зола и П. Конрада. В 1972 г. американский психиатр венгерского происхождения Томас Шаш, изучавший социальный контекст жизни психически больных, опубликовал серию статей, посвященных анализу того, как медицина и психиатрия корректируют различные формы социально неприемлемого поведения. Впоследствии эти работы были объединены в рамках монографии, получившей название «Медикализация повседневной жизни» (2007). В поле зрения Т. Шаша попали феномены психического заболевания, суицида, педофилии, воровства и др. Кроме того, ученый подробно рассмотрел взаимосвязь между принуждением и лечением в практике психиатрической помощи. Тесно связывая медикализацию с расширением полномочий психиатров и превращением их в агентов поддержания общественного порядка, Т. Шаш первым сформулировал критическое определение этого социального феномена: «Медикализация – это не медицина и не наука, это социально-семантическая (значимая) стратегия, которая выгодна одним лицам и несет угрозы другим».

В это же время медицинский социолог Ирвин Зола также обратился к проблеме медикализации. В 1972 г. он опубликовал статью на тему «Медицина как институт социального контроля». В ней исследователь указал на то, что в условиях современного общества медицина стала главным институтом социального контроля, вытеснив более «традиционные институты», такие, как религия и право, что привело к медикализации многих аспектов повседневной жизни, а здоровье из простого средства достижения блага превратилось в главное благо и цель человеческого существования [1].

Новой тенденцией, появившейся в 1990-е и 2000-е годы, стало переключение внимания с доминирующей роли врачей на позицию фармацевтических компаний, агентов страховой медицины

и поставщиков новых биомедицинских технологий, а также потребителей их продуктов. В 2004 г. Питер Конрад и Валери Лейтер опубликовали статью «Медикализация, рынки и потребители». Авторы свидетельствовали, что появление новых фармацевтических препаратов порождает все новые медицинские проблемы и патологические состояния. Ими были выявлены факторы, влияющие на потребительское поведение на фармацевтическом рынке, заключавшиеся в:

- отсутствию полной информации о применении медикаментов;
- самостоятельном принятии решения при выборе лекарственных средств без обращения к врачу или игнорировании медицинских рекомендаций;
- в недостаточной информации о последствиях бесконтрольного применения лекарственных препаратов.

Для отечественной теории и практики здравоохранения медикализация является достаточно новым явлением. Впервые это понятие описано академиком РАМН А.В. Решетниковым в фундаментальной работе «Социология медицины» (Москва, 2002). Важность проблемы медикализации, по мнению ученого, состоит в расширении этого процесса, следствием которого является усиление влияния здравоохранения как института социального контроля. Оно сопровождается формированием зависимости пациентов от врачей, создавая в обществе дополнительные социальные риски, к которым оно еще пока не готово.

Решетников А.В. [3], в частности, отмечает, что признание здоровья все большим числом людей в качестве главной человеческой ценности и основной составляющей качества жизни ведет к неблагоприятным социальным последствиям. Принятие обеспеченными людьми личной ответственности за свою жизнь и здоровье снимает ответственность с правительств за здоровье своих граждан, освобождая их от необходимости заботиться о их здоровье и благополучии. В результате сфера бесплатного государственного здравоохранения стремительно сужается, а число больных и заболевших среди самых незащищенных слоев общества неуклонно увеличивается. Диаду «врач – пациент» ученый рассматривает как ячейку социального взаимодействия в социальной сфере, в которой индивидуалистический аспект болезни формируется одновременно с социальным аспектом больного. При этом полномочия врачей по постановке диагноза и наименованию болезни он рассматривает как важный вид власти, которую общество должно уметь контролировать.

Заключение

Таким образом, проведенный нами краткий обзор основных научных представлений о феномене медикализации позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, явление медикализации в современном обществе появилось сравнительно недавно, но за последние полвека ее влияние существенно расширилось, выйдя за сугубо медицинские пределы, и охватив все стороны социальной жизни человека. Поскольку суть этого процесса заключается в том, что любое состояние или поведение специалистами и пациентами трактуется как медицинская проблема, постольку одной из главных причин возникновения медикализации следует считать революционные по своим последствиям возможности современной медицины и здравоохранения.

Во-вторых, в результате медикализации врачи превращаются в единственных экспертов большинства жизненных проблем человека, что значительно усиливает их власть над другими людьми, социальными группами обществом в целом. Медикализация создает предпосылки для присвоения врачами функции социального контроля. В таких обстоятельствах здравоохранение выступает как система социального контроля, что нарушает баланс социальных институтов в обществе. Медикализация способствует манипулированию социальными ролями пациентов. И хотя медицинские работники возможно не ставят своей целью такие манипуляции, они неизбежно возникают как результат медицинских вмешательств.

В-третьих, медикализация негативно влияет на сбережение здоровья нации. Она, способствуя формированию устойчивой зависимости пациентов от врачей и их медицинских рекомендаций, ведет к ухудшению физического, психического и социального здоровья индивидов, социальных групп и общества в целом. Более того, медикализация условий жизнедеятельности ведет к тому, что медицинское лечение становится единственной логической рефлексией на них. И это несмотря на то, что причины возникшего в жизни человека дисбаланса могут быть исключительно социальными. Так, случаи насилия в семье могут трактоваться и как медико-психологическая, и как социальная проблема. Однако, если социальный контекст жизненной проблемы человека не будет своевременно разрешен, ее медицинский аспект будет возникать снова и снова. И хотя врачи, по определению их профессиональной роли, не могут причинить сознательный вред пациенту, приносимое ими благо

может превратиться в зло, если количество медицинских вмешательств (из самых добрых побуждений) будет неуклонно увеличиваться.

Список литературы

1. Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2011. Вып. 2. том 4. С. 256-257.
2. Покровский В. И. Биомедицинская этика. М.: Медицина, 1997. 244 с.
3. Решетников А.В. Социология медицины. М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. С.280. С.720
4. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ: монография. Архангельск: Изд-во СГМУ, 2011. С.20-21.
5. Седова Н.Н. Биоэтика. М.: КноРус, 2016. С.135-216.

Сведения об авторах:

Галицкая Эллонна Анатольевна – консультант Сыктывкарский филиал ООО «Ригла» аптека №3139, студентка 4 курса ФСО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: elanga1974@yandex.ru тел.: 8(912) 567 98 25

Светличная Татьяна Геннадьевна – д.м.н., профессор, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, stiana64@yandex.ru тел. 8 (8182) 28 57 84

Гладкая Л.В.

Научный руководитель д.м.н., профессор Светличная Т.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРОТИВОТУБЕРКУЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Резюме: целью исследования явилось совершенствование организации труда сестринского персонала противотуберкулезного диспансера на основе принципов бережливого производства. Выявление внутренних резервов медицинской организации и внедрение принципов бережливого производства осуществлялось на основе использования 3-х методов: диаграммы «спагетти», «эмпирического метода» и метода «картирования потока ценностей». Анализ результатов исследования позволил выявить нерациональное использование рабочего времени медицинских сестер, что явилось основанием для принятия рациональных управленческих решений. В результате существенно повысилась удовлетворенность медицинских сестер условиями и содержанием труда и увеличилось число медицинских сестер, изъявивших желание работать по принципам бережливого производства.

Ключевые слова: бережливое производство, диаграмма перемещений, эмпирический метод, картирование потока ценностей.

Введение

Туберкулез является одним из наиболее древних и широко распространенных инфекционных заболеваний. Он был хорошо известен уже в Древнем Египте. С того времени туберкулез унес многие миллионы человеческих жизней и вплоть до настоящего времени продолжает оставаться смертельным заболеванием [3]. Проблемы профилактики и лечения туберкулеза, являясь актуальными во всех странах и во все времена, всегда вызывали у специалистов большой научный и практический интерес.

Организационные основы противотуберкулезной службы в нашей стране были заложены уже в 30-е годы прошлого века. На протяжении последующих лет развития советского государства, его экономических возможностей и первоочередных задач подходы к организации противотуберкулезной помощи населению постоянно изменялись и совершенствовались. Наибольшие усилия прилагались к обеспечению ее доступности и высокого качества.

Как известно, наиболее ценным и значимым ресурсом любой медицинской службы здравоохранения являются медицинские кадры и, прежде всего, сестринский персонал. Часто именно медицинские сестры находятся рядом с больным в первые минуты ухудшения его здоровья в стационаре, при активных вызовах на дому, оказывая первую доврачебную помощь и психологическую поддержку. Медицинские сестры могут способствовать росту эффективности медицинской деятельности, могут относиться безразлично к результату своего труда, а могут противодействовать нововведениям, если нарушается привычный для них ритм работы. Основная задача, которая стоит перед современными организаторами здравоохранения заключается в использовании экономических методов управления ресурсами медицинской организации [6] и, прежде всего, в применении индивидуального подхода во взаимодействии с каждой медицинской сестрой и мотивировании ее на плодотворную творческую работу. Дефицит сестринских кадров противотуберкулезной службы обуславливает необходимость максимального использования их личных ресурсов.

В настоящее время основным инструментом, способствующим эффективной и качественной профессиональной деятельности в медицине, являются принципы бережливого производства. Они подразумевают:

- создание большего числа качественных услуг;
- повышение удовлетворенности потребителей и производителей;
- снижение непроизводительных затрат;
- повышение безопасности услуг [1,2].

Целью настоящего исследования явился поиск путей и разработка предложений по повышению эффективности медицинского труда сестринского персонала противотуберкулезного диспансера на основе внедрения принципов бережливого производства.

Материалы и методы

Для выявления внутренних резервов повышения эффективности медицинской деятельности в условиях дефицита сестринских кадров нами проведено специальное медико-социологическое исследование. Базой для исследования послужило государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический противотуберкулезный диспансер». По состоянию на 01.01.2016 г. процент укомплектованности средним медицинским персоналом в противотуберкулезном диспансере составил 75% (врачи – 66%). Коэффициент совместительства у медицинских сестер был равным 1,4 (врачи – 2,1); коэффициент текучести медицинских кадров – 15%.

Объектом исследования явились медицинские сестры; предметом исследования – организация труда медицинских сестер. Программа медико-социологического исследования включила три этапа. На первом (начальном) этапе с помощью анкетирования была изучена удовлетворенность всех без исключения медицинских сестер диспансерного отделения противотуберкулезного диспансера (45 человек). Второй (основной) этап исследования заключался в выявлении непроизводительных временных затрат при выполнении медицинскими сестрами своих функциональных обязанностей. Третий (заключительный) этап состоял в определении удовлетворенности трудом медицинских сестер после реорганизации их профессиональной деятельности на принципах бережливого производства. В проведении второго и третьего этапов исследования приняли участие 7 медицинских сестер (4 медицинские сестры участковые, 2 медицинские сестры процедурные, 1 медицинская сестра городского приема) и 1 санитарка. Одновременно была сформирована группа сравнения, по количественному и качественному составу сопоставимая с группой исследования, но не участвующая в проекте бережливое производство.

Выявление внутренних резервов медицинской организации для повышения эффективности сестринской деятельности и обоснования внедрения принципов бережливого производства осуществлялось на основании использования 3-х методов: диаграммы «спагетти», «эмпирического метода» и метода «картирования потока ценностей».

Диаграмма «спагетти» (диаграмма перемещений) использовалась для визуального представления перемещения сотрудников в процессе выполнения работы. Для ее составления на чистый лист бумаги наносится компоновка участка, в зоне которого перемещается сотрудник при выполнении трудовой операции, а затем наносится без разрывов траектория его движения. Рекомендуемое наблюдаемое время составляет около 1 часа, но не менее 20 рабочих циклов выполнения трудовой операции. Если наблюдаемый сотрудник выходит из начерченного плана участка, то делается сноска и указывается цель, с которой сотрудник покинул рабочее место. После нанесения фактических линий

перемещений сотрудника определяется общий пройденный путь и пересчитывается на 1 час или 1 рабочую смену. В результате организации рабочего процесса, исключающего непроизводительные затраты времени, сокращаются временные потери на перемещения и высвобождается полезное время для производительного труда. Данное время медицинская сестра может использовать для дополнительной работы, повышающей эффективность и качество ее труда.

«Эмпирический метод» представляет собой сбор данных, полученных в ходе изучения рабочего процесса медицинской сестры, при котором происходит ее непосредственный контакт с руководителем. К методам эмпирического исследования относятся: наблюдение, сравнение, измерение, эксперимент. Наблюдение в эмпирическом методе в отличие от диаграммы перемещений проводится непосредственно в кабинете, т.е. на рабочем месте. Наблюдатель (руководитель) оценивает время, потраченное на основную работу и «потерянное время». К «потерянному времени» относится время на поиск информации или документа.

«Картирование потока ценностей» (сортировка дел) используется для выявления потери времени в процессе выполнения определенной медицинской услуги. Как показывает опыт, наиболее продолжительным этапом сортировки дел является получение характеристики текущего состояния дел («как они есть»). Для подробного рассмотрения всех этапов рабочего процесса все действия медицинской сестры фиксируются на стенде разным цветом карточек: зеленым – работа непосредственно с пациентом; желтым – подготовка к рабочему процессу; красным – непроизводительное время.

Результаты и их обсуждение

По нашим данным, большинство медицинских сестер (70%) не удовлетворены условиями существующей организации труда и только 20% медицинских сестер выразило желание работать по принципам бережливого производства.

В результате использования метода «диаграммы перемещений» было выявлено 3 вида непроизводительных временных затрат, а именно:

1. медицинская сестра процедурная 5-7% времени расходует на доставку и получение стерильного материала из центрального стерилизационного отделения (ЦСО), которое находится в подвальном помещении учреждения. При этом спуститься в подвальное помещение можно только на лифте, являющемся единственным в учреждении;

2. медицинская сестра врачебного кабинета 1% времени тратит на объяснение пациентам местонахождения рентгенологического кабинета и 2% – на передачу рентгеновских снимков для описания;

3. медицинская сестра участковая 10-15% времени использует на получение из клинично-диагностической лаборатории результатов анализа мокроты, из рентгенологического отделения – описания Rg-пакета, из «стационара на дому» - информации о приеме пациентами противотуберкулезных препаратов.

На основе использования «эмпирического метода» было выявлено 4 вида потерь рабочего времени, обусловленных:

1. чрезмерным качеством информации (передается больше информации, чем необходимо; отчеты в стол; повторные заборы информации);

2. низким качеством информации (устаревшая информация; недостаточное обследование);

3. избыточной информацией (чересчур ранние анализы / без необходимости; повторные анализы);

4. недостаточной информацией (поиск результатов обследования; отсутствие необходимых бланков);

Кроме того, у 60% медицинских сестер в рабочих папках находится до 80% недействующих нормативных документов и устаревших форм учета. Выписка лекарственных средств осуществляется старшей медицинской сестрой вручную. Доступ к базе имеющихся в наличии лекарственных препаратов на аптечном складе противотуберкулезного диспансера отсутствует, что на 25% затрудняет выписку лекарственных препаратов. В результате до 40% рабочего времени медицинскими сестрами тратится «впустую».

Анализ результатов использования метода «картирования потока ценностей» подтвердил полученные ранее данные о нерациональном расходовании медицинскими сестрами своего рабочего времени. Это послужило основанием для принятия управленческого решения по внедрению программы 5 «S».

Смысл организации труда по системе 5 «S» заключается в изменении поведения и образа мышления работников, воспитания у них уважения к порядку и трудовой дисциплине. При этом само-

контроль у работников может появиться не ранее, чем они привыкнут к каждодневному выполнению элементарных трудовых требований. Основная задача системы 5 «S» заключается в такой организации труда, которая бы значительно повысила эффективность и управляемость сестринского труда. Система включает следующие элементы:

- сортировка – четкое отделение необходимых предметов от ненужных. На рабочем месте должны быть только те предметы, которые действительно необходимы и только в том количестве, которое необходимо;

- порядок – хранение необходимых предметов в четко определенных местах для обеспечения легкого и немедленного доступа и возврата. Непродуктивная работа (транспортировка и перемещение, «поиски необходимого предмета»), должна быть полностью устранена или потери рабочего времени на нее должны быть минимизированы;

- уборка – содержание рабочих площадей в чистоте, а оборудование – в работоспособном состоянии; источники загрязнения должны быть определены и устранены;

- стандартизация – разработка стандартов для профессиональной деятельности;

- самодисциплина – следование установленным (стандартизированным) процедурам должно быть превращено в привычку; рабочие проблемы должны выявляться сразу после их возникновения и тотчас устраняться [4].

Организация труда на рабочем месте по системе 5 «S» требует активного и постоянного участия от руководства. Каждый работник должен понимать необходимость и обоснованность новой организации труда. Для этого необходимо специальное обучение сотрудников.

После внедрения системы 5 «S» удовлетворенность трудом медицинских сестер составила 97%. Повышение удовлетворенности, прежде всего, связано с уменьшением «бумажной работы» (с 70% до 30%). В результате более 80% медицинских сестер изъявило желание работать в условиях бережливого производства.

Выводы

1. Методология бережливого производства является эффективным инструментом существенно улучшающим условия и содержание медицинского труда, повышающим его привлекательность и стабильность. Бережливое производство позволяет без дополнительных финансовых затрат путем принятия управленческих решений повысить качество трудовой деятельности сестринского персонала.

2. Использование принципов бережливого производства позволило принять руководству противотуберкулезного диспансера рациональные управленческие решения:

- изменить месторасположение ЦСО (из подвального помещения перевести в пристройку учреждения на первый этаж). Это позволило медицинским сестрам использовать несколько маршрутов, что на 3-5% уменьшило затраты времени на доставку и получение стерильного материала;

- разместить кабинет медицинской сестры городского приема напротив рентгенологического кабинета, что позволило полностью устранить непроизводительные затраты и снизить риск инфицирования пациентов и медицинской сестры;

- расширить пациентскую базу данных, благодаря которой передача информации теперь осуществляется не только между всеми структурными подразделениями учреждения, но и с фтизиатрами районов области, что на 8-10% снизило временные затраты на поиск необходимой медицинской информации, с одновременным сокращением бумажной работы с 70% до 30 %.

3. В результате внедрения программы 5 «S» основная часть (70%) рабочего времени медицинских сестер отводится на работу с пациентом, 20% времени – на подготовку к рабочему процессу и лишь 10% составили непроизводительные затраты.

4. Практически все (97%) медицинские сестры удовлетворены условиями и содержанием медицинского труда. Подавляющее большинство (80%) сотрудников изъявили желание работать в условиях бережливого производства.

Список литературы

1. Вумек Джеймс П., Джонс Даниел Т. Бережливое производство. Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании. М.,: «Альпина Паблишер», 2015, 472 с .

2. Гемба Кайдзен. Путь к снижению затрат и повышению качества. М.,: «Альпина Паблишер». 2016. 345 с.

3. Корецкая Н. М. Факторы риска развития туберкулеза, особенности его выявления и течения // Проблемы туберкулеза, 2002. № 8, С. 24

4. Том Фабрицио, Дон Теппинг. 5 S для офиса. Как организовать эффективное рабочее место. М.: «Альпина Паблишер». 2012. 224 с.

5. Уйба В.В., Чернышев В.М., Пушкарев О.В., Стрельченко О.В., Клевасов А.И. Экономические методы управления в здравоохранении. Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс». 2012. 314 с.

6. Цыганова О.А. Организационно-правовые основы аутсорсинга лечебного питания // Психология. Экономика. Право. 2014. № 1. С. 92-98.

Сведения об авторах:

Гладкая Любовь Всеволодовна – старшая медицинская сестра диспансерного отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический противотуберкулезный диспансер», студентка 4 курса ФСО, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, lub.gladckaia2012@yandex.ru тел. 8 (953) 264 54 58

Светличная Татьяна Геннадьевна – д.м.н., профессор, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, statiana64@yandex.ru тел. 8 (8182) 28 57 84

Давыдова С.Н.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ СГМУ

Резюме

Изучены особенности репродуктивного поведения студентов ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» г. Архангельска. Разработаны практические рекомендации по организации репродуктивного образования студентов СГМУ.

Ключевые слова: студенческая молодежь, репродуктивное поведение, репродуктивные установки, семейные ценности.

Введение

На современном этапе Россия частично преодолела демографический кризис. За последние три года рождаемость, пусть и не на много, но превысила смертность. Тем не менее, в ряде регионов страны, в том числе в Архангельской области неблагоприятные демографические тенденции продолжают продолжаться. По данным Росстата в 2015г. число родившихся превысило число умерших на 32,7 тысяч человек. При этом в 41 субъектах РФ наблюдается превышение числа умерших над числом родившихся, из них в 9 субъектах РФ – в 1,5-1,6 раза. Естественный прирост населения в 2015 году зафиксирован в 44 субъектах РФ [10]. К многообразным факторам, влияющим на репродуктивные ориентации молодежи и, в конечном итоге, формирующие низкие уровни рождаемости в регионе, можно отнести проблему искусственного аборта [2,4], социальные условия жизнедеятельности [5, 11].

Немаловажную роль в демографической ситуации Российской Федерации играет институт семьи. Отношение к семье у современной молодежи значительно изменилось, это подтверждает тот факт, что в настоящее время взгляды молодых людей больше ориентированы на подъем по карьерной лестнице, на жизненный успех. Всё это приводит к тому, что молодежь воспринимает детей как помеху для личностного и карьерного роста. Поэтому зачастую предпочтения молодого поколения склоняются в пользу бездетной или однодетной семьи. В системе ценностей значительного числа молодых людей семья уже не занимает главенствующего места. Среди молодежи пользуются популярностью «свободные отношения», то есть добрачные и внебрачные половые связи, которые воспринимаются как норма. Всё это привело к таким негативным последствиям

как снижение рождаемости, уменьшение количества детей в семьях, увеличение числа разводов, неполным семьям, внебрачной рождаемости, а также психологической напряжённости внутри семей [9].

Региональная демографическая политика должна быть направлена на повышение рождаемости за счёт рождения второго и последующего детей, на укрепление роли института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений [1]. Особое внимание необходимо уделить студенчеству – наиболее креативной, социально-перспективной группе общества. Таким образом, в условиях незначительного превышения уровня рождаемости над уровнем смертности особую актуальность приобретает исследование репродуктивного поведения студенческой молодёжи.

Цель исследования: на основе изучения проблем репродуктивного поведения и репродуктивных установок студентов СГМУ разработать программу по охране репродуктивного здоровья и формированию семейных ценностей студентов СГМУ.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск). В исследовании принимали участие студенты 1 курса стоматологического факультета и 5 курса лечебного факультета, в количестве 142 человек, из них 41 юноша и 101 девушка, возраст от 17 до 26 лет. Для получения результатов исследования была разработана анкета, включающая в себя 50 вопросов.

Вопросы анкеты можно условно разбить на несколько блоков. Первый блок включает в себя общие вопросы, касающиеся демографических данных респондентов, места проживания в данный момент и до поступления в СГМУ, семейного статуса. Второй блок вопросов направлен на получение информации о репродуктивных планах студентов, факторах и мотивах, влияющих на создание семьи и рождения детей. Третий блок включает вопросы о сексуальном дебюте и методах контрацепции. Четвёртый блок выявляет отношение респондентов к аборту, незарегистрированному браку, о мерах повышения рождаемости и формированию репродуктивных установок. И пятый блок посвящён свободному времени и вредным привычкам опрошенных.

Результаты и их обсуждение

Оптимальным возрастом вступления в брак, по мнению половины студентов, считается возраст от 20 до 24 лет (55 % студентов первого курса и 45 % студентов пятого курса), на втором месте возраст от 25 до 29 лет (38 % студентов первого курса и 52 % студентов пятого курса) (рис. 1).

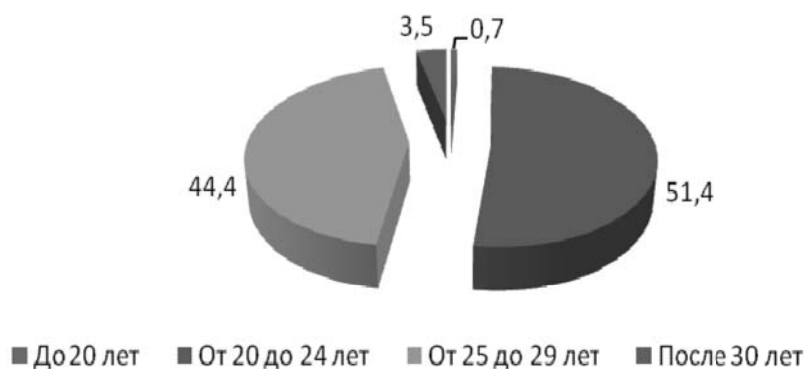


Рис. 1. Оптимальный возраст вступления в брак (%)

По мнению студентов, идеальное и планируемое число детей практически равно. Идеальное число детей составляет 2,1 и у юношей, и у девушек, планируемое – 1,9 – у юношей, 2,1 – у девушек. В результате, планируют иметь в своей семье двоих детей более половины студентов, троих – четверть, одного ребёнка – 12 %, четырёх и более всего лишь 3 % опрошенных студентов.

Большинство студентов обоих полов и возрастных групп ориентированы на рождение в своих семьях двух детей (таблица 1).

Респондентки старшей возрастной группы более ориентированы на рождение двух детей (71%) относительно респонденток младшей возрастной группы (54,1%). В отношении одного ребёнка прослеживается обратная тенденция: 18 % девушек младшей возрастной группы и 2,6 % девушек старшей возрастной группы. У юношей в возрастных группах различий не выявлено.

Планируемое число детей респондентов по половозрастным группам (%)

Количество детей	1990-1994 годы рождения			1995-1998 годы рождения		
	Юноши	Девушки	Оба пола	Юноши	Девушки	Оба пола
Один	13,3	2,6	5,7	13,0	18,0	16,7
Два	53,3	71,0	66,0	52,2	54,1	53,6
Более двух	33,4	26,4	28,3	34,8	27,2	29,7
Итого	100	100	100	100	100	100

В первую очередь на количество детей в будущих семьях студентов влияют социально-экономические факторы – доход и наличие жилья. Влияние опыта родительской семьи указали 34 % юношей и 19,8 % девушек (Рис. 2).

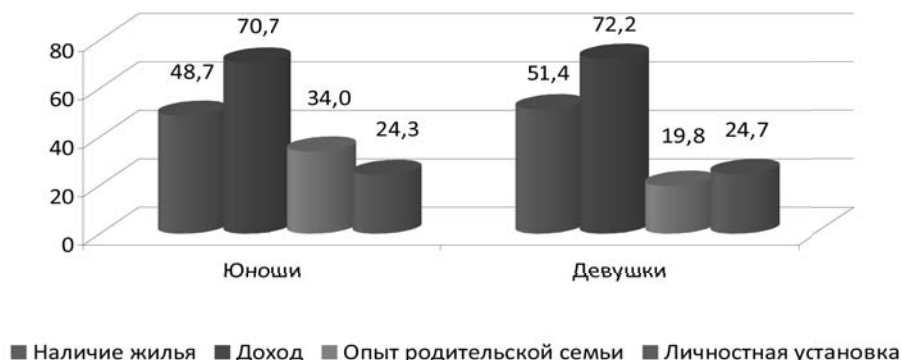


Рис. 2. Факторы, влияющие на количество детей, которое респонденты хотели бы иметь в своих семьях (на 100 обследованных)

Наиболее важным мотивом для создания семьи большинство участников исследования отметили «желание быть с любимым человеком». Этот вариант ответа выбрали 85 % девушек и 50 % юношей, здесь прослеживается гендерное различие в отношении данного мотива создания семьи. Треть опрошиваемых выбрала также вариант «желание продолжить свой род», так ответили 46 % юношей и 24 % девушек, для юношей чаще давали этот вариант ответа, чем девушки. Третьим по популярности вариант ответа стал «психологический комфорт». В этом случае опять заметно гендерное различие: 46 % юношей и 25 % девушек выбрали этот вариант ответа. «Желание реализовать себя в детях» – такой вариант ответа выбрали 17 % студентов, из них 29 % юношей и 11 % девушек, что снова подтверждает гендерное различие в отношении данного мотива создания семьи (Рис. 3).

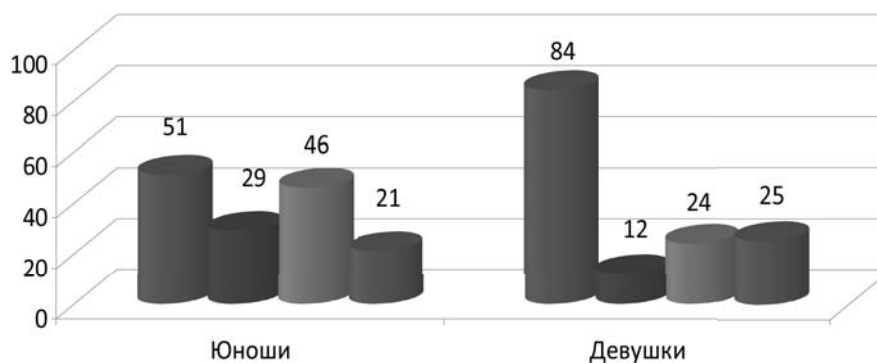


Рис. 3. Важнейшие мотивы для создания семьи (на 100 обследованных)

Средний возраст вступления в половые отношения респондентов составил 17,1 лет. Также был рассчитан средний возраст полового дебюта по половозрастным группам (таблица 2). Средний возраст полового дебюта участников младшей возрастной группы несколько ниже, чем у участников старшей возрастной категории. Более заметная разница у девушек, средний возраст полового дебюта снизился на 0,9 года.

Средний возраст полового дебюта по половозрастным группам (в годах)

1990-1994 годы рождения			1995-1998 годы рождения		
Юноши	Девушки	Оба пола	Юноши	Девушки	Оба пола
16,4	17,8	17,0	16,1	16,9	16,6

В исследовании была затронута проблема низкой рождаемости. Несмотря на то, что в последние время наблюдается небольшое превышение уровня рождаемости над уровнем смертности, проблема рождаемости остаётся не менее актуальной. Поэтому мы задали респондентам вопрос, касающийся причин низкой рождаемости. Отвечая на этот вопрос, респонденты подтвердили влияние экономического фактора на рождаемость. Наиболее распространённые ответы: «низкий уровень семейных доходов» (55,0 %) и «неустойчивое экономическое положение» (48,5 %), почти такое же количество голосов было отдано также за вариант ответа «нежелание иметь детей» (47,2 %). В последнее время молодёжь ориентирована на несколько другие ценности, к которым, в частности, можно отнести карьеру, повышение материального благосостояния, распространение современных форм брачно-семейных отношений (незарегистрированный брак). Семья как ценность уходит на второй план, перестаёт быть важнейшим институтом. Следовательно, все эти факторы оказывают непосредственное влияние на рождаемость, как известно, в незарегистрированных браках рождение детей откладывается на более поздний срок или вообще не происходит. В то же время из-за распространения незарегистрированных браков растёт и внебрачная рождаемость.

Среди мер, направленных на формирование репродуктивных установок, по мнению участников исследования наиболее эффективными являются следующие: ориентация на здоровый образ жизни (55,6 %), разработка и внедрение программ, направленных на формирование ценности семьи, состоящей из родителей с несколькими детьми (52,8 %).

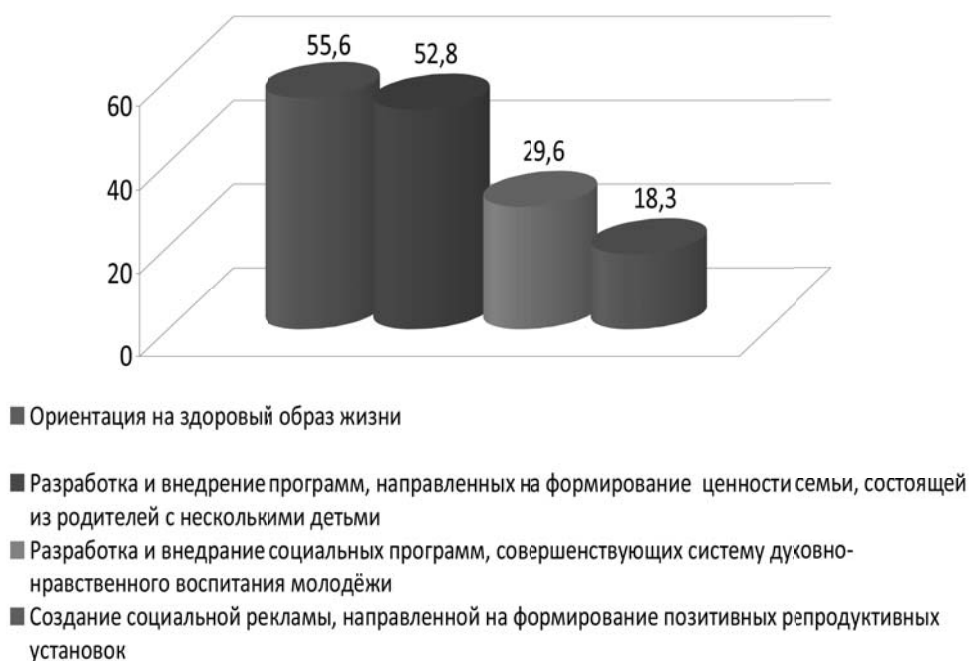


Рис. 4. Наиболее эффективные меры, направленные на формирование репродуктивных установок (на 100 обследованных)

На основании проведенного исследования была разработана программа по охране репродуктивного здоровья и формированию семейных ценностей у студентов СГМУ [3, 6, 8, 12, 13]. Цель разработки программы по охране репродуктивного здоровья и формированию семейных ценностей у студентов СГМУ – формирование культуры репродуктивного поведения, повышение интереса к ценности семьи, создание условий для репродуктивного самоопределения студентов.

Программа представлена двумя моделями:

- модель формирования репродуктивного поведения студентов;
- модель формирования семейных ценностей.

- Разработанная нами программа по охране репродуктивного здоровья и формированию семейных ценностей у студентов СГМУ включает в себя следующие направления:
- повышение уровня репродуктивной культуры студентов;
- повышение уровня информированности студентов о репродуктивном здоровье;
- повышение уровня репродуктивных знаний, сексуальной культуры;
- влияние негативных факторов (алкоголя, табака, наркотиков) на репродуктивный потенциал организма;
- формирование ценностного отношения к своему здоровью, способах его сохранения и укрепления;
- популяризация ЗОЖ как основы репродуктивного здоровья студентов;
- санитарно-гигиеническое просвещение (распространение среди студентов гигиенических знаний и навыков, профилактика заболеваний);
- профилактика аборт, ИППП, ВИЧ-инфекции;
- рациональные методы контрацепции;
- мотивирование студентов на сохранение репродуктивного здоровья;
- планирование семьи;
- формирование межличностных отношений между юношами и девушками;
- формирование ответственного родительства как у девушек, так и у юношей;
- формирование ценностного отношения к семье;
- формирование ценностей отцовства и материнства;
- формирование ценности семьи, состоящей из родителей с несколькими детьми;
- привлечение внимания студентов к социальным, экономическим, психологическим проблемам современной семьи;
- привлечение внимания студенческой молодёжи к проблемам низкой рождаемости.

Реализация перечисленных направлений в СГМУ позволит повысить уровень информированности в области охраны и укрепления здоровья, в том числе репродуктивного.

Выводы.

1. В ходе исследования выявлено, что, по мнению студентов, планируемое число детей практически равняется идеальному числу детей. Таким образом, планируют иметь в своей семье двоих детей 56,3 % опрошиваемых студентов. Респондентки старшей возрастной группы более ориентированы на рождение двух детей (71 %) относительно респонденток младшей возрастной группы (54,1 %). В отношении одного ребёнка прослеживается обратная тенденция: 18 % девушек младшей возрастной группы и 2,6 % девушек старшей возрастной группы. У юношей в возрастных группах различий не выявлено.

2. На количество детей в семьях, по мнению респондентов, влияют социально-экономические факторы – доход и наличие жилья, следовательно, главной причиной, препятствующей созданию семьи, студенты считают материальную (59 %).

3. Мотивы для создания семьи по итогам исследования показали гендерное различие. Для девушек приоритетным мотивом является желание быть с любимым человеком (85 %), для молодых людей вместе с этим (50 %) также важным является продолжение рода (46 %).

4. Средний возраст вступления в половые отношения студентов СГМУ составил 17,1 года, при этом 16,3 года для юношей и 17,5 года для девушек.

У девушек, в отличие от юношей, средний возраст полового дебюта имеет тенденцию к снижению. Так, если в старшей возрастной группе он составлял 17,8 года, то в младшей возрастной группе этот показатель равен 16,9 года.

5. Причины низкой рождаемости студенты видят в неустойчивом экономическом положении, низком уровне доходов и нежелании иметь детей. Для повышения рождаемости, по мнению респондентов, необходимо формирование семейных ценностей в обществе; формирование ценностей отцовства и материнства; формирование в обществе культуры семейных отношений.

6. Программа по охране репродуктивного здоровья и формированию семейных ценностей студентов СГМУ направлена на повышение уровня информированности студентов о репродуктивном здоровье, популяризацию здорового образа жизни, профилактику аборт, ИППП, ВИЧ-инфекции, формирование ценностей материнства и отцовства, формирование семейных ценностей и установки на ответственное родительство.

Список литературы

1. Багирова А.П., Шубат О.М., Ворошилова А.И. Развитие семейно-репродуктивных установок студенческой молодёжи как направление демографической политики России / Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2013. № 36. [Электронный ресурс]. URL: <http://elibrary.ru/download/60222299.pdf>
2. Баранов А.Н., Санников А.Л., Рогозин И.А. Социально-гигиенические факторы, формирующие проблему искусственного аборта// Акушерство и гинекология. 1998. № 6. С. 38-40.
3. Баранов А.А., Санников А.Л. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы// Врач. 2002. № 3. С.40-41.
4. Баранов А.Н., Санников А.Л., Банникова Р.В. Медико – экологические аспекты физического и полового развития девочек и девушек // Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. LIV.№ 1. С. 52.
5. Волченкова Е.В. Особенности репродуктивных установок современной молодёжи // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2014. № 8. С. 21-25
6. Дочкина Н. Л. Формирование здоровьесберегающей компетентности студентов в образовательном учреждении / Н. Л. Дочкина // Профессиональное образование в России и за рубежом. 2012. № 1. С. 110 – 114.
7. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Взаимосвязь основных форм девиантного поведения у подростков и молодежи и их влияние на формирование полового поведения у данной возрастной категории // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1; URL: www.science-education.ru/101-5082 (дата обращения: 20.09.2016).
8. Калачикова О.Н. Некоторые аспекты репродуктивного поведения студенческой молодёжи // Высшее образование в России. 2012. № 3. С. 132-136.
9. Коробейникова А.П., Попова Е.В. Образ брака и семьи в представлениях студенческой молодежи / Новые подходы в организации работы с молодежью. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции (Екатеринбург, 1-2 апреля 2013 г.): в 2 ч. Ч. 2. Екатеринбург, 2013, С. 111-113.
10. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Раздел население. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/ (дата обращения 23.10.16)
11. Санников А.Л., Банникова Р.В. Характеристика основных климато-экологических и социальных параметров жизнедеятельности в условиях Европейского Севера (по материалам Архангельской области). Архангельск: Издательство АГМА, 2000.
12. Столярчук Л.И., Алешина Л.И., Столярчук И.А., Федосеева С.Ю., Шульгин Е.А. Физиологические и педагогические основы формирования репродуктивной культуры обучающейся молодежи // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.science-education.ru/127-21371>
13. Стратегия развития молодежи Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс]. URL: <https://fadm.gov.ru/mediafiles/documents/document/b20c9ba38da7689efea305b2e3b5426.pdf> (дата обращения: 23.10.16)

Сведения об авторах:

Давыдова Светлана Николаевна – студентка факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Едакин А.Б.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Варакина Ж.Л.

РОЛЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Резюме

Проведено медико-социальное изучение контингента, находящегося в ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов». Проведен анализ факторов, формирующих социальную адаптацию инвалидов в условиях дома-интерната. Изучены потребности клиентов в различных видах технических средств реабилитации, необходимых для социальной адаптации в доме-интернате. Разработаны рекомендации по созданию доступной среды в ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

Ключевые слова: технические средства реабилитации, социальная адаптация, инвалид.

Введение

По данным Федеральной службы государственной статистики на 1 января 2015 года в России общая численность инвалидов составила 12,9 млн человек, из них около 7,8 млн являются инвалидами первой и второй групп, в том числе около 62 тыс. в Архангельской области, которые нуждаются в технических средствах реабилитации (ТСР) [8]. Необходимость выполнения основных функций жизнеобеспечения с помощью вспомогательных технических средств и является одним из главных критериев, влияющих на определение группы.

Высокий уровень инвалидизации в структуре общества, а также тот факт, что почти половина людей с ограниченными возможностями по данным Росстата находится в трудоспособном возрасте, по праву возводят проблему комплексной реабилитации инвалидов в категорию «национальной безопасности». Тем не менее, важнейшая для нашего общества социальная задача создания равных с другими людьми возможностей для данной категории населения по-прежнему не решена [1, 2]. По данным отчета Министерства труда, занятости и социального развития Российской Федерации о ходе реализации государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы в 2014 году только 77,9% инвалидов были обеспечены ТСР в соответствии с федеральным перечнем в рамках индивидуальной программы реабилитации, а доступность приоритетных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры для маломобильных групп населения обеспечена лишь на 30,0% [6].

По результатам мониторинга Всероссийского общества инвалидов в I квартале 2015 года в России в общем наблюдается проблемная ситуация с обеспечением следующими техническими средствами: абсорбирующее белье, спецсредства при нарушении функций выделения, протезы верхних и нижних конечностей, ортезы, ортопедическая обувь [7].

ТСР должны обеспечивать повышение возможностей инвалидов вести самостоятельный образ жизни, сохранять максимально возможный уровень мобильности и доступа к информации и образованию. Особое внимание должно уделяться повышению жизненного уровня и уровня социальной защищенности инвалидов, следовательно, ТСР должны быть не только максимально доступны для инвалидов, но при этом их получение не должно вызывать существенных материальных и иных проблем [3, 5].

В рамках международного проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации», реализованного по программе сотрудничества Европейского Союза и России в 2007-2009гг, было проведено исследование влияния ТСР на повседневную жизнь инвалидов и степени удовлетворенности инвалидов выданными ТСР. Результаты исследования свидетельствуют о том, что чаще всего использование технических средств облегчает инвалидам самостоятельное передвижение и общение, а также получение информации. Основными причинами удовлетворенности техническими средствами большинство респондентов назвали их функциональность и адаптированность под индивидуальные особенности, что позволяет им справляться с большинством дел в их повседневной жизни. Участники проекта пришли к выводу о необходимости проведения исследований потребностей инвалидов, привлечения специалистов к процессу подбора технических средств, а также использования высоких технологии в производстве ТСР [4].

Цель исследования: изучение проблем применения технических средств реабилитации в социальной адаптации инвалидов, пребывающих в стационарных условиях, для разработки рекомендаций по созданию доступной среды в ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

Материалы и методы

Базой исследования явился ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» – стационарное учреждение социального обслуживания престарелых и инвалидов общего типа. Дом-интернат представляет собой специально приспособленное здание с комнатами для проживающих, оборудованными под нужды инвалидов помещениями, кабинетами специалистов, которое соответствует санитарно-гигиеническим, противопожарным требованиям и требованиям техники безопасности, а также располагает всеми видами коммунального благоустройства для проживания престарелых и инвалидов. Для лучшей организации ухода, медицинского обеспечения и осуществления мероприятий по социальной реабилитации размещение проживающих в доме-интернате по отделениям и комнатам осуществляется с учетом их здоровья, возраста и индивидуальной совместимости. Объектом исследования стали клиенты ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов», имеющие группу инвалидности. На момент исследования в доме-интернате находилось 148 человек, получающих стационарное социальное обслуживание на бюджетной основе, и 14 человек – на коммерческой. В социологическом исследовании приняли участие 117 респондентов.

Инструментом социологического исследования стала анкета, состоящая из 36 вопросов и включающая следующие блоки: социальный статус, медицинский аспект инвалидности, доступность помещений дома-интерната и объектов инфраструктуры города, удовлетворенность работой медицинских и социальных работников интерната, нуждаемость респондентов в дополнительных ТСР, уровень информационной обеспеченности проживающих в учреждении.

Результаты и их обсуждение

В социологическом исследовании приняли участие 59,0% мужчин и 41,0% женщин. Подавляющее число опрошенных (75,2%) – лица старше трудоспособного возраста. Из числа респондентов 45,3% имели инвалидность первой группы, 46,2% - инвалидность второй и 8,5% - третьей группы (рис. 1).

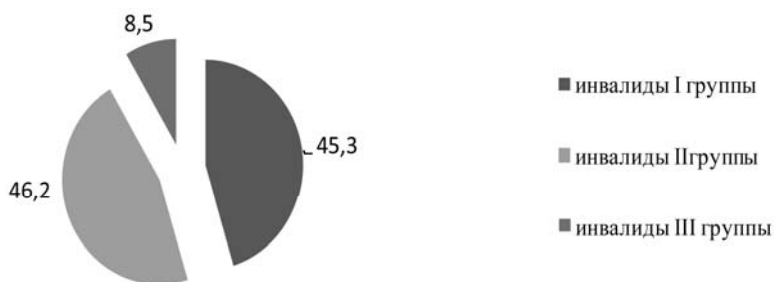


Рис. 1. Структура респондентов по группам инвалидности, %

Абсолютное большинство участников являются одинокими и лишь 30,8% имеют детей. Высшее образование имеют только 5,2% опрошенных, остальные – неполное среднее, начальное или среднее профессиональное.

В первую очередь затрудняют социальную адаптацию клиентов дома-интерната неврологические заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Распределение респондентов по нозологии заболеваний, затрудняющих социальную адаптацию (абс., %)

Нарушения здоровья, которые затрудняют социальную адаптацию респондента	Количество респондентов	
	Абсолютное	Относительно общего числа, %
Неврологические заболевания	75	64,1
Заболевания опорно-двигательного аппарата	22	18,8
Нарушения зрения	12	10,3
Нарушения слуха	11	9,4
Сердечно-сосудистые заболевания	10	8,5
Онкологические заболевания	5	4,3
Внешние дефекты	5	4,3
Эндокринные заболевания	5	4,3
Другие	1	0,9

Далее следуют заболевания опорно-двигательного аппарата (15,1%), нарушения зрения и слуха (8,2% и 7,6%), сердечно-сосудистые заболевания (6,8%) и др. Причиной инвалидности 94,9% опрошиваемых назвали общие заболевания.

В ходе опроса проживающим были заданы вопросы, оценивающие их ограничения к передвижению и самообслуживанию. Результаты ответов представлены на рисунках 2 и 3.

Большая часть респондентов оценивает свою способность к самообслуживанию как частичную (58,1%), в то время как полностью способными самостоятельно вести повседневный образ жизни признают себя чуть более трети опрошенных.



Рис. 2. Структура респондентов по способности к самообслуживанию, %.

Необходимость опорных средств для передвижения испытывают 37,6% проживающих, еще 21,4% пользуются креслом-коляской. Самостоятельно могут передвигаться, а также при поддержке сопровождающего, 17,9% и 6,0% соответственно. Остальные опрошенные – лежачие пациенты.

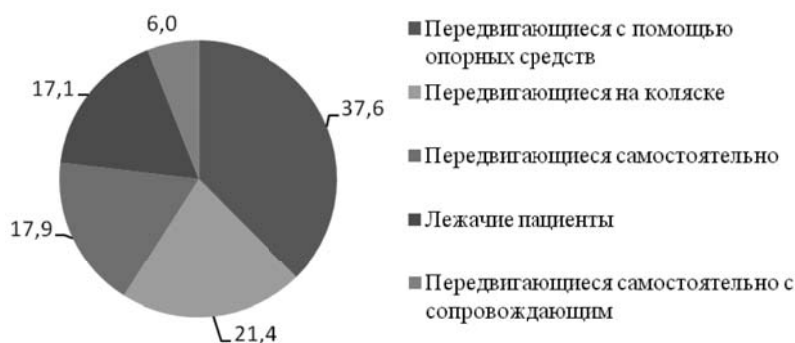


Рис. 3. Структура респондентов по имеющимся ограничениям в передвижении, %.

Доступность внутренней инфраструктуры дома-интерната оценивается проживающими в целом положительно. Наличие пандусов и поручней при входе в учреждение, достаточная ширина дверных проемов всех основных помещений и отсутствие порогов, оснащение коридоров настенными поручнями, наличие специального подъемного устройства между этажами – все это приводит к отрицательному ответу на вопрос о нуждаемости в оборудовании доступа к жилищу в 100% случаев. Лишь 11,1% опрошенных высказали желание в совмещении помещений туалета и ванной комнаты, и 3 человека – в расширении дверного проема в ванную комнату/туалет. Также стоит отметить, что опрос показал наличие возможности пользования тревожной кнопкой у всех клиентов интерната.

Совершенно другая ситуация сложилась с безбарьерностью окружающей среды за пределами дома-интерната (рис. 4).

Подавляющее большинство респондентов (72,6%) неудовлетворительно оценивают уровень оснащенности поликлиники «Ягры» для доступа инвалидов. Большинство медицинских процедур и анализов проводятся на втором этаже здания, доступ к которому вызывает затруднения для пациентов с нарушением функции передвижения. Аналогичная ситуация наблюдается с доступностью зданий жилых домов – две трети опрошенных отмечают проблемы посещения своих родственников или друзей на дому, а также трудностях, которые они испытывали до переезда в дом-интернат (рис. 5).

Половина респондентов (49,6%) считает, что общественный транспорт в целом не оборудован для перевозки инвалидов, учитывая, что 40,1% опрошенных не пользуются им из-за состояния здо-



Рис. 4. Структура мнения респондентов о доступности здания поликлиники «Ягры», %

ровья. Треть участников опроса испытывают трудности с посещением дома культуры и библиотек, в то время как 25,6% удовлетворены доступностью этих зданий.

Доступностью зданий пенсионного фонда и фонда социального страхования не удовлетворены 24,8% и 19,7% инвалидов соответственно, в то время как каждый третий из числа опрошенных не имеет возможности их посещения по состоянию здоровья. Кроме этого 23,9% респондентов изъявили желание пользоваться услугами социального такси.



Рис. 5. Структура мнения респондентов о доступности зданий жилых домов, %.

Удовлетворенность респондентов деятельностью дома-интерната зависит также от компетентности, доброжелательности и внимательности работников социального учреждения. Проживающие – участники опроса высоко оценили работу специалистов интерната, дав положительную оценку отношения к себе со стороны медицинского персонала и социальных работников.

Отдельного внимания заслуживает проблема оказания реабилитационных услуг клиентам стационарного социального учреждения. Социологический опрос проживающих дома-интерната показал, что подавляющее большинство не пользуется услугами комплексной реабилитации ни в стационарной форме на базе учреждения пребывания, ни в амбулаторной на базе сторонних учреждений (95,7%). Между тем более половины участников опроса высказали нуждаемость в таких услугах в стационарной форме, остальные (41,9%) – на амбулаторной основе в учреждениях социальной защиты населения, здравоохранения, образования и занятости населения.

Проблема отсутствия услуг по комплексной реабилитации инвалидов, проживающих в доме-интернате, лежит в острой нехватке медицинского персонала, социальных работников и других специалистов по реабилитации в учреждении.

Одной из главных задач проведения данного исследования является определение роли ТСП в социальной адаптации инвалидов, проживающих в учреждении. Распределение ответов на вопрос о нуждаемости респондентов в изделиях, не указанных в их индивидуальных программах реабилитации или абилитации, представлено в таблице 2.

Основная часть респондентов (62,4%) была удовлетворена обеспечением ТСП, что указывает на тот факт, что потребность инвалида в таких изделиях в большинстве случаев учитывается при медико-социальной экспертизе в достаточном объеме. Однако 9,4% опрошенных выразила желание иметь возможность пользоваться прогулочными креслами-колясками. Далее по значимости расположились противопролежневые матрасы и абсорбирующее белье (8,5% и 5,1% соответственно). Среди участников опроса, социальную адаптацию которых прежде всего затрудняют неврологические заболевания, есть инвалиды, неспособные управлять креслом-коляской с ручным приводом, поэтому

Распределение респондентов по нуждаемости в ТСР, не включенных в индивидуальную программу реабилитации», (абс., %)

Техническое средство реабилитации	Число нуждающихся в ТСР	
	Абсолютное	Относительно общего числа, %
Нет нуждаемости	73	62,4
Прогулочная кресло-коляска	11	9,4
Противопролежневый матрац	10	8,5
Адсорбирующее белье	6	5,1
Кресло-коляска с электроприводом	5	4,3
Ходунки на колесах	4	3,4
Тонومتر с речевым выходом	4	3,4
Противопролежневая подушка на коляску	3	2,6
Экзоскелет	3	2,6
Кресло с санитарным оснащением	3	2,6
Протезы кистей рук	2	1,7
Трость опорная	2	1,7
Трость тактильная	2	1,7
Ортопедическая обувь	2	1,7
Функциональная кровать	1	0,9
Урологическое белье	1	0,9
Тифлоплеер	1	0,9
Собака-поводырь	1	0,9

для них требуется данное средство передвижения с электроприводом. Особые ходунки на колесах также облегчили бы передвижение некоторым респондентам этой категории.

Проживающие в учреждении инвалиды с нарушением зрения нуждаются в таких средствах как тонометры с речевым выходом, трости тактильные, собаки-поводыри. Среди прочих ТСР участники опроса назвали кресла с санитарным оснащением, ортопедическую обувь, протезы кистей рук и даже экзоскелеты.

Отдельные виды технических средств призваны облегчить инвалидам самостоятельный доступ к информации. Такие средства включают в себя: слуховые аппараты, тифлоплееры, специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения, телефонные устройства с текстовым выходом, голосообразующие аппараты. Наряду с просветительной и педагогической деятельностью работников стационарного социального учреждения такие технические средства должны способствовать профессиональной реабилитации и обучению, социально-педагогической и социокультурной реабилитации инвалидов. В рамках социологического исследования также изучался вопрос информационного обеспечения инвалидов. Так, например, выяснилось, что доступ в интернет имеют лишь 14,5% респондентов, в то время как навыками пользования компьютером владеют только 15,4% от общего числа опрошенных. Что касается осведомленности опрошенных клиентов интерната о проводимых мероприятиях и оказываемых услугах для инвалидов, ответы распределились поровну среди тех, кто достаточно получает такой информации и, кто испытывает ее дефицит – по 38,5%, при этом 23,0% респондентов отметили полное отсутствие такой информации.

На основании проведенного исследования были разработаны основные направления повышения эффективности применения ТСР инвалидов в работе ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»:

- 1) расширение штата сотрудников как медицинской, так и социальной служб интерната, а также привлечение специалистов по реабилитации инвалидов;
- 2) отведение специально оборудованных помещений для проведения реабилитационных мероприятий;
- 3) содействие сотрудников бюро медико-социальной экспертизы и фонда социального страхования в работе учреждения, в том числе по вопросам обеспечения клиентов интерната ТСР;
- 4) совершенствование нормативно-правовой базы; повышение уровня информационного обеспечения инвалидов, проживающих в доме-интернате.

В качестве практических рекомендаций подготовлена программа развития учреждения, направленная на обеспечение мероприятий по комплексной реабилитации проживающих в интернате инвалидов.

Практические рекомендации по итогам исследования включены в программу повышения эффективности использования ТСР в социальной адаптации инвалидов ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов». Программа предполагает пересмотр структуры и численности штатных сотрудников медицинской и социальной служб учреждения, модернизацию и развитие его материально-технической базы, повышение информационного обеспечения инвалидов, проживающих в учреждении. Программа включает в себя следующие мероприятия:

1) оборудование отдельного помещения интерната под занятия лечебной физической культурой с привлечением специалиста по адаптивной физической культуре;

2) привлечение дополнительного числа медицинских сестер по массажу. Для полного удовлетворения потребности в лечебном массаже необходимо увеличить количество штатных медицинских сестер по массажу до 4 человек;

3) оснащение отдельного помещения интерната под занятия по трудотерапии и привлечение штатного инструктора по труду;

4) оборудование класса адаптационного обучения, в котором появится возможность проводить занятия с инвалидами, страдающими нарушениями слуха, слепыми и слабовидящими, имеющими нарушения речи вследствие неврологических заболеваний. Развитие таких навыков как способность к самостоятельному передвижению, ориентации, самообслуживанию, общению, контролю своего поведения, обучению и трудовой деятельности. Включение в штат сотрудников логопеда и инструктора по адаптационному обучению.

Выводы

1. Медико-социальное изучение контингента инвалидов, находящихся в ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» показало, что в 45,3% имели инвалидность первой группы, 46,2% - инвалидность второй группы и 8,5% - третьей; на первом месте по заболеваемости находятся неврологические заболевания, которые, в первую очередь, затрудняют социальную адаптацию более половины респондентов, далее - заболевания опорно-двигательного аппарата (15,1%), нарушения зрения и слуха (8,2% и 7,6%), сердечно-сосудистые заболевания (6,8%) и др. Большая часть респондентов оценивает свою способность к самообслуживанию как частичную (58,1%), в то время как полностью способными самостоятельно вести повседневный образ жизни признают себя чуть более трети опрошенных. Необходимость опорных средств для передвижения испытывают 37,6% проживающих, еще 21,4% пользуются креслом-коляской. Самостоятельно могут передвигаться, а также при поддержке сопровождающего, 17,9% и 6,0% соответственно.

2. Анализ факторов, формирующих социальную адаптацию инвалидов в условиях дома-интерната, определил положительные стороны работы учреждения. Хороший уровень безбарьерности инфраструктуры дома-интерната позволяет пациентам, имеющим различные степени ограничения к передвижению, самостоятельно с использованием ТСР передвигаться внутри здания интерната, а также на его территории. Большинство проживающих высоко оценивает работу персонала дома-интерната: 91,5% опрошенных положительно отметили отношение к себе со стороны медицинских работников персонала и 88,9% – со стороны социальных работников. Среди положительных моментов можно отметить достаточную обеспеченность техническими средствами реабилитации (62,4%). В доме-интернате имеются функциональные кровати, облегчающие пребывание лежачих пациентов и их обслуживание младшим медицинским персоналом, в большинстве случаев используются противопролежневые матрасы. В каждой комнате учреждения установлена тревожная кнопка.

3. Результаты исследования выявили ряд факторов, затрудняющих социальную адаптацию респондентов, которые, в первую очередь, связаны с оказанием услуг по комплексной реабилитации проживающих в доме-интернате: 95,7% не имеют возможности получать реабилитационные услуги ни в стационарной форме, ни в амбулаторных условиях в учреждениях социальной защиты населения, здравоохранения, образования и занятости населения; низкая доступность объектов инфраструктуры для инвалидов за пределами дома-интерната. Больше всего участников опроса беспокоит вопрос доступности здания поликлиники, зданий жилых домов, общественного транспорта. Низкий уровень информационной поддержки, недостаток информации о проводимых мероприятиях для инвалидов и об общественных организациях также затрудняют интеграцию в общество подопечных учреждения.

4. Проведенное исследование позволило определить потребность клиентов в различных видах ТСР, необходимых для социальной адаптации в доме-интернате: прогулочные кресла-коляски (9,4%), противопролежневые матрасы (8,5%), абсорбирующее белье (5,1%), кресла-коляски с электроприводом (4,3%). Особые ходунки на колесах так же облегчили бы передвижение некоторым респондентам этой категории (3,4%). Проживающие в учреждении инвалиды с нарушением зрения нуждаются в таких средствах как тонометры с речевым выходом (3,4%), трости тактильные (1,7%), собаки-поводыри (0,9%). Среди прочих ТСР респонденты отметили кресла с санитарным оснащением (2,6%), ортопедическую обувь (1,7%), протезы кистей рук (1,7%) и экзоскелеты (2,6%).

5. В результате проведенного исследования была научно обоснована необходимость и разработана программа мероприятий по повышению эффективности использования технических средств реабилитации в социальной адаптации инвалидов ГБСУ АО «Северодвинский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

Список литературы

1. Варакина, Ж.Л. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья / Ж.Л. Варакина, Л.А. Арапова, А.М. Вязьмин, А.Л. Санников // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №4. С.18-20.

2. Варакина, Ж.Л. Стойкая нетрудоспособность в результате насильственных причин как фактор, влияющий на безопасность общества (по материалам Архангельской области) / Ж.Л. Варакина, Л.А. Арапова, А.М. Вязьмин, А.Л. Санников // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. №1. С.41-44.

3. Евдокимов, И. М. Ограничение двигательной активности как фактор, неблагоприятно влияющий на психическое состояние человека / И. М. Евдокимов // Физическая культура и спорт в системе образования России : инновации и перспективы развития : материалы Всероссийской научно-практической конференции. СПб. : ООО Золотое сечение, 2015. С. 231 - 234.

4. Итоговый сборник материалов проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации». М. : Папирус, 2009. 114 с.

5. Конвенция о правах инвалидов (заключена в г. Нью-Йорке 13.12.2006) (ратифицирована Россией 03.05.2012; вступила в силу для России 25.10.2012) // Собрание законодательства РФ. 2013. № 6. Ст. 468.

6. Отчет Министерства труда, занятости и социального развития Российской Федерации о ходе реализации государственной программы «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы в 2014 г. [Электронный документ] // Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. - Режим доступа <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/96/> (дата обращения: 01.02.2016).

7. Официальный сайт Всероссийского Общества Инвалидов. Раздел «Мониторинг» [Электронный документ]. - Режим доступа : http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2015_god.html/ (дата обращения: 01.02.2016).

8. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Раздел «Здравоохранение» [Электронный документ]. - Режим доступа : http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/ (дата обращения: 01.02.2016).

Сведения об авторах:

Едакин Александр Борисович – студент факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Варакина Жанна Леонидовна – к.м.н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. e-mail: ravenzh@yandex.ru, тел.: 8 902 507 10 82.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Занимая первое место в мире по площади территории, Россия стремительно теряет свои позиции на демографическом поле. Так в 1991 г. по численности населения РФ была на 6 месте, то в 2015 г. – на 9 месте, к 2050 г. по одному из прогнозов Россия займет 14 место [12]. Сокращение численности населения при такой огромной территории создает угрозу в первую очередь территориальной целостности государства. Ситуация очевидна: страна переживает демографический кризис. Но открытым остается вопрос: какими факторами и причинами он обусловлен, и затрагивает ли он все регионы или носит избирательный характер [7]. Население всего земного шара, страны, региона представляет собой главную производительную силу общества, основу всего общественного производства, которое постоянно взаимодействуя с природой, играет активную роль в ее преобразовании, оно также является главным производителем и потребителем всех создаваемых им материальных благ [1, 6].

Население – главный потенциал любого сообщества, так как является его функциональной основой. Вот почему численность человеческих ресурсов – важнейший и, скорее всего, ведущий фактор развития всего человечества [10]. Численность народонаселения обладает явной способностью изменяться. Она может увеличиваться или уменьшаться. Вышеуказанное свойство численности обычно называют динамикой [3]. Учитывая то, что население является главным производителем и потребителем материальных и нематериальных благ, тем более важно анализировать данные в динамике, что и объясняет актуальность темы исследования [9].

С начала 90-х годов XX века Российское Правительство активно проводит демографическую политику, направленную на увеличение продолжительности жизни населения, снижение заболеваемости и травматизма, повышение уровня образования и культуры, пытается изменить динамику рождаемости, смертности, миграции [17]. Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», целями которой являются стабилизация численности населения и создание условий для ее дальнейшего роста. Одной из поставленных задач в данном документе является повышение уровня рождаемости (увеличение суммарного показателя рождаемости в 1,5 раза) за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей [16].

Архангельская область – наиболее масштабный по территориальной протяженности и численности жителей регион Европейского Севера Российской Федерации. С 90-х годов XX века Архангельский Север испытывает устойчивый нисходящий тренд динамики численности населения. Миграционный отток населения из области, сопровождавшийся ухудшением характеристик естественного воспроизводства населения, стал беспрецедентным в длительной истории заселения и освоения региона [14]. Протекание современных демографических процессов в Архангельской области обусловлено проявлением единой общемировой историко-демографической закономерности – демографического перехода и специфическими особенностями социально-экономического развития СССР – России, Архангельской области (демографических волн, социально-экономического кризиса, начавшегося в 90-е годы XX века) и т.д. [11].

Численность населения Архангельской области на 01 января 2015 года составляет по данным Росстата 1 140 109 человек, в структуре городское население составляет 77,2%, дети – 19,5%, трудоспособное население – 58,2%. В половой структуре мужчины составляют 46,7%, женщины – 53,3%. Архангельская область насчитывает 26 муниципальных образований, в том числе 7 городских округов, 19 муниципальных районов (в них 20 городских и 162 сельских поселения). Административный центр Архангельской области – город Архангельск с численностью населения по состоянию на 01 января 2015 года 357,4 тыс. человек [18].

Особенностью современного процесса воспроизводства населения Архангельской области, как и Российской Федерации в целом, является его демографическое старение (абсолютное и относительное увеличение числа пожилых людей). В настоящее время каждый восьмой северянин (или 12,7%) находится в возрасте 65 лет и старше. Таким образом, сохраняется регрессивный тип структуры населения, заключающийся в низком удельном весе детей и высоком лиц старшей возрастной группы. Продолжительность предстоящей жизни северян с 2005 года вновь приобрела положительную динамику (рис.1). В 2013 году этот показатель для населения в целом составил 70,27 лет (у мужчин – 64,27 года, у женщин – 76,30 лет) [4,18].

На современном этапе демографического развития Архангельская область относится к территориям, как с миграционной, так и с естественной убылью населения (за счет миграционной активности – 90,1%, за счет естественной убыли населения – 9,9%) [8]. Позитивным результатом проводимой в последние годы демографической политики является снижение смертности и некоторое повышение рождаемости и, как следствие, сокращение разницы между числом родившихся и умерших, т.е. снижение темпов естественной убыли населения – с 2,3 в 2010 году до 0,9 человека на 1000 населения в 2014 году. Также следует отметить, что в 2014 году в Архангельской области младенческая смертность снизилась до 6,7‰, что ниже, чем данный показатель по Российской Федерации (7,7‰) и даже ниже целевого показателя (7,5‰) [14,18].

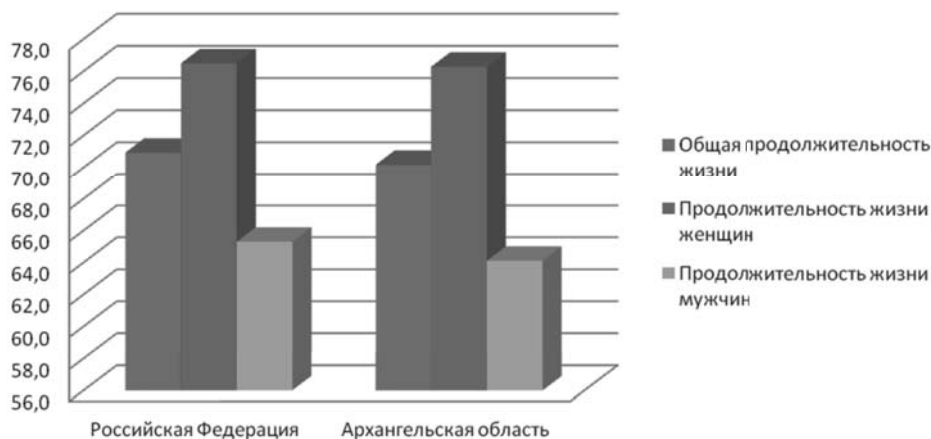


Рис. 1. Средняя продолжительность жизни в Российской Федерации и Архангельской области в 2014 г.

Доминирующее положение в структуре причин общей смертности населения по-прежнему занимают болезни системы кровообращения – 56,6% (760 на 10000 чел.) в Архангельской области и 49,9% (654 на 10000чел.) – в Российской Федерации, новообразования – 16,9% (226,6 на 10000 чел.) в Архангельской области и 15,3% (201 на 10000 чел.) в Российской Федерации (рис.2). На долю умерших от внешних причин приходится 11,8% в структуре причин смертности [2, 18].

Среди внешних причин смертности населения наибольшую долю занимают отравления и воздействия различными ядовитыми веществами (20,4%), среди которых на отравления алкоголем приходится 79%. Самоубийства занимают второе место среди всех внешних причин смертности (18,7%), на третьем месте – дорожно- транспортные происшествия (далее – ДТП) (12,2%). Сокращение преждевременных демографических потерь по причине ДТП возможно только на основе комплексного подхода, эффективного, оперативного взаимодействия всех участников ликвидации последствий ДТП [13, 18].

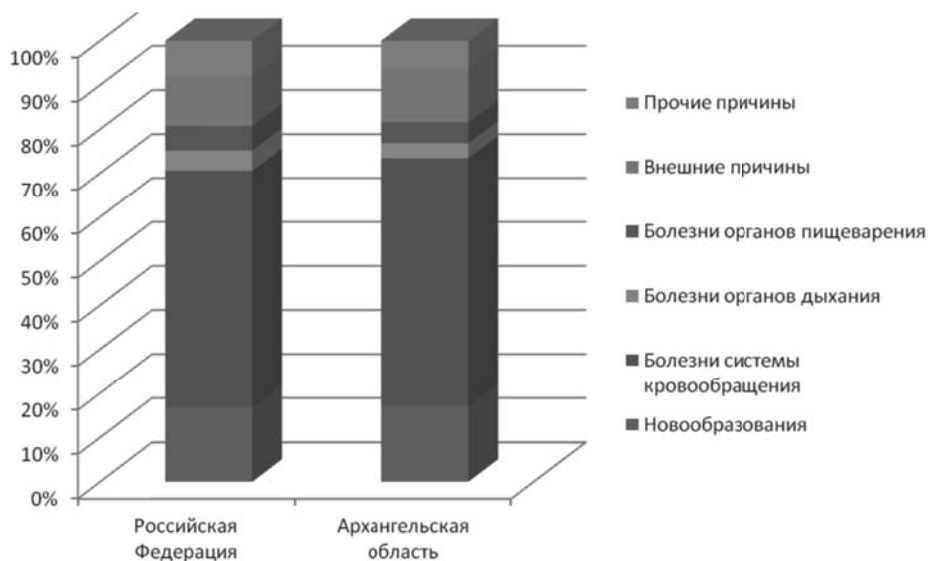


Рис. 2. Структура причин смертности населения Российской Федерации и Архангельской области в 2014 г. (в %)

Выводы

1. В регионе будет продолжаться сокращение населения, которое началось в 90-е годы XX века. Наблюдается крайне низкая плотность населения в стратегически важном приграничном районе страны, в заселение и освоение которого были вложены огромные материальные и людские ресурсы.

2. Нестабильность демографических структур будет регулярно вызывать различные, в зависимости от этапа волны, социально-экономические проблемы: увеличение–сокращение потребности в детских дошкольных учреждениях, общеобразовательных школах, учреждениях среднего профессионального и высшего образования, несоответствие между спросом и предложением на рынке труда, трудности с мобилизационным контингентом.

3. Ухудшающаяся демографическая ситуация в Архангельской области уже начинает оказывать существенное «давление» на процесс формирования экономически активного населения (уменьшение его абсолютного контингента при его одновременном старении).

4. Основные последствия миграционных процессов в Архангельской области таковы: область является территорией, которая постоянно «отдает» население в другие регионы страны (причем наиболее активную в репродуктивном отношении его часть) и, соответственно, часть своего естественного прироста; происходит увеличение населения в старших возрастных группах и, следовательно, создаются предпосылки для повышения общего показателя смертности, т.е. происходит деградация демографической системы и резкое уменьшение ее демографического потенциала.

Таким образом, основными особенностями современной демографической обстановки в Архангельской области являются: сокращение численности населения, суженый режим воспроизводства, депопуляция, низкая рождаемость, высокая смертность, неблагоприятная возрастная структура населения, низкая продолжительность жизни, старение населения.

Список литературы

1. Баранов А.Н., Санников А.Л., Рогозин И.А. Социально-гигиенические факторы, формирующие проблему искусственного аборта// Акушерство и гинекология. 1998. № 6. С. 38-40.

2. Варакина Ж.Л., Арапова Л.А., Вязьмин А.М., Санников А.Л. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья// Медико – социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 4. С. 18-20.

3. Вишневецкий А.Г. Демографический потенциал России // Вопр. экономики. 1998. № 5. С. 103–122.

4. Вязьмин, А.М. Санников А.Л. Варакина Ж.Л. Социально -гигиенические аспекты инвалидности и смертности в Архангельской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2010. №2 (6).-С. 21-24.

5. Вязьмин А.М., Санников А.Л., Мордовский Э.А. Идеи М.В. Ломоносова: характеристика здоровья населения и здравоохранения Поморья в XVIII – XIX веках // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. № 2. 2012. С. 55-56.

6. Декларация лиги борьбы с депопуляцией российских народов// Обострение демографического кризиса и современное положение населения Россия. М., 2000. С. 111–118.

7. Естественное движение населения Российской Федерации за 2008 год: (стат. бюл.) / Федер. служба гос. статистики; отв. исполн.: Г. М. Козеева, Е. Е. Антипова. М.: 2009. С.18-20.

8. Изменение численности населения Архангельской области (прогноз до 2026 г.): сб. ст. / Архангельскстат. Архангельск, 2008. С. 12-13.

9. Народонаселение: энцикл. слов. / гл. ред. Г.Г. Меликьян. М., 1994.

10. Плешков Б. Система знаний о народонаселении/ Б. Плешков. М.: СО Анкил, 2009.

11. Премина Я.К. Современный демографический кризис Архангельской области // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. 2010. №4. С. 35-38.

12. Санников А.Л., Банникова Р.В. Характеристика основных климато-экологических и социальных параметров жизнедеятельности в условиях Европейского Севера (по материалам Архангельской области). Архангельск: Издательство АГМА; 2000. С. 6-9

13. Санников А.Л., Варакина Ж.Л., Магомедов М.Г., Лутков В.П., Коробичин А.П. Транспортные травмы как одна из внешних причин смертности населения Российской Федерации и Европейского Севера России // Экология человека. 2004. № 4. С. 38-39.

14. Численность и миграции населения Российской Федерации. [Электронный ресурс. – Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/B09_107/Main.htm (дата обращения: 01.11.16).

15. Чудиновских О.С. Современное состояние статистики миграции в России: новые возможности и нерешенные проблемы / О. С. Чудиновских. М., 2013.

16. Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351

17. http://www.minzdrav29.ru/ministry/Open_data/Госдоклад%2010.06.2015.doc

18. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography

Сведения об авторах:

Замарина Ирина Владимировна, студентка 1 группы 6 курса факультета Медико – профилактического дела и медицинской биохимии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Электронная почта: zamarina1104@gmail.com

Контактный телефон: 89115727462

Чертова Юлия Витальевна, студентка 1 группы 6 курса факультета Медико – профилактического дела и медицинской биохимии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Электронная почта: juliazub123@gmail.com

Контактный телефон: 89115752581

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кистинева О.А., Абашкина И.И., Байбуртян Г.А.

**ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВАТЕЛЯ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЖОНА ГУНТЕРА (1728-1793 ГГ.)**

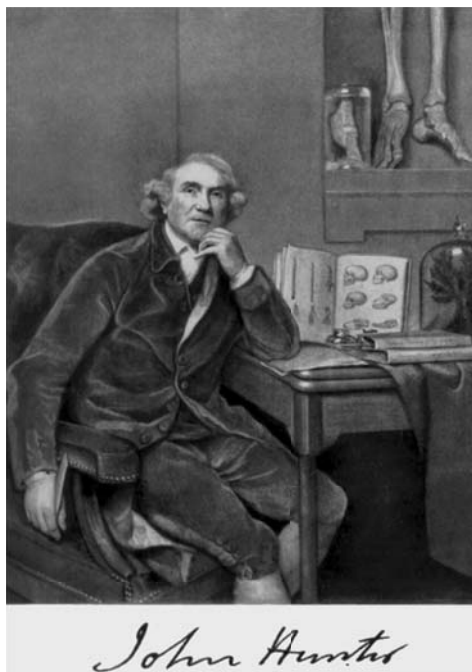


Рис. 1. Портрет Дж. Гунтера (Хантера).

Аннотация: в статье исследована жизнь и деятельность основателя экспериментальной патологии Джона Гунтера (1728-1793 гг.). В честь его имени назван целый ряд анатомических образований: пучок Гунтера; Гунтеров канал на передней поверхности бедра; связки Гунтера, Гунтерова точка –

топографо-анатомический ориентир в бедренном треугольнике. Отмечается, что в Лондоне в 1783 г. Гунтер создал естественно-исторический музей, где было 14 тыс. различных экспонатов, которые он выполнял или покупал сам на средства, полученные от хирургической практики.

Ключевые слова: Джон Гунтер (Хантер), анатом, хирург, экспериментальная патология, аневризма сердца, анатомическая коллекция.

Джон Хантер (Гунтер) родился в 1728 г. в Шотландии в небольшом городке Лонг-Калдервуд близ Глазго (графство Ланаркшир). Его отец был фермером и торговцем зерна, а мать – дочерью солодовника. Джон Гунтер был самым младшим среди своих 10 братьев и сестер. Начальное образование он получил в местной школе, но после того как умер отец, ему пришлось жить на ферме и бросить учебу, но при этом он всегда находил время заниматься самообразованием [4].

В судьбе Джона огромную роль сыграл его старший брат Вильям Гунтер. Вильям в 14 лет поступил в университет в Глазго, где обучался пять лет, затем под руководством Вильяма Куллена и Александра Монро в течение трех лет занимался хирургией и анатомией. В дальнейшем Вильям продолжил обучение в Лондоне. Он также работал в госпитале Св. Георгия учеником хирурга, где изготавливал анатомические препараты. Вильям имел достаточного опыта и этим заинтересовал Джона заняться изучением медицины, а затем и медицинской практикой. Джон интересовался естествознанием, но по совету старшего брата ступил на медицинскую стезю и помогал брату в качестве ассистента-препаранта. Братья в течение 11 лет работали вместе и изучали лимфатическую систему, развитие и структуру костной ткани. Спустя некоторое время, Джон самостоятельно проводил различные научные исследования, несмотря на напряженную хирургическую деятельность. Д. Гунтер интересовался широким кругом проблем современной ему медицины, был 2-ым врачом и естествоиспытателем. Он считался одним из основоположников экспериментальной патологии [5, 96]. Гунтер много внимания уделял научным исследованиям по анатомии, изучая строение зубов, слезные протоки, семявыносящие каналы яичка.

Он любил экспериментальную хирургию и постоянно пробовал новые методы операций на животных. Благодаря экспериментам на животных, Гунтер установил важную роль коллатерального кровообращения, что сыграло важнейшую роль при различных операциях, на которых производилась перевязка основной артерии конечности. До этого хирурги были убеждены в том, что лигатура магистральной артерии ведет к гангрене конечности, что являлось причиной произведения ампутации конечности вместо перевязки артерии. На основании этих экспериментов Гунтер в то время предложил лечение аневризмы с помощью перевязки приводящего артериального ствола. С помощью этого можно было избегать ампутации и сохранить конечность. Эти методы хорошо внедрились особенно в военно-полевую хирургию. В 1757 г. в Лондонском медицинском обществе Джон продемонстрировал больного с артериовенозной аневризмой плечевой артерии, а в 1761 г. опубликовал работу по этой теме. Так же в 1757 г. он впервые писал о аневризме сердца [4].

В марте 1761 г., во время семилетней войны между Англией и Францией, Гунтер был призван на службу в Британский флот. Приобретенный им опыт военного врача обобщен и описан в Трактате о крови, воспалении и огнестрельных ранениях (*Treatise on the Blood, Inflammation and gun-shot wounds*). Гунтера считают также одним из основателей медицинской службы в Британской армии.

В 1762 в журнале «Медицинские комментарии» («*Medical commentaries*») вышла первая работа Гунтера «Положение яичка у плода и при врожденной грыже» (*The state of the Testis in the Foetus and on the Hernia Congenita*). В работе был описан процесс опускания яичек из брюшной полости в мошонку и указана роль канатика (тяжа), на котором опускается яичко. Описал Гунтер также процесс образования врожденных паховых грыж и четко отграничил его от процесса развития приобретенных прямых и косых паховых грыж. Занимаясь морфологией двигательного аппарата, описал ряд особенностей мышц конечностей, в частности мышечно-бедренный канал (*canalis adductoris Hunteri*).

Дж. Гунтер описал ветвления обонятельных нервов, мышечный слой радужной оболочки глаза. Также он интересовался артериальным кровоснабжением беременной матки. Он был первым, кто описал важность андрогенов в развитии простаты и доказал это путем кастрирования самцов животных [6].

В 1763 г. Гунтер оставил службу и продолжил изыскания в области анатомии, хирургии и физиологии. В том же 1764 г., достойно оценив научные исследования и практическую деятельность Хантера, за выдающиеся научные заслуги его избрали членом Британского королевского научного

общества (Академия наук) Великобритании [4]. В декабре 1768 был назначен на должность хирурга госпиталя Св. Георгия. Параллельно врачебной практике занимался научной работой, преподавал, участвовал в научных дискуссиях.

Во время войн и в мирное время он проявил себя как отличный специалист по военно-полевой хирургии. Свой опыт военного врача он обобщил и описал в капитальном труде «Трактат о крови, воспалении и огнестрельных ранениях», изданном, правда, уже после его смерти. Этот трактат долго оставался на вооружении хирургии, прежде всего военно-полевых хирургов. В нем чрезвычайно важны были сформулированные Гунтером основы учения о ранах, в частности, высказанное им положение о заживлении ран первичным натяжением и через нагноение.

В честь его имени назван целый ряд анатомических образований: пучок Гунтера – соединительнотканый тяж, который соединяет у зародыша нижний конец яичка с мошонкой и принимает участие в опускании яичка в мошонку; Гунтеров канал на передней поверхности бедра; связки Гунтера – тыльные пястные связки кисти, Гунтерова точка – топографо-анатомический ориентир в бедренном треугольнике. Благодаря знаниям нормальной и патологической анатомии, Хантер изготовил множество патологоанатомических препаратов, характерных для заболеваний: слипчивый перикардит, слипчивый плеврит, аневризма аорты и др. В 1783 г. в основе этих препаратов Джон создал анатомическую коллекцию, которая впоследствии превратилась в музей. В нем и сейчас можно увидеть оригинальные препараты, которые в то время сыграли определенную роль в развитии патологической и сравнительной анатомии [4].

Гунтер выполнил оригинальные исследования по одной из самых важных проблем – воспалении. Он разделил воспаление на слипчивое, гнойное и язвенное. Джон широко занимался вопросами экспериментальной патологии, зачастую проводя опыты на себе. Он четко различал мягкий и твердый (т.е. гунтеровский, впервые описанный им) шанкры, но считал гонорейю и сифилис производными одного контагия. Пытаясь доказать тождественность твердого шанкра и гонорейи, которые, как он полагал, связаны с «венерическим ядом», он проделал на себе эксперимент – привил себе выделение из уретры больного, страдавшего гонореей (а помимо этого, как оказалось, и нераспознанным сифилисом) [1; 2].

В результате у него появилась первичная сифилома – на месте прививок образовались язвы, опухли лимфатические железы: через несколько месяцев возникли проявления вторичного сифилиса – появились язвы на миндалинах и сыпь на туловище. К счастью, все эти явления исчезли под влиянием лечения препаратами ртути. А доказать тождественность двух главных венерических заболеваний – сифилиса и гонорейи не удалось, что тоже явилось важным научным фактом: отрицательный результат для исследователя часто не менее интересен, чем положительный. О результатах своих исследований по венерологии Гунтер сообщил в опубликованном в 1786 г. солидном научном труде «Трактат о венерических заболеваниях» (*Treatise on the Venereal Disease*). Он написал также ряд руководств по лечению венерических заболеваний [3].

В Лондоне в 1783-1785 гг. Гунтер создал естественно-исторический музей. В музее было 14 тыс. различных экспонатов: все эти экспонаты он выполнял или покупал сам на средства, полученные от хирургической практики; сейчас этот музей (Hunter's Museum) находится в ведении Королевского хирургического общества. Интересно, что одним из экспонатов этого музея является препарат сонной артерии с язвенным атероматозом, который был идентифицирован самим Хантером как «оссификация» (окостенение) – термина «атеросклероз» тогда еще не существовало. Несмотря на истощение, вызванное временем и военного времени разрушения, несколько тысяч оригинальных экземпляров препаратов Хантера до сих пор можно увидеть в музее, который находится в Королевском колледже хирургов Англии.

Джон Гунтер был ученым и врачом-практиком. В 1776 г. он был назначен хирургом короля Георга III, а в 1783 г. стал членом королевской Парижской хирургической академии. В 1787г. Джон Хантер стал членом Американского философского общества [7].

В последние годы жизни Джон Гунтер диагностировал у себя «грудную жабу», а затем предсказал свою смерть, во время приступа этой болезни. Ему приписывают сказанное не то шутя, не то всерьез выражение, что «моя жизнь находится в руках любого негодяя, которому вздумается разозлить меня» [4]. На заседании совета управляющих, проведенного в больнице Святого Георгия 16 октября 1793 он перенес тяжелый приступ, рухнул, и умер.

Младший из десяти детей, Джон Хантер известен своим кредо: «Не задумывайся! Действуй, но будь терпелив и аккуратен...». Подобно тому, как Фрэнсиса Бэкона признают наиболее образован-

ным англичанином XVII века, Джон Хантер заслуживает той же степени признания как ведущий хирург и учёный-медик XVIII века.

Список литературы

1. Кистенева О. А., Мельниченко В.И., Ружицкая Л.В., Голиусова Л.С. История первой эпидемии сифилиса 1495-1543 годов. [Электронный ресурс] // SCI-ARTICLE.RU. 2014. № 16. С. 191-195. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=25091249> (дата обращения: 09.10.2016).

2. Кистенева О. А., Ружицкая Л.В., Мельниченко В.И., Голиусова Л.С. Терапия сифилиса в средние века: [Электронный ресурс] // SCI-ARTICLE.RU. 2014. № 16. С. 233-235.

3. Кистенева О.А., Кистенев В.В. Жан Альфред Фурнье – основоположник европейской венерологии и дерматологии (к 100-летию со дня смерти) // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. № 6. С. 177-181. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22842766> (дата обращения: 24.09.2016).

4. Мирский М. Врач, хирург, естествоиспытатель // Медицинская газета. № 22 от 26 марта 2008 г.

5. Цвелев Ю.В., Иванов А.С. Знаменитые братья: Вильям Хантер (WILLIAM HUNTER, 1718-1783), Джон Хантер (JOHN HUNTER, 1728-1793) // Журнал акушерства и женских болезней. Т. 58. Выпуск 2. 2009. С. 92-98.

6. Benjamin Challacombe, Sarah Wheatstone, Prokar Dasgupta. JONH HUNTER (1728-1793), THE EXPERIMENTAL SURGEON, AND THE BIRTH OF SCIENTIFIC UROLOGY // The journal of urology № 4, Supplement, Monday, May 31, 2010.

7. Jessie Dobson. Hunter, John (13 February 1728 – 16 October 1793) // Complete Dictionary of Scientific Biography COPYRIGHT 2008.

Сведения об авторах:

Кистенева Ольга Алексеевна – к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, kisteneva@bsu.edu.ru, 8919-291-38-22.

Абашкина Илона Игоревна – студентка 5 курса медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета.

Байбуртян Гаянэ Ашотовна – студентка 5 курса медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета.

Кистенева О.А., Камолина Е. А., Федикович Э. В.

ИСТОРИЯ НЕЙРОСИФИЛИСА

Аннотация. В статье представлена история нейросифилиса, теории о происхождении сифилиса. Установлено, что все известные отцы европейской и восточной врачебной науки утверждают, что сифилис является как минимум столь же древней болезнью, как и сама медицина. Описан значительный вклад выдающихся ученых XIX-нач.XX в., которые внесли в изучение поражения нервной системы при сифилисе.

Ключевые слова: история, сифилис, нейросифилис, нервная система, спинная сухотка, психиатр, невролог.

История изучения сифилиса и нейросифилиса насчитывает несколько столетий. Вопрос о происхождении нейросифилиса остается открыт и по сей день. Нейросифилис – инфекционное поражение центральной нервной системы, обусловленная проникновением в неё возбудителей сифилиса, которое может возникнуть в любой период сифилиса. Возбудителем нейросифилиса является *бледная трепонема* (спирохета).

В настоящее время наиболее правдоподобными считаются три теории о происхождении нейросифилиса. Вкратце изложим суть каждой из них. Согласно первой теории, сифилис является ровесником человечества. Во всяком случае, и род людской, и болезнь имеют единую колыбель — центральную Африку. Считается, что наиболее древние виды человеческого сифилиса вызывались бактериями, обитающими исключительно на коже. Они использовали потовые выделения как пищевой субстрат. Затем приспособились к обитанию в ранках и повреждениях кожи, а их передача

осуществлялась исключительно за счет бытовых контактов. На этой исторической стадии замерло развитие бактерий, вызывающих невенерический африканский сифилис — фрамбезию.

Наконец, некоторые трепонемы преодолели иммунный барьер организма-хозяина и успешно внедрились в его кровеносную и лимфатическую системы. При этом возбудителям потребовалось найти новый способ заражения своих жертв. Единственным надежным способом передачи агента, содержащегося в крови и межклеточной жидкости, были половые контакты его хозяина. Данный вариант являлся наиболее подходящим для одной из разновидностей африканских трепонем, в результате чего возникло новое венерическое заболевание человека — сифилис.

Согласно второй точке зрения, бледная трепонема прекрасно себя чувствовала в Европе с доисторических времен. Тому существует множество доказательств. Еще в египетских папирусах Эберса описывается заболевание ухеду, напоминающее по симптоматике сифилис. Любопытно, что лечить это заболевание предлагалось растворами сулемы, киновари и каломели — то есть ртутными препаратами.

На глиняных ассирийских табличках библиотеки царя Ашурбанипала, найденных в окрестностях Ниневии, клинописью была записана легенда о царе Нимроде, который отказался взять в жены сосватанную ему богами Астарту (богиню Иштар) и не колеблясь убил быка, прибывшего с этой вестью на землю. В наказание боги поразили строптивного Нимрода болезнью, от которой по всему телу шла сыпь и появлялись язвы [5, 60].

В древних китайских манускриптах, датированных 2600 г. до н.э., описана болезнь, очень напоминающая сифилитические проявления. Писатели Древней Греции и Рима тоже говорили о поражении костей и кожи, напоминающих изменения при сифилисе. Однако впервые серьезное внимание врачей и населения было обращено на это заболевание гораздо позже. Любопытную гипотезу о причине эпидемического распространения сифилиса в конце XV в. предлагает V. Oefele. Он полагает, что сифилис также стар, как человеческий род, но в конце XV в. принял такие небывалые размеры вследствие скрещивания американского и европейского яда, давшего в результате повышенную заразительность и ожесточение припадков [3, 233].

Столь же древние указания на распространенность сифилиса обнаружили и советские археологи, откопавшие в Забайкалье останки людей с характерными для сифилиса поражениями костей, датированные вторым тысячелетием до н.э.

Классик и основоположник европейской медицины Гиппократ за четыре века до нашей эры достаточно точно описывал симптомы сифилиса. Позже ему вторили Плутарх и Гораций, указывавшие на рубцы и язвы, появлявшиеся на лицах развратных людей. Биограф римских цезарей Гай Светоний Транквилл упоминал о похожих кожных болезнях императоров Октавиана и Тиберия, а римский врач Клавдий Гален описывал некоторые симптомы сифилиса в своих сочинениях. Не обошел вниманием кожные болезни с похожей на сифилис симптоматикой и Абу Али Хусейн ибн Абдаллах ибн Хасан ибн Али ибн Сина, более известный европейцам под именем Авиценна.

Таким образом, авторитет всех известных отцов европейской и восточной врачебной науки утверждает, что сифилис является как минимум столь же древней болезнью, как и сама медицина.

Согласно третьей теории, это заболевание завезли в Европу из Южной Америки моряки Колумба. В Америке спирохетоз является эндемичным заболеванием некоторых местных копытных. Например, лам, от которых бактерии могли попасть в тела аборигенов, а от них — к матросам. (Многие учёные усматривают в этом свидетельство скотоложства). Такая точка зрения подтверждается некоторыми историческими хрониками, зафиксировавшими случаи заболевания сифилисом в портовых городах Испании в 1493 г. то есть как раз после триумфального возвращения кораблей Колумба из Нового Света.

Дальнейшему распространению новой напасти по Европе способствовали военные экспедиции Карла VIII, которые послужили своеобразными векторами эпидемии (первая эпидемия сифилиса 1495-1543 гг.), направленными на центральные и северные части европейского континента из Испании и Италии [2, 191].

В истории изучения нейросифилиса есть несколько любопытных моментов. Вся история изучения нейросифилиса делится на 2 эры: доантибиотиковая и антибиотиковая. Первая описанная форма нейросифилиса — прогрессивный паралич. В те времена, когда неврология и психиатрия были ещё одной специальностью, и пациенты обоих профилей находились в одних и тех же стационарах, больные с психическими расстройствами и деменцией, возникающих вследствие поражения головного мозга спирохетой, были подавляющим большинством в подобного рода клиниках.

Немецкий врач-терапевт и хирург Генрих Иренеус Квинке (1842-1922 гг.) в 1890 г. первым предложил использовать люмбальную пункцию для определения нейросифилиса.

И хотя Квинке применял пункцию с диагностической и лечебной целью, его исследования стали основой для создания в будущем метода спинномозговой анестезии. Так же он первым исследовал спинномозговую жидкость. Он определил её состав, удельный вес, её характеристики при гнойном менингите. Г.И. Квинке очень много внимания уделял изучению побочных эффектов люмбальной пункции. Именно он первым описал возникновение паралича VI пары черепно-мозговых нервов в результате удаления излишне большого объема ЦСЖ при лечении гидроцефалии. В настоящее время Генрих Квинке более известен благодаря другим своим открытиям. В 1882 г. он описал острый местный ангионевротический отек (отек Квинке) [6, 51].

В конце XIX – начале XX века нейросифилис был самой распространенной патологией, при изучении которой описаны все основные неврологические симптомы и синдромы. До открытия пенициллина поражение нервной системы при сифилисе встречалось очень часто.

Периодически в мире случались эпидемии этого заболевания. Например, в русской армии по данным 1907 г. сифилисом болели 20% личного состава. В 1930-х годах больные нейросифилисом составляли 10% от всех больных неврологического профиля. По мнению большинства специалистов, бледная трепонема всегда попадает в нервную систему, в одних случаях её присутствие является транзиторным, в других случаях наблюдается её асимптомное персистирование, в третьих случаях манифестирует нейросифилис.

Следует отметить, что практически вся семиотика нервных болезней описана при изучении нейросифилиса. Значительный вклад в изучении поражения нервной системы при сифилисе внесли профессор внутренних болезней Берлинского университета Мориц Генрих Ромберг (1795-1873 гг.), французский невролог и «отец электротерапии» Гийом Дюшенн (1806-1875 гг.), французский врач-психиатр Жан Мартен Шарко (1825-1893 гг.), немецкий психиатр и невролог Алоис Альцгеймер (Alois Alzheimer; 1864-1915 гг.), австрийский психиатр Юлиус Вагнер-Яурегг (Julius Wagner-Jauregg; 1857-1917 гг.) и другие великие неврологи. Известные всем симптом Ромберга, синдром Аргайла Робертсона, симптом Эрба-Вестфала, реакция Нонне-Апельта и многие другие описаны были именно при нейросифилисе [8; 9].

Мориц Ромберг, помимо различных журнальных статей и монографий по специальным вопросам внутренних болезней, издал классический учебник нервных болезней «Lehrbuch der Nervenkrankheiten» (1840-1846 гг.; 3-е изд., 1857 г.). На сегодня эта книга устарела, но она составляла основу, на которой развивалась в Германии клиническая невропатология, в истории которой имя Ромберга занимает первенствующее место, как её основателя. Он описал то, что сейчас повсеместно признается как «поза Ромберга» в своем изначальном счете спинной сухотки (заболевание, обусловленное сифилисом повреждения задней части спинного мозга; форма позднего нейросифилиса (третичного сифилиса), характеризуется поражением спинальных нервных корешков и задних столбов спинного мозга).

Значительный вклад Дюшенн Гийом внёс в область патологии нервной системы: описал хронический передний спинальный паралич (1853); выделил как самостоятельный синдром бульбарный паралич (1859); описал (независимо от В. Эрба) поражение верхней части плечевого сплетения (1872-73), подострый прогрессирующий полиомиелит (1872, болезнь Дюшенна). Ему приписывают открытие



Рис.1. Генрих Иренеус Квинке (Heinrich Irenaeus Quincke; 1842-1922 гг.)



Рис.2. Мориц Генрих Ромберг (Moritz Heinrich Romberg; 1795-1873 гг.)

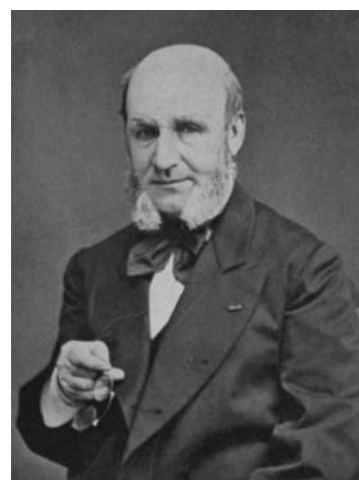


Рис.3. Гийом Бенжамэн Арман Дюшэнн (Guillaume-Benjamin-Amand Duchenne; 1806-1875 гг.)



Рис.4. Жан Мартен Шарко (Jean-Martin Charcot; 1825-1893 гг.)



Рис.5. Алоис Альцгеймер (Alois Alzheimer; 1864-1915 гг.)



Рис.6. Юлиус Вагнер-Яурегг (Julius Wagner-Jauregg)

сухотки спинного мозга (форма позднего нейросифилиса) – он дал ее электрофизиологическую характеристику и выделил дифференциально-диагностические признаки этой болезни (1858) [1]. Деятельность Дюшена оказала значительное влияние на взгляды французских неврологов, в том числе на Ж. М. Шарко.

В научном мире в 70-80 гг. XIX в. лидером французской неврологии был Жан-Мартен Шарко, руководивший школой неврологии в Salpêtrière. Шарко исследовал проявления третичного сифилиса (tabes dorsalis), впервые установил патогенетическую связь между нарушением периферической иннервации и специфическим поражением голеностопного сустава. За частую отказывался принимать доводы Жан Альфреда Фурнье [4, 177].

Алоис Альцгеймер написал большое количество статей по заболеваниям: шизофрения, хорей Хантингтона, сифилис мозга, алкогольный психоз, атеросклеротическая атрофия мозга, пресенильный психоз. Вместе со своим коллегой Францем Нисслом в течение нескольких лет Алоис Альцгеймер проводил гистологические исследования коры головного мозга и изучал патологии нервной системы. А в течение 1907-1915 гг. он опубликовал всеобъемлющий шеститомный труд «Гистологические и гистопатологические исследования серого вещества головного мозга». Увековечило его имя изучение сенильной деменции, известной как «болезнь Альцгеймера».

За лечение нейросифилиса австрийскому психиатру Юлиусу Вагнер-Яуреггу (1857-1917 гг.) в 1917 году была присуждена Нобелевская премия по физиологии и медицине. Юлиус Яурегг, занимая должность директора психиатрической клиники и возглавляя приют для душевнобольных, предложил использовать для лечения нейросифилиса малярию. В настоящий момент ясно, что температура спирохеты не убивает (возможно, положительный эффект реализовался за счёт усиления иммунного ответа). «В 1917 г., – говорил он, – я начал внедрять в практику свое предложение, сделанное еще в 1887 г., и ввел 9 больным прогрессивным параличом возбудитель трехдневной малярии. Результат превзошел ожидания». Он обнаружил, что при раннем начале малярия-терапии в 85% случаев прогрессивного паралича наблюдается выздоровление, что было поразительным успехом. В течение последующих нескольких лет Юлиус Вагнер и его коллеги получили пригодные ослабленные штаммы малярийных плазмодиев, отработали подходящие дозы и определили необходимую продолжительность лихорадки до начала лечения хинином. К счастью, трехдневная малярия, вызванная таким способом, оказалась более чувствительной к лечению хинином, чем малярия, возникшая после укусов комарами. Открытие Юлиуса Яурега представляло большой прогресс в лечении одного из самых серьезных заболеваний в западноевропейских странах [11].

Самый известный из всех больных с диагнозом «нейросифилис» — В.И. Ленин. Однако до сих пор этот диагноз не подтвержден, в связи с чем не утихают споры вокруг истории болезни Ленина. В 1923 г. после третьего инсульта, который парализовал Ленина и лишил его речи, к больному был вызван врач-невропатолог В.В. Крамер (1876-1935 гг.), на тот период времени он являлся ведущим отечественным специалистом в области неврологии. Крамер вначале заключил, что моторная афазия и неврологические расстройства Ленина связаны с нейросифилисом. Хотя лабораторно сифилис не был подтвержден – реакция Вассермана крови и спинномозговой жидкости была отрицательная. Немецкий врач, основатель немецкой и мировой нейрохирургии Отфрид Фёрстер (1873-1941 гг.), лечивший советского вожда, считался на своей родине крупнейшим специалистом по нейросифилису. Однако

в документах и медицинских отчетах о здоровье Ленина нигде этот диагноз не фигурировал, а в мемуарах Крамера и Марии Ульяновой был заменен на «тромбоз мозговых артерий». Также нет документов, в которых бы фиксировалось обнаружение признаков сифилиса при посмертном изучении тканей Ленина. Болезнь Ленина не укладывалась ни в одну из известных на тот момент клинических картин мозговых заболеваний.

В XIX веке диагноз «нейросифилис» числился весьма распространенным. Его ставили практически всем, у кого замечали резкие смены настроения: от неожиданных вспышек гнева до беспечной веселости, сменявшейся полным упадком сил. Эту болезнь якобы обнаружили у Стендаля, Гейне, Мопассана, Врубеля. Однако на сегодняшний день многие из этих ранее поставленных диагнозов вызывают сомнения: обнаружены синдромы, похожие на нейросифилис, и за которыми могут скрываться грипп, ангина или атеросклероз. У всех больных нейросифилисом в той или иной мере выраженности имеется психоорганический синдром и присутствуют нарушения характера: любой аффект — тревоги, гнева, депрессивный и т.п. — вязкий, трудно перенаправляемый; постоянно присутствует недовольство, неприязнь, обидчивость, нередко злобность и взрывчатость. Так же нередки ипохондричность и склонность к сутяжничеству (проявление вялого шизофренического процесса или бреда) [10].

Сейчас мы переживаем некую «эпидемию» нейросифилиса. По статистическим отчётам, пик сифилиса был в послевоенный период, впоследствии (в 1960-е годы) число заболевших резко упало, был даже период исчезновения нейросифилиса из статистических отчётов (считалось, что заболевания уже нет), а с 1990х годов пик заболеваемости вновь пошёл вверх, соответственно и нейросифилис стал чаще выявляться неврологами. И связано это с несколькими моментами. Прежде всего, вероятно, с разрушением единой системы кожвендиспансеров, когда каждый больной ставился на строгий учёт, с выявлением и тщательной проверкой всех контактных с ним лиц (вплоть до привода в диспансер в сопровождении с сотрудниками правоохранительных органов).

Таким образом, в конце XIX – начале XX века ведущее место среди инфекций, поражающих нервную систему, занимал сифилис. В тот период нейросифилис являлся самой распространённой патологией, при изучении которой были описаны практически все основные неврологические симптомы и синдромы. Клиническая картина нейросифилиса начала прошлого столетия характеризовалась глубоким (марантическим) слабоумием с тяжелейшей соматической декомпенсацией и летальным исходом. В этот же период были описаны проявления неврастенической стадии, характерные для начального этапа прогрессивного паралича, классическая экспансивная форма с паралитическим бредом.

Список литературы

1. Большая Медицинская Энциклопедия [Электронный ресурс]: http://бмэ.орг/index.php/ДЮ-ШЕНН_Гийом (дата обращения 14.10.2016).
2. Кистенева О. А., Мельниченко В.И., Ружицкая Л.В., Голиусова Л.С. История первой эпидемии сифилиса 1495-1543 годов. [Электронный ресурс] // SCI-ARTICLE.RU. 2014. № 16. С. 191-195. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=25091249> (дата обращения: 09.10.2016).
3. Кистенева О. А., Ружицкая Л.В., Мельниченко В.И., Голиусова Л.С. Терапия сифилиса в средние века: [Электронный ресурс] // SCI-ARTICLE.RU. 2014. № 16. С. 233-235.
4. Кистенева О.А., Кистенев В.В. Жан Альфред Фурнье – основоположник европейской венерологии и дерматологии (к 100-летию со дня смерти) // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. № 6. С. 177-181. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22842766> (дата обращения: 24.09.2016).
5. Кистенева О.А., Кистенев В.В., Фетисова В.И. Сифилис в трудах авторов Древнего Востока // International scientific review. 2015. № 8 (9). С. 60-63.
6. Корячкин В. А. История нейроаксиальных блокад (спинномозговая анестезия) // Региональная анестезия и лечение острой боли. Том II. 2008. № 1. С. 51-57.
7. Лосева О.К., Тактамышева Э.Ш. Современный нейросифилис: клиника, диагностика, лечение // Русский медицинский журнал. Т. 6. 1998. № 15. С. 21-23. Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles/infektsiya/sovremennyyu_neyrosifilis_klinika_diagnostika_lechenie/#ixzz4OZ4zPfuK (дата обращения 01.10.2016).
8. Маргулис, М.С. Хронические инфекционные и паразитарные заболевания нервной системы / М.С. Маргулис. М.: Медгиз, 1933. 388 с.
9. Марков, Д.А. Сифилис нервной системы / Д.А. Марков // Многотомное руководство по неврологии. В 3 т. Т. 2. / редактор тома Д.С. Футер, М.: Медгиз, 1962. С.535-580.

10. Панацея [Электронный ресурс]: <http://panacea.ru/zabol/nejrosifilis/> (дата обращения 27.09.2016)/

11. Список лауреатов Нобелевской премии по физиологии или медицине [Электронный ресурс]: https://ru.wikipedia.org/wiki/Список_лауреатов_Нобелевской_премии_по_физиологии_или_медицине (дата обращения 14.10.2016).

Сведения об авторах:

Кистенева Ольга Алексеевна – к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, kisteneva@bsu.edu.ru

Камолина Е.А., Федикович Э.В. – студенты 2 курса медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, medik_1105@mail.ru

Кистенева О.А., Шкилева И.Ю., Шелякина Е.В., Кистенев В.В.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Е.Н. ПАВЛОВСКОГО

Аннотация. В статье представлена история становления и развития Белгородской областной инфекционной клинической больницы им. Е.Н. Павловского за 1972–2016 гг. Показаны основные этапы развития медицинского учреждения, его лечебных и лабораторных служб, перспективы их развития.

Ключевые слова. Белгородская областная инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского, история становления и развития.

Данная научно-исследовательская работа ставит перед собой цель раскрыть основные события, произошедшие за период 1972-2016 гг. в истории ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского».

Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского в г. Белгороде была организована и начала работу как детская городская инфекционная больница на 120 коек 11 октября 1972 года (приказ городского отдела здравоохранения № 223 от 06.10.1972 г.). Названа она была в честь Павловского Евгения Никаноровича (1884-1965) – отечественного паразитолога, академика АН СССР, генерал-лейтенанта медицинской службы, Герой социалистического труда (1964) [6, 158].



Рис.1. Барельеф на фронтоне здания больницы.

Евгений Никанорович родился 5 марта 1884 г. в поселке Бирюч Воронежской губернии (ныне город в Белгородской области России, административный центр Красногвардейского района) в семье учителя. Евгений не решил продолжить династию своих родителей. Окончив в 1903 г. Борисоглебскую гимназию (Воронежская область) с золотой медалью, поступил в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге, которую окончил в 1908 году с отличием, премией и занесением имени на мраморную доску [2, 68].

6 февраля 1973 года больница была переименована из детской в городскую инфекционную больницу. В 1974 году мощность больницы была доведена до 300 коек.

В больнице были выделены специализированные отделения: воздушно-капельных инфекций, детских кишечных инфекций, гепатитное, диагностическое, смешанное взрослых инфекций и отделение реконвалесцентов, перенесших острую кишечную инфекцию.



Рис. 2. Приемное отделение



Рис. 3. Отделение реанимации

Первым главным врачом городской инфекционной больницы был назначен Королев Валентин Иннокентьевич. Как главный врач он являлся ответственным за организацию инфекционной службы города Белгорода и Белгородской области. Городская инфекционная больница становится в это время методическим центром по внедрению новых методов диагностики и лечения инфекционных больных. С уходом на пенсию Королева Валентина Иннокентьевича, непродолжительное время главными врачами работали Черников Юрий Иванович (1978-1985 гг.), Лычев Виктор Федорович (1985-1990 гг.).

В 1984 году в больнице для оказания интенсивной и реанимационной помощи инфекционным больным была открыта палата интенсивной терапии, через пять лет преобразованная в отделение реанимации [3].

С июля 1990 года и по настоящее время ОГКУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского» возглавляется кандидатом медицинских наук, заслуженным врачом РФ Барановым Александром Егоровичем.

Александр Егорович окончил с отличием Харьковский медицинский институт в 1984 году, работал заведующим Ломовской врачебной амбулаторией Корочанской центральной районной больницы. Стаж работы в системе здравоохранения у А.Е. Баранова составляет 31 год. Он постоянно совершенствует свои знания на центральных базах г. Москвы, Санкт-Петербурга и выездных циклах по организации здравоохранения и инфекционным заболеваниям. Был делегатом пяти съездов врачей – инфекционистов, трех конгрессов, окончил программу (с получением сертификата) общественного здравоохранения в Питтсбурге, штат Пеннсильвания, США, в 2004 году. Постоянно следит за достижениями в организации здравоохранения, в диагностике и лечении инфекционной патологии, оказывает организационно – методическую помощь в районах области [1].



Рис. 4. Главный врач больницы Баранов Александр Егорович (с 1990 г. – по н.в.).

Александр Егорович принимал непосредственное участие в организации курса «Инфекционные болезни» при кафедре медико-профилактических дисциплин на медицинском факультете Белгородского государственного университета, а с 2003 года является доцентом кафедры инфекционных болезней [4, 104]. Ежегодно на базе больницы проходит обучение более 700 студентов БелГУ и медицинского колледжа, а также проводится общие и тематические усовершенствования, как врачей, так и медицинских сестер. Баранов А.Г. ведет большую научную работу: имеет 41 печатную работу, из них – 4 учебно-методических пособия, которые используются в педагогической и практической работе.

Занимая активную жизненную позицию, Александр Егорович всегда принимает активное участие в областных спартакиадах работников здравоохранения Белгородской области «Наше здоровье – в наших руках». В 2006 году по итогам III летней областной спартакиады был награжден Почетной грамотой Областного комитета профсоюза работников здравоохранения.

За достигнутые успехи в развитии и совершенствовании инфекционной службы г. Белгорода и Белгородской области Александр Егорович в 1998 году был награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации. В 1999 году был награжден знаком «Отличник здравоохранения», в 2001 году Указом Президента Российской Федерации удостоен звания «Заслуженный врач Российской Федерации». Неоднократно награждался Почетными грамотами управления здравоохранения администрации города и области, Почетными грамотами главы администрации г. Белгорода, Благодарностью и Почетной грамотой Губернатора Белгородской области. В 2007 году награжден медалью «За заслуги перед Землей Белгородской» второй степени. В 2007 году награжден Почетной грамотой Белгородского государственного университета за добросовестный труд в деле подготовки высококвалифицированных специалистов.

В 2007 году Александру Егоровичу было вручено Благодарственное письмо ректора Белгородского государственного университета за заслуги и большой вклад в подготовку высококвалифицированных специалистов-медиков. В 2008 году он стал лауреатом VIII Всероссийского конкурса «Лучший врач года – 2008» в номинации «Лучший руководитель медицинского учреждения». В 2008 году награжден Грамотой Председателя Белгородской городской территориальной избирательной комиссии за личный вклад в организацию и проведение выборов Президента Российской Федерации и депутатов Совета депутатов города Белгорода четвертого созыва. В 2008 году было вручено Благодарственное письмо администрации города Белгорода за организаторскую работу по подготовке и проведению выборов депутатов Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации пятого созыва [1].

В 2009 году объявлена Благодарность Губернатора Белгородской области. В 2010 году был награжден Почетной грамотой Архиепископа Белгородского и Старооскольского Иоанна, а больнице вручен диплом победителя среди областных лечебно-профилактических учреждений по итогам работы 2010 года. В 2012 году Александр Егорович Баранов размещен на областной Аллее Трудовой Славы за наивысшие достижения в развитии экономики и социальной сферы. В 2012 году награжден Почетной грамотой Губернатора Белгородской области. В 2013 году руководимая Александром Егоровичем больница удостоена диплома победителя среди областных клинических и специализированных учреждений по итогам работы за 2013 год.

В 1993 году в январе в штат МКУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Белгорода была введена инфекционная бригада по перевозке инфекционных больных [5, 104].

С 1995 года в больнице был организован центр инфекционных заболеваний (задачей которого было повышение уровня диагностики, оказания интенсивной и реанимационной помощи инфекционным больным), отделение реанимации и выездные бригады в составе реаниматолога и инфекциониста. В этом же году в больнице начал свою работу консультативно-диагностический кабинет, в котором консультируются больные со всей области. С 1995 года главным инфекционистом областного центра инфекционных заболеваний становится врач высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения Михеева Раиса Лазаревна.

В 2002 году больница получила статус клинической больницы. В 2005 году больница приобрела статус областной, а с 1 января 2012 года приобрела статус казенного учреждения здравоохранения и получила название ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского». В 2006 году врач-инфекционист больницы Ровенская Л.В. стала лучшим инфекционистом года. В 2013 году врач – бактериолог Волобуева С.Ю. стала победителем Всероссийского конкурса врачей в номинации «Лучший врач лабораторной диагностики». А так же медсестры больницы, в областных конкурсах «Лучшая медсестра года», неоднократно занимали призовые места [3].

Коллектив ОГКУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского» неоднократно отмечался за свою работу администрацией Белгородской области и города Белгорода. Показатели работы были положены в основу отбора больницы Европейским обществом «Партнёрство ради прогресса» для присуждения международного сертификата и призов «Золотая пальма» и «Золотой Меркурий», которыми была награждена больница в 1997 и 1998 годах в городах Париже и Москве. В 2011 году больница получила диплом победителя среди областных ЛПУ по итогам работы за 2010 год. Инфекционная больница включена в Национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения».

ранения 2009», являющийся перечнем организаций и учреждений здравоохранения, занимающих лидирующие позиции в своем регионе.

За последние 5 лет в больнице проведены капитальные ремонты на пищеблоке, гепатологическом центре, рентгенкабинете, лаборатории, лаборатории по полимеразно-цепной реакции (ПНР), административном корпусе, в 1, 2, 3 отделениях на общую сумму 77,023 млн.рублей. Приобретено современное медицинское оборудование для клиничко-диагностической лаборатории, лаборатории полимеразно-цепной реакции (ПЦР), отделения реанимации на сумму 15,545 млн.руб.

В настоящее время в больнице имеются 8 отделений: 1) Приемное отделение, которое предназначено для приема и консультаций больных с различными вирусными, бактериальными и некоторыми паразитарными заболеваниями. Отделение состоит из 6 смотровых боксов, что обеспечивает надежную изоляцию больных с различными инфекционными заболеваниями, возможность проведения диагностических, лечебных мероприятий и соблюдение надлежащего санитарно-противоэпидемического режима. 2) Отделение № 1 воздушно-капельных инфекций. Отделение развернуто на 60 коек круглосуточного пребывания. В отделении имеется 13 боксов. 3) Отделение № 2 клиническое детское. Отделение развернуто на 60 коек и является современным, хорошо оснащенным отделением для лечения детей с кишечными инфекциями. 4) Отделение № 3 диагностическое. Отделение рассчитано на 40 коек и является хорошо оснащенным лечебно-диагностическим комплексом для создания специализированной медицинской помощи детям до 1 года, с осложненными формами острых респираторных инфекций в виде бронхитов, пневмоний, ларинготрахеитов и стенозов гортани. 5) Отделение № 4 гепатологическое. Отделение предназначено для госпитализации больных взрослых и детей с острыми и хроническими вирусными гепатитами. В отделении больным с вирусными гепатитами проводится клиническое, иммуноферментное, инструментальное (УЗИ, фиброскан и др.) обследование. 6) Отделение № 5 клиническое взрослое. Отделение взрослых инфекций развернуто на 60 коек и является современным, хорошо оснащенным лечебно-диагностическим подразделением, где осуществляется помощь взрослой категории населения г. Белгорода и области. 7) Отделение реанимации и интенсивной терапии. В отделении ОРИТ ежегодно получает лечение около 300-320 пациентов, с различными инфекционными патологиями и сопутствующими соматическими расстройствами органов и систем, что составляет 3,6-3,8% от общего числа всех поступающих пациентов в больницу. 8) консультативное специализированное гепатологическое отделение. Было открыто на базе больницы в марте 2012 г. Врачи отделения занимаются диагностикой и лечением инфекционных заболеваний печени (острые и хронические вирусные гепатиты) [3].

В результате комплексных мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи больным с инфекционной патологией в Белгородской области, стабилизировалась заболеваемость острыми кишечными инфекциями, снизилась заболеваемость вирусным гепатитом А, корью, краснухой, эпидемическим паротитом. Область сертифицирована, как территория, свободная от полиомиелита.

Врачами-инфекционистами проводится работа по внедрению формуляров и протоколов лечения инфекционных больных. Показатели работы инфекционной больницы стабильные, длительность пребывания в стационаре снизилась с 17,0 в 1973 году до 9,1 в 2002 году. А в 2012 году средняя длительность пребывания больного на койке сократилась до 8,8 койко-дней у взрослых и до 7,4 койко-дней у детей.

С 2010 г. по 2014 г. в больнице количество пролеченных больных возросло с 7615 в 2010 году до 7795 в 2014 году. Выполнение государственного заказа увеличилось с 100,5 % в 2010 году до 105 % в 2014 году. Летальность за пятилетний период стабильно остается на низких цифрах и составила 0,1, что ниже европейских показателей, нет вспышек внутрибольничных инфекций.

ОГКУЗ «Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского» занимает позицию лидера в области по оказанию высококвалифицированной специализированной помощи инфекционным больным. Только по итогам 2012 года в больнице пролечено в 7032 больных, проконсультировано 4500 человека, в том числе 482 человека по санавиации.

Под руководством Александра Егоровича проводится большая работа по повышению профессионального уровня врачей и средних медицинских работников. В больнице работают 3 кандидата медицинских наук, 2 Заслуженных врача Российской Федерации, 9 врачей и медицинских сестер награждены знаком «Отличник здравоохранения», 17 врачей и 58 медицинских сестер имеют высшую и первую квалификационные категории [3].

За период с 1972-2016 гг. Белгородская инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского прошла сложный путь становления и развития. Перспективы развития ОГБУЗ «Инфекционная

клиническая больница им. Е.Н. Павловского» видятся в дальнейшем развитии медицинской помощи; в создании дополнительных возможностей обучения, профессионального и научного роста, повышения квалификации сотрудников, в развитии сотрудничества с ведущими российскими и международными клиниками; разработке и оптимизации стандартов оказания медицинской помощи с целью повышения качества ее оказания.

Список литературы

1. Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. Баранов Александр Егорович: [Электронный ресурс]. URL: <http://www.belzdrav.ru/press-service/oblastnaya-alleya-slavy-vrachev/baranov-aleksandr-egorovich.php> (дата обращения: 12.10.2016).

2. Жернакова Н.И., Кистенева О.А., Кистенев В.В. Павловский Евгений Никанорович – крупнейший российский врач-паразитолог (1884–1965 гг.) (к 50-летию со дня смерти) // International scientific review. 2015. № 4 (5). С. 68-70.

3. Инфекционная клиническая больница им. Е.Н. Павловского: [Электронный ресурс]. URL: <http://ikb-bel.belzdrav.ru/> (дата обращения: 15.10.2016).

4. Кистенева О.А., Пашенко Н.В., Кистенев В.В., Пашенко Г.В. Представление о видах предстоящей профессиональной деятельности студентов, обучающихся по программе специалитета по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело». European Research: Innovation in Science, Education and Technology // European research № 8 (19) / Сб. ст. по мат.: XIX межд. науч.-практ. конф. 28-29 August 2016. – United Kingdom, London, 2016. № 8 (19). С. 104-106.

5. Кистенева О.А., Шкилёва И.Ю., Шелякина Е.В., Кистенев В.В. История становления и деятельности белгородской станции скорой медицинской помощи (к 60-летию со дня основания) // International scientific review. 2016. № 1 (11). С. 103-106.

6. Памятник академику Евгению Никаноровичу Павловскому в г. Хабаровске // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2007. № 11. С. 158-161.

Сведения об авторах:

Кистенева Ольга Алексеевна – к.и.н., доцент кафедры факультетской терапии Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, kisteneva@bsu.edu.ru, 8919-291-38-22.

Шкилева Ирина Юрьевна – студентка 5 курса Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета.

Шелякина Елена Васильевна – студентка 5 курса Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета.

Кистенев Виталий Валентинович – кандидат исторических наук, доцент, кафедра теории и истории культуры, факультет искусствоведения и межкультурной коммуникации, Белгородский государственный институт искусств и культуры, kisvita@mail.ru.

Кожина А.В.

Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Аннотация: Проанализированы медико-социальные предикторы формирования желчнокаменной болезни; выявлены основные популяционные факторы риска развития заболевания.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, факторы риска.

Введение

Болезни органов пищеварения (БОП) являются одной из важнейших медико-социальных проблем во всем мире. В настоящее время заболеваемость и смертность от этой группы состояний продолжают расти. Так, доля БОП в структуре общей заболеваемости в России занимает седьмое место; показатель первичной заболеваемости вырос с 11249,3 на 100.000 нас. в 2010 г. до 11882,2 на 100.000 нас. в 2014 г. [3,5]. Доля БОП в структуре смертности мужчин трудоспособного возраста составляла

в 2014 г. 8,1%; среди женщин – 11,7% [3,5]. БОП – третья по распространенности причина госпитализации пациентов в стационар в России (после болезней системы кровообращения и болезней органов дыхания) [3,5].

Цель: представить медико-социальные предикторы формирования желчнокаменной болезни.

Основная часть.

Симптомы желчнокаменной болезни (ЖКБ) обнаруживается у 10-15% взрослого населения страны; в т.ч. в возрасте 40 лет – у 15–20%, старше 60 лет – у 25-35%. По распространенности ЖКБ среди населения уступает лишь болезням системы кровообращения и сахарному диабету. Среди БОП по распространенности ЖКБ делит первое место с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что ЖКБ страдает каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. По прогнозам экспертов, число больных ЖКБ будет увеличиваться в два раза каждые последующие десять лет, преимущественно за счет лиц молодого возраста. В России обращаемость населения по поводу ЖКБ составляет 5–6 человек на 1000 населения. В мире ежегодно выполняется более 1,5 млн. холецистэктомий, в т.ч. в России – до 300 тыс. [14].

В исследованиях был выявлен ряд этнических особенности встречаемости ЖКБ. В частности, наибольшая распространенность заболевания отмечается у народности пима (до 73% среди женщин и 45% среди мужчин), у коренных индейцев США (до 63%). В странах Азии распространенность ЖКБ среди населения колеблется от 3% до 15%. Наименьшая встречаемость ЖКБ отмечена у африканцев и жителей Крайнего Севера (менее 5%) [6].

Заболеваемость ЖКБ растет с возрастом, достигая пика у женщин старше 80 лет. Рост заболеваемости ЖКБ отмечается у женщин с 29 лет, у мужчин – с 48 лет [1]. По данным итальянских исследователей, распространенность ЖКБ наиболее высока в возрастной группе 50–60 лет (14% среди мужчин и 20,2% среди женщин) [6]. По данным аутопсий, признаки ЖКБ встречаются у 5 – 15% лиц, умерших в возрасте до 50 лет и от 14 до 40% лиц, умерших в возрасте старше 60 лет). Имеются данные, свидетельствующие о том, что после 70 лет различия в частоте встречаемости ЖКБ среди мужчин и женщин отсутствуют (в возрасте 40-44 лет ЖКБ обнаруживается у 22,4% женщин и 3% мужчин, в возрасте 55-59 лет – у 25,7% и 11,1%, в возрасте 62-65 лет – у 34% и 20,2%, в возрасте 70-74 лет – у 27,7 и 23,5% соответственно [12,13].

Основные факторы риска ЖКБ изучены подробно. Общеизвестным является т.н. «правило 5 F»: женский пол, возраст старше 40 лет, ожирение (индекс массы тела более 30), множественные беременности в анамнезе, диспепсия с метеоризмом. Важнейшим фактором риска болезни является наследственная предрасположенность, которая относится к немодифицируемым факторам риска [1,12,14].

Ожирение – один из основных факторов риска возникновения ЖКБ. При индексе массы тела 25–30 кг/м² риск ЖКБ повышается в 2 раза, более 35 кг/м² – в 20 раз вне зависимости от пола [2,6,10]. Высококалорийная диета с избытком твердых жиров, животных белков, легких углеводов и дефицитом растительных белков; длительный прием оральных контрацептивов; голодание, быстрая потеря массы тела также заметно повышают риск развития ЖКБ [9,11]. В литературе нет данных о связи ЖКБ с употреблением алкоголя, табакокурением, но достоверно известно, что эти факторы влияют на возникновение других БОП. Во время беременности симптомы ЖКБ беспокоят 5-8,5 % женщин [1].

Таким образом, наиболее значимыми медико-социальными предикторами возникновения ЖКБ являются нерациональное питание, ожирение, гиподинамия, возраст старше 40 лет, женский пол, наличие родов у женщины в анамнезе, а также некоторые этнические особенности. Эти факторы следует учитывать при планировании программ профилактики развития ЖКБ.

Список литературы

1. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. ЖКБ: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Архив внутренней медицины [электронный научный журнал] 2016;(6). URL: <http://www.medarhive.ru/jour/article/view/530/507> (дата обращения 24.10.16).
2. Гаус О.В., Ахмедов В.А. Оценка прогностических факторов развития ЖКБ у лиц с метаболическим синдромом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология [электронный научный журнал] 2014; 11(111). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-prognosticheskikh-faktorov-razvitiya-zhelchnokamennoy-bolezni-u-lits-s-metabolicheskim-sindromom> (Дата обращения 25.10.16).
3. Демографический ежегодник России. 2015. [Интернет]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf (дата обращения 24.10.16).

4. Добрышев А.С., Баранов А.В., Ямщиков О.Н. Возможности лапароскопической холецистэктомии // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки [электронный научный журнал] 2015. (1). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-laparoskopicheskoy-holetsistektomii> (дата обращения 25.10.16).
5. Здравоохранение в России. 2015. [Интернет]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf (дата обращения 24.10.16).
6. Призенцов А.А., Лобанков В.М., Скуратов А.Г. ЖКБ: состояние проблемы // Проблемы здоровья и экологии [электронный научный журнал] 2012. 3(33). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/zhelchnokamennaya-bolezn-sostoyanie-problemy> (дата обращения 24.10.16).
7. Ронжин И. В., Пономарева Е. А. Статистика заболеваний желудочно-кишечного тракта: причины, симптомы, профилактика // Молодой ученый. 2015. №23. С. 375-379.
8. Российский статистический ежегодник. 2015. [Интернет]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/year/ejegod-15.pdf (дата обращения 24.10.16).
9. Сагдатова А.А., Загидуллин Ш.З., Аглетдинов Э.Ф., Коваленко Н.И., Зиганшин Т.М., Верзаков В.Г. и др. Основные факторы риска ЖКБ // Современные проблемы науки и образования [электронный научный журнал] 2015. (1). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18366> (дата обращения: 25.10.2016).
10. Сухаруков В.С. Факторы риска ЖКБ на современном этапе // Смоленский медицинский альманах [Электронный научный журнал] 2016. (1). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/aktory-riska-zhelchekamennoy-bolezni-na-sovremennom-etape> (Дата обращения 24.10.16)
11. Сырова О. В., Самсонова А. И., Ващенко И. С. Взаимосвязь ожирения с антропометрическими показателями, уровнем холестерина крови и предрасположенностью к желчекаменной болезни у взрослых людей. Бюллетень медицинских интернет-конференций [электронный научный журнал] 2013. 3(2). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-ozhireniya-s-antropometricheskimi-pokazatelyami-urovнем-holesterina-krovi-i-predraspolozhennostyu-k-zhelchekamennoy> (дата обращения 24.10.16).
12. Трухан Д.И. Причины желчнокаменной болезни [Электронный ресурс]. URL: <http://vseopecheni.ru/zabolevaniya-pecheni/ZHelchnokamennaja-bolezn-/Prichini-zhelchnokamennoi-bolezni/> (дата обращения 24.10.16).
13. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития ЖКБ // Архив внутренней медицины [электронный научный журнал] 2016. 1(27). URL: <http://www.medarhive.ru/jour/article/view/488/480> (дата обращения 24.10.16)
14. Щеголев А.А. ЖКБ: Учебно-методическое пособие. [Интернет]. URL: http://rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/pf/chb2_pf/uch_posobiya/2015/zhelchekamen.pdf (дата обращения 24.10.16).

Сведения об авторе:

Кожина Анастасия Владимировна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации Адрес электронной почты: Nastusha.kozhina@mail.ru Телефон 8-911-873-12-80

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес электронной почты (e-mail) menshikova1807@gmail.com Контактный телефон 89212453010

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

СОЦИАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АРХАНГЕЛЬСКА

Резюме

Целью медико-социологического исследования явилось изучение социальных оценок работающих граждан диспансеризации взрослого населения г. Архангельска. Предметом исследования явились порядок и условия диспансеризации работающего населения; объектом – работающие граждане, прошедшие медицинский осмотр по программе диспансеризации взрослого населения. Объем наблюдения составил 213 человек. О программе диспансеризации взрослого населения у работающих граждан в целом сложилось благоприятное впечатление (85,8%). Критические замечания (72,3%) связаны с дефектами в организации дела: большими временными затратами (49,3%), относительной формальностью процедуры (13,1%) и длинными очередями (10,8%). Результатами медицинского осмотра удовлетворено подавляющее большинство (80,3%) осмотренных граждан. Практически все (94,8%) намерены проходить диспансеризацию и в будущем.

Ключевые слова: социальные оценки, диспансеризация, взрослое население, работающие граждане.

Введение

Применение диспансерного метода в работе медицинских учреждений имеет богатую и давнюю историю. Ее начало относится к созданию в нашей стране государственной системы здравоохранения, фундаментальной основой деятельности которой стала профилактическая направленность. Определяя стратегию развития системы, первый нарком здравоохранения Н.А. Семашко говорил: «Профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация – метод решения профилактических задач» [4].

Первая, наиболее полная и детально разработанная, программа всеобщей диспансеризации населения в нашей стране была принята в 1986г. [5]. Однако при внедрении программы в медицинскую практику организаторы здравоохранения столкнулись не только с серьезными организационными трудностями, которые не были в полной мере учтены при разработке порядка и условий ее реализации, но и с целым рядом методических недоработок, касающихся содержания программы, алгоритма обследования и критериев оценки. В результате диспансеризация 1986г. оказалась чрезвычайно затратным, организационно сложным и малоэффективным мероприятием, существенно затруднявшим текущую работу поликлиник. Вторая попытка проведения диспансеризации трудоспособного населения на регулярной основе в нашей стране была предпринята в 2006 г. В основу организации дела положен принцип дополнительной диспансеризации работающего населения. Однако и эта организационная модель диспансеризации не была свободна от некоторых организационных и методических недоработок. Как следствие, у медицинских работников и населения сформировалось скорее негативное отношение к диспансеризации как к весьма формальному, добровольно-принудительному и неэффективному мероприятию [3, 6,7].

Существенный вклад в переосмысление методологии диспансеризации и переоценку медицинских осмотров населения внес ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. В соответствии с основными положениями закона приказом МЗ РФ от 03.12.2013 г. № 1006н утвержден Порядок диспансеризации определенных групп взрослого населения и начато внедрение в практику здравоохранения диспансеризации взрослого населения. Спустя 2 года на основе использования отечественного опыта диспансеризации и международной практики скрининга с учетом особенностей организации медицинской помощи населению разных административных территорий страны МЗ РФ разработан и утвержден новый приказ «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» от 03.02.2015 г. № 36ан.

Признание диспансеризации взрослого населения в качестве действенной меры снижения инвалидности и преждевременной смертности, изменение организационно-методических подходов к ее проведению стало причиной значительных перемен в деле профилактики неинфекционных заболеваний [1, 2]. В настоящее время диспансеризация проводится путем углубленного обследования состояния здоровья взрослого населения. Она направлена на раннее выявление хронических неин-

фекционных заболеваний, основных факторов риска здоровью (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. Результатом проведения диспансеризации является определение группы здоровья и комплекса необходимых для проведения профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий гражданам с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, гражданам с иными заболеваниями (состояниями), а также здоровым гражданам. Диспансеризация взрослого населения проводится с периодичностью 1 раз в 3 года.

С целью изучения социальных оценок работающих граждан порядка и условий диспансеризации взрослого населения нами было проведено специальное медико-социологическое исследование.

Материалы и методы

Базой для проведения исследования послужила одна из городских поликлиник г. Архангельска. Предметом исследования явились порядок и условия диспансеризации работающего населения; объектом – работающие граждане, прошедшие медицинский осмотр по программе диспансеризации взрослого населения. Сбор материала проводился методом анкетирования по специально разработанной программе в июле-августе 2016 г. Программа исследования включала 28 вопросов, объединенных в 2 основных и 3 заключительный (паспортный) блок (5 вопросов). Первый блок анкеты посвящен оценке здоровья и медицинского поведения работающих граждан (7 вопросов), второй (16 вопросов) – порядка и условий диспансеризации. После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов программы в исследование включено 213 анкет.

Результаты и их обсуждение

По половому составу обследованный контингент мужчинами (52,6%) и женщинами (47,4%) представлен примерно поровну. По семейному положению осмотренные распределились на две практически равные группы: семейные (53,5%) и одинокие (46,5%) (в т.ч. 23,5% – холостые (незамужние), 21,6% – разведенные, 1,4% – вдовы). Подавляющее большинство (86,4%) из них имеют собственное жилье, и лишь 13,6% живут на съемной квартире. Уровень благосостояния своей семьи они, в основном, оценивают как средний (82,6%) и даже выше среднего (17,4%).

Практически все (91,5%) осмотренные по программе диспансеризации достаточно высоко оценивают состояние своего здоровья: отличное – 29,1%, хорошее – 18,8% и удовлетворительное – 43,6%. Однако весьма значительная часть (8,5%) осмотренных работающих граждан воспринимает свое здоровье плохим. Вместе с тем, хроническими заболеваниями страдают только 24,4%, и примерно все они (21,6%) состоят на диспансерном учете в поликлинике. К причинам ухудшения состояния своего здоровья (удовлетворительного и плохого) работающие граждане относят: возраст (65,8%), рабочие перегрузки (54,1%), отсутствие регулярного отдыха (51,4%), невнимание к своему здоровью (45,9%), вредные привычки (40,5%), наследственную предрасположенность (24,3%), недоступность качественной медицинской помощи (17,1%) и даже плохое питание (3,6%).

Подавляющее большинство (79,3%) осмотренных лиц внимательно относятся к своему здоровью. Ему не уделяют достаточного внимания только 12,2%, а 8,5% – не смогли определить свое отношение. В течение года ни разу в поликлинику не обращались 24,0% опрошенных граждан. Большинство (41,3 %) обращались в поликлинику 2 раза, а 7,5% – 3-4 раза. Однако достаточно большое число (27,2%) осмотренных обращались в поликлинику весьма часто (5 раз и более). При этом основной причиной посещений явилось прохождение медицинского осмотра (67,1%). С лечебно-диагностической целью посещали поликлинику лишь 14,1%, а для получения справок, направлений, рецептов – 3,8% опрошенных.

Все работающие граждане (100,0%) до прохождения медицинского осмотра по программе диспансеризации взрослого населения имели о ней вполне определенные сведения. Подавляющее большинство (80,8%) их получили от своего лечащего врача, существенно меньшая часть (14,6%) – из средств массовой информации, а 4,6% – от знакомых. В основном работающие граждане проходили диспансерный осмотр по направлению лечащего врача (86,9%). И только для 13,1% он стал результатом проявления собственного внимания к своему здоровью (8,9%) и интереса к нему (4,2%).

По результатам диспансерного осмотра у 11,7% были выявлены новые хронические заболевания, а 13,6% назначены дополнительные диагностические исследования и лечебно-оздоровительные мероприятия. Выполнять их намерены все без исключения (100,0%) работающие граждане, получившие соответствующие врачебные назначения (57,7%).

Профилактическое консультирование в процессе диспансеризации проведено подавляющему большинству осмотренных лиц (83,6%). Лишь 10,3% такое консультирование не получили, а 6,1% затруднились дать соответствующую оценку. О диспансеризации взрослого населения большинство работающих граждан во время прохождения диспансерного осмотра получили достаточный (72,3%) и даже слишком большой (21,1%) объем информации. И только 6,6% хотели бы получить больше. О состоянии своего здоровья 76,5% осмотренных граждан также получили исчерпывающую информацию, однако 13,6% хотелось бы получить больше. И только 9,9% не узнали о своем здоровье ничего нового. Отношение медицинских работников в подавляющем большинстве (89,7%) случаев было внимательным и заботливым. Положительный эффект от диспансеризации ощутили 81,2% осмотренных граждан. Его не почувствовали только 17,4%, а 1,4% затруднились в определении полученного эффекта.

Как следствие, у большинства (85,8%) осмотренных работающих граждан сложилось в целом положительное отношение к диспансеризации взрослого населения. Однако ее, как реальный способ сохранения и укрепления здоровья, рассматривают лишь 27,7% осмотренных лиц. Примерно столько же (22,5%) воспринимают ее как формальное мероприятие, только занимающее время. При этом большая часть (49,8%) работающих граждан отводит диспансеризации среднее положение между формальной и действенной процедурой. Причинами критического отношения к диспансеризации являются большие затраты времени (49,3%), формальность (13,1%) и длинные очереди (10,8%).

Результатами диспансеризации удовлетворены подавляющее большинство (80,3%) работающих граждан. Однако значительная доля (18,3%) прошедших диспансерный осмотр ими не довольна. Не смогли оценить результат диспансеризации 1,4%. Тем не менее необходимым проходить диспансеризацию считают практически все (94,8%) осмотренные граждане. Противоположной точки зрения придерживаются лишь 5,2%.

Выводы

1. Работаящие граждане являются весьма благополучными людьми. Их физическое благополучие обусловлено относительно хорошим состоянием здоровья (отличное – 29,1%, хорошее – 18,8% и удовлетворительное – 43,6%) и отсутствием хронических заболеваний (75,6%), а социальное благополучие – хорошим уровнем доходов (средний – 82,6% и даже выше среднего – 17,4%) и наличием собственного жилья (86,4%).

2. Медицинское поведение работающих граждан является разумным и ответственным. Они внимательно относятся к своему здоровью (79,3%), своевременно обращаются к врачу за медицинской помощью (76,0%) в основном с профилактической целью (67,1%) и намерены строго выполнять полученные в процессе диспансеризации врачебные рекомендации (100,0%).

3. Проведенный по программе диспансеризации медицинский осмотр работающих граждан оказался весьма результативным: у 11,7% – выявлены новые хронические заболевания, 13,6% – назначены дополнительные диагностические исследования и лечебно-оздоровительные мероприятия, 57,7% – даны врачебные рекомендации, 83,6% – проведено профилактическое консультирование.

4. К программе диспансеризации взрослого населения у работающих граждан в целом сложилось положительное отношение (85,8%). Критические замечания (72,3%) вызваны дефектами в организации дела: большими временными затратами (49,3%), относительной формальностью процедуры (13,1%) и длинными очередями (10,8%). Полученными результатами удовлетворено подавляющее большинство (80,3%) работающих граждан. Практически все (94,8%) они считают необходимым проходить диспансеризацию и в будущем.

Список литературы

1. Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гилева Ф.А., Гулин А.Н., Ипатов П.В., Калинина А.М. и др. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения // Профилактическая медицина. 2013. 2(16). С. 3-12.

2. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А. и др. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения: Методические рекомендации. Москва, 2013. 83 с.

3. Зябищева Т.П., Светличная Т.Г. Дополнительная диспансеризация в социальных оценках работников лесопильного производства // Гуманизация сестринского дела: наука, образование, практика: сб. материалов науч.-практ. конф., 22 апреля 2010 г. Архангельск, 2010. С. 55-57.

4. О Семашко Н.А. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.historymed.ru/dental/scientists/index.php?ELEMENTID=572> (дата обращения 17.10. 2016)

5. Приказ Министерства здравоохранения СССР «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» от 30.05.1986 г. № 770. [Электронный ресурс]. URL: <http://russia.bestpravo.ru/ussr/data02/tex12342.htm> (дата обращения 17.10. 2016)

6. Светличная Т.Г. Возрастная дифференциация социальных представлений о дополнительной диспансеризации // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие: сб. науч. трудов IV Всероссийского социологического конгресса, 23-25 октября 2012 г., г. Уфа. С. 3962-3968.

7. Цыганова О.А., Иванова К.А. Нормативно-правовое обоснование организации и проведения диспансеризации взрослого населения РФ // Управление социально-экономическими процессами региона: сборник научных трудов VII Межрегиональной научно-практической конференции / отв. ред. Т.Г. Светличная. Архангельск, 2014. С. 97- 101.

Сведения об авторах:

Котова Наталья Николаевна – медицинская сестра отделения профпатологии и медицинской профилактики ФГБУЗ СМКЦ имени Н.А. Семашко ФМБА России, студентка 4 курса ФСО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, тел. 8 (960) 010 97 02

Светличная Татьяна Геннадьевна – д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: stianana64@yandex.ru тел. 8 (8182) 28 57-84

Крючков Д.О., Крючкова О.М.

Научный руководитель: проф. Санников А.Л.

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

В данной статье освещена проблема смертности в Архангельской области от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Выявлено, что основными причинами возникновения патологии системы кровообращения являются действие климатических факторов на организм человека, такие как низкие температуры, сниженное атмосферное давление, снижение кислорода в воздухе. Помимо этого, значимую роль играет неправильный образ жизни человека, включая курение, неправильное питание, злоупотребление алкоголем. Выявлено, что в Архангельской области, так же, как и в Российской Федерации, лидирующее место среди смертности от болезней системы кровообращения занимает инсульт.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, смертность, Архангельская область.

Заболевания сердца являются основной и ведущей причиной смертности во всех странах мира [14]. В настоящее время смертность людей от болезней системы кровообращения определяют низкую продолжительность жизни трудоспособного населения. С точки зрения государства эта проблема является экономически значимой, так как государство теряет лиц трудоспособного возраста и терпит экономические убытки, что определяет актуальность данной темы [12].

Целью работы является сравнительный анализ показателей смертности от сердечно-сосудистой патологии в Архангельской области и Российской Федерации за период с 2005 по 2015 год.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют широкую группу болезней сердца и кровеносных сосудов, в которую входят ревматизм и хронические ревматические болезни сердца; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением; ишемические болезни сердца (в том числе острый инфаркт миокарда (ОИМ), стенокардии, другие формы острой ишемической болезни

сердца (ИБС)); цереброваскулярные болезни (в том числе острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)); эндартериит, тромбангиит облитерирующий; варикозное расширение вен нижних конечностей [1].

Главную роль в возникновении заболеваний сердца и кровеносных сосудов отводится атеросклеротическим процессам. В возникновении атеросклероза ключевую роль играют внешние и внутренние факторы, которые целесообразно разделить на модифицируемые и немодифицируемые. Модифицируемые используются для выделения групп пациентов с повышенным риском ССЗ [12]. К немодифицируемым следует отнести пол, отягощенную наследственность по ССЗ, возраст; к модифицируемым – курение, злоупотребление алкоголем, дислипидемию, повышение артериального давления (АД), ожирение, нарушение питания, низкую физическую активность, психологический стресс. [12]

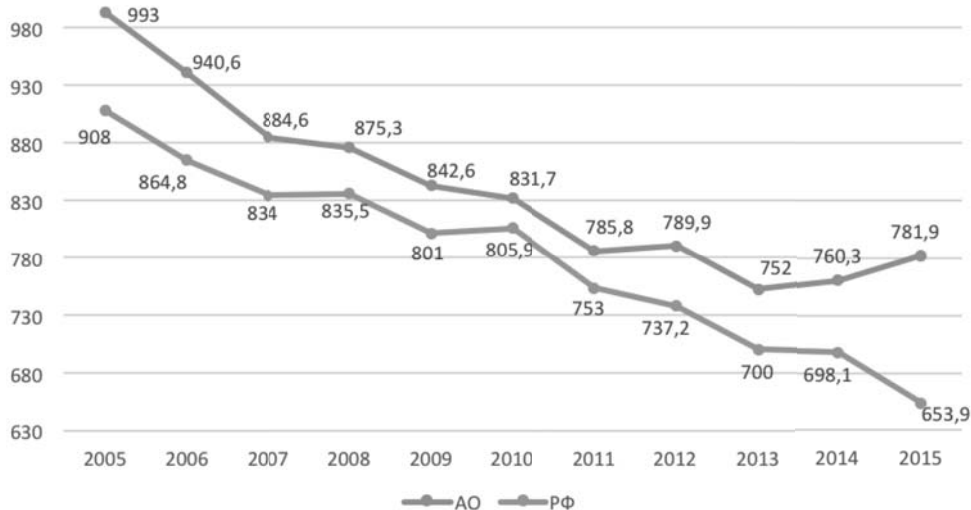


Рис.1. Динамика смертности от болезней системы кровообращения за период с 2005 по 2015 гг. в Российской Федерации и Архангельской области (на 100 тыс. населения)

Нами были проанализированы статистические данные за период с 2005 года по 2015 год по данным смертности от заболеваний сердечно-сосудистых заболеваний (Рис.1). В ходе анализа было выявлено, что пик смертности, как в Архангельской области (993 на 100 тыс. населения), так и на территории Российской Федерации (908 на 100 тыс. населения), приходится на 2005 год. В 2006 году показатель смертности (на 100 тыс. населения) от ССЗ в Архангельской области составил 940,6, по России 864,8 соответственно. К 2007 году показатели смертности от ССЗ в Архангельской области снизились до 884,6, так же наблюдалось снижение показателя в целом по России до 834 на 100 тыс. населения. В динамике наблюдений отмечалось снижение показателей с 2007 года к 2013 году, в 2013 году по Архангельской области отмечался самый низкий показатель, в последующие 2 года (2014 – 2015 гг.). в России отмечаются более высокие темпы и уровень показателей смертности от данной патологии. Однако в Архангельской области наблюдается увеличение показателей до 781,9 за 2015 год. Исходя из этих данных за период с 2013 год по 2015 в Архангельской области повысились показатели смертности от сердечно-сосудистой патологии на 3,9 %.

Среди болезней системы кровообращения ОНМК лидирует по показателям смертности, вторым по значимости является инфаркт миокарда. В ходе анализа данных (рис.2) за период с 2005 года по 2015 год было установлено, что на территории Архангельской области в течение 10 лет смертность от ОНМК наблюдалась чаще, чем от ОИМ, в течение последних 10 лет смертность от инфарктов растет [2].

Основными причинами высокой смертности является широкое распространение факторов риска развития заболеваний (более 70%), низкая мотивация к введению здорового образа жизни, низкая приверженность к медикаментозной терапии, так же причиной является позднее обращение за медицинской помощью (более 70% пациентов умерли от болезней системы кровообращения на дому) [3].

Важную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний на Севере отводится низкому уровню комфортности климатических условий. Установлено влияние таких факторов как низкая температура воздуха, пониженное атмосферное давление и содержание кислорода в воздухе, что приводит к развитию гипоксии [9, 13].

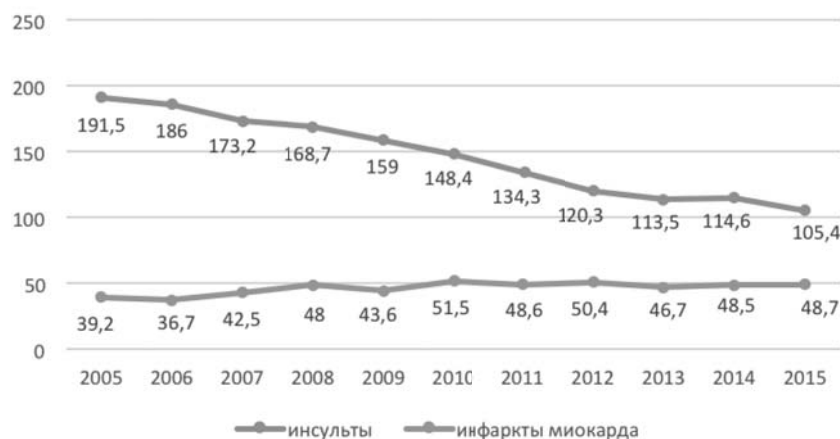


Рис.2 Динамика смертности от инсультов и инфарктов миокарда в Архангельской области за период с 2005 по 2015 г (на 100 тыс. населения)

Одной из главных причин неблагоприятных изменений в сердечно-сосудистой системе на Европейском Севере являются электромагнитные бури, под действием которых замедляется ритм сердечной деятельности, увеличиваются амплитуда зубца Р и электрическая систола на ЭКГ, повышается АД и продукция кортизола. Деадаптация и патология сердечно-сосудистой системы развиваются так же под действием высокоэнергетических колебаний геомагнитных полей. Частые болезненные реагирования на геофизиологические возмущения утяжеляют гипертонические кризы, учащают возникновение приступов стенокардии, инсультов, инфарктов миокарда [13].

У коренных и приезжих жителей Севера более высокий уровень основного обмена, чем у жителей умеренных широт. В условиях северных районов происходит адаптационное торможение углеводного обмена и резкое усиление жиромобилизующего эффекта и энергетический обмен переключается с углеводного на жировой. Вследствие перехода на жировой обмен повышается уровень атерогенных фракций липидов в крови, что, в свою очередь, способствует накоплению атерогенных фракций липидов и ускоряет развитие атеросклероза сосудов. Все это сопровождается нарушением нормальной регуляции тонуса сосудов и повышением их чувствительности к вазоконстрикторным влияниям, параллельно этим процессам увеличивается АД, что приведет к острым состояниям и смертности населения [16].

Общеизвестно, что основы индивидуального и популяционного здоровья закладываются в детском и подростковом возрасте. Результаты научных исследований сотрудников кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ отмечают ухудшение состояния здоровья детей и подростков, особенно в критические возрастные периоды, в том числе в связи с патологией сердечно – сосудистой системы [6, 7, 8]. Исследования сотрудников кафедры, посвященные состоянию здоровья детского населения, организации работы педиатрической службы, способствуют формированию практико-ориентированного подхода, помогают обосновать междисциплинарное взаимодействие в решении вопросов охраны здоровья детей [8].

Выводы

Смертность в Архангельской области и в РФ от болезней системы кровообращения заметно сократилась за последние 10 лет, что говорит нам о улучшении качества высокотехнологической помощи пациентам и разработки профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Но данная патология все равно является лидирующей причиной смертности во всем в стране и регионе.

Факторы риска северных территорий формируют высокий уровень заболеваемости, инвалидизации и смертности от данного класса патологии.

Смертность населения трудоспособного возраста наносит большой экономический ущерб обществу, поэтому необходимо внедрение мониторинга факторов риска, проведение эпидемиологических исследований по изучению распространенности факторов риска и последующее внедрение в общество профилактических программ.

Список литературы

1. Информационно-справочный материал коллегии министерства здравоохранения архангельской области «Об итогах деятельности за 2015 год и перспективах развития системы здравоохране-

ния Архангельской области» 31 марта 2016 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.minzdrav29.ru/ministry/kollegii_ministry/2016/31_march_2016/. (дата обращения: 15.09.16).

2. Карпунов А.А – Итоги работы системы здравоохранения Архангельской области в 2015 году и перспективы на 2016 год, Архангельск, 2016. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.minzdrav29.ru/ministry/kollegii_ministry/2016/31_march_2016/1_31.03.2016.pdf. (дата обращения: 20.09.16).

3. Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е., Оганов Р.Г. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в Российской Федерации. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011. Т.7(2), С.158-166

4. Кривошеков С.Г., Леутин В.П., Диверт В.Э. и др. Системные механизмы адаптации и компенсации // Бюллетень СО РАМН. 2004. №2 (112). С. 148–152

5. Меньшикова Л.И. Кардиоваскулярная патология у детей и подростков Европейского Севера России: эпидемиология, факторы риска, структура, организация специализированной кардиологической помощи. Архангельск. 2004.

6. Меньшикова Л.И., Колесникова И.А., Сурова О.В. Психологические особенности у подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // Вестник аритмологии. 2000. № 18. С.109.

7. Меньшикова Л.И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний детей // Экология человека. 2003. № 3. С. 45-50.

8. Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л. Алкогольный анамнез и фактор места наступления смерти: роль в смертности от ведущих заболеваний сердечно-сосудистой системы // Терапевтический архив. 2015. № 9. С.26-33.

9. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>. (дата обращения: 18.09.16) г.

10. Особенности образа жизни и выработки самосохранительного поведения подростков и молодежи / Потехина Н.Н. [и др.] // Экология человека. 2009. № 8. С.61-64.

11. Руководство по кардиологии: Учебное пособие в 3 т. / Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова. 2008. Т. 1, 672 с.

12. Санников А.Л. Банникова Р.В. Характеристика основных климато-экологических и социальных параметров жизнедеятельности в условиях Европейского Севера (по материалам Архангельской области). Архангельск: Издательство АГМА; 2000. 34 с.

13. Семенова В.Г., Евдоушкина Г.Н. Первые результаты программы по снижению сердечно-сосудистой смертности: пилотные регионы на фоне России. // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т.17(1), С.3-6

14. Тюкова Н.В., Меньшикова Л.И., Макарова В.И. Клинико-электрокардиографические особенности нарушений сердечного ритма у новорожденных с перинатальной гипоксией // Вестник аритмологии. 2000. № 19. С.61-63.

15. Хаснулин В.И. Психонейрогуморальные взаимоотношения и артериальная гипертензия у людей, работающих на Севере вахтовым методом / Бюллетень СО РАМН. Новосибирск, 2010. Т. 30, №3. С. 78–85.

16. Чибураева В.И., Фокина М.В. Национальный профиль по гигиене окружающей среды Российской Федерации (Национальный доклад). М., 2003. С. 45-65.

17. Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л. Количественная оценка совокупного ущерба от злоупотребления алкоголем на популяционном уровне // Наркология. Т. 15. № 1. 2016. С. 16–32.

Сведения об авторах:

Крючков Дмитрий Олегович – студент 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Крючкова Ольга Михайловна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ПОПУЛЯЦИОННЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ БРОНХОВ И ЛЕГКОГО

Аннотация: проанализированы результаты научных исследований, подтверждающих взаимосвязь между табакокурением и развитием злокачественных новообразований бронхов и легкого; проанализирована роль системы здравоохранения в организации профилактических мер, направленных на предупреждение развития никотиновой зависимости, ее лечение.

Ключевые слова: никотиновая зависимость, злокачественные новообразования бронхов и легкого.

Курение табака – распространенная вредная привычка, способствующая развитию никотиновой зависимости (формируется у 90–93% лиц, систематически употребляющих табак), ряда хронических неинфекционных заболеваний, которые, в свою очередь, могут привести к стойкой утрате трудоспособности и являются причиной высокой смертности населения [1].

В состав табачного дыма входит ряд веществ, обладающих канцерогенным действием (полициклические ароматические углеводороды, нитрозосоединения, соли тяжелых металлов). Под их воздействием нарушаются структура, функции эпителия бронхов, что может инициировать развитие злокачественных новообразований. У лиц с генетической предрасположенностью (определенными полиморфизмами генов программируемой клеточной гибели и др.) в эпителиоцитах накапливаются и активируются онкогены, а клетки с мутировавшей под влиянием дериватов табачного дыма ДНК не подвергаются апоптозу [4, 12].

Цель исследования: на основании анализа результатов научных исследований оценить взаимосвязь никотиновой зависимости и риска развития злокачественных новообразований бронхов и легкого.

В России распространенность курения среди населения является одной из самых высоких в мире. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), в 2016 г. распространенность табакокурения среди мужчин составила 45%; среди женщин – 17%. Сохраняется тенденция к росту распространенности вредной привычки среди лиц молодого возраста, отмечаемая в стране с 1990-х гг. [8].

По данным GATS-2009 (глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака), большинство (99%) россиян – потребителей табачных изделий являются курильщиками сигарет; 3,8% курильщиков используют кальян; трубки, сигары, сигариллы используют 2,2% респондентов. Пять из шести (86,4%) курящих жителей страны курят ежедневно; мужчины курят в среднем 18 сигарет в день, а женщины – 13 сигарет. Средний возраст приобщения к курению в России в 2000-х – 2010-х гг. составлял 18 лет, при этом мужчины начинают курить в среднем в 17 лет; женщины – в 20 лет.

По результатам GYTS-2015 (глобальное обследование потребления табака среди молодежи), каждый четвертый (26,3%) российский подросток в возрасте 13-15 лет пробовал курить. Две трети респондентов (64,4%) на момент исследования имели признаки сформированной никотиновой зависимости. Регулярно курят сигареты 9,3% подростков в России; иные табачные изделия – 7,5%; электронные испарители – 8,5%; бездымный табак – 2,7%.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России злокачественные новообразования бронхов и легкого занимают первое ранговое место среди мужчин (17,8% за 2015 год) и одно из лидирующих мест среди женщин (3,8%) [2]. Систематическое табакокурение ассоциируется с высоким риском развития мелкоклеточного (самая агрессивная по течению форма) и плоскоклеточного рака легкого [3]. Значительно увеличивают риск развития заболевания распространенное в настоящее время курение кальянов и использование электронных испарителей – в эпидемиологических исследованиях доказано, что увлажненный дым с присутствием дополнительных химических веществ (алюминиевые пары, пропиленгликоль и др.) способен проникать в альвеолы, вызывая распространенные поражения эпителия. [6, 8]. Стоит также отметить, что в воздухе задымленного помещения обнаруживаются опасные продукты горения табака, поэтому пассивное курение приводит к развитию тех же заболеваний, что и в группе лиц с никотиновой зависимостью [12].

Общий и кумулятивный риск развития рака бронхов и легкого зависит от возраста начала курения, длительности курения и количества сигарет, выкуриваемых в день. По данным сотрудников НИИ канцерогенеза РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН А.Ф. Мукерия и Д.Г. Заридзе, атрибутивный риск возникновения онкологических заболеваний бронхолегочной системы также увеличивается с возрастом приобщения, экспозицией и объемом курения, достигает 90% у курящих людей (85–95% случаев у мужчин, 65–80% случаев у женщин). Установленную в их исследованиях количественную связь между экспозицией и риском можно считать подтверждением причинно-следственной связи в развитии опухолей бронхов и легкого [7].

Таким образом, при массовой распространенности табакокурения в России и высоким уровнем заболеваемости злокачественными новообразованиями бронхов и легкого особенно важной становится профилактическая работа системы здравоохранения.

С 2008 г. Россия участвует в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, задачами которой являются: прекращение распространения табачных изделий среди молодежи; профилактика и лечение табачной зависимости. Все учреждения системы здравоохранения на территории Российской Федерации должны участвовать в первичной профилактике развития злокачественных новообразований бронхов и легкого, повышая осведомленность населения о вредных последствиях потребления табака и влияния табачного дыма на окружающих, способствуя прекращению табакокурения [5].

В рамках вторичной профилактики злокачественных новообразований бронхов и легкого у лиц с никотиновой зависимостью в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, работают отделения медицинской профилактики. К их функциям относятся: обследование граждан с целью оценки функциональных и адаптативных резервов здоровья; направление граждан в кабинеты оказания медицинской помощи по прекращению потребления табака. В данных кабинетах оценивают состояние дыхательной системы, консультируют по способам медикаментозного и немедикаментозного лечения никотиновой зависимости [10].

Третичной профилактикой развития злокачественных новообразований бронхов и легкого занимается онкологическая служба, задачей которой являются лечение, раннее выявление метастазирования, рецидивирования опухолей. Активное наблюдение (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога) осуществляется в первый год после лечения каждые 3 месяца, со второго по четвертый годы после лечения 1 раз в полгода, с пятого года после лечения и далее – 1 раз в год [9].

Заключение

Эпидемиологические расчеты РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН показывают, что внедрение эффективных программ по оказанию помощи в отказе от курения в России может увеличить среднюю продолжительность жизни примерно на 3 года, существенно уменьшить преждевременную смертность и на 30% снизить заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований [11]. Таким образом, одним из важнейших звеньев профилактики возникновения рака бронхов и легкого будет являться профилактика табакокурения и развития никотиновой зависимости.

Список литературы

1. Бодров В.Е. Никотиновая зависимость и последствия табакокурения // Антинаркотическая безопасность. 2014. № 2. С. 38-48.
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. 2016. 250 с.
3. Исследование анамнеза курения у больных со злокачественными новообразованиями / Михайлов Э.А. [и др.] // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2009. №1. С. 36-42.
4. Исследование полиморфных маркеров генов репарации ДНК HOGG1, XRCC1 и ERCC2 и их ассоциации с риском развития немелкоклеточного рака легкого и рака верхних дыхательных путей / Заварькина Т.М. [и др.] // Естественные и математические науки в современном мире. 2015. № 27. С. 146-156.
5. Карпушкина А.В., Вартапетова Н.В., Брико Н.И. Противодействие потреблению табака в организациях здравоохранения с позиции доказательной медицины // Медицина в Кузбассе. 2013. №2. С. 69-73.
6. Куликов Н.В. Кальян: риски для здоровья // Медицинский альянс. 2015. №2. С. 88-89.
7. Мукерия А.Ф., Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака легкого // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2010. №3. С. 3-13.

8. Надеждин А.В., Тетенова В.Ю. Зависимость от никотина: диагностика и лечение // Медицина [электронный научный журнал]. 2016. №15. С. 164-189.

9. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н URL: <http://base.garant.ru/70317796/> (Дата обращения 2 ноября 2016).

10. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях: приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 N683н URL: <http://base.garant.ru/71260468/> (Дата обращения 2 ноября 2016).

11. Отказ от курения – эффективный метод профилактики рака / Левшин В.Ф. [и др.] // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2006. №52. С. 30-31.

12. Попова Е.Н. Табакокурение и риск рака: позиция практического врача в современных условиях // Врач. 2006. №12. С. 10-13.

Сведения об авторах

Ларионова Светлана Олеговна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: sveta.larionova.94@mail.ru

Тюрина Елизавета Глебовна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. (e-mail) menshikova1807@gmail.com Контактный телефон 89212453010

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Лычаков А.В., Зворыкин А.С.

Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А.

МАТЕРИНСКИЙ (СЕМЕЙНЫЙ) КАПИТАЛ КАК МЕРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ РОССИЙСКИХ СЕМЕЙ

Аннотация. Представлена характеристика материнского (семейного) капитала, как меры государственной поддержки российских семей.

Ключевые слова: материнский капитал, семья.

Введение.

В конце XX – начале XXI века в демографическом и социальном составе российского общества произошли значительные изменения. Начиная с 1992 г. рождаемость в стране находится ниже уровня простого воспроизводства населения на фоне сохраняющейся низкой продолжительности ожидаемой жизни (рис. 1). В 1990-е – 2000-е гг. население России сокращалось на 700-800 тыс. человек ежегодно, и за 17 лет (1992-2008 гг.) разница между числом родившихся и умерших составила более 12,6 млн. человек [4]. В результате демографическая ситуация в стране стала представлять собой серьезную проблему как для экономической, так и национальной безопасности страны [2].

Государство неоднократно предпринимало попытки стимулировать рост рождаемости [9]. В 2006 г. был принят Федеральный закон №256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» (от 29 декабря 2006 г.), согласно которому была введена материаль-

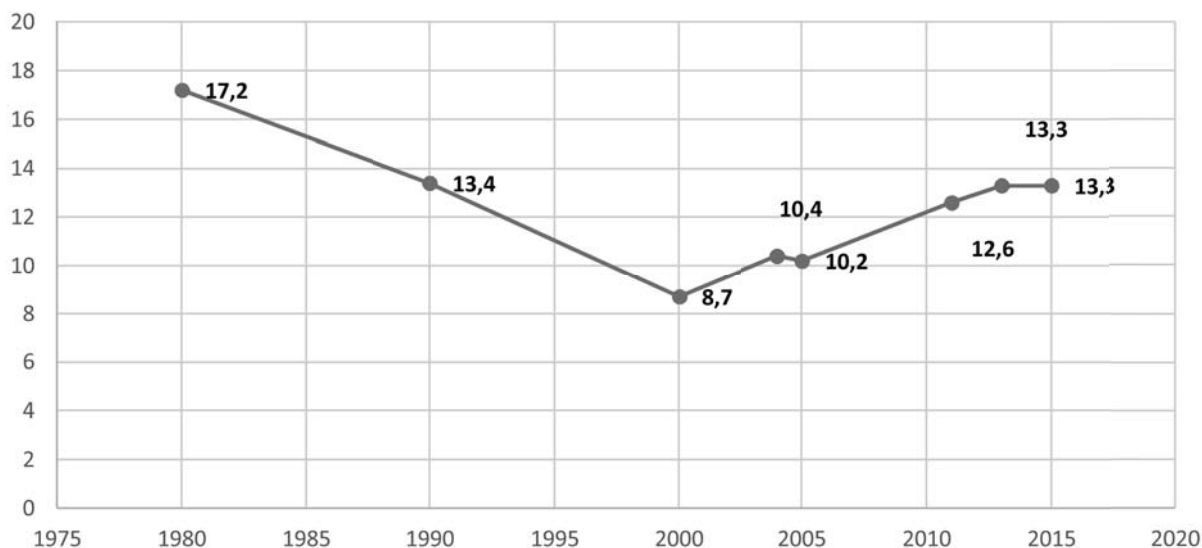


Рис. 1. Рождаемость населения России в 1980 – 2015 гг. (на 1000 нас.)

ная мера поддержки семей, решившихся на рождение второго и последующего ребенка – материнский капитал [6].

Материнский (семейный) капитал – средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет пенсионного фонда Российской Федерации на реализацию дополнительных мер государственной поддержки [1]. Основной целью внедрения системы материнского капитала являлась экономическая помощь российским семьям: улучшение жилищных условий, получение образования, затраты на здравоохранение, пенсионные накопления матери. По установленным правилам материнский капитал можно использовать после достижения ребёнком возраста трёх лет, кроме случаев погашения кредита на приобретение жилья, строительства, реконструкции (в том числе погашения части ипотеки). На эти цели допускается расходование средств сразу после получения сертификата. Процесс получения денег по сертификату в этом случае состоит из трех этапов. Во-первых, кредитор обращается в Пенсионный фонд РФ и берет справку об остатке материнского(семейного) капитала сроком не более 30 дней на момент получения кредита. Во-вторых, с этой справкой необходимо обратиться в банк с соответствующим заявлением о зачислении средств. В-третьих, Пенсионный фонд РФ перечисляет деньги по сертификату, поэтому получает пакет документов, подтверждающих расходование материнского капитала по определенному законом назначению. [6]

Имеют право на получение материнского капитала следующие лица: женщины, родившие (усыновившие) второго ребенка начиная с 1 января 2007 года; женщины, родившие (усыновившие) третьего ребенка или последующих детей начиная с 1 января 2007 года, если ранее они не воспользовались правом на дополнительные меры государственной поддержки; мужчины, являющиеся единственными усыновителями второго, третьего ребенка или последующих детей, ранее не воспользовавшиеся правом на дополнительные меры государственной поддержки, если решение суда об усыновлении вступило в законную силу начиная с 1 января 2007 года [1]. Получить выплату материнского капитала по программе возможно только один раз. Заявление о распоряжении средствами материнского капитала может быть подано в любое время, после того, как ребенку исполнится три года. [2]

Размер материнского (семейного) капитала ежегодно пересматривается с учетом темпов роста инфляции и устанавливается федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и на плановый период (рис. 2) [10].

В таком же порядке осуществляется пересмотр размера оставшейся части суммы средств материнского (семейного) капитала. Размер материнского (семейного) капитала в 2016 году составляет 453 026,0 руб. [1].

Повышая эффективность программы материнского капитала как меры государственной поддержки российских семей необходимо учитывать связанные с ней социальные ожидания самих женщин, – совокупность социальных установок, убеждений, намерений, разделяемых членами социальной группы (или общества в целом) относительно предстоящего хода событий, обеспечивающих познавательную, эмоциональную и поведенческую готовность индивидов к этим событиям.

У материнского капитала есть свои плюсы и минусы. Главный «плюс» материнского капитала состоит в том, что государство решилось на оказание дополнительной помощи семьям с детьми;

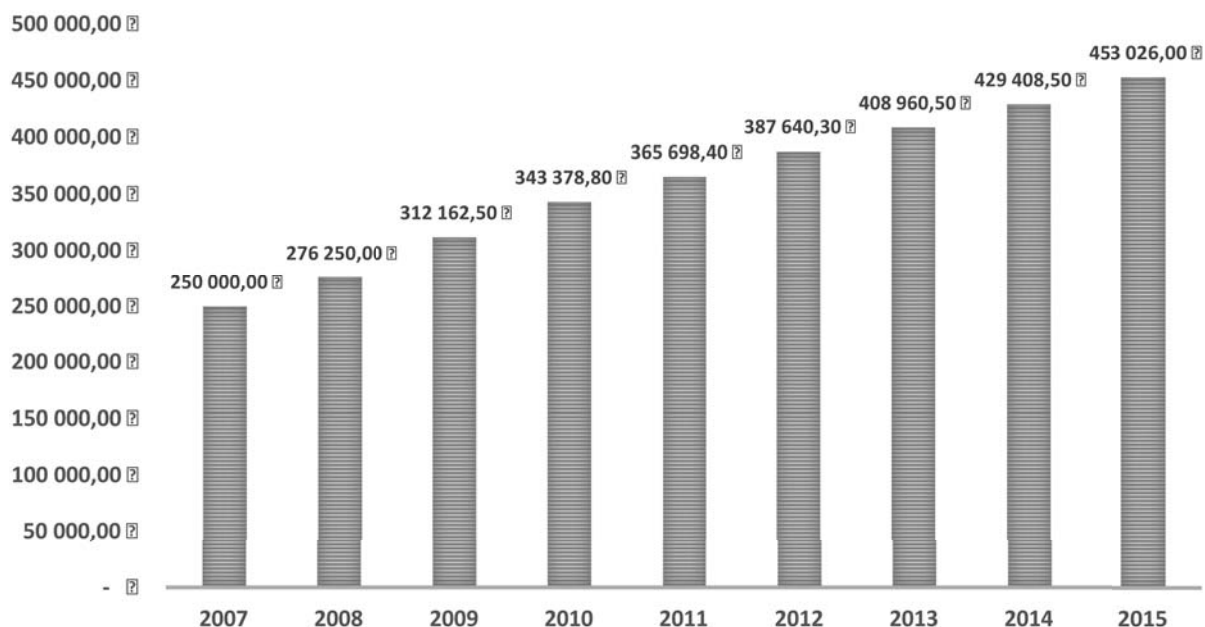


Рис. 2. Размер материнского (семейного) капитала в 2007 – 2015 гг., руб.

«минус» – в том, что его выплата возможна лишь при рождении второго и последующего детей, в то время как в поддержке могут нуждаться семьи, которые имеют и одного ребенка [8]. Следует также отметить, что материнский капитал, хотя и является денежной поддержкой семьи, не может кардинально изменить финансовую ситуацию в ней. Материнский капитал также часто представляет интерес лишь для малообеспеченных семей. Таким образом, рождение второго и последующего ребенка потенциально может привести к увеличению числа неблагополучных семей, а также детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что в дальнейшем приведет к возникновению дополнительных экономических и социальных проблем.

Список литературы

1. Федеральный закон от 29.12.2006 N 256-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».
2. Якименко М.В. «Материнский капитал как инструмент социально-ориентированной политики государства» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/materinskiy-kapital-kak-instrument-sotsialno-orientirovannoy-politiki-gosudarstva> (Дата обращения: 10.11.2016).
3. Хайруллина Ю.Р. Материнский капитал. Инвестиции в будущее или социальное пособие [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/materinskiy-kapital-investitsii-v-budushee-ili-sotsialnoe-posobie> (Дата обращения: 10.11.2016).
4. Леонтьева А.Г. Социальная поддержка семьи и ее влияние на репродуктивную активность населения // Экономика региона, № 4, с. 204-210.
5. Многие семьи, имеющие двух и более детей, интересуют вопрос, до какого года можно оформить и получить материнский капитал? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ami-tass.ru/vopros/v-2017-godu-otmenyat-materinskiy-kapital>. (Дата обращения: 3.11.2016)
6. Парфенов А.С. Демографический кризис: социальное прогнозирование и материнский капитал. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/demograficheskiy-krizis-sotsialnoe-prognozirovanie-i-materinskiy-kapital>. (Дата обращения: 10.11.2016).
7. Шабхазян Е.М. Проблемы и пути совершенствования ипотечного кредитования с использованием материнского капитала. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-i-puti-sovershenstvovaniya-ipotechnogo-kreditovaniya-s-ispolzovaniem-materinskogo-kapitala>. (Дата обращения: 10.11.2016).
8. Быстров А. А. Материнский капитал не стимулирует рождаемость? // Социальное исследование. 2008. № 12.
9. Волокитина О.В. (2013). Правовая природа материнского капитала. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovaya-priroda-materinskogo-kapitala>. (Дата обращения: 10.11.2016).

10. Вафин Э. Я. Материнский капитал: реализация федерального закона от 29. 12. 2006 n 256-ФЗ «о дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/materinskiy-kapital-realizatsiya-federalnogo-zakona-ot-29-12-2006-n-256-fz-o-dopolnitelnyh-merah-gosudarstvennoy-podderzhki-semey>. (Дата обращения: 10.11.2016).

Авторы статьи

Лычаков Андрей Владимирович, студент V курса, 6 группы, лечебного факультета. Адрес электронной почты: land8437@gmail.com

Контактный номер телефона: 8-921-479-38-96

Зворыкин Александр Сергеевич, студент V курса, 6 группы, лечебного факультета. Адрес электронной почты: dasterrast@mail.ru

Контактный номер телефона: 8-931-411-64-58

Меньшикова М.А.

В. М. БЕХТЕРЕВ: ИССЛЕДОВАНИЯ МОЗГА И ИДЕЯ БЕССМЕРТИЯ ЛИЧНОСТИ

Аннотация. Статья посвящена этическим целям исследования мозга, которые ставил перед собой выдающийся учёный академик В. М. Бехтерев. Показываются философские предпосылки его научного обоснования важности исследования мозга. На примере двух редакций текста Бехтерева о бессмертии личности с помощью методов критики текста и исторической социологии понятий прослеживаются изменения в риторике и типах аргументации, связанные с изменениями в политической сфере.

Ключевые слова: Бехтерев, бессмертие, личность, энергия, мозг.

Имя академика Владимира Михайловича Бехтерева стоит особняком в истории отечественной медицины. Физиолог, психиатр, психолог, он не только стоял у истоков современной науки о мозге, в том числе и в качестве научного администратора, но и как учёный продвигал оригинальную этическую концепцию, основанную на идее бессмертия личности. Обе эти ипостаси Бехтерева невозможно помыслить отдельно друг от друга.

В 1920-е годы интерес к исследованиям мозга был велик: это связано с советским проектом создать нового человека, свободного от пороков буржуазного общества. Добиться этого предполагалось не только изменением социальных условий, но и с помощью новейших достижений естественных наук. «Гениальность должна стать обычной вещью для каждого!» – так можно обозначить задачу, вставшую перед исследователями мозга, в том числе и Бехтеревым. Его московские коллеги создали лабораторию по изучению мозга Ленина – как самого выдающегося во всех отношениях деятеля современной эпохи. Чтобы понять материальную основу гениальности Ленина, использовали цитоархитектонический метод изучения строения и расположения нервных клеток мозга: мозг сначала разрезали на слои толщиной один микрон с помощью микротомы, а затем рассматривали под микроскопом.

К этому времени в Ленинграде уже существовал Психоневрологический институт. Он был основан Бехтеревым и в 1925 году получил его имя. В 1900-е годы Бехтерев задумывал свои исследования мозга как международный проект: по предложению академика в нескольких европейских странах были созданы центры по исследованию нервной системы. Свои плюсы и минусы имела относительная независимость института от государства: с одной стороны, необходима была помощь частных жертвователей из крупной буржуазии, с другой – появлялась возможность принимать в студенты института людей любого пола и вероисповедания.

Проект Бехтерева по исследованию мозга, который начался при Российской империи, носил универсалистский характер: «...вспоминая известные слова великого философа древности: “человек, познай самого себя”, можно было бы сказать, что нарождающееся учреждение имеет свою задачу “познать человека”» [1]. Сформулировать такую цель – познать человека вообще, а не в аспекте его классового положения по отношению к средствам производства – невозможно было в рамках официального дискурса 1920-х годов. Тем более неожиданно, что Бехтереву удалось перевести свои первичные намерения на приемлемый для 1920-х язык.

Этической задачей учёного Бехтерев считал достижение бессмертия человеческой личности. При этом он был далёк от любого мистицизма. Впервые эту идею он высказал в 1916 году в торжественной речи в Психоневрологическом институте, которая была напечатана в журнале «Вестник знания». Впоследствии текст был опубликован ещё раз в 1928 году, но уже в новой редакции: внесённые правки связаны в первую очередь с изменившейся политической ситуацией.

Своё понимание личности Бехтерев сформулировал в речи о гигиене и психическом здоровье в 1905 году на II Съезде русских психиатров в Киеве: «личность с объективной точки зрения есть психический индивид со всеми его самобытными особенностями – индивид, представляющийся самодетельным существом по отношению к окружающим внешним условиям» [3].

Философской предпосылкой идеи бессмертия личности стала концепция, разработанная Эрнстом Махом и популярная в России в начале века. Мах отказывался от жёсткого противопоставления физического и психического и считал, что принадлежность того или иного феномена к миру физического или психического определяется точкой зрения исследователя, теми задачами, которые он решает.

В вопросе о бессмертии личности Бехтерев следует за Махом и тоже критикует непреодолимую противоположность духа и материи. Для обоснования своего тезиса Бехтерев привлекает закон сохранения энергии и говорит, что он действует не только в области физических явлений, но и в социальном мире и в сфере нервно-психической деятельности. Этот закон, по Бехтереву, универсален, поскольку универсальна сама энергия. Она может переходить из одной области (например, из физической в психическую, и наоборот), но никогда не убывает. Из этого следует, что человеческой смерти в строгом смысле не существует, а необходимо говорить о переходе энергии в другое состояние.

По Бехтереву, абсолютная смерть (которой он не признаёт) обесценивает жизнь: «Ведь если бы наша умственная или духовная жизнь кончалась вместе с тем, как велением рока обрывается биение сердца, если бы мы превращались вместе со смертью в ничто, в безжизненную материю, подлежащую разложению и дальнейшим превращениям, то спрашивается, чего стоила бы сама жизнь?» – и поэтому смерть необходимо преодолеть [2].

Действие закона сохранения энергии в физическом смысле не вызывает вопросов. Но как он работает в мире человеческой психики и социальной жизни? Бехтерев разъясняет это следующим образом: «Этот закон по отношению к данному предмету может быть выражен так: ни одно человеческое действие, ни один шаг, ни одна мысль, выраженная словами или даже простым взглядом, жестом, вообще мимикой, не исчезают бесследно». Бехтерев делает вывод: «...духовная сторона человеческой личности, если понимать под этим все вообще происходящие в ней субъективные процессы и тесно связанные с ними внешние проявления, в конце концов оказывается производной внешних энергий и является результатом задержки и, следовательно, наивысшего напряжения энергии в центрах». Бессмертие, о котором говорит Бехтерев, – это бессмертие импульсов нервно-психической энергии [2].

Бехтерев утверждает, что все действия, совершаемые человеком, влияют на других людей, и это влияние сохраняется и в будущем: «Можно сказать, что ни один вздох и ни одна улыбка не пропадают в мире бесследно. Кто слышал последний вздох умирающего узника в тюрьме, а между тем этот вздох с проклятием на устах воскресает затем на улицах и митингах, в кликах восставшего народа, проклинающего тиранов, гноивших в тюрьмах своих политических врагов». Эти действия, «будучи воспринятыми другими, либо претворяются путем непосредственного подражания, внушаемости и усвоения в те или другие формы их нервно-психической деятельности, либо, встретив со стороны их противодействие, вызовут тем самым особую в них реакцию, словом, так или иначе отразятся на их последующей деятельности в окружающем мире» [2].

Благодаря такому превращению энергии, как полагает Бехтерев, личность человека не уничтожается после смерти, но продолжает жить вечно «как бы разлитой» «во всех тех существах, которые с ней хотя бы косвенно соприкасались». При этом, по мнению Бехтерева, собственное имя человека второстепенно по сравнению с тем, что именно он сделал для общества. Однако за этими словами нет дегуманизирующего пафоса, ведь смерть, понятая как переход энергии, придаёт смысл жизни. Концепция Бехтерева глубоко этична: «В самом деле, к чему мне заботиться о других, когда все – и я, и они перейдут в «ничто» и когда вместе с этим «ничто» устраняется вполне естественно и всякая моральная ответственность. Смерть человека без вечного духа, которую признают все религии и в которую веруют все народы, разве не устраняет почву из-под всякой вообще этики и даже из-под всех стремлений к лучшему будущему?». В обеих редакциях текста о бессмертии личности говорится об усилиях для создания лучшего будущего с акцентом на нравственную составляющую – о «непре-

рывном совершенствовании своей собственной личности в соответствии с интересами общечеловеческого коллектива» [2].

Научные аргументы для Бехтерева имели решающее значение, однако ясно, что он готов привлекать и философские, и религиозные ресурсы для доказывания своей точки зрения. Различия в риторике двух версий одного текста определяются политическими различиями в ситуации до и после Октября 1917 года.

Во второй редакции ожидаемо не было аргументов, взятых из области религии. В первом тексте Бехтерев приводит в пример мученическую смерть первых христиан «со славословием Божества на устах», мученическую смерть Яна Гуса «с молитвой на костре». Во второй версии отсутствуют упоминания «великого моралиста» Л. Н. Толстого и религиозного философа В. С. Соловьёва [2]. Во второй редакции текста Бехтерев добавляет фразы о «великих требованиях и железной логике законов исторического материализма», о «работе человеческого гения за лучшие условия жизни и быта», которые продиктованы изменениями в отечественной философии: марксизм благодаря поддержке государства и партии стал доминирующей концепцией [1]. По причине такого поворота в области философии и политики изменялись трактовки терминов. Бехтерев в первой редакции текста под вечным понимал «плод бесконечного ряда предшествующих условий, созданных творческой рукой человека», во второй это слово значит «живое отражение экономических и бытовых условий, созданных историческим ходом эволюции производственных трудовых процессов» [1, 2]. Если в первом тексте Бехтерев, говоря о множестве трагических смертей, которые сопровождают человеческую жизнь, упоминает убитых на полях сражений, родных, близких людей и даже просто знакомых во время Первой мировой войны (Великой войны, как её тогда называли), то во второй редакции текста их заменяют «крупные учёные, работники и политические борцы». Война, названная Великой, в советское время стала именоваться империалистической, поскольку велась в угоду национальной буржуазии и противоречила интересам рабочих, и потеряла всякую историческую ценность [1, 2].

Характерно обращение Бехтерева к коллективу: в 1920-1930-е годы официальной установкой было преобладание интересов коллектива над интересами отдельной личности. Отдельного внимания заслуживает термин, вынесенный в заглавие обоих текстов, а именно – личность. В 1920-1930-е годы «личность» имела негативный смысл и отсылало к буржуазному индивидуалистическому порядку, противостоящему коллективистскому социалистическому строю, о котором Бехтерев в духе времени упоминает во втором тексте [1].

Как отмечает социолог А. Т. Бикбов, «коллективное» в 1920-1930-е годы стало символом нового стиля жизни. Это не могло не отразиться на состоянии науки: «В ходе философских и научных столкновений конца 1920-х годов статусом субъекта – в противовес «идеалистическому» (и буржуазному) индивидуалистическому пониманию – наделяется коллектив. Исход этих символических битв на территории социальных/ гуманитарных наук особенно явствен в психологии, где условием сохранения “личности” как дисциплинообразующего понятия становится уход от подозрений в “идеализме” через ее переподчинение коллективу и социальному окружению». Этот тезис в полной мере применим и к Бехтереву, который, как и другие психологи своего времени, был заинтересован в сохранении относительной автономии дисциплины, и это было сделано за счёт символического переподчинения интересов личности интересам коллектива [4].

Оба текста о бессмертии личности Бехтерев писал для того, чтобы привлечь внимание государства к проблемам исследования мозга. Его стремление к познанию сочеталось с умением заниматься наукой при разных политических режимах, не меняя при этом своей этической позиции.

Список литературы

1. Бехтерев В. М. Мозг: структура, функция, психика. Избранные труды в 2 томах. Том 2. М.: ПОМАТУР, 1994.
2. Бехтерев В. М. Психика и жизнь. Избранные труды по психологии личности в двух томах. Том первый. СПб.: «Алетейя», 1999.
3. Бехтерев В. М. Проблемы развития и воспитания человека: избр. психол. тр. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011.
4. Бикбов А. Т. Грамматика порядка: Историческая социология понятий, которые меняют нашу реальность. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014.
5. Ведущие ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева: Антология / Акименко М. А. [и др.]. СПб.: Изд. ин-та им. В. М. Бехтерева, 2007.

Сведения об авторе

Меньшикова Мария Александровна – магистрант философского факультета Государственного академического университета гуманитарных наук, старший лаборант кафедры гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН, Москва
адрес электронной почты (e-mail) 1789maris@gmail.com
контактный телефон 89258388606

Мирзоева Н.А.

Научный руководитель: к.м.н. Игнатова О.А.

БРАЧНЫЙ СТАТУС КАК ФАКТОР, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Актуальность. Здоровый образ жизни является одной из самых актуальных проблем нашего времени. За последние годы значительно выросло влияние негативных факторов на организм человека в связи с увеличением и изменением характера психических и физических нагрузок, влиянием производственной среды на организм. Здоровый образ жизни и брачный статус – это качественная характеристика разнообразных видов жизни людей, показатель уровня адаптации их в жизненных ситуациях, которые образуются под влиянием материальной и духовной жизни общества.

Цель исследования: выявить роль брачного статуса в формировании здорового образа жизни.

Методы и материалы исследования: теоретический анализ зарубежной и отечественной социологической, психологической и медицинской литературы по проблеме исследования.

Результаты и обсуждение. Важную роль в формировании как образа жизни пациентов в целом, так и здорового образа жизни в частности играет семья. Семья как социальный институт представляет собой «совокупность исторически сложившихся устойчивых социальных норм, санкций и образцов поведения, регламентирующих отношения между супругами, родителями и детьми, другими родственниками»[3].

Наиболее развернутая характеристика семьи как социального института дана С. В. Дармодехиным: «Семья как общность людей, связанных отношениями супружества, родительства, родства, совместного домохозяйства, как основная ячейка общества, выполняет важнейшие социальные функции, играет особую роль в жизни человека, его защите, формировании личности, удовлетворении духовных потребностей, обеспечении первичной социализации...» [2].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровый образ жизни – это поведение и мышление человека, обеспечивающие ему охрану и укрепление здоровья; индивидуальная система привычек, которая обеспечивает человеку необходимый уровень жизнедеятельности для решения задач, связанных с выполнением обязанностей и для решения личных проблем и запросов; система жизни, обеспечивающая достаточный и оптимальный обмен человека со средой и тем самым позволяющая сохранить здоровье на безопасном уровне.

В структуру образа жизни с его медико-социальной характеристикой входят: трудовая деятельность и условия труда; хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.); рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой; социальная деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками); планирование семьи и взаимоотношения членов семьи; формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса; медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни) [7].

Брачное состояние (статус) – положение индивида по отношению к институту брака, определяемое в соответствии с обычаями или правовыми нормами той или иной страны [6]. Согласно рекомендациям статистической комиссии ООН, выделяют следующие виды брачного состояния: лица, никогда не состоявшие в браке; лица, состоящие в браке и живущие в нем; вдовы и не вступившие в новый брак; разведенные и не вступившие в новый брак; лица, состоящие в браке, но не живущие вместе; лица, не состоящие в браке, но живущие вместе; случаи, которые невозможно классифицировать.

Исследователи вывели закономерность между брачным состоянием и уровнем смертности, а также состоянием здоровья. Еще в XIX веке было установлено, что никогда не состоявшие в браке, а

также вдовы мужчины умирают значительно чаще, чем женатые люди в том же возрасте [11]. Эта же закономерность распространяется и на женщин, но среди них различия в уровне смертности в зависимости от брачного статуса не так велики, как среди мужчин [1]. И среди мужчин, и среди женщин, повышенная смертность среди не состоящих в браке по сравнению с состоящими в браке характерна почти для всех причин смерти [6].

По расчетам демографа Л.П. Шахотко, основанным на данных переписи 1979 г. в Белорусской ССР, оказалось, что среди разведенных женщин моложе 45 лет уровень смертности был выше, чем среди замужних женщин в тех же возрастах. Однако в возрастах старше 45 лет наблюдалась противоположная ситуация: разведенные умирали реже, чем замужние [9]. В то же время разведенные мужчины во всех возрастах умирали чаще, чем женатые.

Фридман Ховард и Мартин Лесли, подключившиеся к исследовательскому проекту Льюиса Термана, психолога Стэнфордского университета, в 1990 году, в какой-то момент обнаружили, что у них в руках полные данные о целой жизни почти 1500 людей, которые можно проанализировать в разрезе влияния различных факторов окружающей среды и внутренних установок на продолжительность их жизни. Одним из этих факторов является семейно-брачный. Выводы, сделанные Фридманом и Лесли:

Брак положительно влияет только на продолжительность мужской жизни. На продолжительность жизни женщин брак влияет незначительно или не влияет вовсе;

Разведенные мужчины имеют больше шансов умереть намного раньше, чем женатые, состоящие в стабильном браке;

Женившиеся повторно мужчины живут, в среднем, дольше, чем разведенные и не женившиеся повторно. Но мужчины, живущие в единственном стабильном браке, выигрывают у повторно женившихся;

Холостяки, никогда не вступавшие в брак, живут дольше разведенных и повторно женившихся, но меньше, чем удачно женившиеся мужчины, сохранившие свой брак до старости;

Женщины, состоящие в стабильном браке, живут несколько дольше, чем разведенные или повторно вышедшие замуж;

Разведенные женщины, которые больше никогда не вступают в брак, живут почти столько же, сколько замужние. Это особенно верно, если у таких женщин есть круг своих интересов и крепких родственных и социальных связей;

Женщины никогда не вступавшие в брак, живут дольше, чем женщины, вступившие в повторный брак, но меньше чем женщины, состоящие в стабильном браке;

Женщины, вышедшие замуж повторно, в среднем, умирают раньше замужних, разведенных и холостячек;

Оба супруга, скорее всего, проживут дольше, если с самого начала этим браком будет удовлетворен мужчина [8].

Исследователи отмечают, что вероятность избыточного потребления алкоголя среди индивидов, состоящих в браке, ниже, чем у тех, кто в браке не состоит (Најема et al. 1997, Jonas et al. 2000, Prescott and Kendler 2001). Соответственно, доля, частота и количество потребляемого алкоголя для индивидов, состоящих в браке, ниже, чем для тех, кто в браке не состоит. Существует достоверная взаимосвязь между брачным статусом, фактором пола и психическим здоровьем. У мужчин, связавших себя брачными узами, преимущественно высокий уровень психического статуса. Вслед за ними следуют одинокие женщины, не зарегистрированные в браке, затем женщины, вступившие в брак. Наиболее низкий уровень выявляется у одиноких мужчин, разведенных и овдовевших женщин. Низкое психическое здоровье разведенных и овдовевших женщин по сравнению как с зарегистрированными, так и с никогда не зарегистрированными в браке, получает свое разъяснение в стрессе “утраты”, но также и в экономических трудностях, трудностях в воспитании детей и изменении социального статуса, наступающих после утраты супруга.

Главной проблемой социально-психологического анализа влияния семейного статуса на состояние здоровья является, конечно, различие между состоящими в браке мужчинами и женщинами. Это отличительная особенность допускает говорить многим авторам о большей “психологической выгоде” и “психогигиенической функции” брака для мужчин, но не для женщин. Сходные выводы доказываются и вторичными статистическими данными — мужья на короткий срок переживают покойных жен, причем смерть наступает по разнообразным причинам. На продолжительность жизни женщин смерть мужей фактически не влияет. Высокая смертность одиноких мужчин может

быть объяснена недостатком навыков самообслуживания и отсутствием стереотипов организации быта.

Относительно высокий уровня психического здоровья не зарегистрировавшихся и не вступивших в брак женщин. Все гипотезы ограничиваются действием фактора самоселекции, однако соответствующие особенности личности только гипотезируются.

Проанализированы результаты исследования 2011-2012 гг. умерших в возрасте 60 лет и старше в Архангельской области. В исследовании учитывались данные о месте наступления смерти, уровень образования и брачный статус. Распределение умерших мужчин и женщин в медицинском учреждении в зависимости от брачного статуса следующее: в браке – 77,6%, одинокие – 15,2% неизвестно – 7,2%, среди умерших на дому: в браке – 59,5%, одинокие – 36,2%, неизвестно 4,3%, среди умерших на улице: в браке – 56,2%, одинокие – 24,8%, неизвестно – 19,0%. Можно сделать вывод, что в группе умерших на дому и на улице доля одиноких (вдовых, разведенных, холостых), в целом более высокая, чем в группе умерших в медицинском учреждении [4].

Таким образом, анализ литературы показывает, что связь между здоровьем и брачным статусом очевидна. Статус брака влияет и продолжает оказывать существенное влияние на все стороны человеческой деятельности. Все эти составляющие: брачный статус, здоровье, здоровый образ жизни, взаимосвязаны, и как только одна из них «западет» – это значительно отражается на качестве жизни человека.

Список литературы

1. Гендерные проблемы в современной России (по данным официальной статистики). М.: «Алекс», 2006. 224 с.
2. Дармодехин С.В. Семья и государство// Мониторинг социально-экономического потенциала семей. №3. 2000.
3. Михеева А. Р. Брак, семья, родительство: социологические и демографические аспекты. Новосибирск: Новосибирский гос. ун-т, 2001. 74 с., с.14.
4. Мордовский Э.А., Санников А.Л. Неравенство брачного и образовательного статуса умерших в пожилом возрасте в зависимости от места наступления смерти [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/neravenstvo-brachnogo-i-obrazovatel'nogo-statusa-umershih-v-rozhilom-voztaste-v-zavisimosti-ot-mesta-nastupleniya-smerti> (Дата обращения 28.10.2016)
5. Народнонаселение. Энциклопедический словарь. М., 1994. С. 30.
6. Новосельский С.А. Демография и статистика (избранные произведения) // Под. ред. проф. Л.Е. Полякова. М., 1978. С. 119-120.
7. Основы формирования здоровья детей: учебник / Р.Р. Кильдиярова, В. И. Макарова, Ю. Ф. Лобанов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/ISBN9785970432969-0004/001> (дата обращения 28.10.2016).
8. Фридман Ховард, Мартин Лесли Проект «Долголетие»: Сенсационные открытия, сделанные на основе исследования, которое длилось почти 100 лет // Перев. с англ. М.: ООО Издательство «София», 2011. 320 с.
9. Шахотько Л.П. Воспроизводство населения Белорусской ССР. Минск: Наука и техника, 1985, с. 79-81.
10. Чазов Е.И. Условия формирования здорового образа жизни. Лекция. 2009.
11. Bertillon L.-A. Mariage. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 1872;5:43 (Directeur: A. Dechambre. Deuxième série, vol. 5. Paris, p. 43.
12. Demographic Yearbook, 2005-2014, N.Y., 2005-2014, pp. 412-472, 1028-1091.

Сведения об авторах:

Мирзоева Набат Арзу кызы – студентка V курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: aydan140994@mail.ru, контактный телефон: +7 (952) 251-24-13

Игнатова Ольга Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, ignatova0370@mail.ru м.т. 89212450899.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СОПУТСТВУЮЩИЕ РАННЕМУ ПОЛОВОМУ ДЕБЮТУ

Резюме: исследованы социально-гигиенические проблемы и факторы риска, сопутствующие раннему половому дебюту.

Ключевые слова: подростковый возраст, половой дебют, репродуктивное здоровье.

Актуальность. На рубеже XX-XXI веков состояние здоровья подростков и молодежи остается одной из наиболее актуальных социально-гигиенических проблем в России. Состояние здоровья подростков обусловлено сложным взаимодействием биологических детерминант с социокультурными особенностями: развитием института семьи и состоянием общества в целом. Эксперты ВОЗ определяют следующие группы глобальных проблем современной молодежи: употребление табака, вредное употребление алкоголя, психическое здоровье, насилие и травмы, ранняя беременность и роды [1,2]. Является актуальной проблема неиспользования методов контрацепции среди подростков. Ранний половой дебют сам по себе не является социально-гигиенической проблемой, но может привести к их развитию (ранняя беременность и роды, инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (ИЗПП)).

Цель: исследовать основные социально-гигиенические проблемы и факторы риска, сопутствующие раннему половому дебюту в Российской Федерации.

Раньше половую жизнь начинают молодые люди в Исландии (в среднем 15,6 лет), Швеции (16,2 лет), Финляндии (16,5 лет), Норвегии (16,5 лет), Болгарии (16,9 лет) и Португалии (16,9 лет). В России половой дебют в среднем приходится на возраст 18,7 лет. Позже всех половую жизнь начинают жители Малайзии (23 года), Индии (22,9 лет), Китая (22,1 год), Таиланда (20,5 лет) [6]. По данным исследования, проведенного системой Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) в 2010 г., возраст полового дебюта 41-49-летних женщин составил 20,2 года; мужчин – 19 лет. В группе 31-40 летних россиян – 19,3 и 18,4 соответственно. В группе 21 – 30-летних россиян – 17,8 и 17,1 лет соответственно [8].

Представленные данные свидетельствуют о том, что средний возраст полового дебюта в России в последние десятилетия существенно снизился. То же явление характерно для всех экономически развитых стран. Характерной особенностью России является значительная разница между медианой возраста сексуального дебюта у юношей и девушек [9].

В настоящее время перед всеми национальными системами здравоохранения стоит проблема профилактики негативных последствий раннего полового дебюта. Во-первых, раннее начало половой жизни оказывает опустошающее воздействие на эмоционально-психическую сферу человека, обедняет полноту сексуальных эмоций. Переживания по поводу расставания с первым партнером, осуждение взрослых могут привести к развитию тяжелой депрессии. Ранний половой дебют ассоциирован также с более высоким риском распада брака и иными негативными социальными последствиями. Во-вторых, важной социально-гигиенической проблемой раннего полового дебюта является нежеланная беременность в возрасте, когда организм девушки физиологически к ней не готов. “Девочки-женщины” тяжело переносят беременность и роды; у них велик риск осложнений [3]. Самой молодой матерью в истории стала перуанка Лина Ванесса Медина, родившая жизнеспособного ребенка в возрасте 5 лет, 7 месяцев и 17 дней при помощи кесарева сечения ввиду малых размеров несформированного таза [10]. Наконец, венерические заболевания, незапланированная беременность, сопутствующие раннему началу половой жизни, могут привести к необратимой утрате здоровья и бесплодию.

Ранний половой дебют является важной социальной проблемой как в России, так и в большинстве экономически развитых странах. В ряде исследований выявлена взаимосвязь между этим фактором риска и последующим рискованным сексуальным поведением у молодежи. Обнаружено, что ранний половой дебют увеличивает вероятность отказа от использования средств контрацепции, связан с частой сменой половых партнеров [4]. Систематизированные обзоры результатов научных исследований свидетельствуют о наличии взаимосвязи между ранним сексуальным дебютом и частой сменой половых партнеров (промискуитетом), алкоголизацией юношей [5,6].

Таким образом, ранний половой дебют влечёт за собой разнообразные негативные последствия для индивидуального здоровья человека, которые. Латентные формы ИЗПП, нежелательная беременность, promiscuity могут привести к осложнениям беременности и родов, абортam, и, как следствие, развитию вторичного бесплодия.

Список литературы

1. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Аддиктивное поведение молодежи как социальное явление [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2011. URL: www.science-education.ru/100-5006 (дата обращения: 06.11.2016).
2. Подростки: риски для здоровья и их пути решения / Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения № 345 (август 2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru> (дата обращения: 8.11.2016).
3. Чекушин, Р.Х., Крючков Д.А. Социологические аспекты добрачного полового дебюта. Анализ факторов риска // Успехи современного естествознания. Кемерово, 2004. № 8.
4. Shafii, T. Is condom use habit forming: Condom use at sexual debut and subsequent condom use / T. Shafii, K. Stovel, R. Davis, K. Holmes // Sexually transmitted diseases. 2004. № 31 (6). P. 366–372.
5. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life / Å.A. Kastbom [et al.] // Acta Paediatrica. 2015. Vol. 104. № 1. P. 91–100.
6. Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population-Based Data / W. Heywood [et al.] // Archives of sexual behavior. 2015. Vol. 44. № 3. P. 531–569.
7. Научный проект РГНФ № 15–03–00356 «Разработка теоретической модели девиантной карьеры в проституции и ее эмпирическая проверка».
8. Vannappagari, V. Monitoring Sexual Behavior in the Russian Federation / V. Vannappagari, R. Ryder // Preprint. 2010.
9. Информационно-консультативный вестник по вопросам семьи и детства / Правительство Москвы, Комитет по делам семьи и молодежи. М., 2010. №7.
10. Самая молодая мама: Лина Медина / Книга рекордов Гиннеса [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://guinness-records.net/samaya-molodaya-mama-lina-medina/> (дата обращения: 8.11.2016)

Сведения об авторах

Модянов Никита Юрьевич – студент 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: modyanov.nikita@gmail.com; come-mail: modyanov.nikita@gmail.com. Тел. 89522521317

Симонян Елена Эрнстовна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Мордовский Эдгар Артурович – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, тел. 8 (8182) 28-57-84.

Игнатова Ольга Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, ignatova0370@mail.ru м.т. 89212450899

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Резюме. исследованы основные социально-гигиенические проблемы и факторы риска, сопутствующие ранней беременности у подростков в России.

Ключевые слова. подростки, беременность, репродуктивное здоровье.

Актуальность. Эксперты ВОЗ определяют следующие группы глобальных проблем современной молодежи: употребление табака, вредное употребление алкоголя, психическое здоровье, насилие и травмы, ранняя беременность и роды [1,2]. На рубеже XX-XXI веков состояние здоровья молодежи России, которое обусловлено сложным взаимодействием биологических детерминант с социокультурными особенностями страны (развитием института семьи и состоянием общества в целом) остается одной из наиболее актуальных социально-гигиенических проблем.

Цель: исследовать социально-гигиенические проблемы и факторы риска, сопутствующие беременности у подростков в России.

Ежегодно около 16 миллионов девушек в возрасте 15-19 лет и около 1 миллиона девочек в возрасте до 15 лет, преимущественно из стран с низким и средним уровнем дохода, рожают детей. Хотя с 1990-го года происходит заметное, хотя и неравномерное, сокращение рождаемости среди девушек-подростков 15-19 лет, около 11% всех законченных случаев беременности в мире по-прежнему приходятся именно на них.

Подростковая беременность является не только общемедицинской, но и социальной проблемой как в России, так и в других странах мира [5]. Как показывают исследования, доля несовершеннолетних в структуре беременных женщин по возрасту может быть велика. В таких странах, как Аргентина и Бразилия она составляет 16,8-17,5%, Румыния, Болгария – 7,0- 9,8%, США – 7,0-9,8%, Австралия, Новая Зеландия, Канада – 4,0-6,9%, Нидерланды – 1,2%. Ранняя беременность в 50-60% случаев является незапланированной и нежеланной и поэтому часто завершается ее искусственным прерыванием [7,11]. Нежелательная беременность приводит к тяжелым внутренним переживаниям, которые в дальнейшем значительно ухудшают психологическое здоровье будущих матерей.

Беременность у подростков – одна из главных социальных проблем современного общества. Сегодня подростки начинают проявлять сексуальную активность в более раннем возрасте, чем в 1980-1990-е гг. Средний возраст начала половой жизни в настоящее время в России составляет 16 лет; до 15 лет имели половые связи 20-25% несовершеннолетних девочек [6].

В исследованиях установлено, что ранняя беременность взаимосвязана с конфликтными взаимоотношениями между матерью и дочерью, материальными трудностями в семье, разводом родителей, ранней беременностью у родственников и друзей, а также употреблением психоактивных веществ, в т.ч. алкоголя, дефицитом сексуального образования в школе и семье. Помимо достижения физической и психологической зрелости, период полового созревания оканчивается также социальной зрелостью. Если анатомо-физиологической зрелости девушки достигают к 16-17 годам, то полная социальная зрелость наступает не ранее 18 лет [4].

Можно выделить комплекс неблагоприятных социальных последствий беременности и родов в раннем возрасте. Это и пролонгированная зависимость от родителей ввиду отсутствия собственных источников дохода, отсутствие или незавершенное образование и профессиональная подготовка. Наряду с социальными проблемами, юные матери часто сталкиваются с проблемами здоровья. Беременность и роды в подростковом возрасте протекают со значительным количеством осложнений (46,8 – 84,6%). Установлено, что при ювенильной беременности гестоз встречается в 12 – 76,5% случаев, анемия – в 4-78%, угроза невынашивания беременности в 4,7-49%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – в 11-76%. Отмечено, что у несовершеннолетних женщин к особенностям течения родов относятся преждевременное их начало (7,4 – 28,3%), стремительное и быстрое течение (14,7 – 25,6%), несвоевременное излитие околоплодных вод (14,7 – 45,3%). Часто встречаются аномалии родовой деятельности (6,5-37,2%), патологическая кровопотеря, аномалии костного таза (5,7-10,8%), родовой травматизм (4-25,5%), а также гнойно-инфекционные послеродовые заболевания (20-71,7%) [8]. Осложненное течение беременности и родов у подростков является фак-

тором высокого перинатального риска. Так, исследователи доказали, что дети несовершеннолетних родильниц имеют меньшую массу тела, чем у взрослых женщин [4]. Во всем мире осложнения во время беременности и родов являются второй причиной смерти девушек в возрасте 15-19 лет. Дети матерей-подростков подвергаются значительно более высокому риску внезапной смерти, чем дети, родившиеся у женщин в возрасте 20-24 лет [3].

Таким образом, социально-гигиенические проблемы, сопутствующие подростковой беременности, требуют дальнейшей научной разработки комплексной системы медико-организационных мер (образовательные программы, мероприятия по снижению аборт, обеспечение современными методами планирования семьи и контрацепции), направленных на улучшение состояния здоровья молодых матерей.

Список литературы

1. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Взаимосвязь основных форм девиантного поведения у подростков и молодежи и их влияние на формирование полового поведения у данной возрастной категории // *Современные проблемы науки и образования*. 2012. № 1; URL: www.science-education.ru/101-5082 (дата обращения: 27.12.2011).
2. Подростки: риски для здоровья и их пути решения / Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения № 345 (август 2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru> (дата обращения: 8.11.2016).
3. Беременность среди подростков / Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения № 364 (сентябрь 2014) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/ru> (дата обращения: 8.11.2016).
4. Брюхина, Е.В. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте / Е.В. Брюхина, Ю.Е. Мазная, Л.Ф.Рыбалова // Тез. докл. IV Всероссийской конференции по детской и подростковой гинекологии. М., 2000. с. 201.
5. Кулигин, О.В. Социально-гигиенические особенности беременности и родов в юном возрасте / О.В. Кулигин, Т.П. Васильева, М.В. Кулигина, Э.Н. Чиненова // Сборник научных трудов «Новые технологии охраны здоровья семьи». Иваново, 2006. С. 386 – 389.
6. Можейко, Л.Ф. Ранние и отдаленные последствия искусственного прерывания беременности в период полового созревания / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова // *Мед. журн.* 2010. № 1 (31). С. 11 – 14.
7. Новикова Е.В., Можейко Проблема прерывания беременности у подростков // *Рецепт*. 2008. № 3. С. 35 – 39.
8. Журавлева, И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // *Социология здоровья и медицины*. 2008. № 7. С. 133-142.
9. Конкабаева А.Е., Кыстаубаева З.Т., Ахметова М.Ж. Проблемы нарушения репродуктивного здоровья у студенческой молодежи // *Вестн. Карагандинского гос. ун-та*. 2012. № 1 (65). С. 29-35.
10. Опыт работы молодежного центра в информировании молодежи по вопросам репродуктивного здоровья / Г.Д. Кошкимбаева [и др.] // *Репродуктивная медицина*. 2011. № 3-4 (08-09). С. 10-11.
11. Buschman, N.A. Adolescent girls and their babies: achieving optimal birth weight. Gestational weight gain and pregnancy outcome in terms of gestation at delivery and infant birth weight: a comparison between adolescents under 16 and adult women / N.A. Buschman, G. Foster, P.Vickers // *Child Care Health Dev.* 2009. № 27 (2). pp. 163 – 234.
12. Гуркин, Ю.А. Основы ювенильного акушерства / Ю.А. Гуркин // Ю.А. Гуркин, Л.А. Суслопаров, Е.А. Островская. М., 2000. С. 352.

Сведения об авторах

Модянов Никита Юрьевич – студент 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: modyanov.nikita@gmail.com; come-mail: modyanov.nikita@gmail.com. Тел. 89522521317

Симонян Елена Эрнстовна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Мордовский Эдгар Артурович – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учрежде-

ния высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, тел. 8 (8182) 28-57-84.

Игнатова Ольга Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, ignatova0370@mail.ru м.т. 89212450899

Ожигина С.Н., Кондратенко Е.А.

Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Аннотация. В тезисе представлены данные о влиянии образа жизни на течение и прогноз сахарного диабета; приведены статистические данные по проблеме исследования.

Ключевые слова. образ жизни, сахарный диабет, профилактика сахарного диабета.

Введение

Социально значимые заболевания – это заболевания, «основным качеством и одновременно центральной проблемой которых является способность к массовому распространению» (С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова и др.) [10]. Заболевания данной группы представляют угрозу состоянию популяционного здоровья. Критерии включения болезней в перечень социальных значимых определены статьей 43-й ФЗ № 323 «Об охране здоровья граждан». В настоящий момент в него входят болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, сахарный диабет, вирус иммунодефицита человека, злокачественные новообразования, туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем, гепатит, расстройства поведения и психические расстройства и некоторые другие [11].

Образ жизни человека, который определяется, как «определенный, исторически обусловленный тип деятельности в материальной и нематериальной сферах жизни, и не вообще деятельности, активности, а совокупности существенных черт деятельности людей», является главным фактором обусловленности многих заболеваний [7]. Именно от образа жизни больного зависят течение и длительность социально значимых болезней (цирроза печени – на 70%, сосудистых поражений мозга – на 65%, ишемической болезни сердца – на 60%, сахарного диабета – на 35%) [10].

Представляя собой значимую проблему общественного здравоохранения, сахарный диабет является одним из четырех приоритетных неинфекционных заболеваний. По статистическим данным больше 50% случаев заболеваний эндокринной системы – случаи заболевания сахарным диабетом, большая часть больных – лица трудоспособного возраста (40-59 лет). Кроме того, по данным ВОЗ за 3 года количество больных сахарным диабетом увеличилось на 23%, поэтому исследование влияния образа жизни на течение сахарного диабета является актуальной проблемой [5].

Цель исследования – изучить параметры взаимосвязи между образом жизни и прогнозом течения сахарного диабета.

Результаты и их обсуждение

Многообразие и сложность трансформирующихся социальных условий и факторов, которые определяют и опосредуют здоровье населения, требуют учета взаимодействующих факторов, которые определяют разного рода проявления жизнедеятельности людей и их здоровья. Здоровье не ограничивается отдельными индексами, показателями, а представляет собой комплексную и сложную систему. Для исследования феномена здоровья требуются многоаспектные или междисциплинарные исследования, которые включают клинические, социологические, психологические, санитарно-гигиенические, статистические методы.

В исследованиях С.Н. Пузина, М.А. Шургая, О.Т. Боговой, В.Н. Потапова установлена корреляция социальных условий и показателей здоровья человека. В работах авторов приведены примеры влияния факторов, относящихся к образу жизни, на появление и течение ряда хронических заболеваний, в т.ч. сахарного диабета. К ним относятся нарушение питания, курение, употребление алкоголя, а также нервно-психические нагрузки [10].

По предварительным данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2015 году число больных сахарным диабетом составляет 4 418 305 человек. По сравнению с 2014-м годом

количество больных сахарным диабетом увеличилось на 5,6% (в 2014 году – 4 184 582 человек), а за 3 года с 2013 по 2015 годы – на 23 % (825 868 чел.). Наиболее распространен сахарный диабет II типа, который чаще всего возникает у людей с избыточной массой тела и низкой физической активностью. Согласно ВОЗ, в Российской Федерации сахарный диабет встречается у 8,0% мужчин и 10,3% женщин [4,8].

По данным Т.И. Андреевой, курение усугубляет ряд проблем, вызываемых сахарным диабетом [2]. Прибавление курения к сахарному диабету удваивает риск возникновения сопутствующих заболеваний и смерти. Исследование, проводившееся на протяжении 20 лет, выявило, что риск смерти для испытуемых, куривших от 1 до 14 сигарет в день, на 43% выше, чем у некурящих людей, страдающих сахарным диабетом [3]. Для тех, кто недавно бросил курить, риск оставался достаточно высоким (на 31% больше, чем у некурящих).

Сахарный диабет нарушает липидный состав крови, что приводит к утолщению стенок сосудов. Курение, в свою очередь, приводит к росту концентрации холестерина в крови и микроповреждениям сосудов, что способствует развитию артериальной гипертензии [3]. Смертность от болезней системы кровообращения при сахарном диабете у курящих людей выше в 3 раза, чем у некурящих [2]. Сахарный диабет также ухудшает кровоток в нижних конечностях при гангрене, что может приводить к их ампутации. Курение также повышает риск развития осложнений сахарного диабета – диабетической ретинопатии, нейропатии, импотенции, болезней почек [2].

Помимо курения к неблагоприятным факторам, влияющим на течение и прогноз сахарного диабета, относится употребление алкоголя. В исследовании Н.С. Гапорикиной установлено, что этиловый спирт может в течение 2 суток блокировать распад гликогена в печени. Таким образом, в сочетании с сахароснижающими препаратами, которые применяются пациентами, эпизод потребления алкоголя может привести к тяжелой гипогликемии вплоть до развития гипогликемической комы [6].

Среди факторов, влияющих на течение сахарного диабета II типа, также выделяются избыточная масса тела и ожирение. Избыточная секреция свободных жирных кислот жировой тканью в портальную вену увеличивает их воздействие на печень. Свободные жирные кислоты, попадая в печень, блокируют ингибирующий эффект инсулина, поэтому в печени вырабатывается избыточное количество глюкозы, что способствует развитию гипергликемии. Согласно исследованию Мустафиной С.В., доказано, что на каждый килограмм увеличения массы тела риск сахарного диабета II типа увеличивается на 9%. Также, по статистическим данным ВОЗ, среди больных сахарным диабетом избыточный вес имеют 62,8% мужчин и 61,2% женщин, а ожирение – 21,3% и 30,4% соответственно [4,9].

Поддержание нормального уровня глюкозы крови в покое и во время упражнений зависит в большей степени от координации и интеграции симпатической нервной системы и эндокринной системы. Сокращающиеся мышцы увеличивают потребление глюкозы крови, поэтому гиподинамия приводит к повышению уровня сахара в крови, что в свою очередь ведет к осложнениям сахарного диабета. Данные показывают, что умеренные упражнения, такие как быстрая ходьба, снижают риск развития осложнений. По данным ВОЗ, недостаточная физическая активность наблюдается у 10,1% мужчин и 12,0% женщин, имеющих сахарный диабет [4,9].

Результаты исследований ряда авторов (З.А. Азмагамбетова, А.К. Исакова, С.К. Нурмакина, М.Н. Тулебаева, Ш.А. Уалиева) свидетельствуют о том, что при изменении образа жизни наблюдается положительная динамика в течении и лечении сахарного диабета. Доказано, что на фоне изменения образа жизни при сахарном диабете II типа уже через 6 недель наблюдается компенсация углеводного обмена у каждого четвертого (25%) больного [1]. Полученные результаты свидетельствуют о важности соблюдения больными сахарным диабетом рекомендаций к образу жизни, а именно: многократного приема пищи небольшими порциями, ограничения потребления жиров, регулярного приема витаминов и отказа от алкоголя и курения.

Таким образом, профилактика сахарного диабета как приоритетное направление борьбы с этой болезнью подразумевает под собой воздержание от употребления табака и алкоголя, здоровое питание, регулярную физическую активность, поддержание нормального веса тела.

Список литературы

1. Азмагамбетова З.А. Влияние изменения образа жизни на течение сахарного диабета / З.А. Азмагамбетова, А.К. Исакова, С.К. Нурмакина, М.Н. Тулебаева, Ш.А. Уалиева / [Электронный ресурс]. – URL: <http://journal.ssmu.kz/index.php?statja=641&lang=kz> (дата обращения: 05.11.2016).
2. Андреева Т.И., Красовский К.С. Табак и здоровье. Киев. 2004. 224 с.

3. Бондарь Т.П., Шмаров Д.А., Козинец Г.И. Морфометрический и биохимический анализ эритроцитов у курящих пациентов с поздними сосудистыми осложнениями сахарного диабета // Клиническая лабораторная диагностика. 2003. №8. С.37-40.
4. Всемирная Организация Здравоохранения – Профили сахарного диабета в странах, 2016 [Электронный ресурс] – URL: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/rus_ru.pdf (дата обращения: 07.11.2016).
5. Голубев В.Г. Психологические особенности обеспечения образа жизни и психотерапевтическая поддержка пациентов, страдающих сахарным диабетом [Электронный ресурс].– URL: <http://dia-don.ru/?p=4828> (дата обращения: 05.11.2016).
6. Капорицова Г.С. Сахарный диабет и алкоголь [Электронный ресурс]. – URL: <http://tob.tmbreg.ru/info/profilaktika/2014year/584.html> (дата обращения: 05.11.2016).
7. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В., Хмель А.А. Из истории изучения влияния на здоровье образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №2. С.39-42.
8. Минздрав России совместно с Всемирной организацией здравоохранения провел круглый стол, приуроченный к Всемирному дню здоровья в 2016 году и посвященный теме сахарного диабета [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/04/07/2886-minzdrav-rossii-sovmestno-s-vsemirnoy-organizatsiey-zdravoohraneniya-provel-kruglyy-stol-priurochennyu-k-vsemirnomu-dnyu-zdorovya-v-2016-godu-i-posvyaschennyu-teme-saharnogo-diabeta> (дата обращения: 07.11.2016).
9. Мустафина С.В. Риск сахарного диабета и метаболический синдром: популяционное исследование в Сибири: дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск. 2016. 314 с.
10. Пузин С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова, В.Н. Потапов, С.А. Чандирли, Л.Ю. Балека, В.В. Беличенко, Д.С. Огай // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №3. С.3-10.
11. Социально значимые заболевания населения России в 2011 году. (Статистические материалы). Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки, ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава. М., 2012. 66 с.

Сведения об авторах:

Ожигина Светлана Николаевна – студентка V курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, адрес электронной почты – svetik8-88@yandex.ru, контактный телефон – 89021908390.

Кондратенко Екатерина Анатольевна – студентка V курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, адрес электронной почты – kondratenkodenis91@yandex.ru, контактный телефон – 89115615126.

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail menshikova1807@gmail.com Контактный телефон 89212453010

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

Учитывая напряжённую демографическую ситуацию в Архангельской области, целью исследования было выявление тенденций в показателях заболеваемости детского населения, как наиболее значимой популяционной группы, здоровье которой определяет перспективу развития жизненного потенциала региона. В результате было выявлена тенденция к незначительному снижению общей и первичной заболеваемости детей и подростков. За период с 2012 по 2014 годы общая заболеваемость детского населения снизилась на 2,7%. Однако по некоторым классам патологии отмечалось увеличение заболеваемости, максимальный рост – болезни глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы и соединительной ткани, новообразования, что требует более детального изучения данных классов заболеваний для выяснения причин и улучшения мер профилактики.

Ключевые слова: заболеваемость, дети, подростки, Архангельская область.

Архангельская область – наиболее масштабный по территориальной протяженности и численности жителей регион Европейского Севера Российской Федерации – расположена на севере Восточно-Европейской равнины и входит в состав Северо-Западного федерального округа.

Архангельская область характеризуется особыми климато-географическими условиями, связанными с периодами ледостава и ледохода, частой сменой воздушных масс, поступающих из Арктики, крайне неустойчивой погодой, а также отсутствием развитой структуры автомобильных дорог, наличием большого числа водных преград, функционированием территориально удаленных структурных подразделений медицинских организаций в сельской местности и на островных территориях, низкой плотностью населения в регионе, которая в среднем составляет 2,8 человека на кв. км [10, 6].

Особенностью современного процесса воспроизводства населения Архангельской области, как и Российской Федерации в целом, является его демографическое старение. В условиях сложной демографической ситуации изучение характеристики детской заболеваемости является важнейшим аспектом оценки качества работы специалистов лечебно-профилактических учреждений всех типов и уровней, влияния различных факторов среды на здоровье будущего поколения нашего региона [4, 6]. Заболеваемость является одним из важнейших показателей здоровья населения. В настоящее время отмечается тенденция к росту заболеваемости детей, что обусловлено социально-экономической нестабильностью, региональными особенностями и объемом финансирования отрасли здравоохранения, качеством жизни населения, уровнем его медицинской культуры и др. [6]. Существенным фактором ухудшения состояния здоровья населения, в том числе детского, считается отсутствие экономических и правовых механизмов, стимулирующих интерес к сохранению здоровья, здоровому образу жизни и регламентирующих меры по реализации прав детей на охрану здоровья. Для разработки научно обоснованных мероприятий, направленных на оздоровление детей раннего возраста, необходимо установление взаимосвязей между показателями их здоровья и современными социально-гигиеническими, а также медико-биологическими факторами риска. Кроме того, весьма актуальными являются разработка и проведение среди детей дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий с учетом индивидуального прогнозирования той или иной патологии [2, 6].

Цель исследования выявить основные тенденции в заболеваемости детей и подростков Архангельской области.

Для исследования проводился анализ литературных источников по заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет. Критериями отбора являлась новизна данных, их полнота и актуальность.

Общая заболеваемость детского населения снизилась на 2,7% в 2014 году (3229,9 на 1000 детского населения) по сравнению с 2012 годом (3320,8 на 1000 детского населения). Однако уровень общей заболеваемости в 2014 году на 0,9% выше, чем в 2013 году (3201,2 на 1000 детского населения), что вероятнее всего связано с активным проведением в 2014 году профилактических медицинских осмотров согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 декабря 2012 года № 1346н [10].

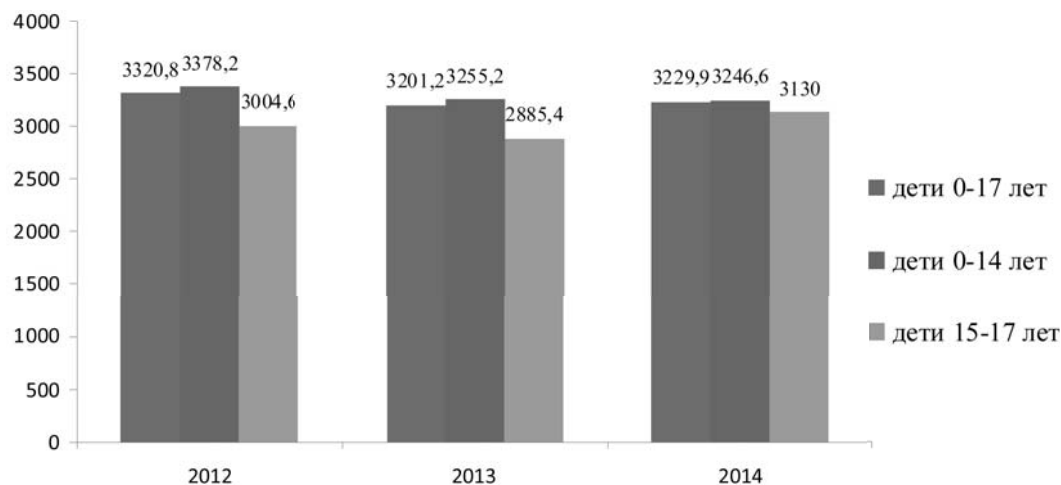


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости детей и подростков в Архангельской области в 2012-2014 годах (на 1000 соответствующих групп населения).

Показатель общей заболеваемости на 82% сформирован из впервые выявленных заболеваний у детей 0-14 лет и на 67% у детей 15-17 лет, что свидетельствует о накоплении хронической патологии с возрастом [10].

В 2014 году по сравнению с 2012 годом выросла заболеваемость по 7 классам болезней: болезни глаза и его придаточного аппарата (11,5%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,7%), новообразования (3,7%), болезни кожи и подкожной клетчатки (3,4%), органов пищеварения (3,4%), нервной системы (3,2%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (2,2%). В то же время снизилась заболеваемость по классам: симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях (-82,4%), психические расстройства и расстройства поведения (-8,9%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (-7,9%), болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (-5,7%), мочеполовой системы (-4,3%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (-3,2%), органов дыхания (-2,7%), эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (-1,9), болезни уха и сосцевидного отростка (-0,8).

В структуре общей заболеваемости детского населения на 1-м месте – болезни органов дыхания (1623,3 на 1000 детского населения), на 2-м – болезни глаза и придаточного аппарата (233,9 на 1000 детского населения), на 3-м – болезни органов пищеварения (230,3 на 1000 детского населения). У детей (0-14 лет) на 1-м месте – болезни органов дыхания (1723,4 на 1000 детского населения данного возраста), на 2-м – болезни органов пищеварения (225,0 на 1000 детского населения данного возраста), на 3-м – болезни глаза и придаточного аппарата (220,6 на 1000 детского населения данного возраста). У подростков (15-17) лет также лидируют болезни органов дыхания (1025,2 на 1000 детского населения данного возраста), на 2-м месте – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (438,4 на 1000 детского населения данного возраста), на 3-м – болезни глаза и придаточного аппарата (313,6 на 1000 детского населения данного возраста).



Рис.2. Структура общей заболеваемости детей 0-14 лет в Архангельской области в 2014 году (%).



Рис. 3. Структура общей заболеваемости детей 15-17 лет в Архангельской области в 2014 году (%).

На протяжении нескольких лет наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями детей Архангельской области являются болезни органов дыхания, на долю которых приходится самый высокий процент в структуре общей заболеваемости (50,3% в 2014 году). Острые респираторные заболевания дыхательных путей составляют 89% всех случаев заболеваний органов дыхания среди детей. На долю хронических заболеваний (хронические болезни миндалин и аденоидов, бронхит хронический, эмфизема, бронхиальная астма и прочее) приходится около 4 процентов [10]. Однако по сравнению с 2012 годом в 2014 году наблюдается снижение заболеваемости по данному классу, что может быть связано не только с реальным снижением заболеваемости, например, в результате таких факторов, как включение противопневмококковой вакцины в национальный календарь прививок или закрытие Соломбальского ЦБК, но и снижением обращаемости по поводу острых респираторных заболеваний в связи с увеличением количества неработающих матерей, которые не нуждаются в больничном листе.

На 2-м месте в структуре заболеваемости детей (0-17 лет) – болезни глаза и его придаточного аппарата (7,2% в 2014 году). Отмечается ежегодный рост данной патологии вследствие постоянно увеличивающейся компьютеризации в сочетании с ранним началом освоения компьютерной техники детьми на фоне незрелости структур глаза.

Дети больше, чем другие группы населения, подвержены развитию болезней органов пищеварения, которые занимают в последние годы третье ранговое место (7,1% в 2014 году). По классу болезней органов пищеварения за последние три года реже стали регистрироваться гастриты и дуодениты, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, болезни печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. Однако опережающими темпами происходит прирост болезней кишечника, различных видов грыжи, неинфекционного энтерита и колита. Возможной причиной роста заболеваемости неинфекционным энтероколитом является недостаточная диагностика заболеваний кишечника, когда любая диарея трактуется как неинфекционный энтероколит, тогда как наиболее вероятными причинами являются наличие энзимопатии или дисбиоза кишечника [9].

Травматизм, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин в структуре общей заболеваемости детей занимает одно из ведущих мест. В 2014 году на его долю приходится 5,2% (4-е место в структуре общей заболеваемости). За последние 3 года (2012 – 2014 годы) отмечается рост на 2,2% с 165,4 до 169,1 на 1000 детского населения. В последние годы прослеживается увеличение употребления курительных смесей и снижение среднего возраста детей, которые их употребляют [3, 6]. В связи с низким качеством так называемых «спайсов», большой их доступности в интернете и на культурно-развлекательных мероприятиях, увеличилась частота отравления данными веществами, нередко с тяжелыми последствиями для здоровья ребенка и даже летальными исходами. Также увеличилась доля ДТП с участием детей, что можно объяснить увеличением интенсивности трафика на дорогах, недостаточным количеством пешеходных переходов или их небезопасностью, недостаточной ответственностью не только водителей автотранспортных средств, но и самих детей, которые часто нарушают правила дорожного движения.

Достаточно высоким остается уровень заболеваний костно-мышечной системы у детей (5-е место в структуре общей заболеваемости – 5,1%), что проявляется различными нарушениями осанки, дисбалансом фиксирующего аппарата позвоночника, формированием плоскостопия. В 2014 году распространенность патологии костно-мышечной системы у детей выросла на 3,7% к уровню 2012 года.

Заключение

Таким образом, в Архангельской области в условиях напряженной демографической ситуации отмечается снижение уровня общей заболеваемости детского населения (на 2,7% в 2014 году по

сравнению с 2012 годом). Наблюдается накопление хронической патологии с возрастом. В 2014 году по сравнению с 2012 годом выросла заболеваемость по 7 классам болезней, максимальный рост – болезни глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной системы и соединительной ткани, новообразования. В структуре общей заболеваемости детей 0-17 лет на 1-м месте – болезни органов дыхания, на 2-м – болезни глаза и придаточного аппарата, на 3-м – болезни органов пищеварения.

Список литературы

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Архангельской области по итогам деятельности за 2014 год. Архангельск, 2015. С. 9 – 27.
2. Дисплазия соединительной ткани у детей с оксалатными нефропатиями / Игнатова О.А., Макарова В.И., Меньшикова Л.И., Тюкова Н.В. // Российский педиатрический журнал. 2003. № 6. С. 29-31.
3. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Аддиктивное поведение молодежи как социальное явление // Современные проблемы науки и образования. 2011. № 6; URL: www.science-education.ru/100-5006 (дата обращения: 06.12.2011).
4. Меньшикова Л.И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у детей // Экология человека. 2003. № 3. С. 45-50.
5. Меньшикова Л.И. Кардиоваскулярная патология у детей и подростков Европейского Севера России: эпидемиология, факторы риска, структура, организация специализированной кардиологической помощи. Архангельск, 2004г.
6. Основные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков, проживающих на территории Архангельской области, в критические возрастные периоды / Л.И. Меньшикова, О.А. Игнатова, Дьячкова М.Г. [и др.] // Вестник уральской медицинской академической науки. 2014. №2. С. 81-83.
7. Основные тенденции здоровья детского населения России/ под ред. А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. М.: Союз педиатров России. 2011.
8. Особенности образа жизни и выработки самосохранительного поведения подростков и молодежи / Потехина Н.Н., Дьячкова М.Г., Колесникова И.А., Чуйко А.В., Докучаева М.И., Борисова Т.А., Меньшикова Л.И. // Экология человека. 2009. № 8. С. 61-64.
9. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / Баранов А.А. [и др.]// Российский педиатрический журнал. 2005. №2. С. 4-8.
10. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России/ Максимова Т. М. [и др.] – М.: PerSe; – 2008.
11. Санников А.Л. Банникова Р.В. Характеристика основных климато-экологических и социальных параметров жизнедеятельности в условиях Европейского Севера (по материалам Архангельской области). Архангельск: Издательство АГМА; 2000.
12. Щербак В. А. Болезни системы органов пищеварения у детей Забайкальского края // Забайкальский медицинский вестник. 2013. № 2. С. 117-123.

Сведения об авторах:

Демьянова Дарья Олеговна – студентка 2 группы 5 курса педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кислухина Анастасия Владимировна – студентка 2 группы 5 курса педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Пономарева Дарья Александровна – студентка 2 группы 5 курса педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Санников Анатолий Леонидович – профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЛИЦ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА Г. АРХАНГЕЛЬСКА

Резюме

Дана характеристика социального портрета лиц без определенного места жительства г. Архангельска на базе ГБУ «Центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий». Оценена потребность лиц без определенного места жительства в видах социальной помощи. Разработаны направления по оптимизации оказания социальной помощи данной социальной группе.

Ключевые слова: лица без определенного места жительства, социальный портрет, социальная помощь.

Введение

С начала 1990-х годов во многих городах России остро встала проблема резкого роста численности бездомных. Результатом широкого реформирования социально-экономической сферы в первой половине 1990-х годов в стране стало значительное имущественное расслоение общества. Масштабная пауперизация населения привела к увеличению социальной страты, называемой «социальным дном», в котором сконцентрировались безнадзорные дети, нищие и бездомные [4].

Несмотря на положительные результаты социально-экономического развития РФ в первом десятилетии XXI века, ситуация изменилась не существенно. Положение усугубили финансово-экономические кризисы 2008 и 2014 годов, сложное внешнеэкономическое положение, санкции. Официальная статистика МВД РФ утверждает, что в России количество бездомных не превышает 350000 человек. При этом специалисты говорят о существовании в современном российском обществе от 1,5 до 3 миллионов бездомных. Подобное несоответствие и занижение данных официальной статистикой свидетельствует о неготовности государственных органов и социальных структур к решению проблем бездомных, к полному включению попавших в сложную ситуацию людей в социальные и экономические процессы в обществе. Необходимо адекватно оценивать данное положение вещей, предпринимать конкретные шаги для кардинального решения проблем бездомности на самом высоком уровне. Однако при формировании стратегии социальной политики государства отсутствует единство взглядов и позиций на эту проблему и способы ее решения. Противоположные точки зрения по бездомности подтверждают ее сложность, глубину и многогранность [3].

Проблема бездомности является комплексной и традиционно привлекает повышенное внимание отечественной науки. В советский период вокруг бездомности был создан ореол молчания. Различные аспекты бездомности изучались целой группой наук: социологией, экономикой, психологией и, конечно, социальной работой. За относительно короткий период в изучении бездомности были достигнуты значительные успехи: разработаны различные, зачастую, противоположные подходы, критерии, оценки, методы и методики ее определения и исследования. Внимание социальных наук приковано к изучению образа жизни бездомных, социально-психологических характеристик личности бездомного, системе социальной, благотворительной и юридической помощи бездомным [6, 7, 8, 10].

Бездомные являются социальной группой, исследование которой осложняется относительной замкнутостью группы и отсутствием юридического статуса по российскому законодательству. Другим проблемным аспектом является процесс ресоциализации данной категории граждан. Эта тема практически не имеет освещения в социологических, социальных и социально-психологических исследованиях [7]. Этими и другими противоречиями может объясняться и несоответствие официальной и неофициальной статистики по определению количества бездомных в России [6]. Это свидетельствует о том, феномен бездомности не нашел достаточного отражения и разработанности в отечественной науке и практике.

Архангельская область является регионом с неблагоприятными социальными условиями проживания людей. Это обусловлено монопроизводственной структурой городов, высоким уровнем безработицы, отрицательным сальдо миграции, в первую очередь за счёт трудоспособного населения. Вышеизложенное отражается на различных аспектах общественного и группового здоровья [1, 2, 5, 9].

Таким образом, актуальность и высокая социальная значимость обозначенных аспектов, а также уровень теоретической и практической разработанности проблемы обусловили структуру и содержание исследования, его методологические характеристики.

Цель исследования: изучение социального портрета лиц без определенного места жительства, проживающих в г. Архангельск, для оптимизации оказания социальной помощи данной группе лиц.

Материалы и методы

Социологическое исследование проводилось посредством анкетирования лиц без определенного места жительства (лиц БОМЖ). Основным инструментом выступила анкета, состоящая из 31 вопроса открыто-закрытого типа. Выборку составили лица БОМЖ, обратившиеся в ГБУ «Центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий» г. Архангельска, в количестве 140 человек. База исследования – Государственное бюджетное учреждение «Центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий» управления социальной защиты населения администрации Архангельской области. В центр принимаются лица, не имеющие жилой площади или жилого помещения на праве собственности, либо праве пользования и не имеющие никакой жилой площади (жилого помещения) для проживания, а также иногородние граждане, временно находящиеся в г. Архангельске и попавшие в трудную жизненную ситуацию.

Целями деятельности центра являются:

1. предоставление временного ночлега гражданам, достигшим 18-летнего возраста, оказавшимся без определенного места жительства и занятий, иногородним гражданам, временно попавшим в трудную жизненную ситуацию, в первую очередь лицам пожилого возраста и инвалидам;

2. оказание содействия в осуществлении мероприятий по социальной адаптации гражданам, утративших социально полезные связи, в первую очередь лицам, освобождаемых из мест лишения свободы, к условиям жизни в обществе.

Результаты и их обсуждение

Социологический анализ показал, что наибольший удельный вес составили лица мужского пола (89,2%), представительницы женского пола – 10,8%. В большинстве случаев лицами БОМЖ в Архангельске являются мужчины в возрасте 40 – 59 лет, 70,3% лиц данной категории употребляют спиртные напитки. Анализ структуры респондентов по семейному статусу показал, что большинство состоят в браке (40,7%) и 62,9% имеют детей. Изучение количества имеющихся детей позволило структурировать опрошенных следующим образом: 85,2% ответили, что у них один ребенок, у 11,3% – два, 3,5% – трое детей. Анализ уровня образования респондентов показал, что большинство лиц БОМЖ имеют среднее образование (рис. 1).

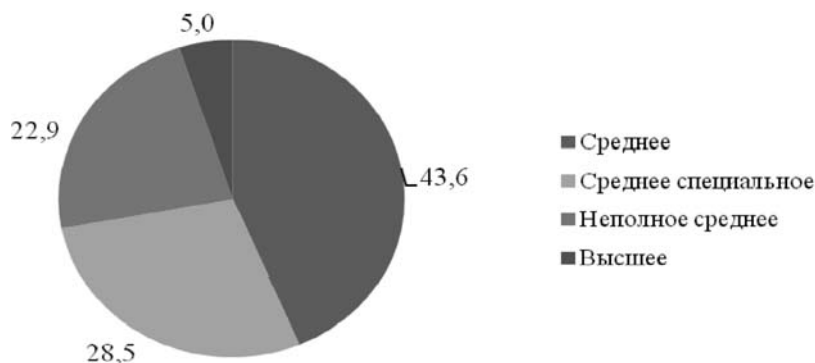


Рис. 1. Структура респондентов по уровню образования, %

Был изучен вопрос, касающийся последнего места работы респондентов, большая часть (30,0%) работала в строительстве, 23,5% – в промышленности, 22,2% – в торговле, сфере обслуживания, 15,0% указали, что работали на транспорте, в связи, 7,8% – в сельском хозяйстве, 1,5% служили в армии (рис. 2). По профессии респонденты распределились следующим образом: 75,8% были квалифицированными рабочими; 8,5% – разнорабочими; 7,4% указали, что были рабочими в сельском хозяйстве; 5,2% – специалистами; 1,7% опрошенных были военнослужащими и 1,4% нигде не работали.

В ходе анализа лица БОМЖ были структурированы по стажу работы: большая часть опрошенных (27,1%) имели стаж от 1 года до 3 лет, 18,6% – от 5 до 10 лет, 16,4% – до полугода, 15,0% – от полугода до 1 года, 13,6% – более 10 лет и 9,3% – от 3 до 5 лет.

При изучении наличия судимости у опрошенных лиц БОМЖ было определено, что 46,0% имеют судимость. В наибольшем удельном весе срок тюремного заключения составлял до 3 лет (38,0%), у каждого пятого (22,6%) – свыше 10 лет, у 22,0% – 5-10 лет и у 17,4% – 3-5 лет.

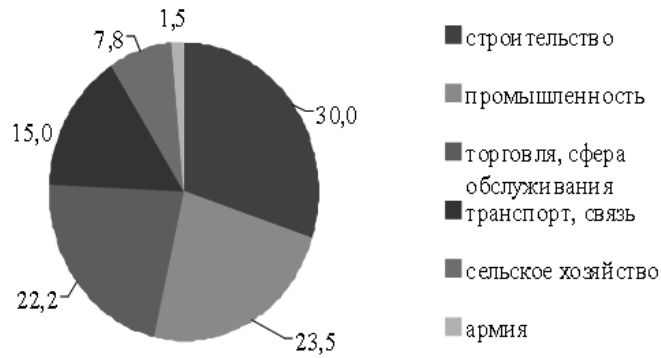


Рис. 2. Структура респондентов по сфере трудовой деятельности, %

Основная масса респондентов является жителями г. Архангельска и области. Только небольшая доля проживала на других территориях: Ленинградская область (1 чел.), г. Москва (2 чел.) и др.

Структура респондентов по сроку ведения бездомного образа жизни представлена на рис. 3.

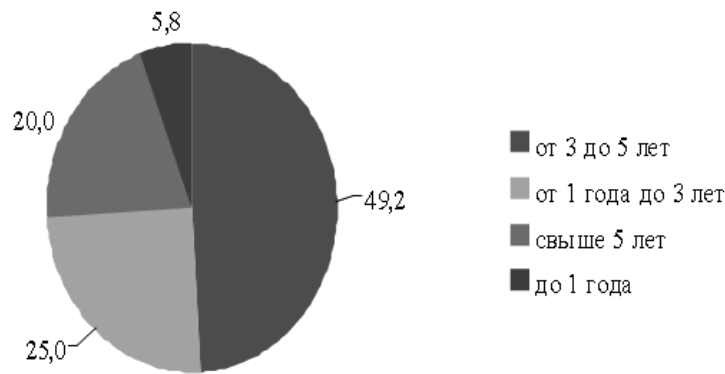


Рис. 3. Структура респондентов по времени ведения бездомного образа жизни, %

Большинство опрошенных имеют стаж бездомной жизни от 3 до 5 лет (49,2%) и от 1 года до 3 лет (25,0%). Более половины лиц БОМЖ (62,9%) устраивает текущий социальный статус. Основным источником доходов являются мелкие подработки (62,8%), попрошайничество (15,0%).

Были изучены причины бродяжничества лиц БОМЖ, где на первом месте находится отсутствие постоянного места работы и возвращение из мест заключения (48,9%), далее следуют злоупотребление алкоголем (28,9%), утрата средств к существованию (7,8%), квартирные махинации (6,7%) и др. (рис. 4).



Рис. 4. Структура респондентов по причинам бездомного образа жизни, %

Большинство опрошенных (70,7%) отрицательно относятся к регулированию бродяжничества. При этом, в настоящее время 53,5% респондентов тревожит отсутствие возможности получить по-

стоянную работу. Кроме того, большую и постоянную тревогу вызывают отсутствие продуктов питания (15,7%), документов и прописки (10,0%). При анализе данного аспекта был отмечен факт, что только по 0,7% опрошенных выбрали такие ответы как гигиеническое состояние тела, мысли об окончании жизни, отсутствие общественно полезного дела, сложность человеческих отношений и общения, одиночество, отсутствие родственных связей. Данный факт указывает на то, что опрошенных устраивает положение их дел, за исключением некоторых материальных трудностей, социальные же ценности данных респондентов не беспокоят. Следовательно, лиц БОМЖ, вне зависимости от причин данного поведения, можно считать асоциальными личностями.

Лица БОМЖ г. Архангельска, участвующие в опросе, отметили, что предпочитают проживать по 2-3 человека (87,1%), что позволяет обеспечить больший шанс найти еду и место пребывания. Характеризуя взаимоотношения с другими бездомными, 80,7% респондентов отмечают, что стараются не вступать в конфликты друг с другом. Данный факт указывает на то, что, несмотря на выявленное отсутствие социальных ценностей, лица БОМЖ все-таки при всей сложности своего положения не потеряли навыки жизни в социуме (микросоциуме), они умеют сосуществовать с другими людьми.

Еще одним из подтверждений, что лиц БОМЖ вполне устраивает их положение, является тот факт, что большая часть опрошенных представителей данной социальной группы (53,7%) никуда не обращались для определения вида на жительство. Из остальных опрошенных обращались: в органы полиции (7,4%), органы социальной защиты (15,9%), к своим знакомым и родственникам (17,8%) или хотели вернуться на прежнее место жительства (5,2%) (рис. 5).



Рис. 5. Структура респондентов по мерам для определения вида на жительство, %

Только две трети респондентов (62,8%) пытались искать работу. Этот факт заставляет задуматься об искренности ответов респондентов на вопросы анкеты. Наиболее популярными среди опрошенных способами найти работу являются СМИ (41,8%) и обращение на биржу труда (29,8%). Следует отметить, что 12,4% опрошенных обращались на прежнее место работы. При этом, 70,7% лиц БОМЖ не хотели бы вернуться на прежнее место работы. Подавляющее большинство опрошенных, в первую очередь, планируют обратиться на биржу труда, найти работу и жилье. У 80,0% уже есть опыт обращения за социальной помощью в Приют на Попова, 40; 10,0% ответили, что никуда не обращались; 5,7% обращались за помощью в ОСЗН и 4,3% – в центр занятости.

При определении причины, по которым лица БОМЖ покинули специальные учреждения (специальный интернат или ночлежку), были получены следующие результаты: стало скучно (45,0%), окончание срока пребывания (24,0%). Ответы на данный вопрос позволяют в очередной раз констатировать тот факт, что лиц БОМЖ устраивает тот образ жизни, который они ведут.

Важным аспектом явилось изучение необходимых лицам БОМЖ видов социальных услуг. В данном вопросе предлагались две группы ответов: решение материально-жилищных проблем и предоставление консультационных услуг в различных областях. Респондентам предлагалось выбрать из каждого варианта самый важный на их взгляд. Более половины лиц БОМЖ отметили в качестве необходимой социальной услуги – предоставление временного ночлега (56,4%). Кроме того, каждый седьмой (14,2%) выбрал услугу по содействию социальной и трудовой реабилитации, каждый восьмой (12,6%) – материальную помощь в виде продуктов питания (рис. 6). Среди консультационных услуг наибольшая потребность была отмечена в социально-консультативной (75,2%) и медицинской помощи (16,3%).

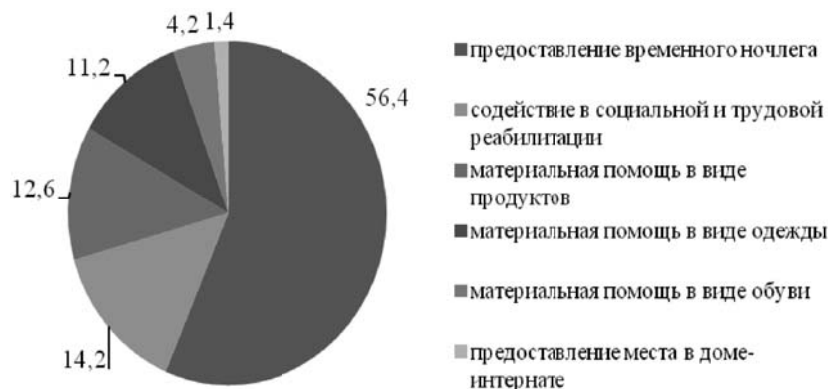


Рис. 6. Структура респондентов по вариантам решения материально-жилищных проблем, %.

На основании проведенного исследования разработаны направления по оптимизации оказания социальной помощи лицам БОМЖ:

1. Повышение эффективности организации социальной работы с лицами БОМЖ в ГБУ «Центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий» г. Архангельска: создание комплексной системы социального сопровождения бездомных; интеграция деятельности отделений Центра; решение проблем посредством активизации межведомственного взаимодействия; создание новых оперативных служб (участковая социальная служба и выездная мобильная бригада, аутрич-работа и др.); изменение стратегии и тактики в социальной работе (социальные телефоны доверия, функционирование служб сопровождения бездомных и т.п.); привлечение внимания широкой общественности к профилактическим программам.

2. Для повышения социальной активности лиц БОМЖ рекомендуется реализация мероприятия «Сам себе адвокат»; содействие участия бездомных в выборах; организация выставок творчества бездомных; поддержка участия бездомных в распространении изданий местных СМИ; содействие участия бездомных в публичных акциях, привлекающих внимание к проблеме бездомности.

3. Создание системы трудоустройства лиц БОМЖ и групп риска по бездомности: формирование и поддержание банка вакантных рабочих мест на предприятиях с предоставлением жилья; проведение опережающей профессиональной ориентации в учреждениях исполнения наказания с учетом региональных особенностей.

4. Для повышения информированности общества о проблеме бездомности рекомендуется проводить ежегодные сетевые акции в Международный день борьбы с бедностью (17 октября).

Выводы

1. Дана характеристика социального портрета лиц БОМЖ в г. Архангельске. Большинство лиц БОМЖ – это мужчины (89,2%) из рабочих семей (78,5%) в возрасте 40-49 лет (28,8%) с удовлетворительным состоянием здоровья (38,2%), разведенные (36,4%), либо состоящие в браке (40,7%). Эти люди имеют среднее (43,6%) и среднее специальное образование (28,5%), небольшой стаж работы (58,5%) по строительным (30,0%) и техническим специальностям (23,5%). Более половины (60,8%) имеют близких родственников. В настоящее время 70,3% лиц данной категории употребляют спиртные напитки. Основным источником средств к существованию для бездомных являются подработки (62,8%), 15,0% рассчитывают на попрошайничество.

2. Оценена потребность лиц БОМЖ в видах социальной помощи. Половина опрошенных видит выход из данной ситуации в поиске постоянной работы (52,0%), 4,4% – в создании новой семьи, чуть больше – в поиске жилья (15,1%), а нетрудоспособные граждане, имеющие хронические заболевания и инвалидность, достигшие пенсионного возраста пожелали устроиться в дом-интернат (1,4%). Граждане, принявшие участие в социологическом исследовании имеют относительно небольшой (1-5 года) срок бездомности или бродяжничества (74,2%), и поэтому их шансы на ресоциализацию в обществе увеличиваются. У всех отмечаются трудности самостоятельного преодоления трудной жизненной ситуации.

3. Разработаны направления по оптимизации оказания социальной помощи лицам БОМЖ г. Архангельска. К таким направлениям отнесены: создание системы оказания помощи лицам БОМЖ на муниципальном уровне, работа с общественностью и непосредственное социальное сопровождение и поддержка самих лиц.

Список литературы

1. Варакина Ж.Л. Особенности проявления суицидального поведения в Архангельской области / Ж.Л. Варакина, А.М. Вязьмин, А.Л. Санников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №1. С.14-17.
2. Варакина Ж.Л. Стойкая нетрудоспособность в результате насильственных причин как фактор, влияющий на безопасность общества (по материалам Архангельской области) / Варакина Ж.Л. [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. №1. С.41-44.
3. Варсопко А. В. Бездомность в современной России: проблемы и пути их решения: Вестник Межрегиональной Сети «За преодоление социальной исключенности». Вып. 3. Сб. / сост. А.В. Варсопко, Н.А. Окашева. СПб. : Лема, 2010. 104 с.
4. Гусев, А.Н. Социальная маргинальность: основания пространственно-функционального подхода в социологической теории: диссертация канд. соц. наук: 22.00.01 / А. Н. Гусев; [Место защиты: Моск. гос. ин-т междунар. отношений] М., 2009. 169 с.
5. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья / Варакина Ж.Л. [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №4. С.18-20.
6. Карлинский И.З. Бездомные в зеркале российских СМИ // Бездомность в современной России: Материалы Всероссийской студенческой конференции. СПб., 2009. С. 98-106.
7. Коваленко Е.А. Технологии и роль НКО в оказании помощи бездомным / Е.А. Коваленко. М.: Фонд «Институт экономики города», 2011. 68 с.
8. Платонова, Н.М. Бездомность в современной России: причины и следствия // Ученые записки СПб ГИПСР. 2009. № 1 (11). С. 56-60.
9. Санников А.Л., Варакина Ж.Л. Социально-демографическая детерминированность самоубийств на Европейском Севере России // Экология человека. 2002. №2. С. 40-41.
10. Стивенсон С.А. О феномене бездомности // Социс. 2010. № 8. С. 14-16.
11. Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л. Количественная оценка совокупного ущерба от злоупотребления алкоголем на популяционном уровне // Наркология. Т. 15. № 1. 2016. С. 16–32.

Сведения об авторах:

Романенкова Зинаида Андреевна – студентка факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Варакина Жанна Леонидовна – к.м.н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: ravenzh@yandex.ru, тел.: 8 902 507 10 82

Рочева Е.С., Химов С.Н.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мордовский Э.А.

ВЕЛИЧИНА РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Аннотация: представлена количественная оценка факторов, обуславливающих наличие расходов на лекарственные препараты у пациентов хирургических отделений больничных медицинских организаций.

Ключевые слова: медицинская помощь; хирургические отделения; лекарственные препараты; расходы населения.

Актуальность: рост величины расходов населения на лекарственные препараты часто не обусловлен объективными причинами (состоянием здоровья), в ряде случаев является нарушением прав граждан при реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, и, в целом, вызывает социальную напряженность [1,2,3]. Граждане все чаще вынуждены

прибегать к непосредственной оплате медицинских услуг, приобретать дорогостоящие препараты, в том числе для лечения в медицинских организациях.

Цель: выявить факторы, ассоциированные с наличием расходов на лекарственные препараты у пациентов отделений хирургического профиля больничных медицинских организаций.

Материалы и методы

Проведено социологическое исследование методом анкетирования среди 1131 пациента, проходивших лечение в терапевтических и хирургических отделениях больничных МО Архангельской, Вологодской областей и Республике Коми в период с июня по август 2015 года. Из них 567 пациентов проходили лечение в отделениях хирургического профиля; 524 – имели расходы на лекарственные препараты в течение календарного года, предшествовавшего исследованию. Критерии включения респондентов в исследования: оформленное информированное согласие на участие в исследовании. Критерием исключения являлся отзыв согласия на участие в анкетировании на любом этапе исследования. Количественные данные были представлены в виде медианы, 1 и 3 квартилей (Q1, Q3); их анализ выполнен с использованием непараметрических критериев Краскелла-Уоллиса и Манна-Уитни. Качественные данные были представлены в виде процентных долей. Достоверными считались отличия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 13.

Результаты

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, величина расходов пациентов на лекарственные препараты зависит от пола ($p = 0,0004$), возраста ($p = 0,0002$), брачного статуса ($p = < 0,001$) и места проживания ($p = 0,050$), образования ($p = 0,001$) (табл. 1).

Таблица 1

Величина (медиана) расходов на лекарственные препараты пациентов отделений хирургического профиля в зависимости от социально-демографических предикторов

Предикторы		Величина расходов (руб. / мес.)	Статистика
Пол	Мужской	1000,0 (400,0; 2000,0)	U (Mann-Whitney) = 108322,000 $p = 0,0004$
	Женский	1500,0 (600,0; 3000,0)	
Возраст	До 30 лет	500,0 (175,0; 1500,0)	Chi-Square (Kruskal-Wallis) = 54,890 $p = 0,0003$
	30-39 лет	1000,0 (500,0; 2000,0)	
	40-49 лет	1000,0 (500,0; 2000,0)	
	50-59 лет	1500,0 (725,0; 2500,0)	
	Более 60 лет	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
Брачный статус	Одинокие	1000,0 (500,0; 2000,0)	U (Mann-Whitney) = 51372,500 $p = 0,0008$
	Не одинокие	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
Место проживания	Село	1000,0 (500,0; 2000,0)	U (Mann-Whitney) = 50893,000 $p = 0,050$
	Город	1000,0 (500,0; 2125,0)	
Уровень образования	Среднее общее	1000,0 (200,0; 2000,0)	Chi-Square (Kruskal-Wallis) = 14,710 $p = 0,001$
	Среднее специальное	1000,0 (500,0; 2000,0)	
	Высшее	1500,0 (500,0; 3000,0)	

Результаты анализа свидетельствуют о наличии статистически значимой взаимосвязи между величиной расходов респондентов на лекарственные препараты и всеми перечисленными факторами, относящихся к социально – демографическим предикторам.

Величина расходов пациентов на лекарственные препараты в зависимости от характеристик здоровья представлена в таблице 2.

Таблица 2

Величина расходов на лекарственные препараты пациентов отделений хирургического профиля в зависимости от характеристик здоровья и самосохранительного поведения

Предикторы		Величина расходов (руб. / мес.)	Статистика
Самолечение	Да	2000,0 (800,0; 3000,0)	U (Mann-Whitney) = 91090,500 $p = 0,0002$
	Нет	1000,0 (500,0; 2000,0)	

Предикторы		Величина расходов (руб. / мес.)	Статистика
Самооценка уровня здоровья	Хорошее	700,0 (300,0; 2000,0)	Chi-Square (Kruskal-Wallis) = 26,464 p= 0,0007
	Удовлетворительное	1500,0 (500,0; 2500,0)	
	Плохое	1500,0 (937,50; 3000,0)	
	Очень плохое	3000,0 (500,0; 4750,0)	
Диспансерный учет	Не состоит	1000,0 (500,0; 2000,0)	U (Mann-Whitney) = 98038,000 p= 0,0001
	Состоит	1500,0 (800,0; 3000,0)	
Частота посещения поликлиники	1-3 раза в год	1000,0 (400,0; 2000,0)	Chi-Square (Kruskal-Wallis) = 68,823 p= 0,0001
	4-6 раз в год	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
	7 и > раз в год	2000,0 (1500,0; 3000,0)	

Результаты анализа свидетельствуют о наличии статистически значимой взаимосвязи между величиной расходов респондентов на лекарственные препараты и всеми перечисленными факторами, относящихся к характеристикам здоровья и самосохранительного поведения.

Для того, чтобы выявить какие предикторы при контроле других переменных статистически значимо связаны с величиной расходов на ЛС, нами был проведен множественный линейный регрессионный анализ. Для пациентов хирургического профиля статистически значимы зависимость от пола, возраста, а также от наличия среднего общего и высшего образования. При анализе медицинских предикторов выявлено, что повышение уровня расходов ассоциировано с хорошей и плохой самооценкой здоровья, с частотой посещаемости поликлиники (табл. 3).

Таблица 3

Величина расходов на лекарственные препараты у пациентов отделений хирургического профиля в зависимости от социально – демографических и медицинских факторов, в руб.

Предиктор	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты		
	B	p	95% ДИ	B	p	95% ДИ
Демографические предикторы						
Возраст, лет	19,516	0,0008	9,845; 29,187	18,395	0,0002	8,735; 28,056
Пол мужской	-470,954	0,005	-796,230; -145,679	-415,639	0,012	-738,252; -93,025
Социальные предикторы						
Место проживания город	389,938	0,129	-113,655; 893,532	389,760	0,114	-93,695; 873,216
Брачный статус одинокие	-393,891	0,137	-912,988; 125,207	99,094	0,726	-456,797; 654,985
Уровень образования						
высшее vs прочее	468,965	0,010	112,047; 825,823	474,871	0,010	116,082; 833,660
среднее специальное vs прочее	-85,477	0,606	-410,727; 239,772	-140,704	0,392	-463,683; 182,275
среднее общее vs прочее	-503,166	0,014	-902,966; -103,367	-395,444	0,051	-792,414; 1,521
Медицинские предикторы						
Самолечение есть	258,965	0,170	-111,195; 629,124	162,784	0,382	-202,36; 527,932
Самооценка уровня здоровья						
хорошее vs прочее	-740,390	0,0009	-1109,656; -371,124	-546,594	0,005	-929,496; -163,692
Удовлетворительное vs прочее	195,939	0,240	-131,262; 523,140	116,612;	0,478	-205,885; 439,110
Плохое vs прочее	580,071	0,007	159,049; 1001,093	423,316	0,051	-2,347; 848,979
Очень плохое vs прочее	1069,817	0,261	-796,865; 2936,500	988,082	0,289	-843,143; 2818,306

Предиктор	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты		
	B	p	95% ДИ	B	p	95% ДИ
Диспансерный учет по поводу основного заболевания состоит	337,188	0,069	-26,435; 700,810	145,300	0,446	-229,009; 519,610
Частота посещаемости поликлиники						
1-3 раза/год	-1248,118	0,0001	-1585,935; -910,302	-1140,605	0,0008	-1499,623; -781,588
4-6 раз/год	929,503	0,0003	538,158; 1320,847	733,502	0,0003	332,124; 1134,879
7 и более раз/год	1347,399	0,0002	790,039; 1904,758	1086,850	0,0001	518,858; 1654,843

Примечание: * – в модель множественного линейного регрессионного анализа в качестве базовых предикторов включены пол, возраст и место проживания респондента (переменные включены в модель методом backwardelimination).

Выводы:

1. Пациенты, занимающиеся самолечением, состоящие на диспансерном учете в поликлинике по поводу основного заболевания, имеют более высокие расходы на лекарственные препараты. При ухудшении самооценки здоровья и повышении частоты посещения поликлиники величина расходов также увеличивается.

2. Факторами риска более высоких расходов пациентов на лекарственные препараты являются: женский пол и проживание в браке (фактический, гражданский). Увеличение возраста и относительно более высокий уровень образования также ассоциированы с высокими расходами на лекарственные препараты.

3. В группе пациентов отделений хирургического профиля на величину расходов на медикаменты при контроле базовых предикторов (пола, возраста и места проживания) оказывают влияние самооценка состояния здоровья, а также пол, возраст, наличие высшего и среднего общего образования, частота посещаемости поликлиники.

Список литературы

1. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Расходы населения на лекарственные препараты и медицинские услуги и факторы, их обуславливающие // Социальные аспекты здоровья. 2014. № 1(35). [Электронный ресурс]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/542/30/lang,ru/> (дата обращения: 15.03.2016).

2. Светличная Т.Г., Цыганова О.А. Социальные контуры экономического положения провинциального потребителя медицинских услуг // Социология медицины. 2010. №1(16). С.37 – 41.

3. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ. Архангельск, Изд-во СГМУ. 2011. 185 с.

Сведения об авторах:

Рочева Елена Сергеевна – студентка 6 курса, лечебного факультет, 5 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Телефон: 8-911-585-23-01

Электронный адрес: lenka.ro4eva.2013@yandex.ru

Химов Сергей Николаевич – студент 6 курса, лечебного факультета, 7 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, 8-911-674-57-19, электронный адрес: sergunya000@yandex.ru

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

ОБРАЗ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОР РИСКА, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЙ ВЫСОКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Резюме: проанализирована зависимость между образом жизни человека и риском развития болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: образ жизни, болезни системы кровообращения

Актуальность. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) установлено, что состояние здоровья человека на 50-55% зависит от образа жизни [9]. Соответственно, негативные характеристики образа жизни является основным предрасполагающим фактором развития большинства заболеваний органов и систем, в том числе, и болезней системы кровообращения (I00-I99).

ВОЗ определяет образ жизни – как «способ существования человека, основанный на взаимодействии между условиями жизни и конкретными моделями поведения индивида». Образ жизни, помимо трудовой и бытовой формы деятельности определяется степенью рациональности питания, физической активности, наличием вредных привычек [7].

В России показатели заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) традиционно выше аналогичных показателей большинства экономически развитых стран мира [3,8]. Соответственно, можно предположить, что и компоненты образа жизни (употребление алкоголя, распространённость табакокурения, особенности питания, уровень физической активности) граждан Российской Федерации существенно отличаются от таковых в странах Западной Европы и Северной Америки.

Цель: проанализировать взаимосвязь между образом жизни населения и заболеваемостью населения болезнями системы кровообращения.

Население России в отличие от многих экономически развитых стран мира, в меньшей степени придерживается принципов здорового питания. ВОЗ в качестве его критериев определяет наличие в дневном рационе человека не менее чем 400 г (или 5 порций) различных фруктов и овощей, менее 5 г соли [11]. Считается необходимым, чтобы не более 30% суммарной энергии пищи поступало за счет жиров; не более 10% – за счет свободных углеводов [15]. Важным критерием здорового питания считается также качество и доступность продуктов питания в стране для различных социальных групп. В рейтинге стран мира по доступности, качеству и разнообразию еды (Good Enough to Eat) ВОЗ Россия занимает 44-е место [16]. Недостаточно высокая позиция России в рейтинге обусловлена как низкой информированностью населения в сфере сбалансированного питания, так и его средним уровнем доходов, который не позволяет значительной части населения соблюдать все рекомендованные экспертами принципы.

Уровень физической активности населения России в масштабе страны не оценен. В одном из исследований, выполненных с помощью опросника «Global Questionnaire on Physical Activity – GPAQ» в ряде городов страны, было установлено, что основной объем физической нагрузки населения обеспечивается за счет ходьбы (среднее время ходьбы составляло для мужчин 80 минут в день, а для женщин – 90 минут в день) [14]. Уровень физической активности россиян оказался почти на 25% ниже, чем европейцев [5]. Эксперты ВОЗ указывают, что низкий уровень физической активности имеют 22,9% мужчин и 22,4% женщин России [12].

Несоблюдение правил рационального питания и низкая физическая активность ведут к избыточному весу и ожирению. Доля россиян с избыточной массой тела выросла в период с 2002 по 2010 гг. с 19 % до 23 % [4]. В 2013 году Россия впервые попала в рейтинг 20 стран с самой высокой распространенностью ожирения среди населения; им страдает по разным оценкам не менее 24,9 % населения [4].

Уровень потребления табака в России также один из самых высоких в мире. По оценкам экспертов ВОЗ в стране ежедневно курят 51% мужчин и 17% женщин [17]. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) периодически курят 8,7% граждан в возрасте 16-29 лет; 6,7% граждан в возрасте 30-59 лет и 2,2% граждан старше трудоспособного возраста. Ежедневно курят 25,9% граждан в возрасте 16-29 лет; 31,7% граждан в возрасте 30-59 лет и 11,2% лиц старше

трудоспособного возраста [6]. В 2010-2014 гг. Россия являлась мировым лидером по распространенности курения в подростковом возрасте; дебют потребления табака в стране приходится на возраст 8-9 лет [18]. В возрасте 18-19 лет от никотиновой зависимости страдает 40% юношей и 8% девушек [10]. В 2013 году в России доля никотинозависимых граждан (выкуривающих более 1 пачки сигарет в день) превысила 25% [17]. Таким образом, ранний дебют табакокурения в сочетании с высокой распространенностью потребления табака среди лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста обуславливает более высокий риск заболеваемости и смертности от БСК в России.

По данным ВОЗ в 2010 году Россия находилась на 4 месте в мире по уровню распространенности злоупотребления алкоголем среди населения. В структуре потребляемого алкоголя преобладают крепкие спиртные напитки (51,0%), пиво (37,6%) и вино (11,4%) [1]. По данным Росстата употребляют алкоголь 68,4% граждан трудоспособного возраста (в т.ч. 58,8% молодежи в возрасте 16-29 лет) и 45,0% граждан старше трудоспособного возраста [2]. Дебют потребления алкоголя в России приходится в среднем на 13 лет [13]. Таким образом, значительная распространенность потребления алкоголя среди населения России также является причиной высокой заболеваемости и смертности от БСК.

Заключение

Для населения России характерна более высокая распространенность основных факторов риска развития БСК, в сравнении с большинством экономически развитых стран мира. Реализация мероприятий, направленных на устранение их влияния, должна способствовать снижению заболеваемости и смертности от данной группы состояний.

Список литературы

1. Глобальный доклад ВОЗ о положении в области алкоголя и здоровья. Всемирная организация здравоохранения. 2014. 286 с.
2. Итоги комплексного наблюдения условий жизни населения. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/ugov/kp-ujn/tab13.html (дата обращения 15.10.16).
3. Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л. Алкогольный анамнез и фактор места наступления смерти: роль в смертности от ведущих заболеваний сердечно-сосудистой системы // Терапевтический архив. 2015. № 9. С.26-33.
4. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень № 311 (январь 2015г). [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/> (дата обращения 15.10.16)
5. Потемкина Р.А. Повышение физической активности населения России: современные подходы к разработке популяционных программ // Профилактическая медицина. 2014.17(1). С. 6-11
6. Распространенность курения и употребления алкогольных напитков по возрастным группам. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. – URL:http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/ugov/kp-ujn/tab/3-13_1-62.doc (дата обращения: 21.10.16)
7. Рахматов А. А. Научные основы здорового образа жизни // Образование и воспитание. 2016. №2. С. 5-7
8. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень ВОЗ № 317 (январь 2015г). [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/> (дата обращения: 28.09.2016)
9. Физическая активность. Информационный бюллетень ВОЗ № 384 (Июнь 2016 г). [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/ru/> (дата обращения: 28.09.2016)
10. Bello N., Mosca L. Epidemiology of coronary heart disease in women. Prog Cardiovasc Dis 2004. V. 46. P. 287-295
11. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2003. 149 p.
12. Racioppi F., Cavill N. Physical activity and health in Europe: evidence for action. World Health Organization; 2006. 34 p.
13. Ronksley P.E., Brien S.E, Turner B.J. et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ. 2011. V.18(2). P.342-343
14. Sjostrom M et al. Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. Journal of Public Health. 2006. V. 3. P.14-16
15. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. British Medical Journal. 2012. V 9(2). P. 34-37.

16. The Food Index. World Health Organization. [Online]. 2013 [cited 2016 Oct 20]; URL: <http://www.oxfam.org.uk/what-we-do/good-enough-to-eat>

17. The Tobacco Atlas. World Lung Foundation WHO [Online]. 2012 Aug [cited 2016 Oct 18]; URL: <http://www.tobaccoatlas.org>

18. Tobacco. Fact sheet World Health Organization № 339 (june 2016). [Online] Jun 2016 [cited 2016 Oct 28]; URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

Сведения об авторах:

Скачкова Татьяна Николаевна, студентка V курса, 12 группы, лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес электронной почты: tgainbow94@mail.ru Контактный номер телефона: 89816508856

Владимирова Екатерина Владимировна, студентка V курса, 12 группы, лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес электронной почты: world.27081994@mail.ru Контактный номер телефона: 89115623575

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав.каф.общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail menshikova1807@gmail.com Контактный телефон 89212453010

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Файзулин Р.А., Леговальцева К.С., Дубровин М.С., Мирзоева Н.А., Молкубаева Ю.З.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИФИЛИСА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), относятся к числу наиболее значимых инфекций социального характера. Объясняется это не только их широким распространением, но и тяжелыми последствиями, как для организма больного, так и для общества в целом. В Архангельской области отмечается высокий уровень заболеваемости ИППП. В ходе нашей работы были проанализированы основные социальные факторы у больных сифилисом. Выяснено, что среди больных сифилисом чаще встречаются люди, социально неблагополучные, с неблагоприятным репродуктивным анамнезом и негативным половым поведением.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, сифилис, гонорея, социальные факторы, Архангельская область.

Инфекции, передаваемые половым путем, по традиции называются венерическими заболеваниями. Венерические болезни (от латин. *Венера* – богиня любви и красоты в римской мифологии) – это группа инфекционных болезней, возбудители которых передаются преимущественно половым путем.

Еще за несколько тысячелетий до нашей эры люди заметили и описали заболевания заднего прохода, половых органов, костей, которые можно истолковать как проявления сифилиса в современном понятии. По мнению приверженцев этой теории, поражения половых органов и гортани, описанные древнегреческим врачом Гиппократом, следует считать сходными с сифилитическими. Вероятно, уже с тех пор люди стремились скрывать свое заболевание, как полученное постыдным образом в связи с половой распущенностью, хотя венерические болезни могут передаваться и половым путем (в результате тесного, иногда бытового контакта). Название «новой болезни» – сифилис

– с 1530 года сохранилось до наших дней, хотя происхождение этого странного имени так и осталось невыясненным. То ли оно произошло от греческих «сие» (свинья) и «филия» (любовь) – «свинская любовь», то ли от «сифлос» (пятнающий, калечащий) в сочетании с «филия» (любовь) [10].

Цель данной работы: изучить социально-гигиенические аспекты сифилиса в Архангельской области.

Актуальность исследования. Венерические болезни – одна из актуальных социальных проблем современности, характеризующаяся большой распространенностью, тяжестью последствий для больных, влиянием на репродуктивное здоровье населения; сифилис по-прежнему занимает достаточно большой удельный вес среди ИППП (20,9%), являясь наиболее показательной инфекцией социального неблагополучия общества [6].

По статистике ВОЗ, ежегодно во всем мире более 330 млн. мужчин и женщин в возрасте от 15 до 49 лет заболевают инфекциями, передаваемыми половым путем. Можно ожидать, что в развитых странах число заболевших будет возрастать в связи с особенностями сексуального поведения, миграцией населения, из-за часто встречающейся резистентности к лечению, а также кофакторного воздействия на передачу вируса иммунодефицита человека со стороны ИППП.

В 2012 г. показатель заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем на территории Российской Федерации (РФ) составил 267,9 на 100 тыс. населения. Падение уровня заболеваемости по сравнению с 2010 г. составило 21%. На протяжении 2004-2014 гг. в Российской Федерации заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе сифилисом и гонококковой инфекцией, имеет стойкую тенденцию к снижению. В 2014 г. заболеваемость всеми ИППП в Российской Федерации составила 203,4 на 100 000 населения, и за рассматриваемый период в целом снизилась на 64%. Заболеваемость сифилисом за тот же период снизилась на 68%, а заболеваемость гонококковой инфекцией – на 49%, составив 25,5 и 23,9 на 100 000 населения соответственно. Заболеваемость трихомонозом в 2014 г. была зарегистрирована на уровне 71,1 на 100 000 населения, снижение заболеваемости за 2004–2014 гг. составило 72%. Заболеваемость хламидийными инфекциями в 2014 г. составила 46,9 на 100 000 населения.

Архангельская область является территорией риска по сексуально-трансмиссивным заболеваниям. Это связано с некоторыми особенностями региона. Архангельск – один из важнейших портов России, здесь наблюдается высокий уровень концентрации контингентов уголовно-исполнительной системы, а также высокий уровень аборт, разводов и половых преступлений [2, 3, 4, 11, 12].

В ходе нашей работы была проанализирована заболеваемость ИППП в Архангельской области и в Российской Федерации с использованием данных официальной статистики. Заболеваемость сифилисом в Архангельской области в 2009 году составила 69,3, а по России 53,3 (на 100 тыс.нас.) В 2010, 2011 и 2012 году заболеваемость сифилисом в Архангельской области составила 71,8, 53,2 и 46,3 (на 100 тыс.нас.), а в России 44,9, 37,5 и 33,0 (на 100 тыс. нас.) соответственно. В Архангельской области в 2013, 2014 и 2015 году заболеваемость сифилисом составила 39,9, 45,5 и 36,8 (на 100 тыс. нас.) соответственно. А в России в 2013 и 2014 заболеваемость составила 28,9 и 25,5 (на 100 тыс. нас.) соответственно. Можно сделать вывод, что в Архангельской области уровень заболеваемости сифилисом выше уровня заболеваемости в России в целом, тем не менее наблюдается положительная динамика по снижению уровня заболеваемости как в Архангельской области, так и в Российской Федерации в период с 2009 по 2015 год.

Заболеваемость гонококковой инфекцией в Архангельской области значительно превышает общероссийские показатели: в 2012 году она составила 85,3, в России 36,4 (на 100 тыс. нас.), в 2013 – 29,8 и 68,8 соответственно. В 2014 и 2015 годах заболеваемость в Архангельской области составила 59,2 и 41,8, а в Российской Федерации в 2014 году 23,5 (на 100 тыс. нас.)

Заболеваемость трихомонозом в Архангельской области за 2012, 2013 и 2014 года составила: 112,6, 89,7 и 88,4 (на 100 тыс. нас.) соответственно, что не намного отличается от уровня заболеваемости трихомонозом в Российской Федерации: 93,9, 81,9 и 69,9 (на 100 тыс.нас.) в 2012, 2013 и 2014 год соответственно.

Заболеваемость хламидиозом в Архангельской области в 2012, 2013 и 2014 годах составила 117,6, 103,8 и 94,6 (на 100 тыс. нас.), что существенно выше показателей заболеваемости хламидиозом в России: 61,3, 53,0 и 46,1 (на 100 тыс.нас.).

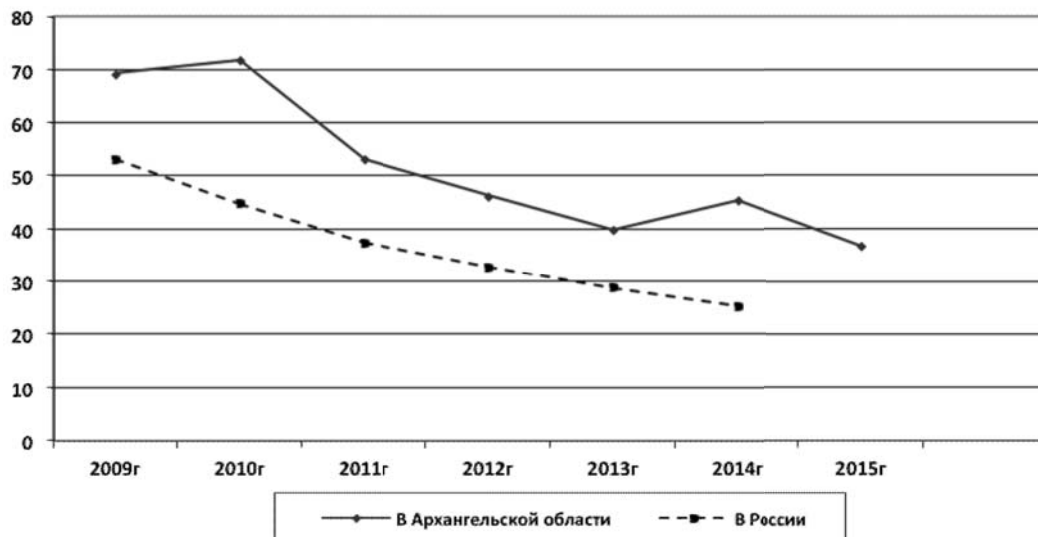


Рис. 1. Заболеваемость сифилисом в Архангельской области и в России в 2009-2014 гг. на 100 тыс. нас.

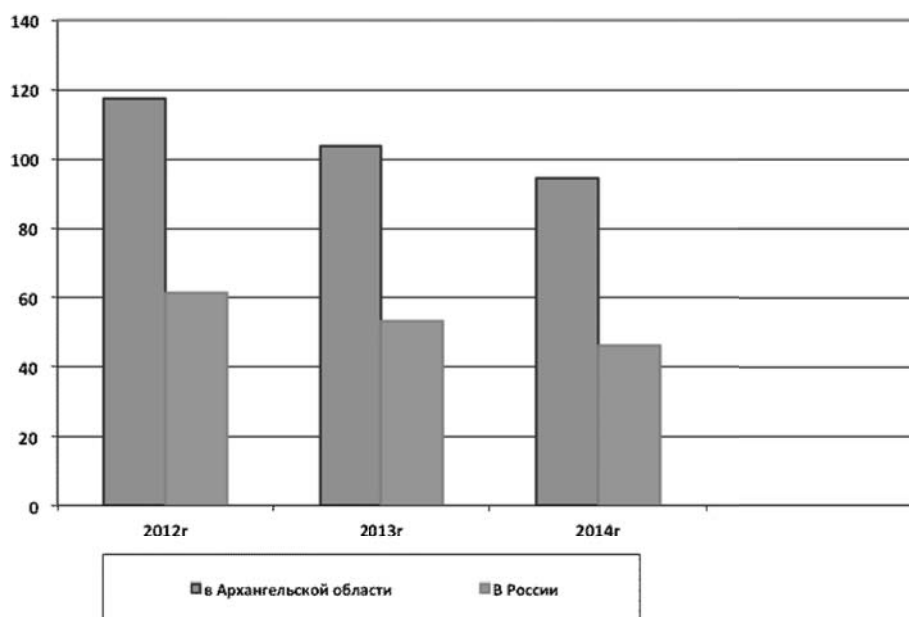


Рис. 2. Заболеваемость хламидиозом в Архангельской области и в России в 2012-2014гг. (на 100 тыс. нас.)

В Архангельской области показатели заболеваемости ИППП выше, чем показатели в Российской Федерации в целом. Тем не менее отмечается снижение заболеваемости ИППП в период с 2009 г. по 2015г.

Также в ходе нашей работы был проведен анализ некоторых социальных характеристик больных сифилисом на базе Архангельского областного клинического кожно-венерологического диспансера (АОККВД). С помощью анкетирования выяснены социальные аспекты, которые могут быть использованы для составления мер профилактики ИППП. Нами было обследовано 100 стационарных больных сифилисом, находящихся на лечении в АОККВД.

По половой структуре обследованные составили: мужчины – 24%, женщины – 76%. Установлено, что наибольший удельный вес больных сифилисом составили молодые лица в возрасте 20-29 лет- 46% (из них 54% мужчин и 44% женщин), 27% в возрасте 30-45 лет (мужчин 30% и женщин 27%)6 до 19 лет- 17% больных сифилисом (8% и 20% соответственно). Незначительный процент больных в возрасте 45 лет и старше- 9% женщин и 8% мужчин.

Удельный вес больных сифилисом, проживающих в городе, составил 71%, из них мужчин- 75% и 70% женщин, сельские жители соответственно- 25 и 30% (рис.3).

В зависимости от образования больные сифилисом распределились следующим образом: среди больных сифилисом преобладали лица, имеющие среднее образование, что составило 56%, из них –

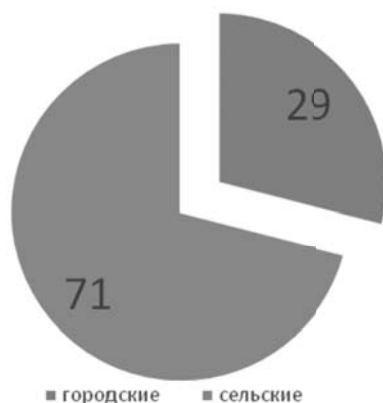


Рис.3. Распределение больных сифилисом по месту жительства (%)

мужчин и женщин по 55%; лица со средним специальным образованием составили 34% в общем, и распределились таким образом – мужчины (37%) и женщины (33%); лица, имеющие высшее образование составили низкий процент- мужчин и женщин по 4%. Также присутствовали лица, имеющие неполное среднее образование – мужчины 4% и женщины 8%. На основании этого можно сделать вывод о том, что лица, больные сифилисом, имеют низкий уровень образования.

Проанализировав социальный статус пациентов, была выявлена следующая закономерность: высокий процент больных (66%) являются безработными, из них мужчин и женщин – 59% и 68% соответственно. Так же присутствуют и лица БОМЖ, но они занимают небольшой процент – мужчины 8% и женщины 2%. Трудоустроены только 22% больных сифилисом (мужчин -25 %, женщин – 21 %).

Мы провели анализ распространения вредных привычек, который показал, что из 100 больных сифилисом 74% курят, из них 92% мужчин и 69% женщин. При этом основная часть курящих приходится на возрастную группу 20-29 лет. Соответственно не курят 8% мужчин и 31 % женщин.

В зависимости от употребления алкогольных напитков пациенты распределились следующим образом: 67% больных сифилисом употребляют алкоголь, причём в больших количествах, из них- 88% мужчин и 61% женщин. На вопрос «очень редко» ответило всего 5% из общего числа больных, из них 4% мужчин и 2% женщин и совсем не употребляют алкоголь 28% больных сифилисом- 37% женщин и только 8% мужчин. (табл.1). Из этого можно сделать вывод, что значительный процент мужчин и женщин, больных сифилисом злоупотребляют алкоголем.

Таблица 1

Распределение больных сифилисом по употреблению алкоголя (%)

Пол	Да	Нет	Очень редко
Мужчины	88	8	4
Женщины	61	37	2

Проанализировав семейное положение, мы видим, что удельный вес состоящих в браке среди больных сифилисом незначительный (21%), не состоят в браке – 79%, причём в эту группу вошли и те, кто никогда не был замужем и женат, а так же те, у кого брак распался в результате развода (15%). Из 100 опрошенных всего 17% мужчин и 22% женщин состоят в браке напротив 83% мужчин и 78% женщин, не состоящих в браке. Из этого можно сделать вывод, что состоящих в браке мужчин и женщин, больных сифилисом, примерно в 4 раза меньше, чем тех, кто в браке не состоит (рис.4).

Так же мы распределили больных сифилисом в зависимости от начала половой жизни. Как видно из таблицы 2 наибольший удельный вес женщин, что составило 48%, начинают половую жизнь в 17-18 лет в отличие от мужчин, чья половая жизнь у большинства начинается в 15-16 лет- 51%. Средний возраст начала половой жизни у мужчин и женщин – 16-17 лет. В возрасте 19-20 лет 14% женщин так же начинают половую жизнь, в отличие от мужчин, у которых начало половой жизни в этом возрасте не отмечается, 10% женщин и лишь 4% мужчин начинают половую жизнь в возрасте 13-14 лет (табл.2). Практически все лица больные сифилисом начали половую жизнь вне брака, что составило 98%.

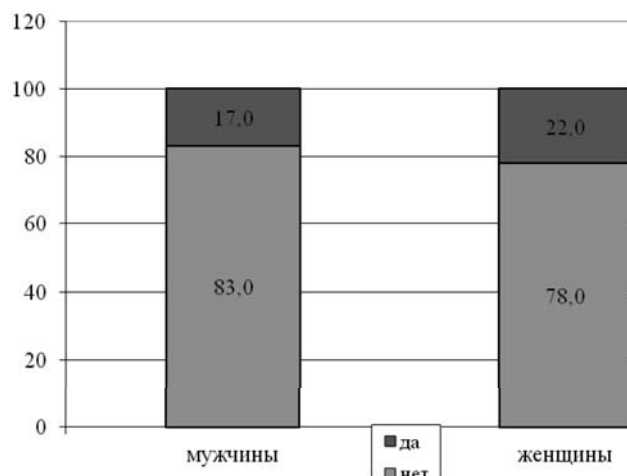


Рис.4. Распределение больных сифилисом по семейному положению в зависимости от пола(%)

Таблица 2

Распределение больных сифилисом мужчин и женщин по возрасту начала половой жизни(%)

Возраст начала половой жизни	Пол	
	Мужчины	Женщины
13–14	4	10
15–16	51	28
17–18	45	48
19–20	–	14
Всего	100,0	100,0

На вопрос о количестве половых партнёров большинство мужчин употребили такие характеристики, как «не помню» и «много», что составило 54% и 29% соответственно, 1 половой партнёр был только у 4% мужчин. Наибольший удельный вес женщин назвали 2 половых партнёра- 40%, у 24% женщин был только 1 половой партнёр. За ответ «не помню» ответило 21% женщин и «много» 15% (рис.5). Всё это говорит о свободных взглядах на сексуальные отношения, наличии большого количества случайных половых связей.

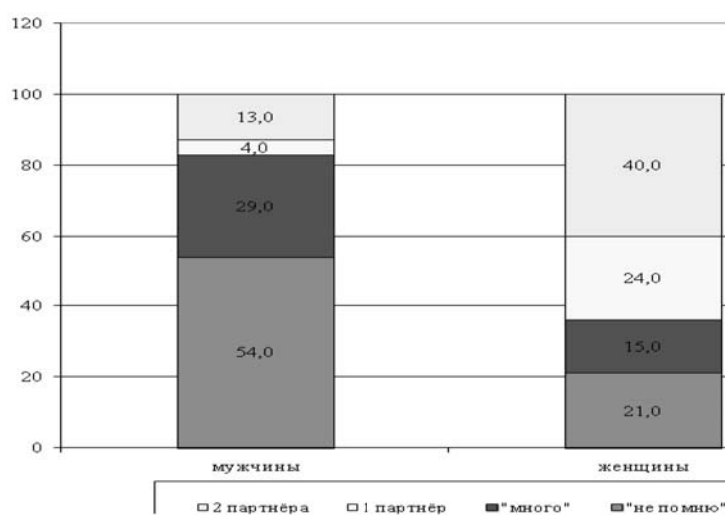


Рис.5 Распределение больных сифилисом по количеству половых партнёров, в зависимости от пола (%)

Исследование показало, что у 74% опрошенных имели место постоянные случайные половые связи (у 92% мужчин и 69% женщин).

У 84% больных сифилисом половой связи предшествовало употребление алкоголя, (83% у мужчин и 85% у женщин). На основании этого можно сделать вывод, что наибольшее число всех половых контактов совершается в нетрезвом состоянии.

На вопрос о знании способов предохранения абсолютное число больных сифилисом ответило утвердительно, но в ходе изучения медицинских карт больных было выяснено, что частота использования средств защиты низкая, и пользуются они ими крайне редко, либо не пользуются совсем.

Рекомендации по профилактике и борьбе с ИППП, предложенные Всемирной Организацией Здравоохранения следующие: пропаганда безопасного сексуального поведения; широкое распространение и доступность презервативов; выявление и лечение ИППП всеми основными службами здравоохранения; высокое качество диагностики и лечения ИППП (лекарства, образование, консультирование, пропаганда презервативов, лечение сексуальных партнеров); пропаганда раннего обращения за медицинской помощью пациентов с ИППП и их партнеров; скрининг «скрытых» заболеваний (например, сифилиса во время беременности, обследование работников объектов питания и т.п.).

Работа по половому воспитанию и сексуальному образованию должна быть комплексной, системной и может быть эффективной только с учетом региональных особенностей [3, 9].

Выводы

1. Архангельская область является территорией риска по ИППП, что привело к высокому уровню данной патологии, с значительным превышением по некоторым нозологическим формам (гонорея, трихомоноз) показателей Российской Федерации

2. В группу социального риска по сифилису вошли: безработные; лица со средним образованием; лица, не состоящие в браке и не стремящиеся к созданию семьи; злоупотребляющие алкоголем; с ранним половым дебютом; с отсутствием стереотипа полового самосохранительного поведения.

3. В решении данной проблемы необходим комплексный подход с участием различных социальных институтов общества, негосударственных организаций и т.д.

Список литературы

1. Абабкова Т.В. Состояние заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём населения Архангельской области и роль медицинских учреждений в её снижении // Вестник дерматологии и венерологии: сб. статей. Архангельск, 2006. Вып.4. С.19-21.

2. Баранов А.Н., Рогозин И.А., Санников А.Л. Социально-гигиенические факторы, формирующие проблему искусственного аборта // Акушерство и гинекология: сб. статей.-Архангельск, 1998. Вып. 6. С. 38-40.

3. Баранов А.Н., Санников А.Л. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы // Врач., 2002. Вып. 3. С.40-41.

4. Баранов А.Н., Банникова Р.В., Санников А.Л. Медико – экологические аспекты физического и полового развития девочек и девушек //Журнал акушерства и женских болезней.,2005. Вып 1. С. 52

5. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Взаимосвязь основных форм девиантного поведения у подростков и молодежи и их влияние на формирование полового поведения у данной возрастной категории [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования: сб. статей. Архангельск, 2012. Вып. 1. Режим доступа: www.science-education.ru/101-5082 (дата обращения: 15.09.16).

6. Захарова М.А. Динамика заболеваемости и социальная характеристика больных венерическими болезнями // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004. №6. С.63-65.

7. Иванов А.Г. Медико – социальные аспекты инфекций, передаваемых половым путём // Российский журнал кожных и венерических болезней: Журнал. Архангельск, 2004. №1. С.55-57.

8. Иванова М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях модернизации здравоохранения: автореф. дис. докт. мед. наук. // Москва, 2007. 40с .

9. Особенности образа жизни и выработки самосохранительного поведения подростков и молодежи / Потехина Н.Н. [и др.] // Экология человека. 2009. № 8. С. 61-64.

10. Рохлин Д. Г., Рубашева А. Е. Новые данные о древности сифилиса // Вестник дерматологии и венерологии: Журнал. Москва,1997. № 3. С.32-40.

11. Санников А.Л. Здоровье и социальная защищенность осужденных // Рос. мед. журнал: Журнал. Архангельск, 1998. № 5. С. 10-12.

12. Санников А.Л. Социально-гигиенические проблемы туберкулеза в уголовно-исполнительной системе // Проб. туб. 1998. №4. С.7-10.

Сведения об авторах

Файзулин Рашид Анварович – асс. каф. кожных и венерических болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государ-

ственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Дубровин Михаил Сергеевич – студент 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тел.89522519119

Летовальцева Карина Сергеевна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тел.89210858847

Мирзоева Набат Арзу кызы – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тел. 89522512413

Молкубаева Юлия Зарлыкановна – студентка 5 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тел.89523023422

Санников Анатолий Леонидович – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Химов С.Н., Рочева Е.С.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мордовский Э.А.

УРОВЕНЬ РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Аннотация: граждане России в новых экономических условиях чаще вынуждены прибегать к покупке лекарственных средств за свой счет. В статье представлена количественная оценка факторов, обуславливающих наличие расходов на лекарственные препараты у пациентов отделений терапевтического профиля больничных медицинских организаций Европейского Севера России.

Ключевые слова: медицинская помощь; лекарственные препараты; расходы населения.

Актуальность. Рост величины расходов населения на лекарственные средства (ЛС) часто не обусловлен объективными причинами (состоянием здоровья); в ряде случаев является нарушением прав граждан, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, и, в целом, усиливает социальную напряженность [1,2,3].

Цель: выявить факторы, ассоциированные с наличием расходов на лекарственные препараты у пациентов отделений терапевтического профиля больничных медицинских организаций Европейского Севера России.

Материалы и методы

В июне – августе 2015 года в больничных медицинских организациях (МО) Европейского Севера России (Архангельской, Вологодской областей и Республики Коми) было проведено социологическое исследование методом анкетирования среди 564 пациентов терапевтических отделений. Использовалась оригинальная авторская анкета, которая состояла из 64 вопросов. Оформленное информированное согласие явилось критерием участия в исследовании. Количественные данные были представлены в виде медианы, 1 и 3 квартилей (Q1, Q3); их анализ выполнен с использованием непараметрических критериев Краскелла-Уоллиса и Манна-Уитни. Для выявления предикторов, статистически значимо связанных с величиной расходов на ЛС, был проведен множественный линейный регрессионный анализ. Переменные включены в модель методом backward elimination. Достоверными считались отличия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 13.

Результаты

Большинство пациентов терапевтических отделений (92,2%) указали в анкетах, что имели расходы на лекарственные препараты в течение года, предшествовавшего данному исследованию. Полученные данные свидетельствуют о том, что величина расходов пациентов на лекарственные препараты зависела от пола, возраста, брачного статуса и места проживания респондентов (табл. 1).

Таблица 1

Величина расходов на лекарственные препараты пациентов отделений терапевтического профиля в зависимости от социально-демографических предикторов

Предикторы		Величина расходов (руб. / мес.)	Статистика
Пол	мужской	1500,0 (550,0; 2500,0)	p < 0,001
	женский	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
Возраст	до 30 лет	500,0 (37,50; 1000,0)	p < 0,001
	30-39 лет	1000,0 (450,0; 2000,0)	
	40-49 лет	1000,0 (550,0; 2000,0)	
	50-59 лет	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
	более 60 лет	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
Брачный статус	одинокие	1500,0 (700,0; 3000,0)	p < 0,001
	не одинокие	2000,0 (1425,0; 3500,0)	
Место проживания	село	1500,0 (700,0; 2500,0)	p = 0,050
	город	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
Уровень образования	среднее общее	2000,0 (712,50; 3000,0)	p = 0,490
	среднее специальное	1800,0 (1000,0; 3000,0)	
	высшее	1500,0 (1000,0; 3000,0)	

Уровень образования респондента, вопреки ожиданиям авторов, не влиял на уровень расходов на лекарственные препараты (p = 0,490). Величина расходов пациентов на лекарственные препараты в зависимости от характеристик здоровья представлена в таблице 2.

Таблица 2

Величина расходов на лекарственные препараты пациентов отделений терапевтического профиля в зависимости от самооценки состояния здоровья и некоторых особенностей самосохранительного поведения

Предикторы		Величина расходов (руб. / мес.)	Статистика
Самолечение	Да	2000,0 (1000,0; 3000,0)	p < 0,001
	Нет	1500,0 (700,0; 3000,0)	
Самооценка уровня здоровья	Хорошее	1000,0 (500,0; 2750,0)	p < 0,001
	Удовлетворительное	1600,0 (1000,0; 3000,0)	
	Плохое	2000,0 (1000,0; 4000,0)	
	Очень плохое	1500,0 (0,0; 3000,0)	
Диспансерный учет	Не состоит	1000,0 (500,0; 2250,0)	p < 0,001
	Состоит	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
Частота посещения поликлиники	1-3 раза в год	1000,0 (500,0; 2000,0)	p < 0,001
	4-6 раз в год	2000,0 (1000,0; 3000,0)	
	7 и > раз в год	3000,0 (1000,0; 4000,0)	

Результаты свидетельствуют о наличии статистически значимой взаимосвязи между величиной расходов респондентов на лекарственные препараты и всеми перечисленными факторами, относящимися к самооценке состояния здоровья пациентов и некоторыми особенностями их самосохранительного поведения.

Результаты множественного линейного регрессионного анализа свидетельствуют о том, что уровень дополнительных расходов на лекарственные препараты пациента ассоциирован с предикторами, относящимися к его демографическому статусу (пол, возраст) и некоторым характеристикам его самосохранительного поведения (наличие практики самолечения, частота посещения поликлиники), а также к его собственной оценке состояния здоровья (табл. 3).

Величина расходов на лекарственные препараты у пациентов отделений терапевтического профиля в зависимости от социально – демографических и медицинских факторов, в руб.

Предиктор	Нескорректированные результаты			Скорректированные результаты*		
Демографические предикторы						
	B	p	95% ДИ	B	p	95% ДИ
Возраст, лет	46,690	0,0006	34,239; 59,142	44,030	0,0001	31,486; 56,575
Пол мужчины	-659,109	0,0003	-1021,342; -296,875	-467,726	0,009	-820,412; -115,040
Социальные предикторы						
Место проживания город	398,499	0,163	-162,550; 959,549	372,759	0,161	-148,763; 894,281
Брачный статус одинокие	-782,416	0,001	-1234,084; -330,748	-16,510	0,947	-508,216; 475,196
Уровень образования высшее vs. прочее	-135,516	0,535	-564,015; 293,982	85,106	0,691	-335,329; 505,542
среднее специальное vs прочее	-0,792	0,997	-369,944; 368,360	-32,910	0,854	-384,752; 318,931
среднее общее vs прочее	108,337	0,652	-363,683; 580,358	-84,982	0,713	-538,684; 368,719
Медицинские предикторы						
Самолечение есть	607,135	0,002	216,631; 997,639	493,384	0,011	114,677; 872,091
Самооценка уровня здоровья хорошее vs прочее	-548,602	0,041	-1073,761; -23,443	-56,079	0,831	-571,731; 459,573
удовлетворительное vs прочее	-328,822	0,084	-701,946; 44,303	-361,456	0,045	-715,569; -7,342
плохое vs прочее	805,671	0,0002	380,279; 1231,063	559,279	0,008	147,236; 971,322
очень плохое vs прочее	-508,471	0,530	-2097,350; 1080,409	-719,861	0,348	-2226,004; 786,282
Диспансерный учет по поводу основного заболевания состоит	775,613	0,0001	424,970; 1126,256	407,038	0,026	50,033; 764,043
Частота посещения поликлиники						
	-885,283	0,0001	-1243,969; -526,596	-442,452	0,021	-817,890; -67,014
1-3 раза\год	442,537	0,032	37,562; 847,512	123,732	0,540	-272,586; 520,050
4-6 раз\год	834,055	0,0003	374,893; 1293,217	481,365	0,037	29,438; 933,292
7 и более раз\год						

Примечание: * – в модель множественного линейного регрессионного анализа в качестве базовых предикторов включены пол, возраст и место проживания респондента (переменные включены в модель методом backward elimination).

Выводы:

1. Более высокие расходы пациентов отделений терапевтического профиля на лекарственные препараты ассоциированы с женским полом, проживанием в браке. Уровень образования не влиял на величину расходов на лекарственные препараты у данных пациентов.

2. Практика самолечения у пациентов отделений терапевтического профиля, диспансерный учет

по поводу основного заболевания в поликлинике и более высокая частота посещения поликлиники ассоциированы с более высокой величиной расходов на лекарственные препараты.

3. При контроле пола, возраста и места проживания в группе пациентов отделений терапевтического профиля на величину расходов на медикаменты оказывают влияние самооценка состояния здоровья, частота посещения поликлиники, факт нахождения под диспансерным наблюдением по поводу основного заболевания в поликлинике и практика самолечения.

Список литературы

1. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Расходы населения на лекарственные препараты и медицинские услуги и факторы, их обуславливающие // Социальные аспекты здоровья. 2014. № 1(35). [Электронный ресурс]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/542/30/lang,ru/> (дата обращения: 15.03.2016).

2. Светличная Т.Г., Цыганова О.А. Социальные контуры экономического положения провинциального потребителя медицинских услуг // Социология медицины. 2010. №1(16). С.37 – 41.

3. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ. Архангельск, Изд-во СГМУ. 2011. 185 с.

Сведения об авторах:

Химов Сергей Николаевич – студент 6 курса, лечебного факультета, 7 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, 8-911-674-57-19, электронный адрес: sergunya000@yandex.ru

Рочева Елена Сергеевна – студентка 6 курса, лечебного факультета, 5 группы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Телефон: 8-911-585-23-01

Электронный адрес: lenka.ro4eva.2013@yandex.ru

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Шабалина В.В.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Варакина Ж.Л.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ, ИМЕЮЩИМИ АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Резюме

Изучены социально-психологические характеристики подростков, имеющих агрессивное поведение; даны рекомендации по оптимизации социально-профилактической работы с данной группой подростков на базе МБОУ «Средняя школа № 51 им. Ф.А. Абрамова» г. Архангельска.

Ключевые слова: подростки, агрессивное поведение, социально-профилактическая работа.

Введение

Одной из значимых социальных проблем современного российского общества является рост девиантного поведения у несовершеннолетних. Это связано с тем, что современная ситуация развития общества испытывает существенные трансформации в аспекте системы ценностей, идеалов, образцов поведения, нравственности. Все это ведет к неопределенности жизненных перспектив у подрастающего поколения, искажениям в нравственном поведении. Как следствие, в обществе возникает напряженность, растет число нарушений поведения, в том числе, и правонарушений, что особенно выражено среди несовершеннолетних [2, 3, 6,8,9].

В исследованиях многократно указывалось на необходимость воспитательной, профилактической работы с подростками, имеющими тенденции формирования правонарушительного поведения.

При этом авторами отмечается, что успешная профилактика возможна лишь в случае концентрации внимания на личности несовершеннолетнего, его индивидуальных социальных и психологических особенностях, так как именно личность представляет собой основное и важное звено механизма формирования преступного поведения [1; 11].

Среди личностных характеристик, имеющих определяющее значение при формировании правонарушительного поведения, исследователи отмечают агрессивное поведение, являющееся следствием неправильного семейного и школьного воспитания, личностных особенностей, нарушенной социализации ребенка и подростка [5; 7; 10].

Несмотря на достаточно высокий интерес к проблеме агрессивного поведения подростков, обобщенность факторов и механизмов его формирования, форм проявления, продолжается активный поиск возможностей коррекционной и профилактической работы по преодолению этого нарушения поведения. По мнению В.М. Мельникова (2013), преодоление проблемы агрессивного поведения возможна при активности социума, отдельных личностей, которые работают с подростками, организации профилактической деятельности. Эффективность социально-профилактической работы с подростками с агрессивным поведением объясняется тем, что этот вид помощи предполагает выявление причин и условий, ставших причиной отклонений в поведении социальных объектов, предупреждение и уменьшение возможности появления отклонений с помощью комплекса мероприятий. В силу своей эффективности по предупреждению числа случаев социального неблагополучия, социально-профилактическая деятельность является приоритетным направлением социальной работы. Способы и приемы профилактики агрессивного поведения не приведут к положительным изменениям, если они будут иметь разовый характер, поэтому наиболее эффективным является технологичный подход [4; 12].

При значительном количестве социально-психологических программ работа с агрессивными подростками, не всегда достигается успеха. Это может быть связано с тем, что не привлекаются технологии социально-профилактической работы, направленные как на самого подростка, так и на его ближайшее окружение.

Цель исследования: изучить социально-психологические характеристики подростков, имеющих агрессивное поведение, для научного обоснования и оптимизации социально-профилактической работы на базе МБОУ «Средняя школа № 51 им. Ф.А. Абрамова» г. Архангельска.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе МБОУ «Средняя школа № 51 им. Ф.А. Абрамова» г. Архангельска. В исследовании приняли участие учащиеся старших классов в возрасте от 15 до 17 лет. Количество респондентов составило 102 человека. Инструментарием исследования явились структурированная анкета и психологические тесты («Шкала враждебности» Кука-Медлей, Фрейбургская анкета и методика диагностики степени готовности к риску Шуберга). Анкета включала 54 вопроса. Учитывая, что социальными аспектами агрессивности подростков являются условия семейного воспитания, самочувствие в школе, характеристика взаимодействия со сверстниками, наличие вредных привычек, в анкете были выделены следующие блоки: паспортная часть, особенности семейного воспитания, взаимоотношение с учителями и со сверстниками, особенности характера, проведение свободного времени.

Результаты и их обсуждение:

Первым этапом анализа явилось разделение подростков по уровню агрессивности (по результатам методики «Шкала враждебности» Кука-Медлей). К подросткам с агрессивностью были отнесены те, у кого показатель по шкале агрессивности соответствовал высокому или среднему с тенденцией к высокому (рис. 1).

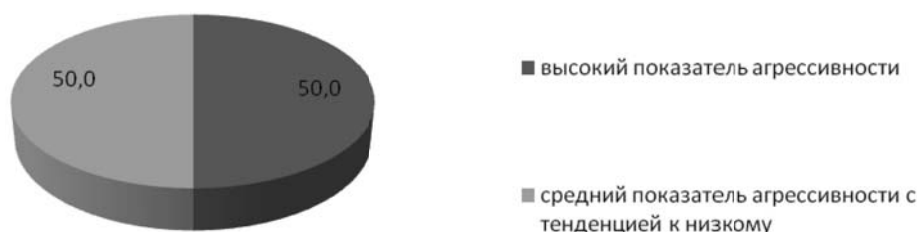


Рис. 1. Структура подростков по уровню агрессивности, %

На основании этих результатов подростки были разделены на две группы: с высокими показателями агрессивности и со средними показателями агрессивности с тенденцией к низкому. Далее результаты диагностики социально-психологических особенностей представлены у подростков двух групп в сравнении.

Группу подростков со средними показателями агрессивности, составили 33,3% юношей и 66,7% девушек. В группе подростков с высокими показателями агрессивности было одинаковое число юношей и девушек (50,0 и 50,0%), что свидетельствует о том, что в подростковом возрасте агрессивность не определяется принадлежностью к полу и может являться проблемой, встречающейся у подростков обоего пола. Изучение социально-психологических характеристик семей подростков показало, что по структуре преобладающее число семей, в которых воспитываются подростки – это полные семьи с обоими кровными родителями или в которых один из родителей отчим / мачеха. Семьи агрессивных и неагрессивных подростков отличаются по показателю курения табака обоими родителями. В семьях подростков с высокими показателями агрессивности доля некурящих родителей ниже, чем в семьях подростков со средними показателями агрессивности (отцы – 37,3%, матери – 39,2%).

Подростки обеих групп одинаково оценивали психологическое благополучие своих семей, преобладали положительные оценки: благополучие, наличие ссор и скандалов только по веским причинам отметили 51,0% подростков без агрессивности и 60,8% подростков с агрессивностью; полное благополучие без ссор и скандалов оценили по 19,0% подростков обеих групп (рис. 2).

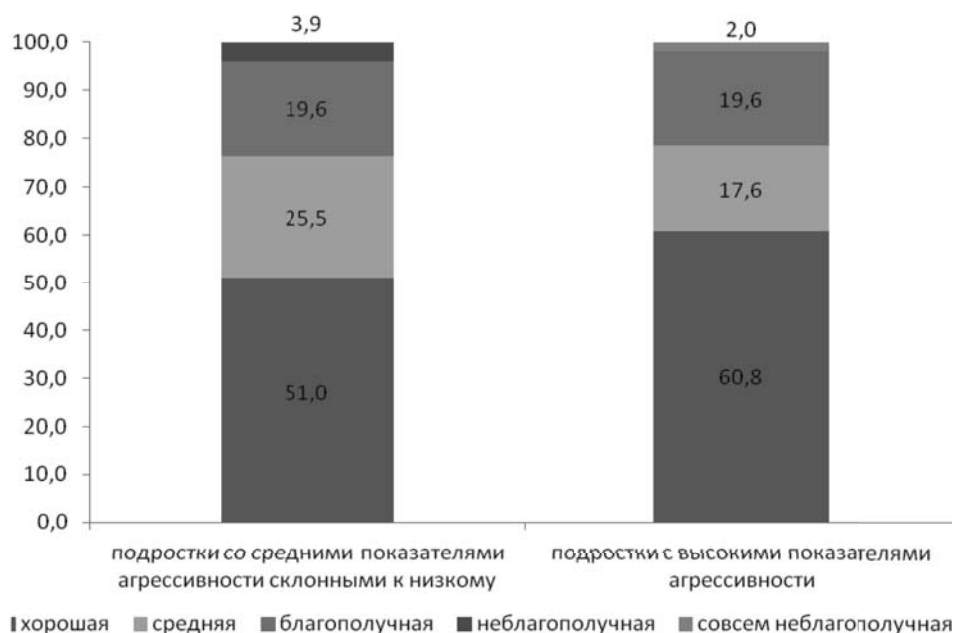


Рис. 2. Структура семей подростков по психологическому благополучию, %

Психологическое неблагополучие, по оценкам подростков, было выявлено в незначительном числе семей. Полное неблагополучие, постоянные ссоры и скандалы отметили только подростки с высокими показателями агрессивности (2,0%). Частые ссоры и скандалы были отмечены только подростками со средними показателями агрессивности с тенденцией к низкому (3,9%). Среднее благополучие, редкие ссоры и скандалы были отмечены 25,5% подростками со средними показателями с тенденцией к низкому и 17,6% подростками с высокими показателями агрессивности.

Поведение подростков, как с высокими, так и со средними показателями агрессивности, в случае скандалов взрослых членов семьи, является одинаковым. Преобладающими стратегиями поведения в случае скандалов взрослых у подростков являются равнодушие, так как их это не касается (43,2% подростков со средними и 33,3% подростков с высокими показателями), или попытки вступить в спор, занять чью-то сторону (33,3% подростков со средними и 51,0% подростков с высокими показателями). Некоторые подростки избегают присутствия при скандалах взрослых, так как боятся, что будут задействованы в этот скандал (23,5% и 15,7% соответственно).

О взаимоотношениях родителей и детей, а так же о психологическом благополучии в семье и ее воспитательном потенциале можно судить о показателях наказаний детей в семьях. Известно, что жестокое обращение в семье с ребенком является одной из причин развития агрессивности. В по-

ловине семей подростков, как со средними показателями агрессивности, так и с высокими, используются наказания со стороны родителей. Более наглядные представления о влиянии наказаний на воспитание детей дают характеристики наказательных мер, которые используются в семьях (табл. 1).

Таблица 1

Структура способов наказаний подростков в семьях (абс., %)

Способы наказаний	Подростки с высокими показателями агрессивности		Подростки со средними показателями агрессивности с тенденцией к низкому	
	абс.	%	абс.	%
не покупают то, что обещали	11	21,6	9	19,6
не дают денег	14	26,5	9	19,6
перестают разговаривать	8	15,7	5	13,8
запрещают общаться с друзьями	8	15,7	5	13,8
запрещают смотреть телевизор, играть в компьютер	7	10,7	10	25,2
другое	5	9,8	4	9,0
Итого	51	100,0	51	100,0

На этот вопрос можно было отметить все способы наказания, которые используются в семьях. Никто из подростков не отметил, что в отношении них используют физическое наказание. Наиболее распространенными способами наказания подростков в семьях являются отказ от обещанных покупок, уменьшение карманных денег. Эти меры наказания несколько чаще применяются в отношении подростков со средними показателями. Прекращение общения и запрет общаться с друзьями одинаково часто встречается в семьях подростков обеих групп. Запрет смотреть телевизор, играть в компьютер несколько чаще как метод наказания используется в семьях неагрессивных подростков. Подростки со средними показателями агрессивности так же отметили другие способы наказания, к которым отнесли запрет занятий спортом или посещение концертов, клубов.

Таким образом, структура методов наказаний в семьях подростков обеих групп является примерно одинаковой. Основными способами наказания являются лишение чего-либо (материальных благ, развлечений и т.д.).

Также были проанализированы причины наказаний подростков родителями, что позволило оценить их адекватность и составить некоторое представление о поведении подростков и воспитательных особенностях семей (табл. 2).

Таблица 2

Структура причин наказаний подростков в семьях (абс.,%)

Причины наказаний	Подростки с высокими показателями агрессивности		Подростки со средними показателями агрессивности с тенденцией к низкому	
	абс.	%	абс.	%
невыполнение домашних обязанностей	10	19,6	16	31,4
плохое поведение в школе	3	5,9	2	3,9
плохая успеваемость	18	35,3	16	31,4
что-то сломал, испортил	2	3,9	4	7,8
не объясняют	3	5,9	3	5,9
другое	15	29,4	10	19,6
Итого	51	100,0	51	100,0

Основными причинами наказания подростков в семьях являются невыполнение домашних обязанностей (выше доля в семьях подростков с высокими показателями агрессивности), плохая успеваемость, другие причины. Среди других причин подростки отмечали такие, как опоздание домой с прогулки, употребление алкоголя. Таким образом, структура причин наказаний в семьях подростков с высокими показателями агрессивности от подростков со средними показателями агрессивности не отличается. Родители требовательны к выполнению домашних обязанностей и хорошей успеваемости детей. При этом поведение детей в школе родителей не интересует в достаточной мере. Значительны случаи наказаний за употребление подростками алкогольных напитков, что свидетельствует о том, что родители следят за тем, чтобы у подростков не было вредных привычек и борются с этим в семье.

Благополучие в школе определяется отношением учителей к подростку. Преобладающее большинство подростков обеих групп считает, что учителя относятся к ним спокойно (80,4% со средними и 70,6% с высокими показателями). Некоторые подростки отметили уважительное отношение со стороны учителей (5,9% и 13,7% соответственно).

Структура представлений о факторах, определяющих отношение учителей к подросткам, несколько отличается среди групп. Если у подростков со средними показателями агрессивности присутствуют такие факторы, как участие во внеклассных мероприятиях и характер, то подростки с высокими показателями эти факторы не отмечали. Это может свидетельствовать о том, что учителя даже в случае выраженных агрессивных качеств в личности подростка могут найти с ним общий язык.

Основными факторами, которые, по мнению подростков обеих групп, определяют отношение к ним учителей, является поведение в школе (23,5% подростков со средними и 29,4% подростков с высокими показателями агрессивности), знание предмета (45,1% и 51,0%) и ответственность, старательность (23,5% и 29,4% соответственно).

Были изучены итоги происходящих конфликтов в школе. Подростки с высокими показателями агрессивности реже прибегают к конструктивным способам решения конфликтов (37,3%). В некоторых случаях подростки отмечали негативные последствия конфликтов с учителями, которые могут привести к дальнейшему нарушению поведения подростков.

Уважение к своим друзьям высказали 25,5% подростков со средними показателями агрессивности и 17,6% агрессивных подростков; потребность быть с друзьями часто, так как скучают без них, выявлена у 33,3% неагрессивных и 45,1% агрессивных подростков. Предпочитаемыми стратегиями поведения в конфликте у подростков обеих групп являются вербальные проявления (применяют 76,5% подростков с высокими и 62,7% со средними показателями агрессивности), споры с целью поиска общего решения (64,7% и 52,9% соответственно). Отличиями стратегий поведения в конфликтах является то, что подростки со средними показателями агрессивности чаще прибегают к спору для нахождения общего решения как к основному способу решения конфликтов.

Основными способами проявления агрессии у подростков обеих групп является вербальная агрессия (крик, обзывание). К этому способу прибегают 47,1% подростков со средними и 49,1% с высокими показателями. К нанесению физического вреда к источнику причины агрессии прибегают 13,7% и 19,6% подростков соответственно. Основным способом преодоления агрессии для подростков обеих групп является сдерживание.

Среди подростков обеих групп большинство не курят и не употребляют алкоголь. Иногда употребляют алкоголь 31,3% подростков со средними и 33,3% с высокими показателями агрессивности, иногда курят 19,6% подростков с высокими и 17,7% подростков со средними показателями агрессивности. Некоторые подростки уже имеют сформированную привычку курения табака (9,8% и 11,8% соответственно). Причины курения и употребления алкоголя подростками различны.



Рис. 3. Распределение подростков по причинам курения и употребления алкоголя, %

Для подростков с высокими показателями агрессивности частой причиной является снятие стресса и агрессии (13,7%), для подростков со средними показателями агрессивности – праздники (13,7%). В целом, распределение причин употребления алкоголя и курения у подростков двух групп не отличается (рис. 3).

Кроме этого, определенные подростки состоят на внутришкольном учете. Основной причиной постановки на внутришкольный учет являлись нарушения школьной дисциплины. Среди подростков есть те, кто посещает занятия у психолога, который также проводит и профориентационные тренинги. Несколько больше подростков посещают занятия у социального педагога. Подростки с высокими показателями агрессивности в наибольшем удельном весе посещают занятия у социального педагога (21,6%), чем подростки со средними показателями агрессивности (7,9%). При этом если подростки со средними показателями агрессивности посещают индивидуальные консультации (2,0%) или тренинги (5,9%), то подростки с высокими показателями агрессивности посещают индивидуальные консультации (13,7%), тренинги (2,0%), а так же групповые занятия (5,9%).

Желание посещать занятия специалистов по преодолению агрессии и формированию навыков совладания с собой высказали только 13,7% подростков со средними и 19,6% подростков с высокими показателями агрессивности.

Результаты психологического тестирования показали, что у всех подростков есть склонность к рискованному поведению. При этом средние показатели склонности к риску в обеих группах подростков соответствуют высокому уровню. Готовность к риску не всегда обозначает отрицательную черту характера, так как она связана с мотивацией к избеганию неудач: чем выше склонность к риску, тем ниже страх неудачи. Напротив, при высоком страхе неудачи, готовность к риску низкая. Наличие высоких показателей готовности к риску у подростков объясняется тем, что это качество завышено в подростковом возрасте, с возрастом оно снижается. Снижение готовности к риску происходит по причине совершенных человеком ошибок, которые привели к неудачам. У подростков с высокими показателями агрессивности показатели несколько выше, то есть, они более готовы к проявлению реакций в ситуациях, сопряженных с неопределенностью, опасностью для жизни, требующих нарушения установленных норм, правил.

Показатели цинизма и враждебности у подростков с высокими показателями агрессивности значительно выше: у подростков со средними показателями агрессивности соответствуют средним с тенденцией к низкому (38,6 баллов), а у подростков с агрессивностью – средним показателям с тенденцией к высокому (51,5 баллов). Отсюда следует, что для агрессивных подростков более свойственно проявление отрицания или презрительного отношения к общепринятым человеческим ценностям, тщеславность, необязательность, несдержанность, беспринципность, жестокость, отчужденность, безразличие, внутренняя напряженность и скептицизм.

Показатели по шкале враждебность также выше у подростков с высокими показателями агрессивности и соответствуют среднему уровню (у подростков со средними показателями агрессивности – среднему уровню с тенденцией к низкому). Отсюда следует, что для подростков с агрессивностью более свойственно длительное, устойчивое негативное отношение или система оценок, применяемая к окружающим людям, предметам и явлениям. Враждебность обусловлена пребыванием человека в длительном конфликте.

На основании проведенного исследования разработаны рекомендации по оптимизации организации социально-профилактической работы с подростками, имеющими агрессивное поведение на базе МБОУ «Средняя школа № 51 им. Ф.А. Абрамова» г. Архангельска.

Настоящие рекомендации построены на предположении о том, что агрессивность является не только психологической, но и социальной проблемой. Во-первых, ее возникновение зависит от социальных факторов, во-вторых, она препятствует успешной социализации подростка. Социально-профилактическая работа должна быть направлена на все окружение подростка (родители подростка, учителя, сверстники). Соответственно, в результате проведенного исследования были разработаны мероприятия социально-профилактической работы, включающей не только самих подростков, но и их социальное окружение.

Предлагается использование комплекса тренинговых занятий для социально-профилактической работы с агрессивными подростками. В соответствии с выделенными проблемами у подростков с агрессивностью и поставленными задачами были выделены блоки тренингов (схема 1).



Схема 1. Блоки социально-профилактического тренинга с агрессивными подростками

Рекомендуемые блоки социально-профилактического тренинга:

- введение (лекция о понятии и причинах агрессивного поведения; определение подростками у себя признаков агрессивного поведения; обсуждение причин агрессивного поведения и его последствий);

- выработка устойчивого отрицания к формированию вредных привычек (проблемная лекция о вредных привычках; обсуждение причин формирования вредных привычек; беседа «Я бы хотел попробовать...»); разговор подростков с родителями; формирование навыков поведения, отвергающего предложения попробовать курить или выпить алкоголь);

- формирование способов конструктивного решения конфликтов (проблемная лекция «Все о конфликте»; психологическое тестирование «Насколько я конфликтен»; беседа «Мешает ли мне моя конфликтность»; обыгрывание проблемных ситуаций: «Как мою конфликтность воспринимают другие», «Как себя вести»; обучение продуктивному решению конфликтных ситуаций);

- снижение цинизма и враждебности (психологический тренинг);

- завершение (беседа «Что изменилось во мне во время занятий»).

Каждый блок может быть реализован как отдельный тренинг, то есть, в нем могут участвовать не все подростки с агрессивностью, а только те, для кого решаемые в блоке проблемы являются выраженными. Например, если подросток проявляет интерес к курению табака или употреблению алкоголя, но при этом еще не имеет сформированной привычки, при этом у него низкая враждебность и цинизм, сформированы устойчивые способы конструктивного решения конфликтов, он может участвовать только в первом блоке тренинга. Еще при таком построении тренинга есть возможность включать в них подростков, не имеющих агрессивное поведение, именно в занятия тех блоков, которые нужны конкретному подростку. Таким образом, каждый блок тренинга является определенным модулем, направленным на решение конкретных социально-профилактических задач. Такая организация тренинга позволяет включаться в него подросткам на разных этапах в зависимости от имеющихся проблем. Социальное окружение, которое может быть включено в тренинговую работу, хотя и является ограниченным, но представлено основными участниками социализации подростка: родители и другие члены семьи, одноклассники, педагоги и специалисты школы.

Ожидаемые результаты и, соответственно, критерии успешности тренинга определяются сформированностью соответствующих знаний, умений и навыков (табл. 3).

Таким образом, в результате социально-профилактической работы с агрессивными подростками у них должны быть сформированы знания, умения и навыки отрицательного отношения к формированию вредных привычек, конструктивного решения конфликтов, принятия общественных норм. Достижение этих результатов возможно в ходе проведения тренинговых занятий соответствующей направленности.

Таблица 3

Алгоритм социально-профилактической работы с агрессивными подростками

Задача	Знания	Умения	Навыки
Формирование устойчивого отрицания к формированию вредных привычек	Пагубное воздействие вредных привычек на организм	Умеет отказаться от предложений попробовать табак, алкоголь. Умеет справиться с желанием курить или выпить алкоголь другими приемлемыми способами	Навыки здорового образа жизни без вредных привычек
Формирование способов конструктивного решения конфликтов	Имеет представление о социально-психологической сущности конфликта	Умеет распознавать конфликт, выбирать стратегии продуктивного решения конфликтов, адекватного поведения во время конфликтов	Навыки бесконфликтного общения при умении отстаивать свою точку зрения адекватными способами
Снижение цинизма как характеристики непринятия общественных норм и враждебности	Имеет представление о цинизме и враждебности как явлениях агрессивности	Умеет распознавать у себя признаки цинизма и враждебности, преодолевать их с помощью приемов психорелаксации	Навыки уважительного открытого отношения с окружающими

Выводы

1. Оценен социально-психологический статус подростков, имеющих агрессивное поведение. Подростки с высокими показателями агрессивности отличаются от подростков со средними по следующим социально-психологическим характеристикам: большая доля курящих родителей; реже прибегают к конструктивным способам решения конфликтов; не рассматривают себя как объект злости, в наибольшем удельном весе злятся на близких людей; у них более выражены цинизм и враждебность.

2. Проанализированы технологии социально-профилактической работы с подростками, имеющими агрессивное поведение на базе МБОУ «Средняя школа № 51» г. Архангельска: социально-культурные мероприятия, походы в музеи, психологические тестирования, дискуссии, консультирование.

3. Разработаны рекомендации по оптимизации организации социально-профилактической работы с подростками, имеющими агрессивное поведение на базе МБОУ «Средняя школа № 51 им. Ф.А. Абрамова» г. Архангельска. Основной формой социально-профилактической работы с агрессивными подростками должны стать тренинги, которые направлены на выработку устойчивого поведения к отрицанию вредных привычек; формирование способов конструктивного решения конфликтов; снижение цинизма, как характеристики неприятия общественных норм и враждебности.

Список литературы

1. Артамонова А.А. Агрессивное поведение подростков как предпосылка правонарушений // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия Право. 2009. № 1 (5). С. 53–58.
2. Варакина Ж.Л., Вязьмин А.М., Санников А.Л. Особенности проявления суицидального поведения в Архангельской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №1. С.14-17.
3. Варакина Ж.Л., Санников А.Л. Оценка риска аутоагрессивного поведения как фактора, определяющего здоровье человека // Образование и здоровье. Экономические, медицинские и социальные проблемы: материалы II Международной научно-практической конференции. Пенза, 2007. С.23-25.
4. Виноградова Н.С., Заенчк В.М. Гендерный подход к профилактике агрессивного поведения подростков // Гуманитарные ведомости ТПГУ им. Л.Н. Толстого. 2013. № 3 (7). С. 62–65.

5. Дубинин С.Н. Агрессивное поведение у детей и подростков как одна из форм девиантного поведения // Сибирский педагогический журнал. 2011. № 5. С. 98–116.
6. Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Воздействие компьютерных технологий на здоровый образ жизни подрастающего поколения // Экология человека. 2012. № 5. С. 14-19.
7. Кузнецова С.О. Психологические особенности агрессивности в подростковом возрасте // Вестник славянских культур. 2010. Т. 18, № 4. С. 84–90.
8. Мельников В.М. Агрессивность в контексте психологической науки // Вестник Бурятского государственного университета. 2013. № 2. С. 184–187.
9. Санников А.Л., Варакина Ж.Л. Социально-демографическая детерминированность самоубийств на Европейском Севере // Экология человека. 2002. №2. С.40-41.
10. Сербина Л.Ф. Особенности агрессивного поведения подростков // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2011. Т. 5, № 4 С. 98–106.
11. Цыренов В.Ц. Агрессивное поведение молодежи как социально-педагогическая проблема // Вестник Бурятского государственного университета. 2010. № 1. С. 49–53.
12. Чуносков М.А. Социально-педагогическая технология профилактики деликветного поведения несовершеннолетних // Альманах современной науки и образования. 2013. № 2. С. 192–194.

Сведения об авторах:

Шабалина Валентина Владимировна – студентка факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Варакина Жанна Леонидовна – к.м.н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: ravenzh@yandex.ru, тел.: 8 902 507 10 82

Шахбазян А.В., Савина Н.П.

Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВЫСОКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В РОССИИ И АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

В тезисе представлен анализ динамики основных демографических показателей в связи с болезнями органов пищеварения за 2005-2015 гг. Отмечено, что заболеваемость болезнями органов пищеварения за последние 10 лет в России уменьшилась на 0,2%, в то время как в Архангельской области увеличилась на 3,7%. Смертность в той же категории за последние 10 лет в России увеличилась на 4,1%, в Архангельской области – на 11,4%.

Ключевые слова: болезни органов пищеварения, заболеваемость, распространенность

Введение. В современном обществе болезни органов пищеварения как самостоятельно, так и в сочетании с другими заболеваниями внутренних органов, входят в группу ведущей патологии по распространенности среди населения, являются причиной больших трудовых потерь в связи с временной утратой трудоспособности, инвалидизацией и снижением качества жизни. Несмотря на возрастание внимания к вопросам медицинской профилактики в последние годы, раннее выявление болезней органов пищеварения (БОП) остается одной из важнейших задач системы здравоохранения [3].

Целью исследования явилось изучение трендов заболеваемости болезнями органов пищеварения и оценка медико-социальных факторов, влияющих на уровень заболеваемости данной патологии среди взрослого населения Российской Федерации и Архангельской области.

Первичная заболеваемость населения по классу «Болезни органов пищеварения» в России за 2005-2015 годы уменьшилась (примерно на 0,2 %), в Архангельской области – увеличилась (почти

на 4,0%) (рис.1). Региональные показатели общей заболеваемости БОП превышают общероссийские примерно на 19,6 %, что обусловлено значительной распространенностью факторов риска БОП: неблагоприятным качеством окружающей среды (плохим качеством питьевой воды, загрязнением водоемов, атмосферного воздуха, пищевых продуктов), особенностью образа жизни населения Архангельской области (высокая распространенность в популяции потребления алкоголя и табака) [4].



Рис.1 Первичная заболеваемость населения болезнями органов пищеварения в России и Архангельской области в 2005-2015 годы (на 100.000 чел.) [16].

В последние годы отмечается изменение структуры и патоморфоза БОП: стала превалировать патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наблюдается нивелирование половых различий в частоте встречаемости желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; происходит расширение возрастных границ формирования патологии органов пищеварения. В частности, на фоне снижения заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с 14,7 (на 1000 взрослого населения) в 2005 году до 11,3 (на 1000 взрослого населения) в 2010 году прослеживается отчетливый тренд к увеличению заболеваемости патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а именно – гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, гастритами и дуоденитами (с 22,4 на 1000 взрослого населения в 2005 году до 24,2 – в 2008 году) [4].

Доля БОП в общей структуре смертности в России составляет более 4,7 %, занимая пятое ранговое место. Показатель смертности населения от БОП имеет положительную динамику: в 2005-2015 гг. отмечено его увеличение на 4,1 % по России и на 11,4% – в Архангельской области (рис.2). Отмечается рост смертности от болезней печени, включая алкогольные циррозы и гепатиты (на 6,9 %), острых панкреатитов (на 1,8 %), желчно-каменной болезни в сочетании с холециститом и холангитом (на 44,0%) [15]. В Архангельской области выявлена алкоголь-ассоциированная тенденция роста смертности от заболеваний системы пищеварения [14].



Рис.2. Смертность от болезней органов пищеварения в России и Архангельской области в 2005-2015 годы (на 100000 чел.) [16].

Существенным аргументом, определяющим медико-социальную значимость болезней органов пищеварения, служит то, что этой патологией страдают представители всех возрастных группы населения страны [6,7]. Серьезное беспокойство вызывают неблагоприятные тенденции в состоянии

здоровья молодежи, особенно студентов высших и средних специальных учебных заведений. Специфические условия жизни студентов и учащихся (нервно-психические перегрузки, нерегулярное и несбалансированное питание, материальные проблемы, вредные привычки, стрессовое состояние во время сессий и т.д.) обуславливают высокий уровень патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, при этом, по мнению исследователей заболеваемость растет от курса к курсу [7].

Принято выделять ряд предрасполагающих к развитию БОП факторов: стресс, работа, связанная с наклонным положением туловища, ожирение, курение, хиатальная грыжа, некоторые лекарственные средства (антагонисты кальция, антихолинергические препараты, бета-адреноблокаторы и др.), факторы питания (жир, шоколад, кофе, фруктовые соки, алкоголь, острая пища и др.), беременность [4]. Группами риска по развитию патологического гастроэзофагеального рефлюкса являются лица с отягощенной наследственностью по заболеваниям желудочно-кишечного тракта, преимущественно мужского пола, с органической патологией гастродуоденальной зоны, вегетативной дисфункцией, очагами хронической инфекции, в т.ч. глистно-паразитарной инвазией, ожирением, мезенхимальной недостаточностью и другими [1,8]. Отдельного изучения заслуживает проблема связи патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и ожирения. В настоящее время проводятся исследования, показывающие, что у пациентов с болевым синдромом в области грудной клетки, избыточная масса тела и ожирение могут служить фактором риска снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера [5]. Высокая распространенность синдрома диспепсии среди населения определяет и большие расходы, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких пациентов [13]. Почти 25% больных функциональной диспепсией обращаются к врачу более 4 раз в год [10]. Питание является определяющим фактором в здоровом образе жизни, так как оказывает влияние и на двигательную активность, и на эмоциональную устойчивость. Функциональное состояние органов пищеварения значительно влияет на субъективную оценку здоровья. Так, пациенты, имеющие БОП, более склонны оценивать свое здоровье как «удовлетворительное» и «плохое», что способно оказать неблагоприятное влияние на течение существующих заболеваний других органов и систем.

Материальное положение оказывает прямое влияние на качество питания населения, на наличие в рационе овощей, фруктов, молочных и мясных продуктов, и, несомненно, отражается на состоянии органов пищеварения. Было подтверждено, что с ростом материальной обеспеченности процент лиц, имеющих БОП, снижается с 35% до 6%. Так, при субъективной оценке своего материального положения как высокого, имеют хронические заболевания органов пищеварения 6% опрошенных. В группе среднего материального положения 25% страдают БОП. Среди лиц, оценивших свое материальное положение как низкое, гастроэнтерологическая патология имеется у 35% респондентов. У курильщиков и лиц, употребляющих алкоголь, чаще, чем у лиц без этой пагубной привычки, возникают болезни органов пищеварения [4].

Таким образом, проблема болезней органов пищеварения носит ярко выраженную медико-социальную направленность, в связи с чем должна решаться комплексно как на государственном, так и региональном уровне.

Список литературы

1. Беляева Ю.Н., Юрлова О.П. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на заболеваемость болезнями органов пищеварения взрослого населения Саратова // Журнал «Бюллетень медицинских интернет-конференций» Саратов. 2014. Т.4, №5. С.1-3.
2. Беляева Ю.Н. Современные тенденции заболеваемости болезнями органов пищеварения в Российской Федерации и на региональном уровне. Архангельск: Издательство СГМУ. 2011. С.79-83.
3. Беляева Ю.Н. Болезни органов пищеварения как медико-социальная проблема // Журнал «Бюллетень медицинских интернет-конференций» Саратов. 2013. Т.3, №3. С.1-2.
4. Бузинов Р.В. Совершенствование системы социально-гигиенического мониторинга в обеспечении государственного санитарно-эпидемиологического надзора на региональном уровне: дис. ... док. мед. наук. Архангельск, 2014. С.82-185.
5. Жданова И.А. Распространенность болезней органов пищеварения и эффективность эрадикационной терапии при хеликобактерной инфекции у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук // М., 2006. С. 44-48.
6. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. С.23-24.

7. Казанцева Л.К., Тагаева Т.О. Факторы, влияющие на общественное здоровье населения российских регионов // Регион: Экономика и Социология. 2008. № 4. С. 102-118.
8. Корреляция показателей двигательной функции пищевода и индекса массы тела / О.А. Сторонова [и др.] // РЖГГК. 2010. 20(5). С.152.
9. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Общество против изжоги // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2007. №4. С.12-15.
10. Популяционные аспекты формирования гастроэнтерологической патологии у людей разного возраста / В.А. Шульдяков В.А. [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. 7-(4). С. 783- 786.
11. Психоэмоциональный профиль больных, страдающих ГЭРБ / Маев И.В. [и др.] // Известия ВУЗов. Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Спецвыпуск. «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». 2006. С. 41-43.
12. Сабгайда Т.П., Окунев О.Б. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава». 2012. №1. 23с.
13. Сторонова О.А., Трухманов А.С. Методика изучения двигательной функции пищевода // Пособие для последиplomного образования. 2011. С.36.
14. Федеральная служба государственной статистики: [Электронный ресурс] – М., 1999-2012. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>. (дата обращения: 22.10.2016).
15. Шельгин К. В. Смертность от заболеваний пищеварительной системы и отравлений алкоголем на европейском Севере // России Сибирский медицинский журнал. Иркутск, 2012. 112(5)/ С. 93-96.
16. Talley N.J. Dyspepsia: management guidelines for the millennium Gut -2006. 50. С.23-25.

Сведения об авторах

Шахбазян Анаит Врежовна, студентка V курса, 2 группы, лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации Адрес электронной почты: anahit.shahbazyan94@yandex.ru

Контактный номер телефона: 89115645779

Савина Наталья Петровна, студентка V курса, 8 группы, педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации Адрес электронной почты: savinatusya@yandex.ru

Контактный номер телефона: 89522568072

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., проф., зав. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail menshikova1807@gmail.com Контактный телефон 89212453010

Мордовский Эдгар Артурович – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., тел. 8 (8182) 28-57-84.

Научное издание

**Общественное здравоохранение:
традиции, инновации, перспективы**

Сборник научных трудов

*(Посвящен 80-летию кафедры общественного здоровья,
здравоохранения и социальной работы)*

Издано в авторской редакции

Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 02.11.2016.
Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 38,5. Уч.-изд. л. 27,7.
Тираж 150 экз. Заказ № 1786

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru

