

**Материалы Всероссийской
научно–практической конференции**

**РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ В УКРЕПЛЕНИИ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

**17 мая 2016 года
Новосибирск**

ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России
Министерство здравоохранения Новосибирской области

**РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ В УКРЕПЛЕНИИ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

Материалы
Всероссийской научно–практической конференции

17 мая 2016 года
Новосибирск

Редакционная коллегия:

д-р мед. наук, профессор И.О. Маринкин (Новосибирск)
канд. мед. наук О.И. Ивановский (Новосибирск)
д-р мед. наук, доцент Ю.И. Бравве (Новосибирск)
д-р мед. наук, профессор И.П. Артюхов (Красноярск)
д-р мед. наук, доцент В.А. Борцов (Новосибирск)
канд. мед. наук М.Л. Фомичева (Новосибирск)
д-р мед. наук, профессор А.И. Бабенко (Новокузнецк)
д-р мед. наук, профессор Н.Ю. Перепелкина (Оренбург)

Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Новосибирск: Сибмедиздат, – 2016, – 126 с.

Конференция посвящена рассмотрению актуальных вопросов организации первичной медицинской профилактики и обсуждению ее роли в укреплении индивидуального и общественного здоровья.

УДК 616-084:614.2

© Материалы издаются в авторской редакции.

©2016



Уважаемые коллеги!

Приветствуя участников Всероссийской научно-практической Конференции «Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья», хочу пожелать успехов в ее проведении.

В Новосибирском государственном медицинском университете сложились многолетние традиции развития медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни как в образовательных программах, так и в повседневной жизни студенческого сообщества.

Понимание того, что профилактическая работа должна занимать значительное место в практической деятельности медицинских работников закладывается в сознание врачей со студенческой скамьи.

В образовательный процесс на всех этапах подготовки врача включены разделы формирования здорового образа жизни, профилактики хронических неинфекционных заболеваний, с 2010 года в НГМУ реализуется программа «Формирование здорового образа жизни».

Студенты и преподаватели Новосибирского государственного медицинского университета гордятся своими научными разработками в сфере профилактики заболеваний и исследования факторов риска их развития, стремлением быть физически и духовно развитыми.

Хочу пожелать всем участникам Конференции научных успехов и достижений в развитии профилактического направления здравоохранения и формировании здорового образа жизни.

**Ректор
Новосибирского государственного
медицинского университета**

И.О. Маринкин



Уважаемые коллеги!

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни являются приоритетными направлениями развития системы здравоохранения Новосибирской области, что нашло отражение в Публичной декларации целей и задач министерства здравоохранения, государственной программе Новосибирской области «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013-2020годы». В этой связи, первой задачей государственной программы является повышение мотивации и приверженности населения Новосибирской области к ведению здорового образа жизни, а первой подпрограммой является «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Развитие первичной медико-санитарной помощи».

Стратегия развития профилактического направления в системе здравоохранения взаимосвязана со сложившимся профилем болезней, их социальными последствиями. Реализация мер профилактики ведется по двум основным направлениям – формирование здорового образа жизни населения и ранняя диагностика заболеваний и факторов риска их развития. Реализация первого направления предполагает решение целого ряда немедицинских (социальных) проблем на основе комплексного подхода, под которым подразумевается совместная, объединенная единой целью, деятельность медицинских работников, педагогов, социологов, социальных работников, общественных объединений, средств массовой информации. Таким образом, формируется модель создания единого профилактического пространства.

Второе направление реализуется через систему здравоохранения, поэтому важно насколько качественно и доступно будет оказываться профилактическая помощь специалистами первичного звена здравоохранения и врачами-специалистами в поликлинике, в стационаре, на терапевтическом участке. Система медицинской профилактики предполагает подготовку квалифицированных кадров по разделу медицинской профилактики, внедрение новых медицинских, информационных и организационных технологий, современных форм и методов работы с населением, что является условием и гарантией обеспечения устойчивого улучшения состояния здоровья населения.

Обсуждение актуальных проблем профилактической медицины, обмен опытом создания системы медицинской профилактики, проведения информационно коммуникационной кампании, стратегического партнерства по формированию здорового образа жизни, внедрения современных научно обоснованных профилактических технологий в деятельности медицинских организаций, в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья» повысит профессиональный уровень специалистов медицинских организаций, а также будет способствовать повышению эффективности профилактической работы и улучшению здоровья населения.

С уважением и пожеланиями успехов,
министр здравоохранения
Новосибирской области

О.И. Иванинский

ЗАДАЧИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ТЕРАПЕВТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Аксенова Е.А.

ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 7» (Новосибирск)

В настоящее время приоритетной задачей для каждого участкового врача терапевта (фельдшера) при организации оказания первичной медико-санитарной помощи несомненно является проведение профилактических мероприятий на территориально закреплённом терапевтическом участке согласно порядков оказания медицинской помощи.

Основой является знание участкового врача терапевта и среднего медицинского персонала об обслуживаемом населении, причем не столько о пациентах, которые уже обращаются за медицинской помощью к участковому врачу, сколько о тех, которые проживают на территории, но даже не знают, где находится их территориальная поликлиника. В связи с этим становится актуальной проблема мотивации граждан для прохождения первичной медицинской профилактики, а задачей участковой службы приглашение «здоровых» людей на профилактические медицинские осмотры населения.

Ведь своевременное выявление не только хронических заболеваний, но и риска развития заболеваний позволяет участковому врачу выполнить такую задачу – как реализацию эффективной модели профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни и достигнуть следующих результатов: предупреждение обострений, снижение числа обращений, вызовов скорой помощи и госпитализаций, повышение качества жизни.

Первичная медицинская профилактика проводится участковой службой в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 03 февраля 2015 N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" и от 6 декабря 2012 г. N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра." Согласно данным порядкам перед участковым врачом терапевтом ставятся следующие задачи: привлечение населения участка к прохождению профилактического медицинского осмотра или диспансеризации, информирование о целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска, а также назначение дополнительных методов обследования и лечения, которые не входят в объем, определенный Порядками, в том числе для получения специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, направления на санаторно-курортное лечение, а также направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска.

При выполнении этих задач важной составляющей является скоординированная работа участковой службы и отделения медицинской профилактики, участкового врача терапевта и среднего медицинского персонала, контроль не только за проведением необходимого объема обследования, но и ведения пациента в дальнейшем, в том числе на диспансерном учете. При отсутствии преемственности служб невозможно достигнуть эффективности проведенных мероприятий по первичной медицинской профилактики, а значит, несмотря на проведение участковыми врачами терапевтами охвата диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации в пределах целевых показателей (не

менее 23%), не произойдет уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, уменьшения числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития, снижение инвалидности и смертности, увеличения числа граждан, относящихся к I группе здоровья и уменьшения числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья.

Таким образом, на сегодняшний день, имея все необходимые регламентирующие документы участковой службе нужно ставить задачи при проведении первичной медицинской профилактики не только в рамках объемных показателей, но и задачи, направленные на понимание роли диспансерного наблюдения, как основного механизма контроля течения хронического заболевания, знание и понимание значимости достижения участковым врачом терапевтом среди прикрепленного населения основных целевых значений для контроля течения хронического заболевания, координации участковой службы и отделений медицинской профилактики и достижения приверженности пациента к необходимости выполнения рекомендаций и обязательности выполнения контрольных обследований и посещения диспансерных явок к участковому врачу.

ПОСТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ОБРАЩАЕМОСТЬ ЛИЦ СТАРШЕГО НЕТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Артюхов И.П., Капитонов Ф.В., Капитонов В.Ф.

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации (Красноярск)

Актуальность. Скорая медицинская помощь является высокочатратным сегментом здравоохранения. Стоимость одного вызова скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, определяемой Программой государственных гарантий на 2013 год по Красноярскому краю, составляет 2 861,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 2 357,1 рубля [3].

Многие авторы [4,7], проводивших анализ деятельности скорой медицинской помощи отмечают, что показатель обращаемости больных пожилого возраста значительно превышает как планоно-нормативные показатели, так и показатели населения других возрастных групп.

Отмечаемое в Российской Федерации постарение населения, наличие у лиц старшего нетрудоспособного возраста комплекса хронической патологии, а также особенности течения заболеваний, определяют рост объема медицинской помощи и как следствие увеличение экономических затрат [2,8].

Особенностью обращений населения старшего нетрудоспособного возраста за скорой медицинской помощью, является высокая обращаемость по поводу обострения хронической патологии, которая по данным ряда авторов превышает 60% от всех обращений по поводу внезапных заболеваний и состояний [1,5,6].

Поэтому изучения потребления лицами старшего нетрудоспособного возраста услуг скорой медицинской помощи становится весьма актуальными. Необходимость изучения данной проблемы определяется еще и тем, что основная часть пожилого населения России проживает в городах со средней и малой численностью населения.

Материалы и методы

Базой исследования был выбран г. Дивногорск Красноярского края, который относится к категории малых городов.

Сбор первичной информации осуществлялся путем изучения: выписок из отчетов станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи (форма №40) г. Дивногорска за 2011-2015 гг. и данных непосредственного наблюдения.

Анализ полученной информации осуществлялся с использованием абсолютных и относительных показателей, коэффициентов соотношения. Оценка достоверности различий по критерию χ^2 .

Результаты и обсуждение

Город Дивногорск относится к малым городам Красноярского края, численность которого с 2011 по 2015 год сократилась на 2548 человек (с 35231 до 32683 человек соответственно).

В возрастной структуре населения, за анализируемый период, отмечается снижение доли трудоспособного населения на 4,5% и увеличение удельного веса лиц младшего (0-17 лет) и старшего нетрудоспособного возраста (женщины в возрасте от 55 лет и старше и мужчины 60 лет и старше) соответственно на 1,9% и 2,6% (Рисунок 1).

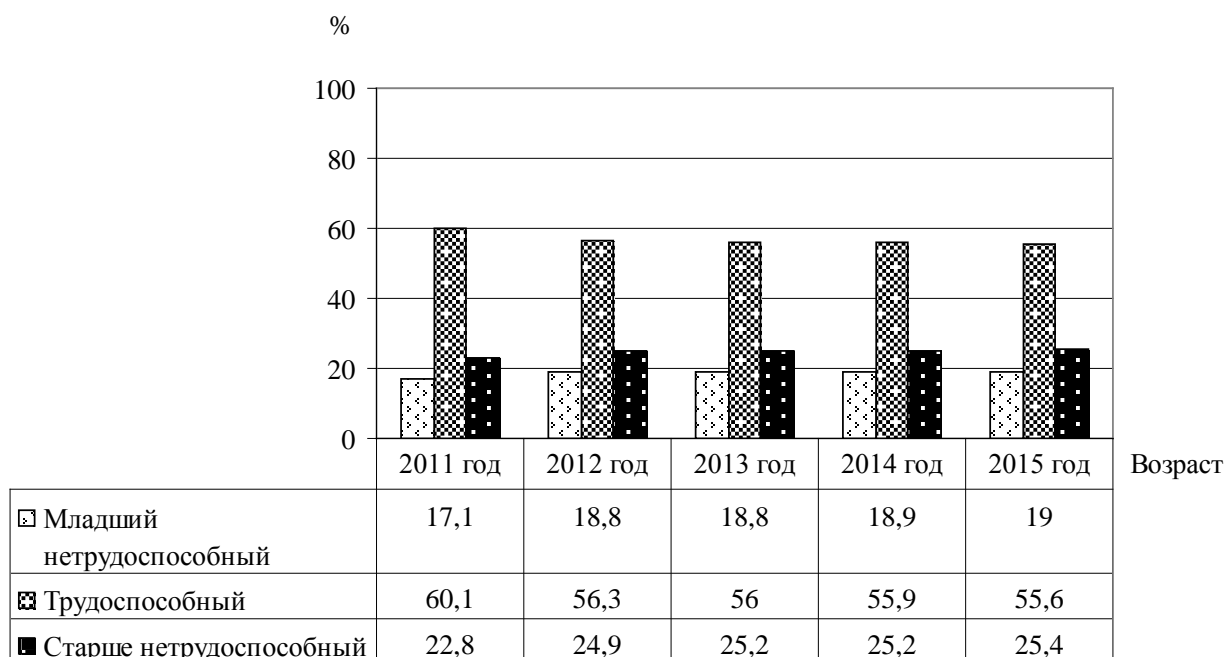


Рисунок 1 – Динамика возрастной структуры населения г. Дивногорска за 2011-2015 гг. (%)

Анализ работы скорой медицинской помощи Дивногорской межрайонной больницы показал, что за период с 2011 по 2015 год, количество обслуженных вызовов превышало нормативы оказания скорой медицинской помощи на 1000 жителей по Программе Госгарантий по Красноярскому краю, который на 2011-2012 составлял 330,0 вызовов, на 2013-2015 год – 321,0. Нами установлено, что превышение нормативов оказания скорой медицинской помощи было обусловлено за счет превышения вызовов взрослого населения (Рисунок 2).

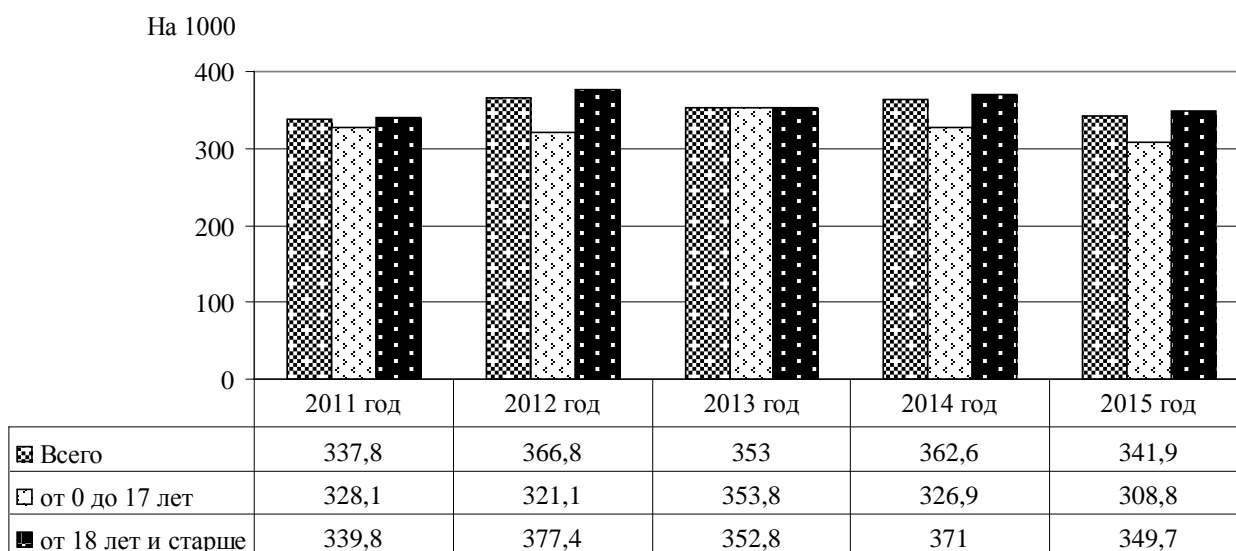


Рисунок 2 – Динамика количества выездов на 1000 населения по возрастным группам за 2011-2015 гг. (на 1000 жителей соответствующего возраста)

В возрастной структуре населения, которому была оказана скорая медицинская помощь, преобладают лица старшего нетрудоспособного возраста, удельный вес которого статистически значительно превышает доли населения трудоспособного и младшего нетрудоспособного возраста (Рисунок 3).

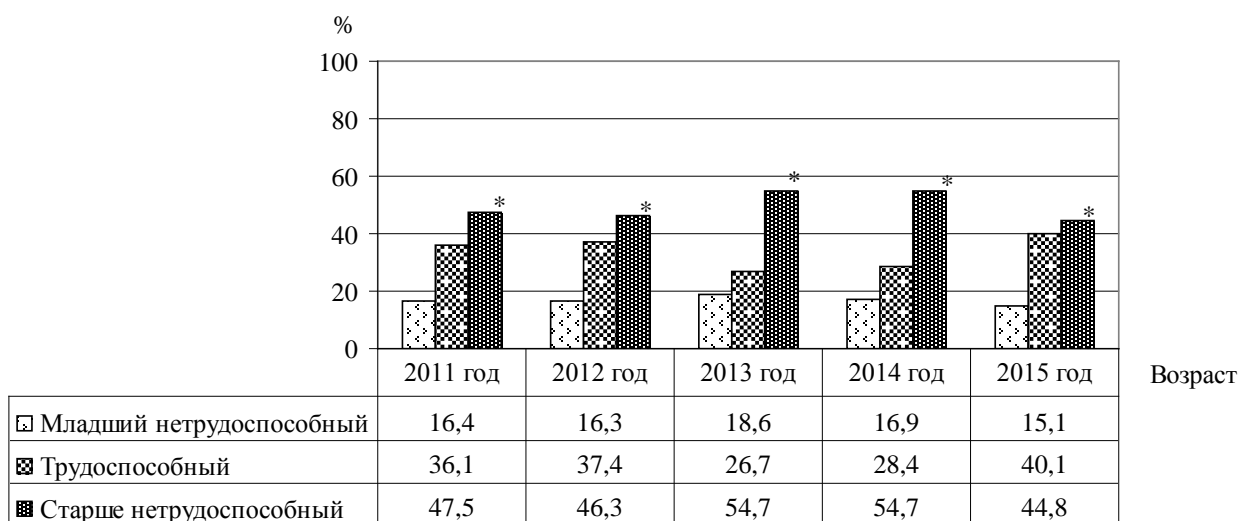


Рисунок 3 – Сравнительная характеристика удельного веса возрастных групп населения, которым была оказана скорая медицинская помощь за 2011-2015 гг. (%; * $p < 0,001$ между сравниваемыми группами)

Анализ обслуженного населения по полу, выявил статистически значимые различия только в группе старшего нетрудоспособного возраста, где удельный вес женщин, почти в три раза превышал долю мужчин (Рисунок 4).

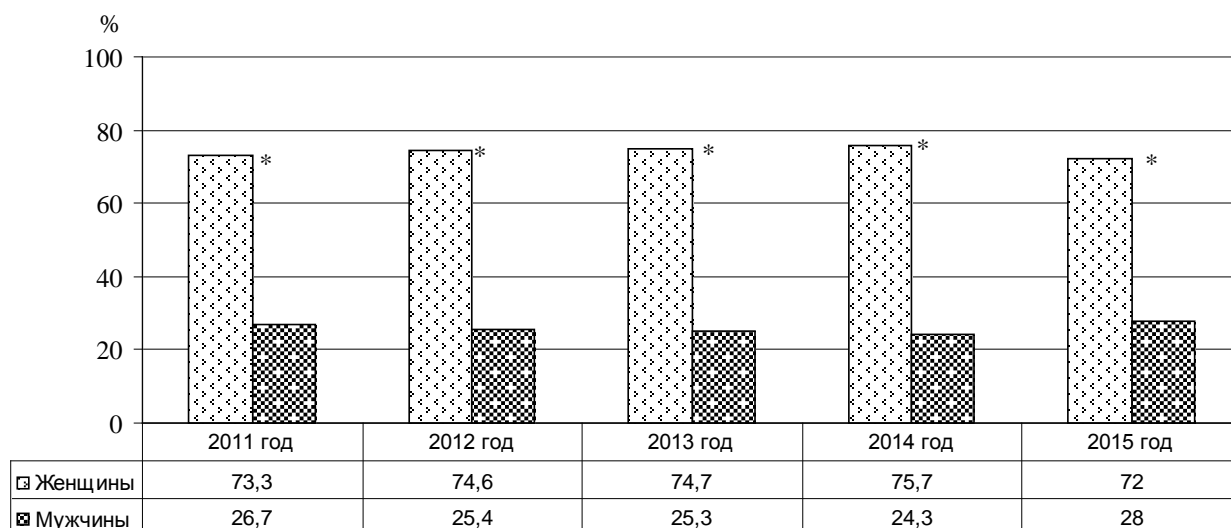


Рисунок 4 – Сравнительная характеристика удельного веса мужчин и женщин старшего нетрудоспособного населения, которым была оказана скорая медицинская помощь за 2011-2015 гг. (%; * $p < 0,001$ между мужчинами и женщинами)

Данные отличия в удельном весе мужчин и женщин старшего нетрудоспособного возраста, которым была оказана скорая медицинская помощь, вполне объяснима их разницей в половозрастной структуре населения, в которой доля женщин превышает долю мужчин в 2,4 раза (70,2% и 29,8% соответственно).

Более наглядно, различия в потребности услуг скорой медицинской помощи населением различных возрастных групп, можно выявить с помощью разработанного нами коэффициента потребления k (соотношение между удельным весом лиц определенной возрастной группы, которым оказана скорая медицинская помощь и удельным весом данной возрастной группы в общей структуре населения), который разделяется на три уровня:

- низкий уровень (k меньше 1,0 - удельный вес лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, меньше, чем удельный вес населения данной группы);

- средний уровень (k равен 1,0 – удельный вес лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, равен доле населения данной возрастной группы);
- высокий уровень (k больше 1,0 – удельный вес лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, больше, чем удельный вес населения данной группы).

Сравнительная характеристика коэффициента потребления услуг скорой медицинской помощи разными возрастными группами населения г. Дивногорска за 2011-2015 гг. представлен на рисунке 5.

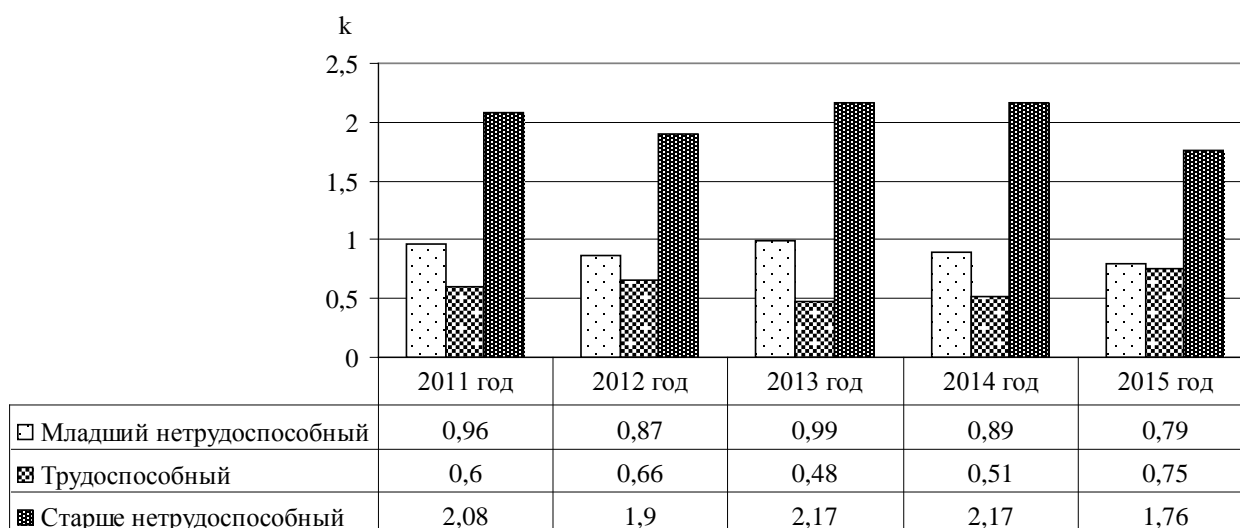


Рисунок 5 – Сравнительная характеристика коэффициента потребления (k) услуг скорой медицинской помощи анализируемыми возрастными группами за 2011-2015 гг.

Анализ структуры вызовов по причинам показал, что за период с 2011 года по 2015 год, изменений в ранговой структуре не отмечалось. Первое место (70,9-82,5%) занимает оказание скорой медицинской помощи по поводу внезапных заболеваний и состояний; второе место (8,7-9,7%) - оказание скорой медицинской помощи по поводу несчастных случаев; третье место (3,0-7,6%) – перевозка больных, рожениц и родильниц.

Структура вызовов скорой медицинской помощи по поводу внезапных заболеваний и состояний, зависит от возрастного распределения населения. Так, в группе младшего нетрудоспособного возраста (0-17 лет), поводом обращения в 91,6% случаев являлись первичные заболевания и только в 8,4% обострения ранее известных заболеваний. В группе трудоспособного возраста, 69,9% обращений по поводу первичных заболеваний и 30,1% обострения ранее известных заболеваний. В группе старшего нетрудоспособного возраста, поводом обращений в 76,8% случаев служили обострения ранее известных заболеваний и только в 23,2% острые заболевания развившиеся первично.

Выводы.

Проведенное исследование показало, что около половины всех выездов бригады скорой медицинской помощи поступает от лиц старшего нетрудоспособного возраста. На эту же группу приходится превышение норматива оказания скорой медицинской помощи, что подтверждается коэффициентом потребления (k) услуг скорой медицинской помощи между сравниваемыми возрастными группами за 2011-2015 гг. В этой же группе, поводом обращений в 76,8% случаев служили обострения ранее известных заболеваний и только в 23,2% острые заболевания развившиеся первично.

Список литературы

1. *Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф.* О необходимости реструктуризации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. - №2.- С.24-27.
2. *Максимова, Т.М.* Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 3. – С. 3–7.
3. *Постановление Правительства Красноярского края* от 25.12.2013 г. № 708-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».
4. *Салеев, В. Б.* Высокая обращаемость гериатрических больных к скорой медицинской помощи: социальные и психологические причины / В.Б. Салеев // Клиническая геронтология. – 2008. – № 1. – С. 41–44.
5. *Салеев, В.Б.* Необоснованная обращаемость пожилых пациентов за скорой медицинской помощью и ее экономические затраты / В.Б. Салеев // Клиническая геронтология. – 2008. – № 5. – С. 56–60.
6. *Салеев В.Б.* Структура вызовов скорой медицинской помощи к хроническим больным пожилого возраста / Врач скорой помощи. – 2011. №2. С.4.
7. *Северюхина Е.Е., Салеев В.Б.* Влияние улучшения преемственности госпитального и догоспитального этапов на снижение обращаемости населения к скорой помощи / Врач скорой помощи. – 2011. №2. С.28.
8. *Социально-экономические и медико-организационные проблемы оказания скорой и амбулаторно-поликлинической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (по данным социологического мониторинга) / Е.Л Давыдов, В.Ф. Капитонов, Е.И. Харьков, Ф.В. Капитонов, А.А. Попов // Успехи геронтологии.– 2013 – Т. 26, №4. – С. 707–713.*

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КАК ЭЛЕМЕНТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Бабенко А.И.¹, Бравве Ю.И.², Новоселов В.П.³, Томчук А.Л.⁴, Бабенко Е.А.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк, Новосибирск)

²Новосибирская городская клиническая больница № 1 (Новосибирск)

³Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы, Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)

⁴Новосибирский областной врачебно-физкультурный диспансер (Новосибирск)

Важнейшей задачей медицинской науки является разработка адекватных прогнозов в формировании здоровья населения, определение востребованности профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных технологий и мер по их реализации. Новая парадигма социально-гигиенических исследований предполагает переход от факторного анализа (оценка влияния отдельных факторов среды на здоровье населения) к анализу динамики процессов демографических, социальных, экономических и экологических во взаимодействии с формированием здоровья населения и распространенностью патологии, т.е. рассматривает прохождение потока поколений людей через отдельные компоненты социального пространства.

При оценке формирования патологии среди населения и в целом заболеваемости необходимо учитывать возможные циклы развития патологических процессов и поражений органов. Можно выделить **большие** циклы продолжительностью 60-75 лет, которые отражают прохождение всех этапов жизни одним поколением людей и включают в себя формирование двух-трех поколений. В этот период изменяется общество, характер демографических процессов и, соответственно, структура населения, экономические, социальные взаимоотношения, экологическая ситуация, приоритетность в причинах потерь здоровья. **Средние** циклы, охватывающие период 20-25 лет, отражают жизнь одного поколения, от момента рождения до момента воспроизводства следующего. За этот период меняется образ жизни поколения, распространенность патологии. **Полусредние** циклы (12-16 лет) включают в себя периоды формирования здоровья подростков каждого поколения, и соответственно этому – пики и спады ряда заболеваний, в частности, инфекции, передающиеся половым путем. В этих циклах определяется готовность нового поколения к выполнению репродуктивной функции, обороноспособности и профессиональной деятельности. **Малые** циклы с временным периодом 3-7 лет, отражают становление детского организма, формирование здоровья дошкольников, определяется готовность их к образовательному процессу. **Сезонные** колебания заболеваний связаны с изменением погодных условий, периодами активности представителей растительного и животного мира. Это характеризуется сезонным ростом болезней органов дыхания, пищеварения, аллергической патологии, инфекционных и паразитарных болезней и т.д.

В этой связи меняется и парадигма исследования в такой фундаментальной научной специальности, как организация здравоохранения, имеющей социальную направленность. Данная дисциплина изучает взаимосвязь системы организации медицинской помощи с процессами демографического, экологического, социального и экономического развития. Это позволяет на основе изучения фундаментальных закономерностей формирования патологии

населения совершенствовать организацию медицинской помощи, определять востребованность медицинских технологий и перспективу исследований в медицинской науке.

Таким образом, мы должны плавно перейти от моделей классического (традиционного, рационального) планирования развития здравоохранения к стратегическому, которое подразумевает последовательность этапов планирования от формирования прогнозов здоровья населения и распространенности патологии к оценке потенциальной востребованности медицинских технологий и далее к структурным преобразованиям в здравоохранении, т.е. планирование от будущего к настоящему.

Для этого необходимо определить стратегическую значимость показателей здоровья населения, используемых для оценки общественного здоровья. **Смертность** – отражает объем и структуру демографических потерь населения. **Инвалидность** – отражает объем и структуру медико-экономических потерь населения и востребованность медико-социальной помощи. **Заболеваемость (по данным обращаемости за медицинской помощью)** – отражает нагрузку на отдельные службы здравоохранения и востребованность медицинской помощи. **Заболеваемость по данным медицинских осмотров**, обследований (отдельные контингенты, коллективы, группы): при классификации патологии по нозологическому принципу – это заболеваемость; по синдромальному принципу (клинические формы заболеваний) – это востребованность медицинских технологий в настоящее время. **Патологическая пораженность** – морфологические и функциональные отклонения (выявленные различными диагностическими методами), отражающие патологическое состояние организма человека – прогноз заболеваемости и потенциальная востребованность медицинских технологий.

Показатель патологической пораженности дает наиболее полное представление о распространенности патологии, позволяет эффективно использовать персонализированные базы данных медицинских организаций. Применение показателя патологической пораженности должно стать дополнительным звеном социально-гигиенического мониторинга, когда используется информационная база о заболеваемости населения не только лечебно-профилактических учреждений, медицинских информационно-аналитических центров, но и клинических диагностических центров, многопрофильных больниц, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических отделений крупных стационаров и других организаций, где осуществляется в достаточном количестве диагностика патологии населения и имеется возможность использовать персонализированные базы данных.

Для эффективного использования баз подобного рода нами разработаны информационно-аналитические модели социально-гигиенической оценки патологической пораженности населения по материалам вскрытия в БСМЭ умерших, по результатам обследования населения в региональных диагностических центрах и т.д., с расчетом потенциальной востребованности медицинских технологий в возрастном аспекте, по отдельным нозологическим формам заболеваний, при оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Эти модели могут являться основой аналитического моделирования в здравоохранении при разработке всех этапов формирования стратегии организации медицинской помощи, а также оценивать готовность поколений людей к реализации репродуктивной, обороноспособной функции и профессиональной деятельности. Следовательно, мы можем оценивать формирование **капитала здоровья**, определяемого как составная часть человеческого капитала, или генерирование потока доходов в виде воспроизводства здоровья новых поколений.

Таким образом, социально-гигиеническое исследование переходит на новый виток познания развития общества во взаимосвязи со здоровьем населения, а организация здравоохранения не выпадает из системы фундаментальных наук, определяя ее социальную направленность на основе познания движения социально-биологического феномена (населения) в социальном пространстве.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА УМЕРШИХ ДЛЯ ВСКРЫТИЯ В БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАК ЭЛЕМЕНТ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Бабенко Е.А.¹, Новоселов В.П.², Бабенко А.И.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк, Новосибирск)

²Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы, Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)

Развитие современных информационных технологий дает возможность использовать персонализированные базы данных медицинских учреждений для оценки распространенности патологических процессов, патологических поражений органов и заболеваний среди населения. Одним из таких учреждений можно считать бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ), где по материалам вскрытия умерших, результатам патоморфологических исследований органов можно оценить характер распространенности среди населения патологических изменений. При использовании базы данных этого учреждения необходимо определить характер формирования потока умерших для вскрытия относительно возраста и причины смерти.

В Новосибирской области в среднем ежегодно умирает до 40 тыс. человек. Из них 32,9% подвергается вскрытию в бюро судебно-медицинской экспертизы.

Была проанализирована возрастная структура умерших от ненасильственных причин смерти, заболеваний и погибших от воздействия внешних причин с общей численностью проанализированных протоколов вскрытия 56060 за период 2009-2014 гг. Соответственно этому дифференцированно рассматривался удельный вес вскрытий умерших от отдельных классов болезней в возрастных группах населения молодого (18-29 лет), среднего (30-44 года), старшего (45-59 лет), пожилого (60-69 лет) и старческого возраста (70 лет и старше). Это позволяет определить, насколько результаты вскрытия умерших можно использовать для оценки распространенности патологии в органах, наличия патологических процессов, приводящих к летальному исходу, и соответственно планировать меры по совершенствованию деятельности отдельных медицинских служб.

Установлено, что целом 57,9% вскрытий приходится на умерших от заболеваний, а 42,1% – на погибших от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (шифр по МКБ-10 S00-T98).

Повозрастной анализ вскрытий умерших свидетельствует, что с увеличением возраста сокращается доля смертей от внешних причин, и параллельно идет рост удельного веса заболеваний с 10,0 в 18-24 года до 89,9% в 90 лет и старше. Характерно, что равновесие этих двух видов смерти отмечается в возрасте 45-49 лет, что можно считать переходным моментом к преобладанию хронической патологии относительно влияния внешних причин на смертность населения. Это предопределяет необходимость анализа причин смерти и вскрытий умерших при отдельных классах болезней.

У 61,6% умерших от заболеваний в качестве ведущей причины смерти установлены болезни системы кровообращения. При этом доля вскрытий умерших от данной патологии составила 72,3% от общего количества вскрытий и 26,4% от всех умерших по данному классу заболеваний.

18,1% смертей от болезней приходится на новообразования. Несмотря на значительный объем умерших, их доля в общем объеме вскрытий составляет всего 5,4%. Это объясняется тем, что их вскрытие не требует судебно-медицинской экспертизы и производится в патологоанатомических отделениях соответствующих ЛПУ. При этом практически все умершие от новообразований состояли на учете в онкологических диспансерах, диагноз был у

них четко верифицирован еще при жизни (при проведении онкологических вмешательств: исследований, операций и т.п.). Среди них много лиц пожилого возраста, родственники которых отказывались от судебно-медицинского исследования. Отсюда и удельный вес вскрытий в БСМЭ умерших от новообразований минимален – 6,7%.

Также небольшую долю составляют умершие от болезней органов дыхания, пищеварения, инфекционной и паразитарной патологии (2,8-4,2%) и доля вскрытий при них в БСМЭ незначительна (3,8-4,9%). Однако удельный вес вскрытий в БСМЭ умерших от данных классов заболеваний был выше среднего уровня (20,6% при всех болезнях), составляя соответственно 26,4; 22,7 и 30,8%. При прочих заболеваниях удельный вес вскрытий – 21,3%. При травмах и отравлениях удельный вес вскрытий в БСМЭ и его территориальных подразделениях составил 93,0%.

Таким образом, можно констатировать, что наибольший поток умершего взрослого населения, подвергающегося вскрытию в БСМЭ, определяется болезнями системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, новообразованиями, инфекционной и паразитарной патологией, а также травмами, отравлениями и другими последствиями воздействия внешних причин. При этом удельный вес вскрытий от воздействия внешних причин с возрастом сокращается, а от заболеваний нарастает.

Как показал анализ, в Новосибирском областном БСМЭ 89,1% всех вскрытий умерших от заболеваний приходится на возраст 45 лет и старше. Более молодые возрастные группы составляют лишь 10,9% всех вскрытий. Однако относительно отдельных классов болезней наблюдаются отличия. Так, удельный вес вскрытий умерших от болезней в возрастах до 45 лет составляет 41,0%. Так же значителен объем вскрытий при данной причине смерти в 45-59 лет – 40,1%. На более старшие возраста приходится всего 18,9%.

Противоположную картину имеет количество вскрытий умерших от новообразований, когда наиболее высокая доля вскрытий отмечается в возрастной группе 70 лет и старше – 38,3%. Несколько ниже объем вскрытий в 45-59 лет и 60-69 лет – соответственно 29,4 и 26,3%, что определяет незначительный удельный вес вскрытий в возрастах моложе 45 лет – 6,0%.

Аналогичная ситуация прослеживается для умерших от болезней системы кровообращения, когда только 8,4% всех вскрытий имеет место в возрастных группах моложе 45 лет, а максимальная доля вскрытий (42,7%) приходится на возрастную группу 70 лет и старше.

Объем вскрытий умерших от болезней органов дыхания и пищеварения, а также при прочей патологии имеет свои особенности. Так, наибольший удельный вес вскрытий этих категорий умерших приходится на возрастную группу 45-49 лет, составляя соответственно 39,5; 42,1 и 43,5%. Относительно значима доля вскрытий при рассматриваемой патологии в возрасте моложе 45 лет – соответственно 17,7; 22,2 и 26,8%, а на самую старшую возрастную группу (70 лет и старше) приходится относительно незначительная доля вскрытий – соответственно 24,9; 15,0 и 16,7%.

Таким образом, для изучения распространенности патологических процессов среди населения, приведших к летальному исходу, когда смерть считается преждевременной, целесообразно анализировать результаты вскрытия умерших от болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения в возрасте от 18 до 70 лет, на которые приходится 86,7% вскрытий в данном возрастном периоде.

Проведенный анализ является основой для дальнейшего использования персонализированных баз данных БСМЭ как элемента прогнозирования распространенности патологических процессов и патологических поражений органов в рамках развития стратегии регионального здравоохранения.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КАК ОСНОВА РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

Бекмурзов С.М.¹, Бабенко А.И.², Шведов Е.Г.³, Бабенко Е.А.²

¹ФГКУ «425 военный госпиталь» Министерства обороны РФ (Новосибирск)

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк, Новосибирск)

³Военный комиссариат Новосибирской области (Новосибирск)

Планирование деятельности военных казенных госпиталей (ВКГ) во многом определяется формирующимся потоком военнослужащих, которым необходимо оказание медицинской помощи в стационарных условиях. К медицинскому обслуживанию в ВКГ № 425 МО РФ, расположенном в г. Новосибирске, прикреплено 78,2 тыс. военнослужащих и членов их семей. Среди них 24,1% военнослужащих МО РФ (из которых 46,1% служат по призыву, а 53,9% – по контракту), 29,3% – офицеры и прапорщики в отставке, 42,2% – члены семей офицерского состава и 4,4% – гражданский персонал ВС РФ.

Наибольшую значимость для обороноспособности государства имеют объем и структура оказания стационарной медицинской помощи лицам, проходящим службу по призыву и по контракту. Лечение пациентов военнослужащих проводится по 17 (из 19) классов заболеваний. Основу стационарного лечения (83,8%) составляют 8 ведущих классов болезней: заболевания органов дыхания (35,9%), системы кровообращения (9,2%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,63%), органов пищеварения (7,8%), кожи и подкожной клетчатки (5,4%), мочеполовой системы (4,4%), инфекционная и паразитарная патология (6,6%), травмы и отравления (5,8%), а также неуточненная патология, определяемая в классе симптомов, признаков, отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях (6,1%). Остальные классы болезней имели незначительный объем в общем потоке пациентов, составляя от нескольких человек (болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм) до 1,0-2,7%.

Каждое отделение стационара (всего их 14) в соответствии со своим профилем имеет свою структуру применения тех или иных медицинских технологий в зависимости от классов и нозологических форм заболеваний у пациентов.

В терапевтическом отделении средний срок лечения составляет 15,4 дня и среднее количество пациентов на 1 койку – 21,5. Проводится лечение больных с 19 нозологическими формами заболеваний, входящими в 9 классов болезней. Наибольшее число больных составляют пациенты (58,9%) с болезнями системы кровообращения, среди которых 71,4% лечились по поводу болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением.

В кардиологическом отделении средний срок лечения 11,2 дня, а количество больных на 1 койку – 23,9. Реализуются медицинские технологии по 9 нозологическим формам заболеваний сердца и микроциркуляторной дистонии.

В гастроэнтерологическом отделении проходят лечение пациенты по 17 нозологическим формам со средним сроком лечения 15,4 дня и количеством больных на 1 койку – 23,9. Более половины (51,0%) составляют пациенты с заболеваниями органов пищеварения (в основном, хронический гастрит и гастродуоденит), 22,4% – с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ, а остальные представляют другие классы патологии, имеющие симптомы поражения органов пищеварительной системы.

Пульмонологическое отделение осуществляет лечение в среднем на 1 койку 15,3 больных, со средним сроком 19,5 дней по 11 нозологическим формам заболеваний, где 43,3% медицинских технологий связаны с лечением пневмонии неустановленной.

Неврологическое отделение реализует технологии по 16 нозологическим формам заболеваний со средним сроком лечения 22,9 дня и количеством больных на 1 койку 11,2. В основном представлены пациенты с заболеваниями нервной системы (75,3%) и психическими расстройствами (13,3%). Более половины всех технологий (53,1%) реализуются по поводу поражения межпозвоночных дисков с болевым синдромом, радикулопатией и миелопатией.

В первом хирургическом отделении реализуются технологии по 20 нозологическим формам заболеваний, среди которых 54,2% приходится на острый аппендицит, а 46,3% – на гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки. Средний срок лечения в данном отделении составляет 11,3 дня, а количество пациентов на 1 койку – 21,6.

Во втором хирургическом отделении эти показатели аналогичны, но структура пациентов иная. 63,5% больных находятся в отделении по поводу грыж, а также других 10 нозологических форм заболеваний, представляющих заболевания органов пищеварения, кровообращения и эндокринной системы.

В нейрохирургическом отделении срок лечения пациентов составляет 20,2 дня, и количество больных на 1 койку – 10,6. Лечение проводится по 16 нозологическим формам, где 44,4% составляют пациенты с поражениями межпозвоночных дисков поясничного и грудного отделов.

Срок лечения в травматологическом отделении в среднем составляет 20,0 дней с количеством пациентов на 1 койку – 21,6. В основном (40,0%) лечатся военнослужащие с переломами костей голени и голеностопного сустава.

В урологическом отделении медицинскую помощь получают больные с заболеваниями мочеполовой системы по 14 нозологическим формам патологии, где 27,0% медицинских технологий реализуется по поводу камней в почках и мочевом пузыре. Срок лечения составляет 15,6 дней, а количество больных на 1 койку – 17,58.

ЛОР-отделение осуществляет лечение пациентов по 15 нозологическим формам, со средним сроком лечения 12,7 дней и количеством пациентов на 1 койку – 25,1. Медицинские технологии в основном (76,0%) направлены на лечение острых синуситов.

В инфекционном отделении средний срок лечения составляет 8,2 дня, с количеством больных на 1 койку – 36,7. Медицинские технологии реализуются по 22 нозологическим формам заболеваний, где 31,0% приходится на острый назофарингит.

Фтизиатрическое отделение проводит лечение больных в среднем за 34,6 дня со средним количеством пациентов на 1 койку – 8,4.

Дерматологическое отделение в основном реализует медицинские технологии по 15 нозологическим формам заболеваний со средним сроком лечения 25,6 дня и количеством больных на 1 койку – 9,1. 59,9% пациентов имеют заболевания кожи (в т.ч. 34,1% – микозы), а 27,2% – инфекции, передаваемые половым путем.

Таким образом, в данном военном госпитале при заболеваниях военнослужащих (по призыву и по контракту) реализуются медицинские технологии, направленные на лечение заболеваний по 186 нозологическим формам, а также травм и ожогов. Это свидетельствует о востребованности технологий соответствующего профиля в обеспечении деятельности отделений военного госпиталя.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Борцов В.А.,^{1,2} Куликовская И.В.²

¹ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики» (Новосибирск)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Новосибирск)

Современный этап развития медицинской помощи на амбулаторном уровне характеризуется значительным вниманием к проблеме медицинской профилактики. Одной из приоритетных задач первичной медико-санитарной помощи является профилактика заболеваний и включает в себя профилактику хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений. Низкая физическая активность, наряду с курением, избыточной массой тела, повышенным содержанием холестерина в крови и повышенным артериальным давлением, является одним из основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Повысить уровень здоровья населения возможно через формирование политики, направленной на укрепление здоровья населения, привития навыков здорового образа жизни, формирование ответственного отношения человека к своему здоровью и здоровью окружающих. С этой целью в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне, организованы Школы здоровья для пациентов. Основная цель, которых заключается в повышении уровня знаний населения, информированности и практических навыков по лечению и профилактики хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений.

Совершенствование организации профилактической работы на амбулаторном уровне, при достижении максимально эффективной работы с пациентами может существенно снизить заболеваемость, нетрудоспособность и смертность населения.

Для оценки деятельности Школ здоровья проведен социологический опрос пациентов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне. Результаты социологического опроса пациентов показали, что в настоящее время постоянно посещают Школы здоровья в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на амбулаторном уровне, лишь 0,5% респондентов, 36,5% посещают иногда и 63,0% не посещают. Основные посетители Школ здоровья - это лица пожилого возраста. Лица более молодого, трудоспособного возраста все реже посещают Школы здоровья, хотя проявляют высокую заинтересованность в активном участии в профилактических мероприятиях.

К основным причинам проблемы посещения Школ здоровья в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне, относятся: график работы пациента не совпадает с режимом работы территориальной поликлиники, удаленность места проживания пациента от территориальной поликлиники; отсутствие удобного времени работы врача. В связи с этим особую значимость и актуальность приобретает совершенствование организации Школ здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и имеющих факторы риска их развития.

В ходе проводимого исследования по изучению проблемы организации профилактической помощи населению на амбулаторном уровне, разработаны основные направления в совершенствовании организации Школ здоровья для пациентов, имеющих хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития. В настоящее время Школы здоровья для пациентов могут представлять собой новые информационные технологии, которые

должны обеспечить максимально эффективную работу с пациентами. Целью таких Школ здоровья является профилактическое дистанционное консультирование населения по сети Интернет, позволяющее повысить охват и доступность профилактической помощи.

Методика организации электронной Школы здоровья заключается в формировании и применения информационных материалов в электронной Школе здоровья, совместное обсуждение и подготовки информационных материалов по теме занятий врачами-терапевтами участковыми, врачами специалистами, специалистами отделения профилактики, формирование врачами-терапевтами участковыми базы данных пациентов с учетом персональных данных электронной почты пациента для передачи информации по профилактики и лечению хронических неинфекционных заболеваний.

Внедрение информационных технологий в системе здравоохранения открыл новые возможности для повышения доступности и качества оказания медицинских услуг населению. В результате этого на сегодняшний день появляется возможность формирования баз хранения данных о пациентах, нуждающихся в дальнейшем профилактическом консультировании, с обязательным использованием кодирования диагнозов, данных электронной почты пациента, для передачи информации по профилактики и лечению хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, графика вакцинаций и любой другой информации, касающейся здоровья пациента.

Основной целью предлагаемой новой информационной технологии дистанционного обучения пациентов является повышение информированности населения, влияние на процесс изменения поведения пациента в отношении своего здоровья. Предоставление медицинской информации в электронном виде по сети Интернет является удобным. Обучение в электронной Школе здоровья считается полезным, помогает повысить уровень знаний по методам профилактики хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. Информационные материалы в электронном виде являются более доступными и демонстративными, пациент в любое время при необходимости повторного изучения полученной медицинской информации имеет к ней доступ. Пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития необходимо своевременно и в доступной форме получать информационные материалы по вопросам профилактических мероприятий.

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ПРОВЕДЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ С НАСЕЛЕНИЕМ

Борцов В.А.,^{1,2} Фомичева М.Л.,^{1,3} Хихлич О.С.²

¹ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики» (Новосибирск)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ (Новосибирск)

³ФГБНУ «НИИ терапии и профилактической медицины» (Новосибирск)

Организация первичной медицинской профилактики с населением является одним из основных компонентов формирования и укрепления индивидуального и общественного здоровья в настоящее время. С целью повышения доступности первичной медицинской профилактики для населения целесообразно вовлечение различных социальных и профессиональных сообществ. Одним из таких сообществ могут являться студенты старших курсов медицинских ВУЗов.

С целью определения готовности студентов медицинского ВУЗа к проведению первичной медицинской профилактики с населением в Новосибирском государственном медицинском университете проведен социологический опрос студентов 5 курса педиатрического факультета.

В социологическом опросе приняли участие 114 человек, из них 26,3% мужчин и 73,7% женщин. Средний возраст опрошенных студентов - 22 года, их доля составила 46,5%.

В ходе опроса студенты оценили свое состояние здоровья следующим образом: очень хорошее – 9,6%, хорошее – 51,7%, удовлетворительное - 35,2% и плохое у 3,5% респондентов. Опрашиваемые студенты отметили, что с целью укрепления своего здоровья 11,3% - соблюдают режим дня, 16,7% - занимаются спортом, 17,6% - правильно питаются, 24,4% отказались от вредных привычек и большинство (30%) стараются чаще бывать на свежем воздухе.

Свои знания в области медицинской профилактики студенты оценили следующим образом: 25,6% студентов считают свои знания в этой области вполне достаточными, в той или иной степени 63,1% студентов оценили свои знания не вполне достаточными, 5,1% считают свои знания недостаточными и 6,2% затруднились ответить.

Основные источники из которых студенты получили знания медицинской профилактики следующие: кафедры НГМУ- 86,8% (на 100 опрошенных), интернет – 64,0%, самостоятельно из медицинской литературы – 57,9%, по механизму «из поколения в поколение» - 32,4%, телевидение – 31,5%, реклама на общественном транспорте – 3,4% и радиопередачи – 1,7%.

По мнению опрошенных студентов здоровый образ жизни является основой медицинской профилактики, в этом абсолютно уверены 28% респондентов, 62,3% студентов считают, что является в той или иной степени, 5,3% считают, что не является и 4,4% затруднились ответить. При этом лично придерживаются здорового образа жизни всегда только 12,4%, в большинстве случаев придерживаются 28,9% , иногда - 59,3%, не придерживаются здорового образа жизни 12,2% и 3,1% затруднились ответить.

Большинство (54,3%) опрошенных студентов отметили, что высказывают замечания кому-либо нарушающим здоровый образ жизни в случае, если уверены, что к их замечаниям прислушаются, никогда не высказывают замечания – 44,4%, всегда высказывают - 8,7% и затруднились ответить – 2,6% студентов. Также следует отметить, что большинство (37,7%)

респондентов не наблюдают за теми, кому советовали изменить образ жизни, 19,6% наблюдают за родственниками, 17,3% наблюдают за друзьями, 15,7% наблюдают за всеми и 15% затруднились ответить.

Опрошенные студенты по-разному оценили свою готовность проводить беседы о здоровом образе жизни со взрослыми людьми: 35,0% студентов считают, что готовы, 31,5% - что готовы, но не уверены, что получится, 15,7% опрошенных не готовы, 10,5% - считают, что готовы, но не хватает знаний и 7,3% затруднились ответить. Однако, проводить беседы о здоровом образе жизни ребенка с его родителями готовы 49,1% студентов, 21,9% - готовы, но не уверены, что получится, 14,0% - готовы, но считают, что не хватает знаний, 11,4% - считают, что не готовы и 3,6% затруднились ответить

По мнению респондентов, они уверенно могут проводить профилактические беседы по вопросам питания, режима и воспитания(ухода) в возрастной группе от 15 до 18 лет, менее уверенно в возрастных группах от 3 до 7 лет и еще менее уверенно в возрастной группе до 3 лет.Повысить свой уровень знаний большинство студентов хотели бы в разделе о питании – 29,3%, о двигательной активности – 20,6%, побольше узнать о здоровом образе жизни – 18%, о режиме – 17,2% и о гигиеническом воспитании – 13,9%.

Проведенный социологический опрос показал, что основным источником из которых студенты получили знания по медицинской профилактике являются кафедры НГМУ- 86,8% (на 100 опрошенных). По мнению 90,3% опрошенных студентов здоровый образ жизни в той или иной степени является основой медицинской профилактики. Только 12,4% респондентов всегда придерживаются здорового образа жизни, в большинстве случаев и иногда придерживаются 88,2%. Относительно готовности проводить беседы о здоровом образе жизни со взрослыми людьми 35,0% студентов считают, себя готовыми и 42,0% сомневаются в своей готовности. Однако проводить беседы о здоровом образе жизни ребенка с его родителями готовы 49,1% студентов и 35,9% в этом не уверены.

ШКАЛА РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ДЛЯ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Воевода М.И.¹, Симонова Г.И.¹, Мустафина С.В.¹, Щербакова Л.В.¹,
Сазонова О.В.², Рагино Ю.И.¹, Малютин С.К.¹, Рымар О.Д.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» (Новосибирск)
² ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России» (Новосибирск)

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа (СД2) является многофакторным, полигенным заболеванием, в развитии которого немаловажное значение принадлежит факторам внешнего воздействия окружающей среды. К факторам риска СД2 относятся: абдоминальное ожирение (окружность талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин), семейный анамнез СД2, возраст >45 лет, артериальная гипертензия и другие сердечно-сосудистые заболевания, гестационный СД, использование препаратов, способствующих гипергликемии или прибавке массы тела. Раннее выявление факторов риска и их сочетаний с целью модификации или полного устранения составляет основу профилактики СД2 [1].

Диагностика нарушений углеводного обмена проводится лабораторными методами обследования, которые являются инвазивными (дискомфортными), и требуют определенных экономических затрат. Существует необходимость разработки шкал риска на основе самозаполняющегося простого вопросника, который может определить, по крайней мере, 75% людей с диабетом и сократить количество анализов на определение глюкозы крови на 25%.

Одними из первых к разработке методики выявления групп риска СД2 приступили финские исследователи [2,3]. В ведущих странах мира ведутся разработки шкал риска СД2, в настоящий момент их создано более 10 видов, каждая из которых включает компоненты, специфичные для проживающей в данной стране популяции [4]. В российских рекомендациях по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (2013 г.) и в алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (2015 г.) рекомендован к использованию адаптированный вопросник FinnishDiabetesRiskScore [5,6]. Актуальна разработка региональной шкалы риска СД2 для европеоидного населения Сибири.

Цель: Для Сибирского региона разработать шкалу, прогнозирующую риск развития сахарного диабета 2 типа в течение 10 лет.

Материалы и методы: В 2003-2005 гг. проведено обследование репрезентативной популяционной выборки мужчин и женщин 45-69 лет г. Новосибирска в рамках международного проекта НАРИЕЕ. В рамках популяционного скрининга было обследовано 9360 человек, в том числе 4268 мужчин (45,6%) и 5094 женщины (54,4%). [7]. Разработка шкалы риска в г. Новосибирске проведена с использованием результатов обследования 8050 человек (3668 мужчин (45,6%) и 4382 женщины (54,4%)), не имеющих СД2. В течение последующих 10 лет (2003 - 2014 г.) сбор данных о новых случаях СД2 в выделенной когорте проводился на основе двух источников информации: при проведении повторного скрининга той же выборки в 2006 - 2008 г. и на основе анализа базы данных Новосибирского городского регистра СД. Всего в течение 10 лет наблюдения среди выделенной когорты зарегистрировано 462 (5%) новых случаев СД2.

Протокол исследования включал: заполнение анкет, оценку социально-демографических данных, измерение артериального давления (АД), антропометрию, определение биохимических показателей. Наличие анамнеза по артериальной гипертензии (АГ) и СД2 оценивалось на основании вопросников. Для определения глюкозы кровь брали из локтевой вены вакутейнером, в положении сидя, натошак. После центрифугирования сыворотку хранили в низкотемпературной камере (-70°C). Определение содержания глюкозы крови производили энзиматическими методами с использованием стандартных реактивов. Пересчет глюкозы сыворотки крови в глюкозу плазмы (ГП) осуществлялся по формуле: ГП (ммоль/л) = -0,137+1,047 × глюкоза сыворотки (ммоль/л) (EASD, 2005г.). Регистрация случаев СД2 проводилась по эпидемиологическим критериям при уровне ГП ≥ 126 ммоль/л (ВОЗ, 1999г, АДА, 2013), а также у лиц с ранее установленным СД2 по данным анамнеза.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 13. Для проведения анализа наступления событий использована регрессия Кокса (модель пропорциональных рисков). Показатели чувствительности и специфичности моделей рассчитаны с использованием ROC-анализа.

Результаты: Всего в течение 10 лет наблюдения среди изучаемой когорты зарегистрировано 462 (5%) новых случаев СД2, период дожития составил 3,81 лет. Средний возраст возникновения новых случаев сахарного диабета в популяции составил 61,3 лет, как у мужчин, так и у женщин. Распространенность СД2 в популяции 45-69 лет к 2015 году достигла 16%. Этот показатель ниже у мужчин, чем у женщин (13,6%; 18,0%, соответственно, $p < 0,001$).

Клиническая апробация Финской модели, прогнозирующей риск развития СД2 в течение 10 лет, выявила трудности в самозаполнении вопросника людьми пенсионного возраста в г. Новосибирске [8]. Люди пожилого возраста затруднялись в определении своего индекса массы тела.

Была поставлена задача разработать простой калькулятор риска СД2, который было бы удобно использовать в первичном звене здравоохранения и для самостоятельного заполнения. В нашу модель должны были войти только параметры, которые легко оценить без лабораторных анализов или других измерений, которые требуют специальных медицинских навыков. В результате современного соответствующего статистического анализа отобраны три фактора риска: окружность талии, анамнез артериальной гипертензии, наследственный анамнез СД2. Этот вариант модели, прогнозирующей риск развития СД2 в течение 10 лет, мы хотели бы предложить для самозаполнения мужчинам и женщинам 45-69 лет.

Полученные при помощи регрессии Кокса показатели относительного риска были выбраны в качестве баллов для создания шкалы. Для каждого из 3 включенных в регрессионную модель предикторов был присвоен балл путем округления до целых чисел (таблица 1). Максимальное суммарное число по созданной шкале риска СД2 составляет 8 баллов. На основании ROC-анализа получено, что высокий риск развития СД2 имеют лица, набравшие более 4 баллов.

Таблица 1.

Модель шкалы риска, прогнозирующая развития СД2 в течение 10 лет

Номер вопроса	Показатель	Интервальная шкала (категория)	Баллы
1	ОТ* ≥ 95 см	Нет	0
		Да	4
2	Говорили ли Вам, что у вас повышенное артериальное давление?	Нет	0
		Да	2
3	Был ли сахарный диабет у Ваших родственников: родителей, сестер, братьев?	Нет	0
		Да	2

* - окружность талии, равная 95 см, получена с помощью ROC-анализа для обследованных, с впервые возникшим СД2 за 10 лет наблюдения в г. Новосибирске.

В группе, набравшей более 4 баллов (высокий риск развития СД2) в 10,7% случаев развился СД2, в группе людей, набравших менее 4 баллов, СД2 развился в 2,6% случаев. Из обследованных с вновь возникшим СД2 75% имели более 4 баллов и только 25% - менее 4 баллов.

Заключение: представленная модель, прогнозирующая риск развития СД2 в течение 10 лет, имеет несколько преимуществ по сравнению с уже существующими. Заполнение этого вопросника занимает немного времени и позволяет человеку самому определить свой риск СД2 и обратиться в медицинское учреждение для обследования с целью определения нарушений углеводного обмена и получения рекомендаций по профилактике.

Данное исследование выполнено в рамках бюджетной темы «НИИТПМ» «Популяционные особенности сахарного диабета, метаболического синдрома, их факторов риска в Сибири с обоснованием отечественных дефиниций метаболического синдрома и разработкой рискметра диабета для населения азиатской части России».

Проект НАPIEE поддержан грантами фонда WellcomeTrust (064947/Z/ 01/Z и WT081081AIA) и Национального Института возраста США (1R01 AG23522-01) Принципиальные исследователи в г. Новосибирске проф. С.К. Малютин и акад. РАН Ю.П. Никитин.

Литература:

1. HerderC, PeltonenM, KoenigW, KräfftI, Müller-ScholzeS, MartinS, LakkaT, Ilanne-ParikkaP, ErikssonJG, HämäläinenH, Keinänen-KiukaanniemiS, ValleTT, UusitupaM, LindströmJ, KolbH, TuomilehtoJ. Systemic immune mediators and lifestyle changes in the prevention of type 2 diabetes: results from the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes*. 2006 Aug;55(8):2340-6.
2. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003;26(3):725-31.
3. Saaristo T, Peltonen M, Lindström J, Saarikoski L, Sundvall J, Eriksson JG, Tuomilehto J. Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome. *DiabVasc Dis Res*. 2005;2(2):67-72.
4. Мустафина СВ., Симонова ГИ., Рымар ОД. Сравнительная характеристика шкал риска сахарного диабета 2 типа // Сахарный диабет. 2014.№ 3. 17-22.
5. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» Под редакцией Дедова ИИ, Шестаковой МВ. изд. 7-е Москва, 2015; 107-108.
6. Российские рекомендации Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013;12(4) приложение 1. 75-80.
7. PeaseyA, BobakM, KubinovaR, MaljutinaS, Pajak , TamosiunasA, PikhartH, NicholsonA, MarmotM. Determinantsofcardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: Rationale and design of the NAPIEE study. *BMC Public Health*. 2006; (6): 255.
8. Мустафина СВ., Рымар ОД., Долинская ЮА., Астракова КС., Воевода СМ., Есипенко ОВ. Оценка 10 –летнего риска развития сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста с использованием финской шкалы риска (FINDRISK). VII Всероссийский диабетологический-конгресс «Сахарный диабет в XXI веке – время объединения усилий» 244. 2015.

ДЕПРЕССИЯ И РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА, ИНСУЛЬТА В ТЕЧЕНИЕ 16 ЛЕТ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ В СИБИРИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ MONICA – ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ

Гафаров В.В.^{1,2}, Панов Д.О.^{1,2}, Громова Е.А.^{1,2}, Гагулин И.В.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно–сосудистых
Заболеваний (Новосибирск)

²ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины (Новосибирск)

Цель: определить влияние депрессии (Д) на относительный риск развития инфаркта миокарда (ИМ), инсульта в открытой популяции среди женщин 25-64 лет в течение 16 лет в Сибири.

Материал и методы: В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» (MOPSY) в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Д была изучена при помощи теста «MOPSY». Регистрация всех впервые возникших случаев ИМ в течение 16 лет (1995-2010гг) выполнялась при помощи программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»; инсульта – при динамическом наблюдении за когортой. Коэффициент пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения ИМ, инсульта. Женщины, перенесшие ИМ и/или цереброваскулярные события к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты: Распространенность Д среди женщин 25-64 лет составила 55,2% (большая Д – 12%). В течение 16 лет (1995-2010гг) относительный риск развития инфаркта миокарда был в 2,53 раз (95% ДИ=1,26– 24,34; p=0,05), инсульта в 4,63 раз (95% ДИ=1,03– 20,89; p<0,05) выше у женщин с Д, чем без. В отношении структуры семейного положения у женщин с Д и развившимся ИМ и инсультом, отмечено преобладание замужних женщин – 66,7% и 83,3% соответственно. Среди женщин с Д и развившимся ИМ и инсультом в структуре образования отсутствовали лица с высшим образованием. В отношении профессионального статуса в группах женщин с Д и ИМ 33,3% составляли руководители, остальная доля приходилась на пенсионеров. Среди женщин с Д и развившимся инсультом профессиональный статус составил: 16,7% - руководители; 33,3% – работницы тяжелого физического труда; 16,7% – рабочие среднего физического труда; 33,3% - рабочие легкого физического труда.

Выводы: Распространенность Д в открытой популяции среди женщин 25-64 лет очень высокая. Д значительно увеличивает риск развития инфаркта миокарда и инсульта среди женщин. Среди лиц с Д и развившимся ИМ и инсультом преобладали лица с семейным статусом «замужем», с низким уровнем образования, при профессиональном уровне «руководитель», «работник физического труда».

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА: ПРОГРАММА ВОЗ MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ

Гафаров В.В.^{1,2}, Панов Д.О.^{1,2}, Громова Е.А.^{1,2}, Гагулин И.В.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых Заболеваний (Новосибирск)

²ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины(Новосибирск)

Цель: Изучить влияние личностной тревожности (ЛТ) на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) в женской популяции 25-64 лет г. Новосибирска.

Материал и методы: В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Артериальное давление и уровни личностной тревожности были изучены в начале исследования. Личностная тревожность была изучена с помощью теста Спилбергера. В течение 16-летнего периода (1995-2010гг) в когорте были изучены все вновь возникшие случаи АГ(обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти). АГ определялась при уровне АД $\geq 140/90$ мм ртст или прием антигипертензивных препаратов. Кокс пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки риска (HR) возникновения АГ. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Женщины, имевшие АГ к началу исследования не включались в анализ.

Результаты: После исключения из исследования всех женщин с выявленной сердечно-сосудистой патологией на скрининге, в анализ были включены 384 лица. В течение контрольного периода (1994 – 2010 гг.) в когорте было выявлено 229 (59,6%) лиц с впервые возникшей АГ.

Высокий уровень тревожности (ВУТ) в наблюдаемой когорте встречался у 58,2% женщин. Среди лиц со случаями АГ распространенность ВУТ составила 62,9%.

Через 5 лет от момента скрининга HR развития АГ у женщин с ВУТ был выше в 2.38 раза, в сравнении с женщинами с более низкими уровнями ЛТ (95,0% ДИ: 1.137 – 4.993; $p < 0.05$). HR развития АГ через 10 лет от начала исследования составил 1.85 у лиц с ВУТ (95,0% ДИ: 1.075 – 3.194; $p < 0.05$). В отношении возрастных групп, риск развития АГ в течение 10 лет увеличивался в старших возрастных группах и был наиболее высоким в группе 55-64 лет с ВУТ (HR = 10.2, 95,0% ДИ: 1,244 - 83,609, $p < 0.05$). HR АГ в течение 16 лет у женщин с ВУТ составил 1.46 (95,0% ДИ: 1,023 - 2,079; $p < 0.05$), и был наиболее высоким в возрастной группе 45-54 лет (HR = 3.82, 95,0% ДИ: 1,538 - 9,503, $p < 0.005$).

По отношению к семейному положению, среди замужних женщин со средним уровнем ЛТ (СУТ) ($\chi^2=5.24$ df=1 $p < 0.05$) и разведенных с СУТ ($\chi^2=4.283$ df=1 $p < 0.05$) частота развития АГ была более высокой, чем среди незамужних с СУТ. У женщин с СУТ и высшим образованием АГ развивалась реже в сравнении с лицами с СУТ и средним образованием ($\chi^2=4.9$ df=1 $p < 0.05$), но высшее образование в комбинации с ВУТ связано с более высокой частотой АГ, чем у тех, кто имел среднее образование и более низкий уровень тревоги ($\chi^2=4.42$ df=1 $p < 0.05$).

Заключение: Полученные результаты показывают высокую распространенность ВУТ в женской популяции 25-64 лет (58,2%), при этом у женщин с АГ распространенность ВУТ выше и составляет 62,9%. В течение всего периода наблюдения когорты женщины с ВУТ имеют более высокий риск АГ, чем без, особенно в старших возрастных группах. ВУТ нивелирует протективный эффект образования на риск развития АГ.

СВЯЗЬ ВРАЖДЕБНОСТИ С ИНФОРМИРОВАННОСТЬЮ О ЗДОРОВЬЕ И ДРУГИМИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ В Г. НОВОСИБИРСКЕ

Гафаров В.В.^{1,2}, Панов Д.О.^{1,2}, Громова Е.А.^{1,2}, Гагулин И.В.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (Новосибирск)

²ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины (Новосибирск)

Цель: Изучить распространенность враждебности (ВР) и ее связь с информированностью и отношением к здоровью и другими психосоциальными факторами в открытой популяции среди женщин 25-64 лет жителей г. Новосибирска.

Материал и методы: В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» (MOPSY) в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин (n=870) в возрасте 25-64 лет одного из районов г. Новосибирска. Отклик на исследование составил 72.5%. ВР была изучена при помощи анкеты «MOPSY» (подшкала Враждебность). Информированность и отношение к здоровью и профилактике изучены с помощью теста «Знание и отношение к своему здоровью». Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат (χ^2).

Результаты: Распространенность высокого уровня ВР составила 43.9%.

С увеличением уровня ВР увеличивается частота негативной оценки состояния здоровья: «не совсем здоров» и «болен» (69.5% и 15.2%, соответственно); увеличивается частота жалоб на свое здоровье; заботятся о своем здоровье очень незначительное число лиц с высокой ВР – 4.6%. Лица при высокой ВР имеют тенденцию меньше доверять мнению врача (высокая ВР – 40.6 %, низкая ВР – 30.8%), вероятно, поэтому чаще проводят проверку здоровья с целью «регулярного осмотра» или при «неприятных ощущениях в области сердца» (высокая ВР – 12.7 % и 11.6%; низкая ВР – 4.2% и 7.6%, соответственно). Женщины с высокой и низкой ВР одинаково часто продолжают работать «если на работе почувствовали себя не совсем хорошо» (высокая ВР – 47.3%; низкая ВР – 46.3%, соответственно).

По отношению к курению среди лиц с высокой ВР отмечены тенденции в наличии более низкой частоты «никогда не куривших» и более высокой частоты тех, кто «курит и не пытался бросать» (высокая ВР – 67.3% и 4.6%; низкая ВР – 79.4% и 1.6%; $\chi^2=16.20$ df=6 p<0.05). По отношению к питанию нет разницы между лицами с и без ВР. Основной ответ: «им не нужно соблюдать диету». В отношении физической активности женщины с высокой ВР считают себя более пассивными, чем с низкой ВР (высокая ВР – 20.1%, низкая ВР – 9%; $\chi^2=17.51$ df=8 p<0.05).

Исследование ВР и стресса на рабочем месте показало, что для лиц с высокой ВР ответственность изменялась как в сторону повышения, так и понижения ($\chi^2=16.88$ df=6 p<0.01). С ростом уровня ВР увеличивается количество конфликтов в семье (высокая ВР – 62,8%, низкая ВР – 49.2%; $\chi^2=15.63$ df=6 p<0.05). Исследовали наличие других психосоциальных факторов у женщин с различным уровнем ВР. Высокий уровень тревожности растет с увеличением уровней ВР (высокая ВР – 85.6%, низкая ВР – 69.5%; $\chi^2=12.72$ df=2 p<0.01). Большая депрессия также достигает наибольшего значения у женщин с высокой ВР, 10-кратно возрастающая в сравнение с группой с низкой ВР (ВВР – 20.7%, НВР – 1.9%; $\chi^2= 73.49$ df= 4 p<0.001).

А вот для жизненного истощения несколько иная картина: высокое жизненное истощение наиболее часто отмечалось в группе со средним уровнем ВР (высокая ВР – 35.7%, умеренная ВР – 39.2%, низкая ВР – 17.9%; $\chi^2= 41.23$ df= 4 p<0.001). Не отмечено существенных

различий в показателях «хорошего» или «плохого» сна между группами женщин с различными уровнями ВР.

Низкий индекс близких контактов имел тенденцию встречаться чаще в группе с высокой ВР (высокая ВР – 61.8%, низкая ВР – 55.2%). Отмечена тенденция в снижении высокого индекса социальных связей с ростом уровня ВР (высокая ВР – 1.5%; низкая ВР – 4.5%).

Выводы: Распространенность выраженного уровня враждебности в женской популяции 25-64 лет высока и составляет 43%. Женщины с высокой враждебностью чаще имеют негативную оценку здоровья и жалобы на него, осознают, что недостаточно заботятся о своем здоровье. Высокая враждебность ассоциирована с неблагоприятным поведенческим профилем: высокой частотой курения и низкой физической активностью у женщин. Выраженный уровень враждебности ассоциирован с высокими уровнями стресса в семье и на рабочем месте в женской популяции работоспособного возраста. У женщин 25-64 лет с высокой враждебностью чаще встречается личностная тревожность, большая депрессия, высокое жизненное истощение, низкая социальная поддержка

АДМИНИСТРАТИВНЫЕ И ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Горелкин А.Г., Васильев И.В.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ (Новосибирск)

Правовое регулирование начинается с теоретического осмысления сути общественных отношений, выработки научно-правовой парадигмы, определяющей основные принципы и методы их регулирования.

Основным законом, регулирующим отношения в области охраны здоровья граждан, является ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее 323-ФЗ). Предмет регулирования этого закона включает широкий круг правоотношений, и что особенно существенно, достаточно разнородных отношений. Различные по своему существу требуют и различные принципы и методы регулирования для каждого из них.

Исторически сложившиеся подходы в регулировании сферы здравоохранения основываются на патерналистском подходе государства к человеку и, в частности, к здоровью человека и его сохранению. Государство как заботливый отец пытается управлять здоровьем неразумных своих граждан исключительно во их благо. Порожденное этим подходом принципы и методы административного регулирования зачастую переносятся на правоотношения к которым они не могут применяться.

Для эффективного регулирования прежде всего следует четко понимать сущность возникающих правоотношений по поводу главного объекта – здоровья граждан. Непосредственное оказание медицинской помощи (медицинской услуги, медицинского вмешательства) сопряжено с вмешательством в организм человека и вторжением в его личную сферу. Объектом складывающихся правоотношений является жизнь и здоровье человека.

Непосредственное право человека на здоровье прямо не указано в Конституции РФ. Это право находит свое выражение через другие права, в частности, право на жизнь (ст. 20), достоинство личности (ст. 21), свободу и личную неприкосновенность (ст. 22), неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну (ст. 23), запрета на использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия (ст. 24). Эти естественные права человека обладают наивысшим приоритетом среди других гражданских прав. Об их особом значении свидетельствует конституционное положение о том, что они не подлежат ограничению даже в условиях чрезвычайного положения (ст. 56).

Конституционно закрепленное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41), прежде всего, направлено на сохранение нематериального блага человека – его здоровья. Конституционный суд РФ характеризовал здоровье как – «высшее неотчуждаемое благо, без которого утрачивают свое значение многие другие блага и ценности». Гражданский кодекс РФ, реализуя конституционные положения, признает здоровье как нематериальное благо и относит его к объектам гражданских прав, находящихся под его защитой. Личное неимущественное право и нематериальные блага, принадлежащие человеку от рождения неотчуждаемы и непередаваемы (ст. 150 ГК РФ). Распоряжаться своим личным нематериальным благом может только сам гражданин и по своему усмотрению. Иные правовые нормы,

устанавливаемые государством, не могут нарушать эти права человека. Эти права абсолютны, они действуют по умолчанию, являются обязательными для их соблюдения всеми иными лицами, включая и государство. Отношения, складывающиеся с другими субъектами по поводу этих благ могут регулироваться только гражданско-правовыми конструкциями, таких как договор оказания услуги, действия в чужом интересе без поручения и др.

Принципиальным моментом является то, что любое вмешательство, затрагивающее личное нематериальное благо – здоровье, может быть произведено лишь с разрешения гражданина на основании его четко выраженного волеизъявления, например, в виде информированного добровольного согласия.

Другой составляющей отношений сферы охраны здоровья являются отношения при реализации конституционного права гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41). Очевидно, что право на здоровье (личное нематериальное благо) и право на охрану здоровья и медицинскую помощь не одно и то же. Если первое, относится к естественным правам человека, то второе, к группе социально-обеспечительных прав, т.е. в значительной степени порождаемых государством, его обязательствами перед своими гражданами.

Элементарная правовая конструкция заключается в корреспондировании праву одного субъекта обязанности других лиц в реализации этого права. Если личное неимущественное право на здоровье абсолютно и ему корреспондирует обязанность каждого соблюдать это естественное право человека, то у кого возникает обязанность обеспечить реализацию права гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь? Прежде всего, у государства, которое должно обеспечить непосредственное существование системы охраны здоровья (здравоохранения): существование медицинских организаций, системы подготовки медицинских кадров, доступности и возможности своевременного получения медицинской помощи, наличие государственных органов, регулирующих решение вопросов охраны здоровья граждан и т.д. Одна из обязанностей государства обеспечивать соблюдение права граждан на охрану здоровья всеми другими субъектами, которые могут своими действиями причинить вред здоровью. Например, осуществлять надзор за предприятиями, которые могут нарушить экологические условия, или нарушить санитарно-эпидемиологические нормы. Государство, в лице исполнительного органа в области здравоохранения может устанавливать необходимые требования к медицинским организациям для осуществления ими медицинской деятельности (лицензирование).

Субъектами рассмотренных отношений являются государство и лица, деятельность которых может нарушить право гражданина. Другими словами сам гражданин, как правило, не является субъектом этих правоотношений и по сути его участие приближается к положению выгодоприобретателя в гражданском праве. Очевидно, что подобные отношения суть – административные правоотношения.

Возможно ли обращение этих административных велений на физическое лицо, другими словами непосредственно на гражданина? Возможно и правомерно, с одной лишь оговоркой, что властные предписания обращенные к гражданину при реализации права человека на охрану здоровья, касаются не его здоровья. Эти веления направлены на реализацию права на здоровье других граждан. Если здоровье человека создает угрозу для здоровья других людей, например, наличие у него опасной инфекции, то на этого гражданина государством может быть возложены некоторые обязанности. Однако эти обязанности возлагаются на него не для обеспечения его здоровья, а для безопасности других. Обязанности выполнения властных предписаний в отношении собственного здоровья не могут быть возложены на человека никем иным, как только самим человеком.

В действующем законодательстве в сфере охраны здоровья зачастую не разделяется эти рассмотренные выше правоотношения, что приводит утверждению норм нарушающих фундаментальные правовые принципы и элементарные правовые конструкции. В конечном итоге нарушая фундаментальные гражданские права. Реализация права гражданина на охрану здоровья зачастую вступает в противоречие и нарушает естественное право человека на здоровье, право на самостоятельное распоряжение этим своим нематериальным благом.

Например, 323-ФЗ на граждан возлагается обязанность заботиться о сохранении своего здоровья (п. 1 ст. 27). В подобных правовых велениях нарушается естественное личное нематериальное право человека на самостоятельное, только ему принадлежащее право в отношении его нематериального блага. С гражданско-правовой парадигмы данная норма ничтожна. Возникает ситуация когда праву человека на нематериальное благо корреспондирует его же обязанность реализовать это право. С точки зрения гражданско-правовых принципов, совпадение кредитора и должника в одном лице прекращает обязательство. При таком подходе можно даже не обсуждать вопрос о том, что данная норма не будет реализована в действительности, так как отсутствует санкция за несоблюдение диспозиции этой нормы.

Еще более показателен второй пункт статьи 27 323-ФЗ, который возлагает на граждан, страдающих опасными для окружающих заболеваниями проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Здесь в одной норме осуществляется попытка административного регулирования различных отношений, с прямым нарушением норм гражданского права.

Действительно императивной нормой можно обязать гражданина пройти обследование на выявление опасного заболевания. Это логичная норма вытекающая из конституционной обязанности граждан не нарушать право других, в частности, реализующая их право на охрану здоровья. Данная норма может быть в частности реализована как прохождением обследования, так может быть дополнена и правом изолировать данного пациента в случае подтверждения у него опасного заболевания. В то же время обязать его пройти лечение и заниматься профилактикой нельзя, так как это будет уже нарушением его права самостоятельно решать вопрос о медицинском вмешательстве. Захочет человек лечиться, он примет решение и выразит свою волю в информированном согласии. Не захочет – он вправе отказаться от лечения. Здесь вступает в силу норма гражданско-правового договора. Его отказ от лечения не означает, что административная норма по изоляции перестает действовать.

Законодатель, однако, на этом не останавливается. Он не только возлагает на гражданина обязанность согласиться на лечение, но и наделяет медицинскую организацию правом проведения медицинского вмешательства без согласия пациента (п. 9 ст.20 323-ФЗ). Зачем обязывать пациента лечиться, когда у государства имеется право на лечение и без его согласия, т.е. и, не спрашивая гражданина, распорядиться его личным нематериальным благом. Следует указать, что в предыдущем закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» эти нормы были сформулированы более корректно. Оказание медицинской помощи без согласия граждан включало лишь «медицинское освидетельствование, госпитализацию, наблюдение и изоляцию» (ст.34), но, ни как не лечение т.е. непосредственное вмешательство в здоровье. Следует также дополнить, что решение вопроса о лечении пациента без его согласия не имеет и достаточных морально-нравственных оснований. Ведь зачастую цель лечения опасных заболеваний недостижима по причине отсутствия средств, стопроцентно гарантирующих излечение.

Из рассмотренного со всей очевидностью вытекает необходимость четкого разделения правоотношений в сфере здравоохранения на административные и на гражданские. Без такого понимания принципы публичного административного права начинают вторгаться в отношения, которые должны регулироваться частным гражданским правом.

Несомненно, что вопросы охраны здоровья, организации здравоохранения, оказание медицинской помощи и медицинских услуг, обладают значительными особенностями и своеобразием. Эти особенности должны регулироваться специальными правовыми нормами. Однако, специальные нормы не должны противоречить смыслу и основным принципам, устанавливаемым Конституцией и общей частью отраслевого (гражданского) законодательства.

Выводы

Медицинское законодательство, в значительной степени находящееся под влиянием прошлых советских моделей регулирования правоотношений при оказании медицинской

помощи, реализует во многом патерналистский подход к здоровью граждан, заменяя гражданские принципы регулирования административными.

В теоретическом плане, прежде всего, необходимо признание и закрепление гражданско-правовой парадигмы в подходах к регулированию сферы здравоохранения и медицинской помощи.

Следуя смыслу конституционных положений, установление норм регулирующих правоотношения, которые непосредственно затрагивают основные естественные права и свободы человека и гражданина, такие как право на жизнь, личную неприкосновенность, достоинство личности и личную тайну не должно противоречить гражданскому законодательству.

РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ В РАМКАХ ОМС

Домрачева Е.В., Пархоменко О.М., Жданова И.В., Дума Е.В.
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1» (Новосибирск)

В условиях современной медицины основой успешного лечения больных, одним из индикаторов качества и безопасности медицинской деятельности является удовлетворенность пациента полученной медицинской помощью. При этом удовлетворенность зависит не только от качества полученной медицинской услуги, достижения медицинских критериев эффективности лечения, но и от изначальных ожиданий пациентов относительно способности конкретной медицинской организации удовлетворить их требования, индивидуальных характеристик самого пациента (социального статуса, вида и тяжести заболевания, системы жизненных ценностей и т.д.) Уважительное и внимательное отношение к пациенту также является наиболее значимым фактором, влияющим на удовлетворенность и уровень независимой оценки нашей деятельности.

С целью изучения социального портрета и мнения пациентов в ГБУЗ НСО «ГКБ №1» ежеквартально проводится внутреннее анонимное анкетирование. Так в 1 квартале 2016 года анкетирование проведено в 24-х отделениях больницы (7-ми онкологических, 25,5% опрошенных; 2-х отделениях родильного дома, 7,2% опрошенных; 7-ми терапевтических, 38,3% опрошенных; 8-ми хирургических, 29% опрошенных). В исследование были включены 275 пациентов (20 % от пребывавших на лечении в условиях круглосуточного стационара), находившиеся в стационаре не менее 4-5 дней, которые выписывались в день анкетирования или планировались к выписке на следующий день. Анкета содержала 30 вопросов, позволяющих уточнить социальную характеристику пациентов и их оценку различных аспектов медицинской деятельности стационара (организация медицинской помощи на уровне приемного отделения, лечебного отделения, организация лечебно-диагностического процесса, ухода, питания, профессиональной подготовки медицинского персонала и его отношения к пациентам, санитарно-гигиенического состояния учреждения, и т.д.)

В результате анкетирования установлено, что гендерный состав пациентов ГБУЗ НСО «ГКБ №1» был паритетным: без учета пациенток родильного дома, мужчины составили 50,6%, женщины – 49,4%. Лица трудоспособного возраста (18 – 60 лет) составили 71 % опрошенных. При этом группу старше 70 лет составило 17,4% респондентов. Работающими были 50% пациентов, учащимися 2,9%, пенсионерами 25%, инвалидами 6,1%. Наибольшее количество пенсионеров и инвалидов лечилось в онкологических отделениях (48,6%), неработающих домохозяек – в отделениях родильного дома (25%). В ходе изучения семейного положения респондентов обращало внимание, что в браке состояло 68,7% пациентов, наибольший процент состоящих в браке приходился на отделения родильного дома (80%) и онкологические отделения (75,7%), а не состоящих в браке вдовцов (37,1%) – на терапевтические отделения. Нельзя не отметить интересный факт: 40% беременных в отделении патологии беременности не состояли в браке, в то время как на этапе акушерского отделения 100% женщин уже были замужем. При оценке своего материального статуса практически полови-

на пациентов (47%) указала ежемесячный доход менее 15 тыс.руб., треть (31%) - до 25тыс.руб., 15% - до 35тыс.руб. и 7% - свыше 50 тыс.руб. При этом худшее материальное положение было отмечено среди респондентов онкологических отделений, половина из которых являлись пенсионерами и инвалидами (57% с ежемесячным доходом менее 15т.р.), наилучший материальный статус был отмечен среди пациенток родильного дома (45% с доходом 25-35 тыс.руб. в месяц, 15% - с доходом свыше 50 тыс.руб. в месяц) и эндокринологического отделения (40% пациентов с ежемесячным доходом свыше 50тыс.руб.) Из полученных ответов следовало, что 82,5% пациентов больницы являлись городскими жителями, 14,5% - жителями НСО, наибольший процент которых лечились в отделениях родильного дома и 3% иногородних, получавших помощь в терапевтических отделениях. Таким образом, по результатам анкетирования был установлен портрет пациентов, получавших медицинскую помощь в ГБУЗ НСО «ГКБ №1». Отмечено, что чаще в нашу медицинскую организацию обращались работающие жители Новосибирска в возрасте 51-60 лет, состоящие в браке, с ежемесячным доходом менее 15тыс.руб., доставленные «Скорой медицинской помощью» (44%) и госпитализированные в экстренном порядке (54%). В случае плановой госпитализации 65% поступила в стационар в течение 7 дней после выдачи направления, от 7 до 14 дней ожидали госпитализацию 32%, лишь 3 пациента офтальмологического профиля (2,4%) ждали плановую госпитализацию более 30 дней.

Что касается организации оказания медицинской помощи в приемных отделениях, то было отмечено, что сроки пребывания там пациентов в 63% случаев составляло менее 30 минут, 30% - менее 1 часа. Нахождение в приемном покое от 1 до 2 часов было отмечено в 7% случаев, причем чаще всего в данном временном промежутке обследовались пациенты отделения неотложной хирургии (16,3%), что объясняется широким спектром обследований, необходимых для подтверждения острой хирургической патологии. Это позволило сделать вывод о необходимости сокращения срока пребывания хирургических пациентов в приемном покое, более ранней госпитализации и продолжения дообследования уже в условиях отделения, из которого, при необходимости, возможны выписка либо перевод в другое отделение при наличии показаний. В 95% случаев опрошенные были довольны условиями пребывания в приемных отделениях больницы. Из 13 недовольных пациентов большинство указали на неудовлетворительное состояние туалетов и отсутствие куллера с питьевой водой. Отношение медицинского персонала в приемных отделениях удовлетворило 99,3% респондентов. Все они были ознакомлены с правилами пребывания и распорядком дня отделения.

В 98% случаев при первичном осмотре в отделении врачи представлялись своим пациентам. Ежедневные врачебные обходы указаны 95% больных. Через день пациенты осматривались в 14 (4,4%) случаев, при этом чаще обходы через день отмечали в отделении сосудистой хирургии, что, на наш взгляд, в отделениях хирургического профиля абсолютно недопустимо и послужило поводом для замечания заведующему отделением. Что касается обходов заведующего отделением, то больше половины пациентов (53,5%) указали, что были осмотрены заведующим непосредственно при поступлении, 12% - в первые 3 дня госпитализации, 52% отметили еженедельный обход с заведующими отделением. Как положительный момент нельзя не отметить, что в четырех отделениях терапевтического профиля заведующие отделением совершают ежедневные утренние обходы всех палат, что, безусловно, положительно сказывается на организации работы, психологическом микроклимате, играет роль в формировании высокой комплексной оценке работы отделения. Хорошая профессиональная грамотность персонала определена 94% пациентов, неудовлетворительных оценок не было, лишь 4 человека (1,5%) затруднилось оценить этот параметр. Отношение к пациентам хорошим назвали 95,3%, удовлетворительным – 4,7%. Лучшими эти показатели были по онкологической службе (100% высшая оценка). Условия пребывания хорошими назвали 88% респондентов, удовлетворительными – 12%. Хуже оценивали условия (состояние мебели, комфортность, кратность и качество уборки, качество и смена белья) пациенты неотложных хирургических отделений. Качество питания полностью устроило 70% больных, большинство из которых лечились в терапевтических отделениях, как удовлетворительное оценено

29,5% (чаще эти оценки были в хирургических отделениях), как неудовлетворительное оценил только 1 пациент из 275 опрошенных. Хорошим назвали качество лекарственного и диагностического обеспечения 90,5% и 91% соответственно. Удовлетворены полностью действиями персонала по уходу за пациентами практически все пациенты (99,6%). В ходе лечения 91% больных отметили улучшение состояния своего здоровья, у 8,4% состояние здоровья не изменилось (пациенты онкологических и офтальмологического отделения), у 2х (0,7%) состояние ухудшилось (пациенты радиологического отделения). Деятельность различных категорий сотрудников нашей медицинской организации была оценена пациентами по 10-тибалльной системе. Средний балл для заведующих отделениями составил 9,7, для врачей – 9,7, для медицинских сестер – 9,8, для младшего медицинского персонала – 9,5. Наиболее высокий средний балл был отмечен по персоналу онкологической службы. По десятибалльной шкале состояние внешнего вида зданий, помещений, территории, парка, подъездных путей и парковок было оценено нашими пациентами на 8,4 балла. Более высокий балл выставляли больные, получавшие медицинскую помощь в корпусах, в которых в рамках программы модернизации была проведена реконструкция и капитальный ремонт. Необходимость оплачивать назначенные лекарственные препараты и диагностические исследования за свой счет отметили 1,8% и 2,5% пациентов соответственно. Полученные данные послужили поводом для разработки и проведения целевой анкеты, которая позволит уточнить, какие препараты (по основному или сопутствующему заболеванию, каких групп, кем рекомендованных) и диагностические исследования (вид, место проведения, кем рекомендованы) приходилось оплачивать пациентам. На вопрос, считают ли пролеченные пациенты целесообразным получать медицинскую помощь в нашей больнице на платной основе, 33% ответили положительно (100% ЛОР-отделения, 80% эндокринологического, 70% травматологического, 60% нейрохирургического и акушерского отделений).

В целом, анализируя данные проведенного анкетирования, можно прийти к выводу, что удовлетворенность процессом оказания медицинской помощи у пациентов нашей медицинской организации и мнение о ней являются достаточно высокими. 98% пролеченных больных порекомендовали бы нашу медицинскую организацию для получения медицинской помощи своим знакомым. В то же время выявлен и обсужден на Медицинском совете ряд проблем, разработан план корректирующих действий по устранению замечаний и выполнению пожеланий пациентов, намечены сроки повторного анкетирования. Нам видится, что дальнейшее развитие пациентоориентированной деятельности является актуальным, перспективным и характеризует совместную (корпоративную) способность коллектива действовать с учетом интересов пациента.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ПЛАНИРОВАНИЮ СТРАТЕГИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Дорофеев С.Б.¹, Бабенко А.И.², Татаурова Е.А.^{2,3}, Бабенко Е.А.²

¹Государственная Дума, Федеральное собрание РФ, Комитет по охране здоровья, Национальная медицинская палата (Москва)

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк–Новосибирск)

³НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск–Главный ОАО «РЖД» (Новосибирск)

Современные перспективы формирования и развития здоровья населения требуют соответствующего совершенствования системы его охраны. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ определяет одним из основополагающих принципов охраны здоровья – приоритет профилактики. Эффективность реализации ее мер по предупреждению развития болезней во многом связана с возможностью привлечения широких масс населения к ведению здорового образа жизни.

Это отражено в основных положениях Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года и Концепции развития системы здравоохранения в российской Федерации до 2020 года. При этом обращается особое внимание населения на сохранение собственного здоровья и указывается, что это является непосредственной обязанностью каждого гражданина. В этом видится главная стратегическая цель российского государства по развитию человеческого капитала.

С точки зрения социально-экономических процессов, во вкладе в развитие человеческого капитала наиболее заинтересованы государство и работодатели. При этом важно финансировать те сферы, которые непосредственно оказывают влияние на формирование способностей человека к эффективному труду, в его здоровье и образование. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) населения является одним из ведущих звеньев развития человеческого капитала, а здоровье – лимитирующим фактором развития производства, что должно стать отправной точкой при выработке стратегии по развитию здоровья населения, где ведущим профилактическим звеном является формирование ЗОЖ у населения, снижение и даже исключения влияния негативных факторов. В широком смысле человеческий капитал формируется путем инвестиций в человека, в виде затрат, в том числе на поддержание ЗОЖ.

В последние годы в РФ все большую значимость среди потерь здоровья населения приобретают хронические неинфекционные заболевания – болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, сахарный диабет, новообразования. На которые приходится более 80% всей смертности. Имеет место высокий уровень распространенности среди населения, в том числе среди молодежи, артериальной гипертензии, ожирения, гиподинамии, курения, злоупотребления алкоголем как следствие неадекватного образа жизни. Неслучайно, что среди всех факторов, формирующих здоровье населения, по данным ВОЗ, до 50,0% приходится на элементы здорового образа жизни и только 10,0% – на систему здравоохранения.

С середины 90-х годов прошлого столетия на территории РФ усилилась профилактическая работа по предупреждению развития целого ряда неинфекционных заболеваний, хронизации патологии, оптимизации образа жизни. Были организованы центры медицинской про-

филактики и отделения медицинской профилактики при поликлиниках. Для расширения профилактической деятельности на индивидуальном уровне с 2009 г. были открыты центры здоровья (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 579н от 19.08.2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака»), целью которых становится сохранение и укрепление здоровья граждан путем воздействия на адаптивный потенциал организма и формирования здорового образа жизни. Это служит дополнительным звеном профилактической направленности здравоохранения для борьбы с негативными факторами риска, что отражает формирование нового концептуального подхода к предупреждению развития заболеваний.

Важно отметить, что во многих странах мира реализуются национальные и региональные программы по стимулированию здорового образа жизни, которые учитывают особенности демографического, социального и экономического развития территорий, менталитет населения, сложившиеся взаимоотношения между местными органами власти, работодателями, органами здравоохранения, населением. Это обеспечивается соответствующей законодательной поддержкой с определением дифференцированной ответственности каждого субъекта системы по формированию здорового образа жизни.

В РФ в последние годы разрабатываются различные программы по отдельным аспектам формирования здорового образа жизни на основе специальных исследований, в том числе на социально-гигиеническом уровне: по организационно-методическим аспектам формирования здорового образа жизни у населения и межсекторального сотрудничества городского муниципального образования и администрации сельских районов, среди работников промышленных предприятий и учащейся молодежи по развитию навыков здорового образа жизни у школьников, по совершенствованию деятельности врачей в вопросах здорового образа жизни и др. Однако, эти проекты имеют различия в методических подходах и отражают лишь отдельные части решения стратегии государства по формированию здорового образа жизни. Необходима разработка общего методологического подхода к определению основных стратегических позиций в сохранении здоровья населения и развития человеческого капитала. Требуется, с одной стороны, определить эффективные мотивационные механизмы (в том числе социально-экономического характера) к формированию здорового образа жизни и снижению влияния риск-факторов, с другой – установить степень ответственности государственных структур, администрации территорий, здравоохранения, работодателей, населения, включая законодательные меры, с учетом тенденций современного развития общества.

В этой связи важной задачей социально-гигиенических исследований становится разработка методологических основ планирования стратегии по формированию здорового образа жизни и организационно-функциональных моделей по совершенствованию реализации медико-профилактических мероприятий, с использованием современных методик познания характера распространенности патологии среди населения и информационно-аналитических технологий, статистических, социологических и экспертных оценок.

Таким образом, методология разработки стратегических позиций по формированию здорового образа жизни должна включать в себя этапы анализа заболеваемости различных категорий населения при обращаемости за медицинской помощью, оценку распространенности патологических состояний по результатам диагностических исследований, социологическую и экспертную оценки различных субъектов системы (население, пациенты медицинских учреждений, врачи, руководители здравоохранения, страховых медицинских организаций, администраций территорий, предприятий и учебных заведений) по вопросам формирования и поддержания здорового образа жизни. Это позволит сформировать данную систему с учетом прогноза распространенности патологии среди населения, мнения субъектов системы, перспектив востребованности профилактических технологий и приоритетов в охране здоровья.

ВОЗМОЖНОСТИ ВОСПИТАНИЯ КУЛЬТУРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Дударева А.В., Дробинская А.Н.
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1» (Новосибирск)

Репродуктивное здоровье – одна из наиболее востребованных сфер здравоохранения. Обеспечение репродуктивного здоровья включает:

- содействие безопасному и ответственному поведению, особенно - в период подросткового возраста;
- прегравидарную подготовку, планирование семьи;
- лечение бесплодия;
- антенатальную охрану плода;
- обеспечение безопасных атравматичных родов;
- обеспечение оптимального безопасного акушерского и неонатального ухода;
- обеспечение высококачественной специализированной помощью нуждающихся беременных, рожениц, родильниц, новорожденных и детей раннего возраста;
- предупреждение материнской, неонатальной и младенческой смертности и инвалидности;
- профилактику незапланированных беременностей, снижение числа аборт, обеспечение условий для безопасного проведения абортов;
- профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем;
- раннее выявление и лечение заболеваний репродуктивных органов женщин;
- профилактику патологии климактерического периода и остеопороза.

В современной официальной медицине в России помощь женщине в плане репродуктивного здоровья оказывают две группы специалистов: врачи акушеры-гинекологи и акушерки. Беременность и роды в норме – физиологические процессы, а главный объект врачебного внимания – больной человек. Официально обязанности врача и акушерки прописаны профессиональными компетенциями, вместе с тем в российской модели медицины роль акушерки сложна в определении и во многом принижена. Каковы же полномочия акушерки? Какую роль играют её знания и опыт в ведении беременности, родов и послеродового периода, в профилактике нежелательной беременности, профилактике и лечении инфекций, передаваемых половым путем, содействие безопасному и ответственному поведению, в воспитании культуры здорового образа жизни? Каково её поле деятельности?

В российской модели медицины роль акушерки сложна в определении и во многом принижена. Её полномочия в рамках лечебного процесса довольно узки и часто сводятся к выполнению назначений лечащего доктора, ассистенции врачу и ведению документации. Отношение к акушерке только как к помощнику врача и само понятие «средний медработник» мешает развитию профессионального самосознания акушерок. Реальная кадровая диспропорция «сестринский персонал – врачи» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями: увеличением во врачебной деятельности доли медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации, а подлежащих осуществлению хорошо подготовленным сестринским персоналом; недооценка роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной подготовки. Не использовать вообще или использовать не по назначению по-

тенциал акушерок особенно в плане профилактики и воспитания культуры репродуктивного здоровья по меньшей мере расточительно, а с другой стороны просто упускать возможность улучшения доступности медицинской помощи. Малоэффективное использование сестринского персонала в практическом здравоохранении оказывает существенное влияние на качество медицинской помощи.

Доступность является одним из главных критериев качества медицинской помощи, это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания, это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Для того чтобы на врачебном приеме время было использовано максимально эффективно, в женской консультации был организован кабинет акушерского приема. Основная задача организации акушерского приема – освободить врача от несвойственных ему функциональных обязанностей, передав часть работы на акушерский прием. Необходимо было организовать работу таким образом, чтобы врач в течение времени, отведенного на прием, занимался непосредственно пациенткой и её медицинскими проблемами, а акушерка, общаясь с пациенткой на акушерском приеме, могла вести необходимую просветительскую работу. Мы постарались создать в женской консультации условия, максимально удовлетворяющие пациенток по качеству и доступности медицинской помощи, что позволило с одной стороны, разгрузить врача от несвойственных для него функциональных обязанностей, с другой -создать условия для реализации акушерками их профессиональных компетенций в соответствии с приказом Минобрнауки от 11.08.2014г №969

С 1 декабря 2014 г. прием участковых врачей и акушерок смены ведется в разных кабинетах. Организованы кабинеты акушерского приема, где пациенткам измеряют АД, производят взвешивание, вносят в обменную карту результаты обследований, записывают на повторные приемы, проводят беседы о здоровом питании, подготовке к беременности, современным методам контрацепции, профилактике осложнений беременности и т.д. Организация акушерского приема позволяет:

- сократить время пребывания пациентки на врачебном приеме, привести время приема в соответствие с расписанием;
- дает возможность врачу более тщательно вести прием пациенток, не отвлекаясь на организационные проблемы;
- контролировать объем и качество работы врачей и акушерок для дифференцированного подхода к оплате труда в условиях эффективного контракта;
- создает для пациентов более организованное пребывание в женской консультации, т. к. записи на повторный прием, в процедурный кабинет, КТГ, на манипуляции, проводятся по времени и предварительной записи на акушерском приеме;
- сокращается время ожидания врачебного приема до 15-20мин максимально;
- общение на приеме пациентки непосредственно с врачом, а затем с акушеркой дает возможность более близкого контакта и создания доверительных отношений между медицинскими работниками и пациентом, позволяет проводить воспитательную работу на более доступном уровне.

Результат от внедрения данной системы оценивался по оценке проведенного анкетирования среди пациенток. 98% респондентов оценивают качество оказания медицинской помощи в женской консультации на «хорошо» и «отлично».

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Закирова Н.И., Рузиева Н.К.

Самаркандский государственный медицинский институт (Самарканд, Узбекистан)

Физическое развитие девочек, девушек – подростка является ведущим критерием состояния здоровья населения, а основные показатели морфологического развития их, такие как длина, масса тела, окружность грудной клетки, отражают влияние факторов внешней среды. Известно, что фертильность женщин во многом зависит от гармоничности физического развития в пубертатном периоде.

Цель. Изучить показатели физического и полового развития девочек, девушек-подростков пубертатного возраста.

Материалы и методы. Оценка физического развития проводилась методом антропометрии. Нами были обследованы 500 девочек и девушек-подростков в возрасте от 10 до 18 лет, которые были разделены на 9 групп в зависимости от возраста. Оценку физического развития проводили в возрастном аспекте путем измерения длины и массы тела, окружности грудной клетки и размеров таза. Измерение длины тела проводилось с помощью ростомера. Массу тела определяли взвешиванием девочки. Окружность грудной клетки измерялась сантиметровой лентой. Размеры таза измерялись тазомером. Статистическая обработка материала проводилась на компьютере Pentium-4, по программам «Star+».

Результаты. По данными антропометрии длина тела девочек в 1-группе колебалась от 135,0см до 140,2 см, составляя в среднем $137,6 \pm 5,0$ см, 2-группе- от 143,5см до 149,0 см, составляя в среднем $146,5 \pm 6,1$ см, в 3-группе - от 147,0 см до 155,4см, составляя в среднем $151,2 \pm 8,0$ см, в 4-группе -от 149,0см до 158,2см, составляя в среднем $153,1 \pm 8,4$ см, в 5-группе - от 152,5см до 166,9см, составляя в среднем $158,0 \pm 10,4$ см, в 6-группе - от 152,5см до 169,9см, составляя в среднем $161,0 \pm 11,0$ см, в 7-группе - от 153,6см до 171,0 см, составляя в среднем $164,0 \pm 11,9$ см, в 8-группе - от 155,0см до 175,4см, составляя в среднем $164,7 \pm 16,0$ см, в 9-группе – от 155,6см до 180,2 см, составляя в среднем $166,2 \pm 15,6$ см. Масса тела девочек в 1-группе колебалась от 37,0кг до 41,6 кг, составляя в среднем $39,3 \pm 4,1$ кг, в 2-группе - от 37,6кг до 42,4кг, составляя в среднем $40,5 \pm 5,2$ кг, в 3-группе - от 39,0кг до 49,6кг, составляя в среднем $44,3 \pm 8,2$ кг, в 4-группе - от 40,0кг до 52,2кг составляя в среднем $46,2 \pm 8,4$ кг, в 5-группе - от 41,2кг до 54,4кг, составляя в среднем $47,8 \pm 11,0$ кг, в 6-группе - от 49,0кг до 55,4кг составляя в среднем $51,5 \pm 6,8$ кг, в 7-группе - от 52,6кг до 60,4кг, составляя в среднем $57,1 \pm 8,4$ кг, в 8-группе - от 54,0кг до 65,4 кг, составляя в среднем $58,2 \pm 10,0$ кг, в 9-группе от 54,6кг до 70,0кг, составляя в среднем $60,1 \pm 11,2$ кг.

Из приведенных данных видно, что активный рост массы тела соответствуем 12 и 16 годам, что совпадает с данными литературы. Таким образом, следует отметить, что у девочек процесс нарастания роста и веса пропорционально возрасту.

Окружность грудной клетки девочек в среднем составила $68,2 \pm 2,9$ см в 1-группе, в 2-группе- $70,9 \pm 3,7$ см, в 3-группе- $74,1 \pm 5,0$ см, 4-группе- $75,8 \pm 4,2$ см, 5-группе- $80,1 \pm 3,9$ см, 6-группе- $87,1 \pm 4,0$ см, 7-группе- $88,8 \pm 3,9$ см, 8-группе- $89,2 \pm 3,7$ см, в 9 гр $90,5 \pm 4,4$ см. Замедление физического развития было отмечено у 3 девочек 1-группы(6%), у 7 девочек 2 группы (14%), у 5 девочек 4-группы(12%). Отмечено, что к 12 и 14 годам практически прекращается увеличение размеров таза. Пик активного роста массы тела и роста приходится на 12, 14 и

16 лет, что совпадает с данными ряда авторов. Оценка физического и полового развития проводится с учетом полового созревания. Развитие вторичных половых признаков-достоверный критерий биологической зрелости организма. Формирование репродуктивного здоровья подростков зависит от того, как будет протекать период полового созревания. В наших исследованиях оценка степени полового созревания проводилась по появлению вторичных половых признаков (подмышечное и лобковое оволосение, развитие молочных желез и возраст наступления менархе). Результаты нашего исследования показали, что вторичные половые признаки начинали развиваться в возрасте 8-10 лет. Менархе отмечено в среднем в возрасте 10,5 лет. Регулярные менструации наблюдались у большинства обследованных девочек, в 75 случаях имел место гипоменструальный и 125 гиперменструальный синдром. Аменорея наблюдалась у 3-х девочек (6%) в 2-группе, у 3 девочек (9%) во 5-группе, у 5 девочек(5%) 8-группы и 8 (8%) девочек 9-группы. Менструальный цикл установился сразу у 78,4% девочек, продолжительность цикла составила в среднем 3-4дня. Отмечено, что у 5,6% девочек с аменорей и гипоменструальным синдромом имело место уменьшение как роста, так и размеров таза, что требует исследования гипофизарно-гонадной и гипофизарно-тиреоидной систем у данного контингента девочек. Развитие девочек в течение пубертатного периода зависит также от состояния здоровья их. Различные соматические, инфекционные и эндокринные заболевания оказывают неблагоприятное воздействие на организм девочек, девушек-подростков. В наших исследованиях у 170 (34%) девочек были обнаружены экстрагенитальные заболевания, среди которых преобладали анемия и инфекции. У этих девочек, девушек-подростков имели место замедление темпов развития, отставание полового развития, позднее менархе и аменорея.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствует о том, что девочки, девушки-подростки пубертатного возраста нуждаются в своевременном систематическом наблюдении акушера-гинеколога, терапевта и эндокринолога. Физическое и половое развитие девочек, девушек-подростков зависит от наличия экстрагенитальных заболеваний. Своевременное выявление их и оздоровление имеют неопределимое значение для профилактики нарушения физического развития девочек и девушек-подростков.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА СИНТЕТИЧЕСКИХ МОЮЩИХ И ЧИСТЯЩИХ СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА РАБОЧИХ

Ибрагимова Ф.И., Норова А.Н., Шодмонов К.Э.
Бухарский филиал Ташкентского государственного стоматологического института
(Бухара, Узбекистан)

В настоящее время синтетические моющие и чистящие средства (СМС и СЧС) с биологически активными добавками прочно вошли в быт и широко используются населением. Однако, несмотря на высокую автоматизацию технологических процессов в производстве СМС и СЧС, основным неблагоприятным фактором является запылённость воздуха как ингредиентами, так и самими СМС и СЧС, превышающих ПДК в 2-3 раза. Это может отрицательно повлиять как на состояние общего организма, так и на органы полости рта рабочих.

Цель. Изучение состояния неспецифической реактивности полости рта у работающих производства СМС и СЧС.

Материалы и методы. Для изучения местного иммунитета полости рта было обследовано 240 работников производства СМС и СЧС в возрасте от 20 до 60 лет. Из них основную группу (122 человека) составили лица, имеющие непосредственный контакт с производственными вредностями. В качестве контрольной группы (118 человек) рассматривались работники администрации, механики, водители и вахтёры в производстве СМС и СЧС, но не имеющих непосредственного контакта с производственными факторами. При этом изучали активность лизоцима, фагоцитарная активность нейтрофилов и содержание секреторного иммуноглобулина А (SIgA) в слюне, а также содержание отдельных видов микрофлоры (стрептококков, стафилококков и грибов) слизистой оболочки полости рта.

Результаты. Результаты проведённых исследований установлено, что в условиях производства СМС и СЧС ведущим неблагоприятным фактором является пыль сырья и готового продукта, причём последняя имеет большую гигиеническую значимость, так как её действию подвергаются практически все рабочие производства, вне зависимости оборудования, пунктов пересыпки порошка с транспорта, разрывов картонных коробок на фасовке. При этом наибольшая их опасность заключается в сенсibiliзирующих свойствах, способных вызывать аллергические заболевания. Риск развития аллергических заболеваний повышается за счёт формирования статуса поливалентной сенсibiliзации – раздражающего действия производственных факторов в условиях неблагоприятной метеоусловий (нагревающего микроклимата и повышенной влажности). При этом наиболее чувствительной оказалась иммунологическая реактивность полости рта. Так, у рабочих производства СМС и СЧС наблюдалось выраженное снижение (в 1,8-2,6 раза, $p < 0,001$) активности лизоцима, фагоцитарной активности нейтрофилов и содержания секреторного иммуноглобулина А слюны по сравнению с контрольными данными. Соответственно у них увеличивается количество коковой инфекции – стрептококков (в 3,3 раза), стафилококков (в 3,9 раза) и появляются во рту плесневые грибы, которые в норме в отличие от дрожжевых грибов, как правило, отсутствуют. На основании результатов проведённых исследований можно сказать, что у рабочих производства СМС и СЧС обнаруживается снижение всех звеньев иммунитета полости рта, то есть дефицит неспецифического клеточного (снижение активности лизоцима и фагоцитарной активности нейтрофилов слюны) и гуморального (снижение содержания секреторного иммуноглобулина А слюны) звеньев иммунной системы. Это свидетельствует о наличии латентной сенсibiliзации тканей полости рта к промышленным аллергенам в целях производства СМС и СЧС, что позволяет предположить развитие аллергопатологии и требует неотлагательного проведения соответствующих корректирующих профилактических мероприятий.

О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА СИНТЕТИЧЕСКИХ МОЮЩИХ И ЧИСТЯЩИХ СРЕДСТВ

Идиев Г.Э., Ибрагимова Ф.И.

Бухарский филиал Ташкентского государственного стоматологического института
(Бухара, Узбекистан)

Как известно, для поддержания чистоты тела, одежды и помещения широко используются синтетические моющие и чистящие средства (СМС, СЧС) в быту. Современные СМС и СЧС занимают одно из ведущих мест среди химических товаров бытового назначения. СМС – смеси постоянного состава, представляющие различные варианты оптимально подобранных компонентов. Ведущими среди химических товаров бытового назначения. СМС – смеси постоянного состава, представляющие различные варианты оптимально подобранных компонентов. Ведущими среди них (15-30%) являются поверхностно-активные вещества (ПАВ), остальные – вводимые в больших количествах химические соединения, придающие моющим средствам специфические свойства. СЧС представляют собой мелкодисперсные порошки и пасты белого или серого цвета с легким запахом отдушки. Чистящие средства являются механическими смесями, растворимыми в воде. Кроме абразивного компонента, составляющего до 88% от всей массы, в состав включены ПАВ, отдушки, красители. СМС и СЧС выпускают в виде порошков, таблеток, жидкостей, паст, гелей, аэрозолей (спреев). Гигиенические исследования на современных производствах СМС и СЧС показали, что, несмотря на высокую автоматизацию технологических процессов, основным неблагоприятным фактором является пыль сырья и готового продукта, причём последнее имеет большую гигиеническую значимость, так как её действию подвергаются практически все рабочие производства, вне зависимости от специальности. В воздух рабочей зоны пыль попадает из-за недостаточной герметичности оборудования, продуктов пересыпки порошка с транспорта, разрывов картонных коробок на фасовке и прочее. В литературе имеются данные оплохойсмываемости ПАВ с кожи рук и одежды, даже ополаскивание кистей теплой водой, а также 5-кратное полоскание белья после стирки не удаляет их полностью. Наибольшая их опасность заключается в сенсibiliзирующих свойствах, определяется прямая корреляционная связь между заболеваемостью и стажем работы. Пыль СМС и СЧС и их ингредиентов, длительно воздействуя на слизистую оболочку полости рта и верхних дыхательных путей рабочих, вызывает дистрофические и вазомоторные заболевания верхних дыхательных путей, развивается жалобы на головную боль, головокружение, насморки или сухость во рту и носу, раздражение кожи. При этом установлено, что пыль СМС и СЧС у малостажированных рабочих вызывает преимущественно катаральные изменения верхних дыхательных путей и влияет на их функциональное состояние, а с увеличением стажа работы – нарушается барьерная и обеззараживающая функции мерцательного эпителия полости носа с изменением местной гемодинамики, что создаёт условия для проникновения пылевых частиц в бронхиальное дерево. Далее выявлено, что работа в контакте с СМС и СЧС способствует сенсibiliзации организма, развитию клинических проявлений обструкций воздухопроводящих путей. Сочетание специфической (к компонентам СМС и СЧС) и неспецифической сенсibiliзации организма определяет нарушение функции внешнего дыхания и может рассматриваться как ранний признак профессиональной патологии. Экспериментальными исследованиями установлено, что длительное воздействие растворов СМС на кожу приводит к истончению, обезжириванию кожи и развитию состояния сенсibiliзации у экспериментальных животных. Изме-

нение кожных покровов и состояние сенсibilизации зависят от концентрации растворов СМС и цитотоксичности ферментативных препаратов, включенных в рецептуру СМС. Наиболее ранние изменения кожных покровов и проявления сенсibilизации наблюдаются при контакте с растворами СМС в концентрации 0,8% и выше и содержанием в их рецептуре ферментов с выраженными цитотоксическими свойствами.

Результатами судебно-медицинских исследований подробно описан способ определения остаточных количеств поверхностно-активных веществ синтетических моющих средств на ткани. Показана возможность идентификации указанных веществ с помощью тонкослойной хроматографии на силуфолу в пятнах на вещественных доказательствах и проведены примеры анализа биологического материала. Установлена адекватность получаемых результатов. Комплексное проведение исследования с применением предложенного способа в судебно-медицинской практике позволит значительно повысить информативность экспертного заключения в тех случаях, когда традиционные биологические методы не дают такой возможности. Анализ литературных данных показал, что среди рабочих производства синтетических моющих средств наблюдаются нарушения функции внешнего дыхания и повышение показателей альтерации лейкоцитов и уровня общего IgE. Они в последующем приводят к нарушению проходимости мелких бронхов и поэтому могут считаться диагностическим критерием хронической обструктивной болезни лёгких у работников производства СМС. Неблагоприятное действие СМС и СЧС было выявлено и с помощью анкетных опросов населения. В условиях длительного использования СМС и СЧС в быту у некоторых из обследованных лиц отмечалось неблагоприятное влияние детергентов на верхние дыхательные пути и кожные покровы. Установлено, что женщины контактируют с СМС в среднем 2-5 раза в неделю. Продолжительность контакта составляет 1,5-2 часа, температура раствора 30-50°C, режим воздействия – непрерывный и прерывистый. При этом обнаружено изменение состояния кожи рук в виде шелушения, отека, жжения, покалывания, уменьшения электропроводимости кожи, сдвига рН в щелочную сторону, снижение её бактерицидных свойств, обезжиривание и истончение кожных покровов.

Таким образом, на основании анализа доступных нами литературных данных можно сказать, что при контакте с синтетическими моющими и чистящими средствами как в производстве (у рабочих), так и в быту (у потребителей) наблюдаются нарушения здоровья людей, что требует дальнейших углубленных научных исследований в этом направлении.

Выводы.

1. Пыль СМС и СЧС и их ингредиентов, длительно воздействуя на слизистую оболочку полости рта и верхних дыхательных путей рабочих, вызывает дистрофические и вазомоторные заболевания верхних дыхательных путей.

2. Имеются данные оплохойсмываемости ПАВ с кожи рук и одежды, даже ополаскивание кистей теплой водой, а также 5-кратное полоскание белья после стирки не удаляет их полностью.

3. Гигиенические исследования на современных производствах СМС и СЧС показали, что, несмотря на высокую автоматизацию технологических процессов, основным неблагоприятным фактором является пыль сырья и готового продукта, причём последнее имеет большую гигиеническую значимость, так как её действию подвергаются практически все рабочие производства, вне зависимости от специальности.

4. На основании анализа доступных нами литературных данных можно сказать, что при контакте с синтетическими моющими и чистящими средствами как в производстве (у рабочих), так и в быту (у потребителей) наблюдаются нарушения здоровья людей, что требует дальнейших углубленных научных исследований в этом направлении.

РОЛЬ МОНИТОРИНГА НАРКОСИТУАЦИИ В РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ДОЛГОСРОЧНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ

Калиниченко А.В., Соснина В.С.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ (Новосибирск)

Важнейшим звеном в сфере антинаркотической деятельности исполнительных органов власти является разработка и участие в реализации долгосрочных и ведомственных целевых Программ. Ведущую роль в этом играют антинаркотические комиссии. Под их руководством реализуются антинаркотические программы, осуществляется координация органов власти и местного самоуправления, взаимодействие с общественными организациями.

В условиях нехватки средств в региональных бюджетах решающее значение приобретает контроль за эффективностью их расходования. Программно-целевое планирование позволяет решить главную надведомственную задачу всей антинаркотической деятельности - какие меры необходимо выполнить участниками этой деятельности в первую очередь.

Поскольку проблема борьбы с незаконным оборотом наркотиков затрагивает сферу деятельности многих органов исполнительной власти, в Новосибирской области, как и в других субъектах РФ, все целевые антинаркотические Программы разрабатывались с использованием программно-целевого метода планирования и носили межведомственный характер.

Постановлением Новосибирского областного Совета депутатов от 28.02.2006г. №11 была утверждена первая на территории субъекта РФ областная целевая Программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками в Новосибирской области на 2006 - 2008 годы». Финансовые затраты на реализацию Программы составили 30523,0 тыс. рублей, в том числе из областного бюджета - 30383,0 тыс. рублей и 140,0 тыс. рублей из внебюджетных источников. В паспорте Программы были определены цели и задачи, основные направления и перечень в количестве 41 программных мероприятий, назван государственный заказчик и 8 основных исполнителей, механизм реализации и контроля за ходом выполнения Программы.

Вторая антинаркотическая Программа «Комплексные меры профилактики наркомании в Новосибирской области на 2009 - 2013 годы» была принята Постановлением Новосибирского областного Совета депутатов от 4 декабря 2008 г. № 225 с установленным объемом финансирования 129729,6 тыс. рублей из областного бюджета. Перечень программных мероприятий состоял из 51 мероприятия.

Практика реализации ранее принятых целевых Программ показала, что они являются эффективным инструментом комплексного решения социальных проблем на областном уровне, в том числе проблемы обуздания незаконного оборота наркотиков.

Разработка третьей целевой антинаркотической Программы на территории НСО проводилась с учетом рекомендаций по формированию региональных целевых антинаркотических Программ, данных Президентом РФ высшим должностным лицам субъектов РФ, в числе поручений по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации 18.04.2011г.

Третья долгосрочная целевая Программа «Комплексные меры профилактики наркомании в Новосибирской области на 2013-2016 годы» утверждена Постановлением Правительства Новосибирской области от 18.02.2013 г. № 62-п с объемом финансирования из

средств областного бюджета 148 332,2 тыс. рублей. Количество программных мероприятий насчитывало 101 мероприятие, а состав исполнителей Программы увеличился до 15.

Как указано в паспорте Программы: «Объектом Программы являются процессы взаимодействия исполнительных органов государственной власти Новосибирской области с общественными объединениями и некоммерческими организациями; средствами массовой информации; с отдельными категориями населения Новосибирской области, не имеющими опыта употребления наркотических средств и психотропных веществ, а также лицами их употребляющими, у которых еще не возникла зависимость от наркотических средств и психотропных веществ; гражданами со сформировавшейся зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ; гражданами, употреблявшими наркотические средства и психотропные вещества, прошедшими курс лечения и реабилитации, либо гражданами с аддиктивным поведением; гражданами, содержащиеся в учреждениях исполнения наказания Новосибирской области».

Хотя цели и задачи принятых в Новосибирской области антинаркотических Программ несколько отличались, основная направленность реализации Программ была весьма близка и последовательна. Следует отметить заметное возрастание объемов финансирования и расширение спектра программных мероприятий каждой последующей Программы по сравнению с предыдущей.

В Новосибирской области широкое применение нашла практика применения программно-целевого планирования расходов областного бюджета. Необходимость использования программно-целевого метода формирования бюджета обусловлена возможностью получения максимального эффекта от бюджетного финансирования, эффективностью использования средств бюджета для получения конкретного результата.

С этой целью Постановлением Правительства Новосибирской области от 19.08.2011 № 343-п утверждена Программа по повышению эффективности бюджетных расходов областного бюджета Новосибирской области на период 2011 - 2013 годов.

Во исполнение вышеназванного Постановления Министерством экономического развития Новосибирской области совместно с Министерством финансов и налоговой политики Новосибирской области в марте 2012г. были разработаны методические рекомендации по формированию перечня задач социально-экономического развития Новосибирской области и направлений бюджетных расходов, которые целесообразно предусмотреть в рамках целевых Программ.

На основе методических рекомендаций областными исполнительными органами власти были выработаны и направлены в адрес Минэкономразвития НСО предложения о перечне целевых Программ, предлагаемых к разработке и дальнейшей реализации. После тщательного анализа предложений Правительством НСО был утвержден перечень целевых Программ, реализация которых осуществляется в 2012 году или планируется с 2013-2014 годы. Перечень насчитывал 95 целевых Программ, из которых 40 долгосрочных и 55 ведомственных целевых Программ. Смысл рассмотрения перечня целевых Программ, принятых на территории субъекта Федерации заключается в том, что многие из утвержденных программ имеют как прямое, так и опосредованное отношение к сложному комплексу антинаркотических мер, принимаемых Правительством НСО.

Основной целевой Программой принятой на территории НСО в сфере борьбы с распространением наркомании является долгосрочная целевая Программа «Комплексные меры профилактики наркомании в Новосибирской области на 2013-2016 годы».

В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики вся антинаркотическая деятельность на территории НСО строится с учетом совокупности мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании. Поэтому следует перечислить те целевые Программы, направленность которых способствует формированию у населения потребности в ведении здорового образа жизни, развитию массового физкультурно-

спортивного движения, воспитанию патриотических и культурно-духовных ценностей, прежде всего, в подростково - молодежной среде, созданию достойных условий жизни населения, обеспечению трудовой занятости, укреплению института семьи, заботы о детях и многое другое.

При подготовке доклада об основных положениях вышеназванной Программы на заседании Правительства Новосибирской области заказчиком – координатором Программы - Министерством здравоохранения НСО, помимо обоснования необходимости разработки целевой Программы, ее целей и задач, перечня основных направлений реализации и ожидаемых конечных результатов, вносились предложения по системе целевых индикаторов.

Система целевых индикаторов является важнейшим инструментом качественного контроля за ходом выполнением мероприятий Программы, основой планируемых мероприятий, позволяет своевременно выявлять отклонения от предусмотренных результатов, устанавливать причины и определять меры по устранению отклонений.

Поэтому обоснование системы целевых индикаторов Программы является ответственным этапом в процессе разработки целевой Программы, служит предпосылкой эффективного управления процессом ее реализации и достижения поставленных целей.

Обоснование параметров целевых индикаторов долгосрочной целевой Программы «Комплексные меры профилактики наркомании в Новосибирской области на 2012-2016 годы» потребовало от всех заказчиков-исполнителей Программы тщательного изучения статистических данных по проводимым мероприятиям антинаркотической направленности, иными словами, анализа показателей наркомониторинга по соответствующему разделу работы.

В пояснительных записках, поступавших на имя заказчика-координатора Программы от заказчиков-исполнителей, представленные для включения в Программу целевые индикаторы утверждались только после анализа статистических материалов, полученных на протяжении ряда лет.

Таким образом, становится очевидна роль и значение наркомониторинга в процессе разработки антинаркотической целевой Программы, т.к. без использования результатов мониторинга наркоситуации невозможны эффективное управление ходом реализации целевой Программы и, в конечном счете, достижение запланированных конечных результатов.

Успешная реализация антинаркотической политики возможна только при комплексном воздействии на причины и условия наркотизации населения, четком механизме межведомственного взаимодействия, своевременных управленческих решениях в ответ на изменения наркоситуации, выявленных мониторингом.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ

Калиниченко А.В., Хмельницкая Я.В., Анастасиев А.А.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ (Новосибирск)

На текущий момент совершенствование первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья и формирование здорового образа жизни способны сильно повлиять на молодое поколение, которое в будущем прямо или косвенно будет отображать, и регулировать демографические показатели в нашей стране. Эти показатели являются важнейшими критериями оценки общественного здоровья, индикатором благополучия, а так же структурным компонентом для дальнейшего развития страны. В рамках микропереписи населения, проведённой в октябре 2015, целью которой было получение актуальной статистической информации, характеризующей эффективность проведения государственной демографической политики в вопросах увеличения рождаемости, укрепления института семьи и брака, повышения качества жизни различных групп населения и т.д., нами было изучено мнение и позиция студентов-медиков, как особой социальной группы, образа жизни студентов-медиков, как особой социальной группы, на которую возлагаются задачи по реализации демографической политики и пропаганды здорового образа жизни.

Было проведено медико-социальное исследование студентов пятых курсов лечебного, педиатрического, и стоматологического факультетов НГМУ путем анкетирования по вопросам, касающимся здорового образа жизни и их вовлеченности и оказываемое влияние на текущие и дальнейшие демографические процессы, так же по вопросам значимости первичной медицинской профилактики в связи с их профильным образованием - медициной. Нашей целью было Выявить наиболее значимые факторы, способные оказать влияние на положительную демографическую динамику; оценить готовность студентов–медиков к профилактической деятельности с целью укрепления общественного здоровья.

В анкетировании приняло участие 196 человек, в возрасте от 20 до 31 лет, из них: женщин – 71,4%; мужчин – 28,6%. Основным источником дохода указывается помощь родителей или родственников (68,8%) . 26,1% опрошенных снимают квартиру, 19,8% живут у родителей, 19,8%- проживают в общежитии. У 30 чел. (15,3%) уже имеется один ребенок, у 2 чел. (1%)- двое. Предпочтительный возраст для создания семьи и рождения детей по мнению опрошенных: от 25 до 29 лет (65,9%), на более ранний возраст от 18 лет до 24 лет указало 28,6%, и 3% отметило возраст от 30 и старше. Основная часть респондентов планирует иметь два (40,3%) или три ребенка (36,2%), одного ребенка - 10,2%, четверых. - 2,5%, пятерых детей - 3,5%. Настораживает то, что 15чел. (7,6%) вообще не хотят иметь детей.. В варианте по предложению своего способа стимуляции рождаемости из числа указавших 138 чел. (98,5%) отметили материальную поддержку с доступным жильем, и лишь 2 чел. (1,5%) предложили обратить внимание на нравственность и сохранение семейных ценностей. Стоит отметить что факторами, влияющими, по мнению респондентов, на демографическое положение в стране ни один не ответил в пользу экологии и качества таких природных факторов как: вода, воздух, здоровая еда.

Анализ основных показателей основатель показывает ряд приоритетных показателей которые выражались в ответах на вопросы относительно здорового образа жизни: что занимаются спортом только 36,3% студентов, не занимаются вообще 63,7%. Ежедневно занимается 9,8% студентов, 2-3 раза в неделю -73,2%, 2-3 раза в месяц- 9,8%. Употребляют алкоголь 63,7% респондентов, из них большая часть (56,9%) только несколько раз год, несколько раз в месяц- 34,5%, несколько раз в неделю 8,6%. Предпочтительные напитки: пиво 22,2% , вино 62,9%, другие крепкие напитки 14,9%.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что студенты старших курсов НГМУ ориентированы на создание семьи в возрасте до 30 лет, основная часть планирует иметь двух-трех детей, при этом большинством респондентов отмечается важность мер социальной поддержки государства на принятие данных решений. Среди условий, которые могли бы способствовать увеличению количества детей в семьях отмечается: возможность получения материнского капитала, предоставление семьям с тремя и более детьми земельных участков под строительство жилого дома, ежемесячное денежное пособие по уходу за ребенком до 3 лет. Природные факторы стоят на последнем месте по мере влияния на данные условия.

Здоровый образ жизни не является приоритетом для наших студентов. Можно констатировать факт, что студенты - медики, несмотря на свою профессиональную деятельность в области охраны здоровья граждан, мало уделяют времени и усилий на сохранение собственного здоровья, так же в малой степени респонденты уделяют пропаганде здоровья своему ближайшему окружению. Формирование первичной профилактики укрепит и повысит не только рождаемость, но и создаст базис для дальнейшего укрепления других показателей влияющих на качество и уровень жизни.

В связи с этим необходим комплексный подход по решению данной проблемы с целью наиболее оптимального и доступного решения проблемы, для этого медицинском вузе необходимо создать систему первичной медицинской профилактики: создать условия для расширения возможностей отработки медико-профилактических компетенций у будущих врачей за счёт введения в образовательный процесс специальных подходов и методов, позволяющих сформировать эти компетенции, подготовить студентов к реализации умений и навыков здорового уровня жизни в своей предстоящей профессиональной деятельности. Стремление к повышению качества жизни особенно в здравоохранении должно стать национальной идеей, которая будет являться ключевым аспектом в любой сфере общества.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ МОЛОДЫХ СЕМЕЙ

Капитонов В.Ф.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ (Красноярск)

Последние десятилетия большое внимание уделяется молодой семье, так как именно от нее зависит развитие демографического и трудового потенциала России.

Соответственно принятым постановлениям Правительства Российской Федерации № 5090-1 и № 865, молодой семьей может считаться семья, возраст родителей которых не должен превышать 30 лет, а в неполной семье 35 лет.

В настоящее время, у многих молодых семей отмечаются проблемы медико-социального и экономического характера, что оказывает влияние на сохранение и формирование потенциала здоровья всех членов семьи.

Материалы и методы. Для оценки социально-экономических характеристик и состояния здоровья детей и родителей, нами был проведен социологический опрос 517 матерей молодых семей, имеющих детей раннего и дошкольного возраста. Данные о состоянии здоровья членов семьи дополнялись сведениями, полученными при изучении медицинской документации.

Всего было изучено состояние здоровья 658 детей раннего и дошкольного возраста и 957 взрослых членов семей (517 матерей и 440 отцов).

Возраст родителей не превышал 30 летнего возраста и в среднем составлял у матерей 25,7 года, у отцов 26,9 лет. Средний возраст детей составлял 3,6 года.

Анализ полученной информации осуществлялся с использованием абсолютных и относительных показателей, коэффициентов соотношения. Оценка достоверности различий по критерию χ^2 . Для выявления взаимосвязи между изучаемыми явлениями применяли коэффициент корреляции Спирмена (ρ).

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ данных опроса респондентов показал, что только в $53,4 \pm 2,2$ % семей работают оба супруга, а в $37,5 \pm 2,1$ % - один, и не работает ни один супруг в $9,1 \pm 1,3$ % семей, так как $15,1 \pm 1,6$ % матерей и $10,7 \pm 1,5$ % отцов продолжают заканчивать учебу в высших и средних специальных заведениях.

Данные социологического опроса показали, что в исследованных нами семьях, имеет: высшее и неполное высшее образование $21,4 \pm 2,0$ % мужчин и $29,6 \pm 2,0$ % женщин ($p < 0,05$ между мужчинами и женщинами); среднее специальное и неполное среднее образование примерно поровну (соответственно $29,8 \pm 2,2$ % и $31,1 \pm 2,0$ %; $p > 0,05$). По уровню среднего образования, доля мужчин превышает долю женщин в 1,3 раза (соответственно $46,6 \pm 2,4$ % и $37,1 \pm 2,1$ %; $p < 0,05$). Доли мужчин и женщин, имеющих неполное среднее и начальное образование, не превышают $2,2$ %.

По социальному статусу самые большие группы семей относятся к семьям рабочих и служащих ($37,1 \pm 2,6$ % и $32,3 \pm 2,1$ % соответственно). Семьи студентов и предпринимателей составляют соответственно $14,1 \pm 1,5$ % и $12,2 \pm 1,4$ %. Удельный вес прочих видов семей не превышает $4,3 \pm 0,9$ %.

Согласно опросу матерей, более половины семей ($56,5 \pm 2,2$ %) имеет удовлетворительные бытовые условия, $32,5 \pm 2,1$ % - хорошие и $11,0 \pm 1,4$ % семей неудовлетворительные.

Анализ показал, что $43,9 \pm 2,4$ % семей имеет доход на уровне прожиточного минимума, $39,5 \pm 2,1$ % - выше прожиточного минимума, а $16,6 \pm 1,6$ %, к которым относится основная масса семей студентов и безработных ниже прожиточного уровня.

Оценка состояния здоровья семей показала на его недостаточный уровень, как у взрослых членов семей, так и их детей.

Имеет 1-ю группу здоровья, только $4,8 \pm 0,9$ % матерей, $5,0 \pm 1,0$ % отцов и $6,1 \pm 0,9$ % детей, исследуемых семей. Больше половины родителей ($62,1 \pm 2,1$ % матерей и $60,9 \pm 2,3$ % отцов) и четвертой части детей ($24,9 \pm 1,7$ %), относятся к 3-й группе здоровья и имеют различные формы хронической соматической патологии. Ко 2-й группе здоровья относятся $33,1 \pm 2,1$ % матерей и $34,1 \pm 2,3$ % отцов. У детей, вторая группа составляет самый большой удельный вес ($69,0 \pm 1,8$ %), которую составляют дети с различными функциональными нарушениями, отклонениями в развитии и риску формирования здоровья..

Анализ наличия хронических соматических болезней у родителей показал, что основная масса из них имеет сочетанную хроническую патологию. Самую большую распространенность у родителей имеет хроническая ЛОР - патология, которую имеет $62,3 \pm 2,1$ % матерей и $60,9 \pm 2,3$ % отцов, среди которой преобладают риниты (соответственно $24,8 \pm 1,9$ % и $25,0 \pm 2,1$ %) и гипертрофия миндалин ($20,5 \pm 1,8$ % и $18,6 \pm 1,7$ %). Хронический фарингит и синусит отмечен соответственно у $9,7 \pm 1,3$ % и $7,5 \pm 1,2$ % матерей, и в $8,9 \pm 1,4$ % и $8,2 \pm 1,3$ % отцов. Статистически значимых различий в удельном весе матерей и отцов по наличию у них хронической ЛОР - патологии, как в целом, так и по отдельным нозологическим формам нами не выявлено.

Второе место по распространенности среди хронической соматической патологии ведущее место, как у матерей, так и отцов занимают болезни органов пищеварения ($38,1 \pm 2,1$ % и $42,0 \pm 2,4$ % соответственно, $p > 0,05$). Среди другой хронической патологии, наиболее часто представлены следующие классы болезней: органы кровообращения у матерей $7,0 \pm 1,1$ % у отцов $6,4 \pm 1,2$ % ($p > 0,05$); болезни органов дыхания соответственно $3,9 \pm 0,8$ % и $4,8 \pm 1,0$ % ($p > 0,05$); нервной системы $3,7 \pm 0,8$ % и $2,3 \pm 0,7$ % ($p > 0,05$); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ $4,1 \pm 0,9$ % и $1,1 \pm 0,5$ % ($p < 0,05$); болезни мочеполовой системы $7,5 \pm 1,2$ % и $2,5 \pm 0,7$ % ($p < 0,05$). Удельный вес хронических заболеваний других классов болезней, как у матерей, так и отцов, не превышает $1,0$ %.

Нами выявлено, что у детей, как и у родителей, отмечается высокий уровень ЛОР патологии, имеющей хроническое течение. Так, хронический ринит имеет $12,6 \pm 1,3$ % детей, аденоиды – $12,3 \pm 1,3$ %, гиперплазию миндалин – $17,3 \pm 1,5$ %, фарингит – $3,8 \pm 0,7$ %, синусит – $1,5 \pm 0,5$ %.

Доля детей, имеющих аналогичную родителям хроническую соматическую патологию, составляла $75,4 \pm 1,7$ %, связь которой между детьми и родителями подтверждается высокими показателями корреляции ($r = 0,72$, $p = 0,01$).

Анализ показал, что уровень образования, социальное положение и уровень обеспеченности не оказывают значительного влияния на удельный вес членов семьи, имеющих хронические соматические заболевания, что подтверждается низким показателем корреляции ($r = 0,18$, $p = 0,001$).

По нашему мнению высокий уровень корреляции между удельным весом родителей и детей, имеющих хронические соматические заболевания, связан с генетическими особенностями и семейной предрасположенностью к определенным заболеваниям в исследуемых семьях.

Таким образом, исследование состояния здоровья детей и родителей молодых семей, в зависимости от социально-экономических факторов, показало на отсутствие влияния этих факторов на развитие соматической патологии. В тоже время, семейная предрасположен-

ность подтверждается высокой долей детей (75,4 %), имеющих аналогичную родителям хроническую соматическую патологию, связь которой между детьми и родителями подтверждается показателями корреляции ($\rho = 0,72$, $p = 0,01$). Полученные нами результаты о соматическом здоровье детей и родителей молодых семей, могут быть использованы при планировании медико-социальных мероприятий, направленных на профилактику заболеваний и сохранение здоровья молодых семей.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗЛИЧИЯ В УРОВНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Капитонов В.Ф., Павлов А.В., Галактионова М.Ю.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Красноярск)

Охрана здоровья материнства и детства является одним из приоритетов развития медицинской помощи в Российской Федерации.

Переход с 1 апреля 2012 года Российской Федерацией на принятые международным сообществом критерии определения живорождения, вызвали необходимость разработки и внедрения порядка оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

В 2015 году, медицинская помощь женщинам края в период беременности, родов, послеродовом периоде и с гинекологическими заболеваниями осуществляется в 60 учреждениях (с ЗАТО): 7 - самостоятельные родильные дома, 52 федеральные и муниципальные учреждения здравоохранения, имеющие в своем составе 49 родильных отделений.

Учреждений здравоохранения для оказания стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде и новорожденным первого уровня – 43 (71,6%), второго уровня – 16 (26,6%). Учреждением третьего уровня службы родовспоможения является перинатальный центр в составе многопрофильного стационара клинического уровня КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства». С целью этапности оказания медицинской помощи беременным и роженицам в Красноярском крае функционируют 6 межрайонных центров: г. Красноярск, г. Ачинск, г. Канск, г. Минусинск, г. Лесосибирск, г. Норильск, оказывающих медицинскую помощь беременным женщинам средней группы риска.

Количество коек реанимации новорожденных в родовспомогательных учреждениях и детских больницах составляет 219 коек и достигло нормативного уровня (4 койки на 1000 родов).

В настоящее время функционируют 324 койки патологии новорожденных, обеспеченность ими составляет 7,9 на 1000 родов, и не соответствуют требуемому нормативу не менее 12 коек на 1000 родов (492 койки). Дефицит коек патологии новорожденных не позволяет обеспечить проведение ранних реабилитационных мероприятий новорожденным с проблемами в состоянии здоровья.

В межрайонных центрах (г. Канск, г. Ачинск, г. Минусинск, г. Лесосибирск, г. Норильск) организованы дистанционные консультативные центры с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами, которые обеспечены реанимобилем для транспортировки женщин в период беременности и родов и новорожденных. В случае необходимости транспортировки женщин или новорожденных из медицинских учреждений с удаленностью свыше 250 километров эвакуация производится силами санитарной авиации.

В 2014 году число врачей неонатологов в учреждениях родовспоможения увеличилось на 25,1% и составило 120 человек (2010 г. – 98 человек), обеспеченность врачами неонатологами составила 32,4 на 10000 детей до года (2010 г. – 25,9).

При общем увеличении врачей неонатологов на 22,4%, увеличился удельный вес врачей, имеющих сертификат специалиста неонатолога. За счет значительного притока абсолютного числа молодых врачей неонатологов, произошло снижение удельного веса врачей неонатологов, имеющих квалификационную категорию с 84,7 до 68,3%, из них с высшей категорией на 4,3%, с первой категорией на 2,4% и со второй категорией на 9,7% (Таблица 1).

Таблица 1

Обеспеченность врачами-неонатологами в Красноярском крае за 2010-2014 годы

Врачи неонатологи	Годы									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего	98	100,0	111	100,0	109	100,0	115	100,0	120	100,0
Имеют категорию всего, в том числе:										
высшую категорию	83	84,7	93	83,8	87	79,8	86	74,8	82	68,3
I категорию	50	51,0	55	49,6	54	49,5	60	52,2	56	46,7
II категорию	17	17,4	20	18,0	22	20,2	17	14,8	18	15,0
III категорию	16	16,3	18	16,2	11	10,1	9	7,8	8	6,6
Имеют сертификат специалиста	85	86,7	103	92,8	105	96,3	113	98,3	120	100,0

Нами установлено, что все сертифицированные врачи неонатологи работают в учреждениях II и III уровня и 7 учреждениях (самостоятельные родильные дома) I уровня. В 49 учреждениях I уровня (родильные отделения в составе многопрофильных больниц), должность врача неонатолога не предусмотрена из-за низкой мощности отделений, что не может не отражаться на исходах беременности и уровне перинатальной смертности, за счет ранней неонатальной смертности.

Анализ показывает на существенные различия в исходах беременности по учреждениям разного уровня. Самый низкий уровень перинатальной смертности отмечается в учреждениях II уровня, уровень которой более чем в 2 раза ниже показателей учреждений I уровня и почти в 5 раз учреждений III уровня (Рисунок 1).

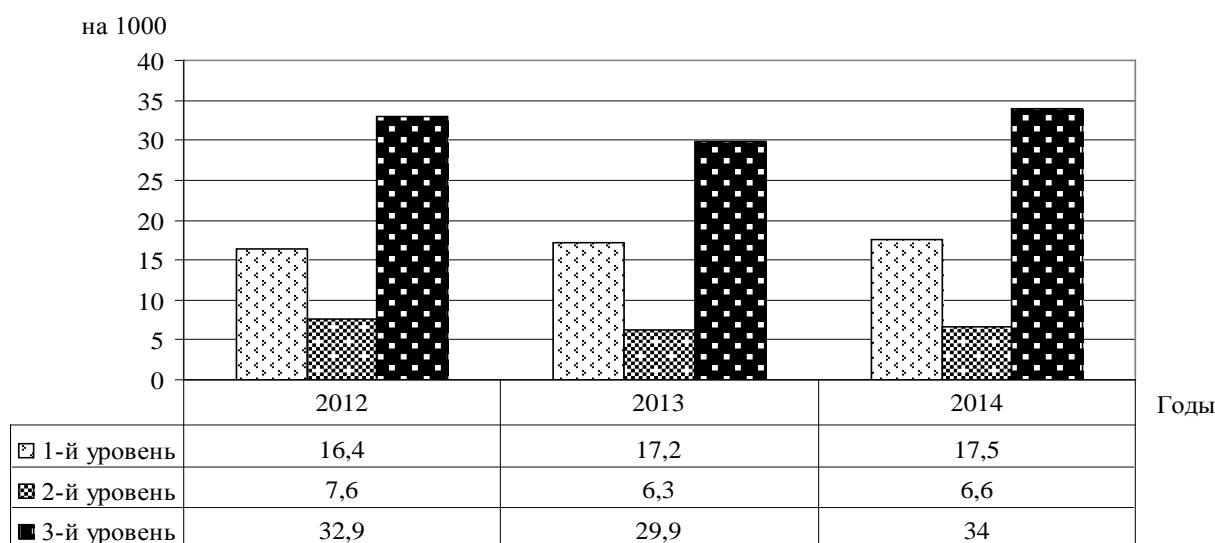


Рисунок 1 – Сравнительная динамика перинатальной смертности по группам учреждений родовспоможения за 2012-2014 гг. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)

В учреждениях I уровня, также отмечается и более высокий коэффициент ранней неонатальной смертности, показатели которой в 2014 году в 6,5 раза превышали аналогичный показатель в учреждениях II уровня. В 2014 году: доля случаев ранней неонатальной смертности в учреждениях I уровня составила 34,6% (2012 г. – 28,7%); II уровня – 28,3% (2012 г. – 33,1%); III уровня – 37,0% (2012 г. – 38,1%) (Рисунок 2).

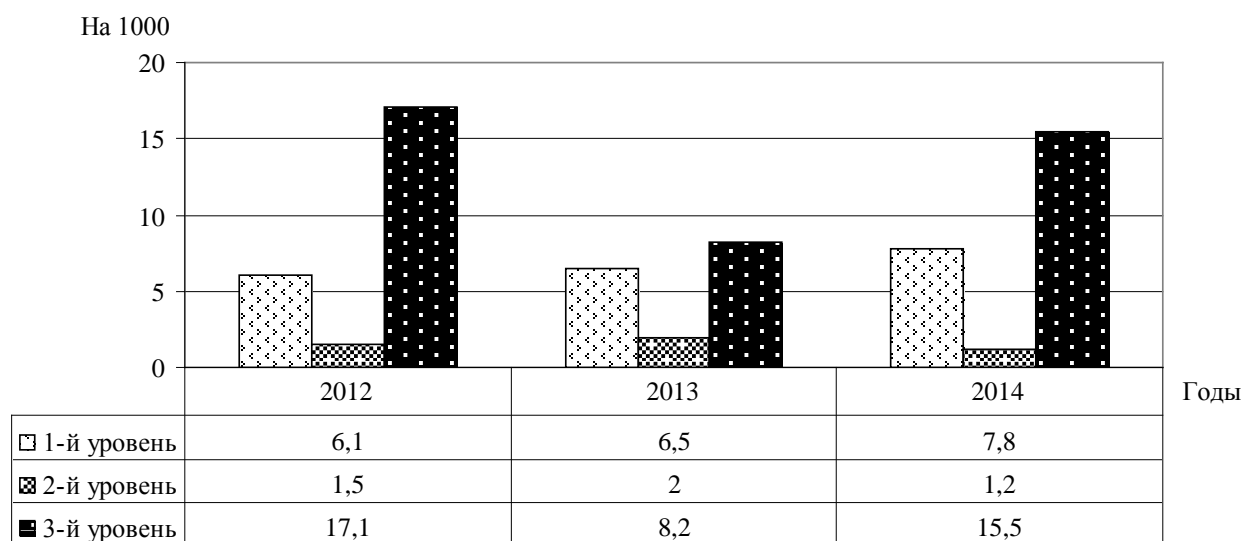


Рисунок 2 – Сравнительная характеристика динамики показателей ранней неонатальной смертности в учреждениях разного уровня за 2012-2014 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Высокие показатели перинатальной смертности, в том числе и по ее составляющим, в учреждениях III уровня вполне объяснимы, так как в них в 80,0% случаев оказывается родовспоможение и выхаживание новорожденных женщинам группы высокого риска беременности и родоразрешения.

Таким образом, несмотря на положительные тенденции в развитии неонатологии, отсутствие врачей неонатологов в учреждениях I уровня, требует дополнительных организационных решений, что позволит снизить перинатальные потери, за счет снижения ранней неонатальной смертности.

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ МАРКЕТИНГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Кострубин С.А.¹, Кузнецова Н.В.², Бабенко А.И.³, Бабенко Е.А.³

¹БУЗОО «ГСП № 4 «Люксдент» (Омск)

²ГБУЗ НСО «Стоматологическая поликлиника № 3» (Новосибирск)

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк, Новосибирск)

По результатам многих исследований распространенность стоматологических заболеваний среди жителей России достигает 95-100%, что сказывается на высокой востребованности населением стоматологических услуг и реализации соответствующих медицинских технологий. Стратегия развития стоматологических организаций в настоящее время в значительной степени связана с маркетингом оказываемых ими стоматологических услуг. Конкурентоспособными на данном поле деятельности будут организации, способные сбалансировать потребности населения в данных видах услуг с их доступностью и качеством, что позволит им быть в целом привлекательными.

Факторами предпочтения стоматологической организации служат, с одной стороны, потребность населения в терапевтической, хирургической, ортопедической, пародонтологической, ортодонтологической, медико-профилактической и др. видах стоматологической помощи, где значительную роль играет мотивация людей на получение стоматологических услуг; с другой – возможности клиник по реализации соответствующих медицинских технологий; с третьей – финансовые взаимоотношения между населением и учреждениями. На этой основе должен строиться маркетинг стоматологических организаций.

В этой связи важной становится разработка моделей и отдельных технологических этапов в изучении формирования потока пациентов в стоматологические клиники различных форм собственности. Это, прежде всего, подразумевает познание рынка услуг, который формируется при анализе половозрастных особенностей распространенности стоматологической патологии, что в совокупности с характеристиками населения (численность, состав, категории и т.п.), проживающего в возможной зоне действия стоматологической клиники, позволяет определить потенциальную востребованность соответствующих медицинских технологий.

Следующий этап включает оценку объема и структуры реализуемых профилактических, диагностических, терапевтических, хирургических и ортопедических технологий. Сопоставляя реальные действия с потенциальной востребованностью технологий можно определить перечень перспектив для дальнейшего развития.

Дополняет эту информационную базу изучение привлекательности данного учреждения для населения путем проведения социологического опроса. Он включает в себя мотивацию обращения, причины отказа от посещения данного стоматологического учреждения при необходимости. Здесь важную роль будут играть территориальная доступность клиники (пешеходная, транспортная), система организации приема (предварительная запись, отсутствие очередей), финансовая доступность услуг (бесплатные виды помощи, стоимость отдельных ее видов и т.п.), качество лечения и его эффект (медицинский и косметический), применение современных материалов и технологий, квалификация, доброжелательность персонала и возможность получения необходимых консультаций.

При необходимости все эти аспекты можно детально рассмотреть относительно отдельных подразделений клиники с оценкой степени удовлетворенности их работой. Это позволит выявить положительные и отрицательные стороны функционирования стоматологической клиники и наметить маркетинговые ходы, определить технологические моменты для повышения конкурентоспособности на рынке стоматологических услуг.

Проведенные исследования в стоматологических клиниках г. Новосибирска (стоматологическая поликлиника № 3) и г. Омска (стоматологическая поликлиника № 4 «Люксдент») показали, что в основном пациенты положительно оценивают деятельность врачей стоматологов, где, прежде всего, обращают внимание на профессиональный уровень специалистов, на качество реализации медицинских технологий, а также деонтологические аспекты врачей-терапевтов и безболезненные процедуры у врачей-хирургов. Дополняют эти элементы привлекательности территориальная, материальная и временная доступность поликлиник, что определило намерение 80,0% пациентов при необходимости снова обращаться в данные учреждения. Полученные результаты являются основой развития, в т.ч. маркетинговых технологий, государственных стоматологических учреждений.

МЕДИКО–СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ В ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Кузнецова Н.В.¹, Бабенко А.И.², Гусельникова Н.А.², Бабенко Е.А.²

¹ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3» (Новосибирск)

²ФГБНУ «Научно–исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк, Новосибирск)

Современные социально-экономические отношения, уровень развития стоматологической помощи, конкуренция стоматологических организаций, отношение населения к своему здоровью определяют характер формирования потока обращений к врачам-стоматологам. Основная масса населения обращается в территориальные стоматологические поликлиники, где немаловажную роль играет их территориальная доступность, удовлетворенность соотношением стоимости услуг и их качества, взаимоотношения персонала и пациентов.

В этой связи проведен опрос 735 пациентов территориальной стоматологической поликлиники № 3 г. Новосибирска. Данная поликлиника имеет два лечебно-профилактических и ортопедическое отделения, кабинет имплантации, рентген-кабинет, зуботехническую лабораторию, пункт неотложной стоматологической помощи. В сутки учреждение принимает до 330 пациентов.

Среди респондентов 58,8% составили женщины, 38,4% – мужчины, 2,8% не указали своей половой принадлежности. В возрастном аспекте основные группы были представлены пропорционально. Опрошенных в возрасте 20-29 лет было 20,2%, 30-39 лет – 20,7%, 40-49 лет – 17,1%, 50-59 лет – 17,7%, 60 лет и старше – 17,8%. В анкетный опрос попали и респонденты моложе 20 лет – 3,9%, а 2,6% не указали своего возраста.

По социально-экономическому статусу 40,8% составило неработающее население (18,6% – пенсионеры, 7,5% – временно не работающее население, 4,6% – домохозяйки и 10,1% – учащиеся). На работников предприятий приходилось 19,9%, коммерческих организаций – 14,1%, служащих – 9,0%, работающих пенсионеров – 12,1%. Остальные 4,1% составили группу прочих. Таким образом, в возрастно-половом и социально-экономическом аспекте были представлены все основные категории.

Опрошенный контингент посещал стоматолога по таким причинам: 24,5% – профилактический осмотр полости рта; 23,7% – лечение десен, слизистой оболочки полости рта; 16,5% – лечение осложненного кариеса, корней зубов; 14,9% – удаление зубов; 14,6% – пломбирование и реставрация зубов; 5,8% – протезирование зубов. Данная структура обращений отражает поток пациентов с приоритетами реализации медицинских технологий от профилактических и общетерапевтических до хирургических и ортопедических.

Основным фактором, способствующим обращению респондентов именно в данную поликлинику, послужили бесплатность оказания стоматологической помощи и низкая оплата дополнительных стоматологических услуг, на что указали соответственно 44,8 и 34,3% опрошенных. Также для значительной части сказалась территориальная доступность поликлиники: для 36,1% анкетируемых – пешеходная, а для 29,1% – транспортная. Система организации приема у врачей также сыграла свою положительную роль, когда 32,9% отметили отсутствие очередей и 19,6% – возможность предварительной записи на прием.

Немаловажным фактором является квалификация врачей, безопасность проведения процедур и в целом уровень медицинского обслуживания, на что обратили внимание соот-

ветственно 32,2; 28,3 и 20,5% респондентов. Не выпала из внимания анкетированных и положительная оценка качества используемых материалов и наличие косметического эффекта (соответственно 23,3 и 17,8%).

Таким образом, на привлекательность данной стоматологической поликлиники для пациентов оказала влияние ее финансовая доступность (отметили 79,1% опрошенных), территориальная близость (65,2% опрошенных) и организационные моменты (52,5%). Качество оказания стоматологической помощи и эффект от ее реализации был менее значим для пациентов.

Мнение респондентов об их отношении к своему стоматологическому здоровью может отражать их общий уровень восприятия и реализации медико-профилактических мер. Анкетирование показало, что 72,9% опрошенных на вопрос: «Что Вы делаете для сохранения здоровья зубов и десен?» не смогли указать ни одного из вариантов мер. Это можно, с одной стороны, рассматривать как нежелание отвечать на данный вопрос, а с другой – как отсутствие постоянного ухода за зубами и полостью рта. Тем не менее 27,1 из 100 опрошенных регулярно чистят зубы, 21,2% – используют зубную нить, 24,1% – полоскание полости рта, а 24,1% – регулярно посещают стоматолога для осмотра

Таким образом, только 27,1% постоянно следят за состоянием зубов и полости рта, остальная часть опрошенных этого не делает или делает нерегулярно. В то же время интересуются информацией по уходу за полостью рта 81,6% респондентов. Характерно, что 29,5 из 100 опрошенных обращают, прежде всего, внимание на информационные стенды в медицинских учреждениях, а 23,7% – получают необходимые сведения, рекомендации, консультации от врачей стоматологов.

Определенное значение в этом вопросе имеют средства массовой информации, на что указали 15,9% анкетированных. Остальные источники информации (советы родственников, друзей, знакомых, материалы в интернете, специальная литература и т.д.) востребованы только у 2,6-3,5% респондентов. При этом мало интересовались пациенты конкретными методами сохранения стоматологического здоровья.

Тем не менее, 60,5% опрошенных высказали свое пожелание в дальнейшем получать информацию стоматологического профиля. Причем 28,4% из них интересуются методами профилактики стоматологических заболеваний, 31,3% – методами лечения зубов, 18,2% – средствами ухода за полостью рта, а 13,1% – новыми методами протезирования зубов.

Таким образом, данные результата опроса пациентов показали их отношение к своему стоматологическому здоровью, готовность выполнять рекомендации врачей по уходу за зубами и своевременность обращения к стоматологу. Проведенное исследование позволило установить ряд качественных характеристик обращающегося контингента, для которого территориальные стоматологические поликлиники привлекательны ввиду финансовой, территориальной и организационной доступности, возможности получить необходимую консультативную помощь и рекомендации по уходу за зубами.

ПРОЕКТ «ЗНАНИЕ – СИЛА!», КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ

Кутумова О.Ю.

КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики» (Красноярск)

Гигиеническое обучение и воспитание (ГОВ) - система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на повышение уровня санитарно-гигиенической культуры населения с целью сохранения и укрепления его здоровья, повышения работоспособности и продолжительности жизни.

Цели ГОВ - создать умонастроение, направленное на охрану здоровья, воспитать у людей стремление к здоровому образу жизни (ЗОЖ), определить отношение к повседневному поведению.

Основные принципы ГОВ: научность, актуальность тематики, настроенность на конкретную аудиторию и доступность изложения материала.

Устная пропаганда – один из методов формирования ЗОЖ. Индивидуальное воздействие осуществляется путем беседы, инструктажа, консультации в том числе, телефонной консультации, личной корреспонденции.

Воздействие на группу лиц осуществляется посредством лекции, групповой дискуссии, беседы за круглым столом, викторины, курсового обучения.

Используется печатная пропаганда в виде: брошюр, буклетов, журналов, бюллетеней, календарей, листовок, памяток; а также наглядная агитация в виде плакатов, рисунков, схем, диаграмм, фотографий, диафильмов, слайдов, а также муляжей, макетов, манекенов.

Специалистами Красноярского краевого Центра медицинской профилактики и Красноярского базового медицинского колледжа им. В.М. Крутовского был разработан информационно-образовательный проект «Знание – сила!» Основная идея проекта – повышение уровня знаний по вопросам сохранения и укрепления здоровья среди молодежи, студентов техникумов г. Красноярска. В качестве пропагандистов идеи сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний выступили студенты медицинского колледжа, а в качестве слушателей студенты 8 техникумов города Красноярска.

На этапе подготовки информационно-образовательного проекта «Знание – сила!» был проведен круглый стол с руководителями общеобразовательных учреждений среднего профессионального образования города Красноярска, где была представлена международная программа «Равный обучает равного», а также цели и задачи проекта, методы его реализации и оценки результата. Определен состав преподавателей и студентов-волонтеров, ответственных за подборку материала и тематику выступлений. Подготовлены доклады, презентации, анкеты для проведения встреч со слушателями. Составлен и согласован план-график проведения информационно-просветительских мероприятий (встреч) по вопросам формирования здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья со студентами краевых государственных профессиональных образовательных учреждений, расположенными в городе Красноярске. А также заключены договоры о сотрудничестве в рамках реализации проекта с 8 учебными заведениями среднего профессионального образования города Красноярска. Специалисты Красноярского краевого Центра медицинской профилактики предоставили пропагандистам информационно-просветительскую литературу: буклеты, брошюры, плакаты, а также ролики социальной рекламы видеофильмы, провели инструктаж.

Тематика выступления включала ряд тем: Здоровье – залог успеха. Культура здоровья. Профилактика заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические) Роль семьи в жизни человека. Значение планирования семьи. Укрепление репродуктивного здоровья. Здоровье дыхательной системы. Профилактика туберкулеза. Питание, как необходимый компонент здоровья. Факторы риска, влияющие на здоровье (курение, алкоголизм). Профессия и здоровье. Активный образ жизни. Физическое здоровье. Психическое здоровье.

Проект утвержден приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 17.04.2015 № 223-орг. в рамках реализации распоряжением Губернатора Красноярского края от 04.09.2014 №440-орг «О мерах, направленных на повышение информированности населения Красноярского края по вопросам профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни».

Проект реализовывался с апреля по декабрь 2015г. За это время проведено 58 встреч, которые посетили молодые люди в возрасте 18-20 лет, студенты аграрного, индустриально-металлургического, политехнического, строительного техникумов, а также техникума социальных технологий, радиоэлектроники и информационных технологий, пищевой промышленности и колледжа сферы услуг и предпринимательства.

Каждая встреча сопровождалась анкетированием до и после представления материала. Как показал анализ, уровень знаний студентов повысился с 60% до 85%. В целом проект позволил удовлетворить потребности образовательных учреждений в вопросах профилактики социально обусловленных явлений, таких как алкоголизация, наркотизация, табакокурение; в распространении идей волонтерства, студенческой активности, проявления студентами активной гражданской позиции; в самореализации и формировании эмоционального отношения к определенным способам поведения, усвоение студентами устойчивых образцов адаптивного поведения. Руководители учебных заведений и студенты-сверстники выразили благодарность за проведенные мероприятия и ориентированы на продолжение сотрудничества с колледжем.

На основании полученного положительного результата министерством здравоохранения Красноярского края был издан приказ о распространении данного опыта и включения в проект десяти медицинских техникумов края.

ПРИОРИТЕТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Кутумова О.Ю.¹, Татаурова Е.А.^{2,3}, Гусельникова Н.А.³

¹КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики» (Красноярск)

²НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск–Главный ОАО «РЖД» (Новосибирск)

³ФГБНУ «Научно–исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк–Новосибирск)

Характер распространенности заболеваний среди населения определяет уровень и структуру обращаемости пациентов за медицинской помощью, востребованность медицинских технологий и потребность в ресурсах медицинских служб и организаций. По материалам обращаемости взрослого населения в учреждения здравоохранения Красноярского края проведен анализ общей и первичной заболеваемости, уровне лиц, состоящих на диспансерном учете и интегрированная оценка этих трех показателей.

В среднем уровень общей заболеваемости взрослого населения данного региона составляет 1543,8 на 1000 лиц соответствующего возраста. При этом 38,4% приходится на впервые выявленную патологию. В учреждениях здравоохранения края на диспансерном учете состоят 329,0 пациентов из каждой 1000 жителей.

При этом наибольшая нагрузка на медицинские учреждения связана с пациентами, часто и длительно болеющими, имеющими хроническую патологию и состоящими на диспансерном учете.

В структуре общей заболеваемости первое место занимают болезни системы кровообращения с удельным весом 19,7%. Также они лидируют в структуре причин диспансерного учета взрослого населения, составляя треть (32,5%) всех состоящих под диспансерным наблюдением. Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения находится на седьмом месте с удельным весом 6,1%. При этом число состоящих на диспансерном учете с заболеваниями сердца и сосудов (107,7‰) значительно превышает количество первичных обращений (36,4‰), что свидетельствует о преимущественно хроническом течении заболеваний. В данном классе патологий выделяются болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемические поражения сердца и цереброваскулярные заболевания.

Болезни органов дыхания занимают второе место (11,4%) в структуре общей заболеваемости, но имеют наибольший удельный вес в структуре первичной заболеваемости – 21,1%, с уровнем регистрируемой патологии 124,9‰. Доля диспансерных больных составляет 6,3% от объема диспансеризации взрослого населения, а уровень диспансеризации составляет 20,6‰. Это свидетельствует о том, что болезни органов дыхания носят преимущественно острый характер. Между тем в группу причин диспансерного наблюдения входят такие серьезные заболевания как бронхиальная астма, хронические обструктивные болезни легких, хронический бронхит и эмфизема.

Третье место в структуре общей заболеваемости занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с удельным весом 10,8%. При этом первичные обращения по поводу данной патологии составляют только четвертую часть (25,0%) всех обращений, с уровнем показателя первичной заболеваемости 41,7‰. На диспансерном учете по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани находится на уровне 9,4 чел. на 1000 населения. Следовательно, данная патология имеет длительное течение, но диспансерному учету подлежит малое количество пациентов.

Болезни глаза и его придаточного аппарата находятся на четвертом месте (9,5%) в структуре общей заболеваемости и на пятом (6,6%) в структуре первичной. При этом каждый

четвертый (1:3,8) пациент обращается с данной патологией впервые, а каждый десятый (1:11,5) состоит на диспансерном учете, что соответствует коэффициенту хронизации 2,8.

Особое значение имеет класс болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, которые в структуре причин диспансерного наблюдения оказались на втором месте с уровнем диспансеризации 36,8%. Это свидетельствует о преимущественно хроническом течении заболеваний данного класса, что подтверждается высоким коэффициентом хронизации (5,3). В этом классе наиболее значимы такие заболевания, как сахарный диабет, болезни щитовидной железы и ожирение.

Болезни органов пищеварения характеризуются тем, что занимают третье место в структуре причин диспансерного наблюдения взрослого населения с уровнем диспансеризации 32,0%. Низкий удельный вес (23,0%) первичной заболеваемости в данном классе патологии и коэффициент хронизации 3,4 указывают на длительное, в том числе хроническое течение заболеваний органов пищеварения. В этом классе выделяются больные с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Следует также выделить класс болезней мочеполовой системы, а также травмы и отравления, которые занимают ведущие места в структуре первичной заболеваемости с уровнем выявляемости соответственно 59,1 и 108,2%. Остальные классы болезней не имеют особого значения как по общей распространенности заболеваний, так и по уровню диспансерного наблюдения больных.

Для определения приоритетов была проведена комплексная оценка значимости классов болезней в формировании заболеваемости взрослого населения Красноярского края. С этой целью рассчитывались коэффициенты относительной важности каждого заболевания и проведена их интегрированная оценка по трем основным видам учета (общая и первичная заболеваемость, диспансерный учет).

Расчеты и анализ показали, что наиболее значимой патологией в формировании заболеваемости взрослого населения являются болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания и болезни мочеполовой системы с удельным весом значимости 10,8, 10,5 и 10,5% соответственно. Каждый из этих классов имеет очень высокую значимость по двум из трех исследуемых параметров. К группе «очень высокой» значимости относятся также болезни органов пищеварения с удельным весом (9,9%), имеющие высокий уровень распространенности по показателям общей заболеваемости и диспансерного учета. Пятое и шестое место занимают болезни костно-мышечной системы, а также болезни глаза и его придаточного аппарата, имеющие высокую степень значимости с удельным весом 8,6 и 8,5% соответственно. Несмотря на высокий уровень общей и первичной заболеваемости, количество лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу данных заболеваний, уступает ведущим классам болезней. Также необходимо отметить высокую значимость травм и отравлений, имеющих по интегрированной оценке степень значимости «выше средней» с удельным весом 7,3% за счет очень высокого уровня первичной заболеваемости. Определенный приоритет имеют болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ с удельным весом значимости 6,5%, где основной вклад вносит очень высокий уровень диспансеризуемой заболеваемости.

Инфекционные и паразитарные заболевания, а также новообразования имеют средний уровень значимости с удельным весом 5,4 и 4,8% соответственно. Оценку «ниже среднего» получили болезни кожи и подкожной клетчатки с удельным весом 3,8%. В группу с «низкой» значимостью вошли болезни нервной системы, а также болезни уха и сосцевидного отростка. Остальные классы занимают «очень низкий» уровень значимости.

Таким образом, распределение классов болезней по группам значимости согласно интегрированной оценке позволяет выделить заболевания высокой значимости в развитии нарушений здоровья взрослого населения Красноярского края, что определяет приоритеты развития медицинских служб и востребованность медицинских технологий.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ О МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Г. КРАСНОЯРСКА.

Лисовская Е.Д., Тимошенко В.О., Шубкин М.В.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ (Красноярск)

Профилактика заболеваний полости рта является одним из самых актуальных направлений в стоматологии. Профилактические средства по уходу за полостью рта представлены широким спектром в аптечной торговой сети.

Целью нашего исследования является оценка знаний о роли профилактики стоматологических заболеваний у жителей г. Красноярска.

В связи с этим были представлены задачи исследования.

1. Определить, какие средства профилактики заболеваний полости рта используют респонденты;
2. Проанализировать уровень знаний респондентов о профилактических мероприятиях по гигиене полости рта.

В авторскую анкету вошли вопросы, отражающие основные факторы, влияющие на состояние полости рта. Респондентам предлагалось выразить свое мнение о влиянии никотина (курения) и сладкой пищи на ткани полости рта, о соблюдении гигиены (чистка зубов, использование специальных гигиенических средств по уходу за полостью рта); о характере пищи (значение употребления овощей и фруктов) и как часто пациенты посещают врача-стоматолога с целью профилактического осмотра.

Материалы и методы:

Единица наблюдения: пациенты врачей-стоматологов.

Учетные признаки: ответы на закрытые вопросы авторской анкеты.

Критерий включения: возраст респондентов от 16 до 82 лет.

База исследования – территория города Красноярска.

Инструмент исследования - авторская анкета «Оценка населением качества медицинского стоматологического обслуживания».

Методом случайной бесповторной выборки опрошено 508 жителей г. Красноярска с помощью авторской анкеты.

Описательные статистики представлены абсолютными значениями, относительными величинами и стандартной ошибкой доли ($P \pm m$).

Оценка статистической значимости различий осуществлялась по критерию хи-квадрат или точному критерию Фишера.

Критический уровень значимости различий определялся при $p < 0,05$.

Результаты собственного исследования:

Количество респондентов составило 508 человек. На вопрос, считают ли они, что курение увеличивает риск заболеваний полости рта, 459 респондентов ($90,4 \pm 1,3\%$) ответили утвердительно и только 49 чел. ($9,6 \pm 1,3\%$) считают, что курение не влияет на развитие заболеваний полости рта. Из 508 чел., согласно данным анкеты, не курят $74,6 \pm 1,9\%$ (377 чел.). Постоянными курильщиками были $25,8 \pm 1,9\%$ (131 чел.).

Респонденты (508 чел.) отметили, что знают о влиянии сладкой пищи на состояние твердых тканей зуба. Сладкую пищу употребляли все опрошенные. В процентном соотношении нами получены следующие данные: 28,9±2,0% (147 чел.) - употребляют сладости ежедневно; 37,0±2,1% (188 чел.) - несколько раз в неделю; реже, чем раз в неделю 34,1±2,1% (173 чел.) респондентов.

Данные анкетирования показали, что о регулярной чистке зубов с целью профилактики развития заболеваний полости рта знают все респонденты. Из 508 респондентов 473 человека (93,0±1,1%) считают, что гигиена полости рта является залогом здорового организма. В 6,9±1,1% (35 чел.) с этим были не согласны и не считают, что регулярный уход за полостью рта способствует поддержанию здоровья организма. Так, два раза в день осуществляют чистку зубов 310 чел. это 61,0±2,2% респондентов (утром и вечером); один раз в день утром 34,4±2,1% (чел.), и иногда, либо очень редко чистят зубы 23 чел. (4,6±0,9%). Почти такие же данные получены при анализе ответов на вопрос о зависимости состояния полости рта от кратности чистки зубов. Отметили такую зависимость 408 чел. (80,3±1,8%) и 19,7±1,7% (100 чел.) так не считают. В большинстве случаев респонденты знают, как правильно чистить зубы и сколько времени для этого необходимо. Всего 360 чел. или 71,1±2,0% делают это правильно, 29,9±2,0% (147 чел.) уделяют чистке зубов менее 1 минуты.

Для качественного ухода за полостью рта 160 чел. (31,5±2,0%) регулярно меняют зубную щетку (1 раз в месяц), 221 чел. или 45,3±2,2% не чаще, чем раз в полгода, один раз в год – 71 чел. (14,0±1,5%) и 56 чел. (11,0±1,4%) вообще затруднились ответить на этот вопрос.

О том, как правильно проводить уход за полостью рта респонденты имели различные источники информации. От профессионалов-стоматологов о правильном уходе за полостью рта узнали 236 респондентов (46,5±2,2%), от родственников и близких 162 чел. (31,9±2,0%). Из Интернет-ресурсов 67 чел. (13,2±1,5%) и специальной литературы информацию получили 42 чел. (8,3±1,2%), затруднились с ответом 13,6±1,5% респондентов.

В настоящее время расширяется арсенал средств по уходу за гигиеническим состоянием полости рта. В широком доступе для населения имеются разнообразные зубные щетки, эликсиры, ополаскиватели, зубные нити и т.д. Однако на их приобретение влияет материальное положение респондентов, что подтверждалось данными анкетирования. В 12,0±1,4% случаев респонденты считают, что для них приобретение качественных средств гигиены не доступно, 13,0±1,5% - затруднились ответить и в 75,0±1,9% опрошенных подтвердили доступность приобретения профилактических средств. Причем в 76,8±1,9% ответов респонденты уверены, что использование эликсиров и ополаскивателей улучшает состояние полости рта, имеют противоположное мнение 23,2±1,9% человек.

Рацион питания, характер употребляемой пищи имеют влияние на состояние тканей полости рта. Все респонденты владели данной информацией. Положительное влияние овощей и фруктов на организм человека в целом и на состояние полости рта подтвердили 432 чел. (85±1,6%) человек, которые регулярно включали данные продукты в свой рацион питания. Остальные 76 чел. (15±1,5%) респондентов не придавали значение употреблению овощей и фруктов.

С целью профилактического осмотра полости рта регулярно посещают врача-стоматолога 325 чел. (64,2±2,1%) респондентов. В 19,5±1,8% случаев пациенты отметили, что для них профилактическое посещение стоматолога недоступно, а обращаются к врачу только по поводу лечения. И 82 респондента (16,3±1,6%) затруднились ответить, посещают ли они стоматологическую организацию с профилактической точки зрения.

На основании данных анкетирования наиболее приемлемой процедурой по уходу за полостью рта респонденты считают регулярную чистку зубов с использованием зубной пасты - 425 чел. (83,6±1,6%). Кроме зубной пасты 83 респондента (16,4±1,6%) использовали еще и различные эликсиры для полости рта.

Таким образом, с целью профилактики заболеваний полости рта пациенты стоматологических организаций г. Красноярск используют различные гигиенические средства.

Анализ информированности пациентов о гигиене полости рта показал, что все 508 опрошенных жителей г. Красноярска владеют информацией о важности ухода за полостью рта. Выбор средств профилактики зависит от субъективного отношения пациентов к вопросам гигиены полости рта.

ЗНАЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Макашева В.А.

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер» (Новосибирск)

В эпидемиологических исследованиях установлено, что в развитых странах психические расстройства имеются примерно у 10% детей и подростков; в развивающихся странах общая частота расстройств несколько выше. По данным российского исследования рандомизированной стратифицированной выборки школьников 7-14 лет с использованием стандартизированных международно признанных методов, распространенность психических расстройств у детей и подростков оценена в 15-17%.

И в развитых, и в развивающихся странах мира распространенность психических расстройств у детей и подростков значительно превышает возможности детско-подростковой психиатрической службы, и большая часть детских психических расстройств по-прежнему остается без лечения. Относительно высокая распространенность психических расстройств у российских детей и подростков, имеющиеся проблемы служб охраны психического здоровья детей и подростков на федеральном и региональном уровнях, а также особенно выраженная до последнего времени стигматизация психиатрии в Российской Федерации дают основание полагать, что обеспеченность детского и подросткового населения психиатрической помощью далека от оптимальной.

Недостаточное предоставление психиатрической помощи обрекает детей на излишние страдания, трудности в обучении, делинкветность, злоупотребление психоактивными веществами и пренебрежение к себе вплоть до самоубийства. Эксперты ВОЗ рассматривают уровень суицидов как один из конечных результатов деятельности служб охраны психического здоровья детей и подростков на государственном, региональном и территориальном уровне. Высокая частота завершенных суицидов несовершеннолетних в РФ вызывает особую тревогу специалистов и общества в целом; на протяжении ряда лет она остается одной из самых высоких в мире.

При этом показатели в регионах различаются в 100 раз и более: частота завершенных суицидов среди подростков 15-19 лет, по данным Росстата за 2010 г., варьировала от нулевых значений в Чеченской республике и Ингушетии до 120,6 в республике Тыва и 274,4 – в Чукотском автономном округе. Наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в Сибирском федеральном округе (СФО), где частота суицидов в популяции 15-19 лет в 2009 г. составляла 36,3 на 100 тыс., превышая общероссийский показатель (19,8) в 1,8 раза, а общемировой – в 5 раз; из 6 субъектов Федерации с наиболее высокой частотой суицидов среди детей и подростков в 2009 г. 4 (республики Тыва, Бурятия, Хакасия и Забайкальский край) входят в СФО.

Поскольку, по данным мировой литературы, 90% несовершеннолетних с суицидальным поведением страдают психическими расстройствами, предоставление психиатрической помощи может снизить частоту суицидов среди молодых людей.

Принимая во внимание отмеченную выше высокую распространенность психических расстройств у российских детей и подростков и то, что лишь небольшая часть родителей, пе-

дагогов и опекунов детей с психическими расстройствами обращается за специализированной помощью в службы охраны психического здоровья, предоставление психиатрической помощи можно оценить с помощью статистических данных об учтенной частоте психических расстройств среди детского и подросткового населения.

Средняя динамика детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами по субъектам СФО за 2009-2012 гг. соответствуют наблюдаемой по РФ картине: первичная заболеваемость как детей, так и подростков последовательно снижалась после 2009г., хотя снижение учтенной первичной заболеваемости у детей и не достигло статистически значимого уровня.

Более высокие показатели учтенной заболеваемости подросткового населения по сравнению с детским и снижение выявляемости психических расстройств среди подростков могут свидетельствовать о том, что психические заболевания диагностируются несвоевременно и даже поздно.

Большой процент заболеваний выявляется в допризывном и призывном возрасте, когда подростки освидетельствуются медицинскими комиссиями при военкоматах. Особого внимания заслуживает Республика Тыва в связи с низкими значениями общей и первичной заболеваемости по всем возрастным группам. Такая ситуация может быть связана с низкой выявляемостью психических расстройств у детей, так и с национальными особенностями.

При этом в данном регионе чаще случаются суициды среди детского населения, он один из самых неблагоприятных по суицидальной настроенности в целом в стране. Сходная картина наблюдается и в Республике Бурятия.

Связь учтенной заболеваемости с частотой суицидов. У детей частота завершенных суицидов была отрицательно связана с общей ($r=-0,58$, $p=0,048$) и первичной заболеваемостью ($r=-0,63$, $p=0,027$), зарегистрированной в 2009 г.; корреляции с соответствующими показателями 2010 г. были сходными ($r=-0,57$, $p=0,052$ и $r=-0,51$, $p=0,086$), но не достигали принятого уровня значимости. В группе молодых людей 15-19 лет частота завершенных суицидов была отрицательно связана с общей заболеваемостью, зарегистрированной в 2010 г. ($r=-0,58$, $p=0,048$); корреляция с первичной заболеваемостью 2009 г. была сходной, но не достигала принятого уровня значимости ($r=-0,56$, $p=0,060$).

Поскольку все показатели учтенной заболеваемости тесно связаны между собой, для уточнения их вклада в частоту завершенных суицидов у детей и подростков был проведен регрессивный анализ. Частота суицидов была результирующим показателем, в качестве предикторов включали 4 показателя: общую и первичную заболеваемость в 2009 и 2010 гг. Анализ показал, что первичная детская заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2009 г. объясняла 40% вариации в частоте детских суицидов 2010г. среди 12 субъектов СФО, $F(1,11) = 6,70$, $p < 0,027$. В возрастной группе 15 -19 лет основным предиктором была общая заболеваемость 2010 г.: она объясняла более половины вариаций (57,5%) в частоте завершенных суицидов 2010г. среди 12 субъектов СФО, $F(1,11) = 13,51$, $p < 0,004$.

Полученные результаты демонстрируют тесную связь учтенной заболеваемости психическими расстройствами с частотой суицидов среди детей и подростков в СФО: чем больше выявляется психических расстройств и расстройств поведения и чем больше частота впервые в жизни установленных диагнозов, тем меньше завершенных суицидов несовершеннолетних в регионе. Это подтверждает мнение экспертов о роли детско-подростковой психиатрической службы на государственном, региональном и территориальном уровнях в профилактике суицидов и дает серьезные основания для ее укрепления.

Оказание действенной помощи и поддержки детям и подросткам, страдающими расстройствами психического здоровья, - чрезвычайно важная общественная задача. Имеется достаточно данных об эффективности профилактики и терапии психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте, в том числе в странах с низким и высоким уровнем жизни.

Данные о связи учтенной детско-подростковой заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения с частотой завершенных суицидов среди детей и подростков достаточно убедительны, чтобы оправдать организацию и финансирование в СФО служб психического здоровья, которые могут предоставлять доступную помощь большому числу нуждающихся в ней детей и подростков.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Макашева В.А.¹, Бабенко А.И.², Гусельникова Н.А.², Бабенко Е.А.²

¹ГБУЗ НСО «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер» (Новосибирск)

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк-Новосибирск)

Психическое здоровье детей и подростков определяет на все последующие годы жизни способность данного поколения к реализации основных функций общества: воспроизводство населения с реализацией репродуктивной функции семьи, обороноспособность и профессиональную деятельность. Объем и структура распространенности психических расстройств в каждом поколении людей отражает адекватность их социально-биологической адаптации к быстро меняющимся условиям жизни. Это следует учитывать при разработке стратегии здравоохранения и, в частности, при развитии психиатрической помощи, организационно-функциональная структура которой должна способствовать эффективной реализации медицинских и медико-социальных технологий.

Современная ситуация в области психического здоровья детей и подростков характеризуется существенным ростом распространенности у этого контингента населения дезадаптационных проявлений аутоагрессивного (суицидального) и агрессивного поведения, криминальности и делинквентности, употребления психоактивных веществ.

Приоритетом национальной политики в области охраны психического здоровья детей и подростков являются комплексные медико-социальные меры, направленные на предотвращение суицида, общественно-опасных действий, совершаемых несовершеннолетними, страдающими психической патологией, предупреждение их вовлечений в криминальную среду, алкогольную и наркологическую зависимость, а также снижение инвалидизации, формирование психосоциальной гармонизации и адаптации ребенка в социуме.

Для этого необходимо объединение усилий всех ведомств, заинтересованных в охране психического здоровья подрастающего поколения, в том числе предоставление и развитие доступных и качественных услуг в здравоохранении с акцентом на развитие психопрофилактического направления. Актуальность проблемы охраны психического здоровья несовершеннолетних определяется высокой распространенностью психических расстройств в данных возрастных группах населения.

По данным официальных статистических отчетов Минздрава РФ в России около одного миллиона детей и подростков страдают психическими заболеваниями, что составляет 2,5-3,5% от всего контингента населения данного возраста. При этом с возрастом распространенность психических расстройств нарастает, неслучайно, что уровень общей заболеваемости среди подростков выше в 1,7 раза, чем среди детей.

Несмотря на то, что система психиатрической помощи детскому населению претерпела в последние годы существенные изменения, заболеваемость среди данного контингента населения психическими расстройствами и расстройствами поведения остается на высоком уровне. Это требует комплексных более совершенных подходов к оценке психических рас-

стройств, медицинской и медико-социальной помощи детям с учетом фундаментальных познаний о формировании психики у подрастающего поколения. В современных социальных и экономических условиях, значимости семьи в воспитании и сохранении здоровья детей требуется разработка медико-организационных механизмов реализации эффективных технологий диагностики, лечения, реабилитации, профилактики психических расстройств.

В исследованиях по вопросам психического здоровья детей и подростков в основном рассматриваются региональные особенности распространенности психических заболеваний, влияние отдельных факторов, условия жизни, оценивается качество психиатрической помощи. Однако в этих исследованиях совершенствование организации психиатрической помощи исходит из традиционного подхода к планированию (анализ заболеваемости, обращаемости за медицинской помощью, оценка материальных, кадровых, финансовых ресурсов учреждений и т.п.), который далеко не всегда позволяет прогнозировать распространенность патологии среди населения и определять перспективу востребованности медицинских технологий.

Стратегическое планирование в организации психиатрической помощи подразумевает оценку распространенности психических расстройств, развития патологических процессов на основе учета персонализированных данных и их интеграции для определения востребованности медицинских технологий и необходимых структурно-функциональных преобразований в организации психиатрической помощи для их эффективной реализации.

Методологический подход к данной проблеме подразумевает учет всех форм психических расстройств и расстройств поведения, наличия патологических процессов, определяющих неадекватность реакции детей и подростков на окружающую среду, в т.ч. суицидогеноз. Важным аспектом познания является система реализации медицинских и медико-социальных технологий (диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических, включая методы социальной адаптации) на основе персонализированного учета с интеграцией результатов для определения их востребованности. Также необходимым условием разработки эффективной системы следует признать изучение мнения врачей, медицинских работников, психологов и других специалистов о системе реализации технологий. Это позволит определить основные приоритеты реализации диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических технологий, с установлением их количественной значимости, на основании чего будет усовершенствована система мониторинга распространенности психических состояний детского населения и оценки востребованности медицинских технологий для реализации стратегии сохранения психического здоровья подрастающего поколения.

ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ВОЗОБНОВЛЯЕМЫХ ПОТОКОВ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

Найденова Н.Е.

ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (Томск)

В настоящее время в РФ функционируют 806 ЦЗ, в том числе 501 ЦЗ для взрослых и 63 мобильных ЦЗ [1]. Отмечена низкая посещаемость ЦЗ гражданами трудоспособного возраста [2, 3, 4], особенно повторная [5], ввиду невысокой субъективной потребности в получении профилактических услуг. В связи с этим в современных условиях особую значимость приобретает разработка технологии формирования возобновляемых потоков работающего населения для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования, динамического наблюдения в ЦЗ, что и явилось целью настоящего исследования.

Предлагаемая технология формирования возобновляемых потоков работающего населения в ЦЗ основана на максимальном удовлетворении потребностей потребителей профилактических услуг (работающего населения) и повышении эффективности управления качеством медицинской помощи в ЦЗ (рис.1). Установлено, что повышение качества оказываемых услуг в ЦЗ и улучшение организации предоставления услуг в ЦЗ способствуют удовлетворению потребностей потребителей профилактических медицинских услуг ЦЗ, что в свою очередь приводит к формированию потоков работающего населения в ЦЗ. Для реализации разработанной технологии необходимо внедрить в деятельность ЦЗ маркетинговую технологию, которая обеспечивает привлечение работающего населения в ЦЗ, приводит к созданию потоков работающих граждан в ЦЗ, что является особенно актуальным для ЦЗ медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения [5].

Повышение эффективности управления качеством медицинской помощи в ЦЗ происходит за счет создания инноваций в управлении ресурсами и совершенствования организационных технологий деятельности. Создание инноваций в управлении ресурсами – это постоянное совершенствование материально-технической базы, информационного обеспечения деятельности, постоянное обучение и мотивация сотрудников ЦЗ, внедрение информационных технологий (ИТ). В настоящее время ИТ рассматриваются как один из важных инструментов повышения качества медицинской помощи. По заказу МЗ РФ для ЦЗ создана типовая медицинская информационная система – программный комплекс «ЦЗ». Важным преимуществом ФК ЦЗ в сравнении с действующей системой учёта данных при диспансеризации взрослого населения является автоматизация процессов сбора и обработки первичных данных проводимого комплексного исследования непосредственно в ЦЗ [2]. Однако результаты электронного анкетирования ЦЗ, проведённого ЦНИИОИЗ МЗ РФ в 2015 г., показали, что программа ФК ЦЗ была установлена в 321 ЦЗ (58,6%) из 548 ЦЗ, принявших участие в анкетировании [2]. Нами активно используются в ЦЗ: программный комплекс ФК ЦЗ, консультационная система «Лечение курящего человека» (разработчик - ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России), программа оценки питания (Институт питания РАМН) [2].

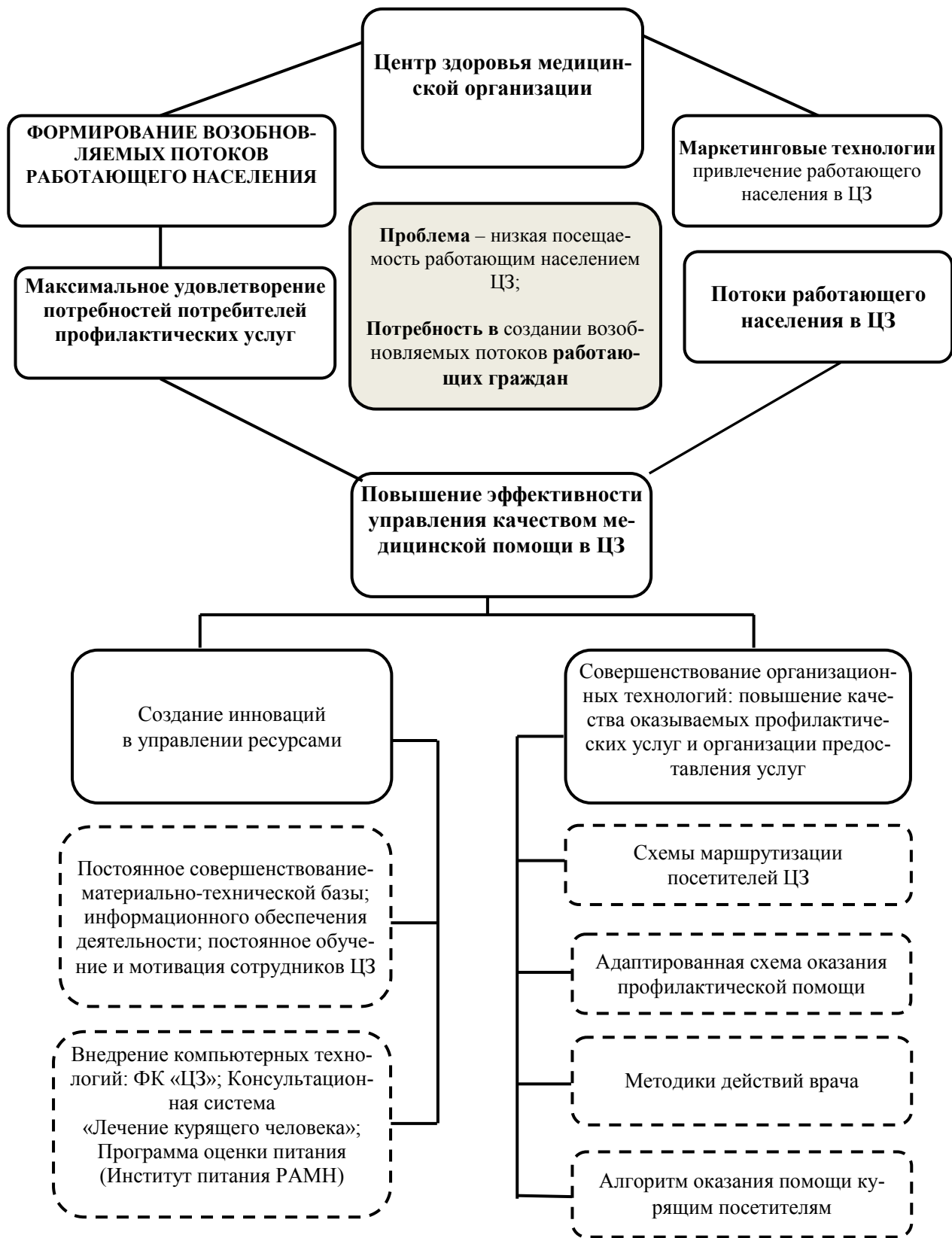


Рис. 1 - Технология формирования возобновляемых потоков работающего населения в ЦЗ

Совершенствование организационных технологий в ЦЗ способствует повышению качества оказываемых услуг, улучшению организации предоставления услуг. Для повышения качества оказываемых профилактических услуг в ЦЗ разработаны адаптированные технологии: схема оказания профилактической помощи, методики действий врача при первичном и повторном посещении ЦЗ, оригинальный алгоритм оказания помощи курящим посетителям [5]. Для улучшения организации предоставления услуг ЦЗ разработаны схемы маршрутизации посетителей ЦЗ при стационарной форме и выездной форме работы. Внедрение разработанной технологии позволяет повысить число повторно обратившихся по-

сетителей в течение всего периода наблюдений (возобновляемые потоки) практически в 3 раза - с 5% в 2012 г. до 14% в 2014 г. от общего количества первично обратившихся граждан.

Таким образом, разработанная технология формирования возобновляемых потоков работающего населения в ЦЗ позволяет создать контингент прикрепленного населения в ЦЗ медицинских организаций, не имеющих его, потоки работающих граждан для прохождения комплексного обследования, профилактического консультирования и динамического наблюдения в ЦЗ.

Список литературы

1. ЦЗ: достигнутые результаты и перспективы (продолжение) /Н.В. Погосова, Э.К. Вергазова, А.К. Аушева и др. //Профилактическая медицина. – 2015. – № 3. – С. 16–24.
2. Федеральный информационный ресурс ЦЗ: современное состояние и перспективы развития [Электронный ресурс] /В.И. Стародубов, С.Г. Руднев, Д.В. Николаев, К.А. Коростылев //Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 45, № 5. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/706/30/lang,ru>.
3. Авдеева, М.В. Научное обоснование модели профилактической деятельности ЦЗ: автореф. дис. ... д-ра мед.наук /М.В. Авдеева. – Санкт-Петербург, 2014. – 49 с.
4. Кобякова О.С. и др., 2014, Модель посетителя ЦЗ Томской области и распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей ЦЗ/О.С. Кобякова, Е.А. Старовойтова, Е.С. Куликов и др. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 1. – С. 16–20.
5. Найденова, Н.Е. Организация профилактической помощи в ЦЗ медицинского учреждения, не имеющего прикрепленного населения, в современных условиях (на примере Томской области)/ Н.Е. Найденова //Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 3. – С. 34–43.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Нетесов Е.В., Нетесова Е.С.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ (Новосибирск)

С целью совершенствования организации оказания медицинской помощи социально дезадаптированным пациентам в сельской местности, проведен социологический опрос 84 руководителей и 156 врачей-терапевтов участковых центральных районных больниц Новосибирской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на амбулаторном этапе.

Ключевые слова

Социальная дезадаптация, сельское население, оказание медицинской помощи, врачи-терапевты участковые, руководители медицинских организаций.

Цель исследования

Изучить мнение руководителей медицинских организаций, а также врачей-терапевтов участковых центральных городских больниц Новосибирской области об оказании первичной медико-санитарной помощи социально дезадаптированному сельскому населению на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы

В 2015 году был проведен социологический опрос 84 руководителей медицинских организаций и 156 врачей-терапевтов участковых, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению Новосибирской области.

Среди опрошенных руководителей 64,3 % составили женщины и 35,7 % - мужчины. Стаж работы в здравоохранении в среднем составил 26 лет, в должности руководителей – 8 лет.

Среди опрошенных врачей-терапевтов участковых женщины составили 83,3% опрошенных, мужчины 16,7% соответственно. Средний возраст респондентов составил 43 года. Стаж работы в здравоохранении в среднем составил 19 лет.

Результаты исследования

Большинство руководителей медицинских организаций (в дальнейшем по тексту МО) 76,2% уверены, что социальная дезадаптация (в дальнейшем по тексту СД) населения является фактором, влияющим на уровень заболеваемости населения, 14,3% полагают, что СД скорее является фактором, влияющим на уровень заболеваемости, чем нет; 7,1% полагают, что скорее нет, чем да и лишь 2,4% полагают, что такая связь отсутствует.

По мнению врачей-терапевтов участковых на социальные факторы, как на причину своих заболеваний в 1,9% указывают все пациенты, в 17,3% большинство, в 37,8% случаев – многие, в 40,4 % случаев некоторые, лишь 2,6% случаев пациенты не указывают на социальные факторы как на причину заболеваний. Таким образом, по мнению врачей-терапевтов участковых в 57,1% случаев пациенты указывают на социальные факторы как на причину своего заболевания. При этом, по мнению врачей-участковых терапевтов среди пациентов, указывающих социальные факторы как причину заболеваний, в 54,5% случаев социальные факторы вызывают обострение хронических заболеваний, в 21,2 % случаев вызывают развитие острого заболевания, в 24,4% респондентов затруднились отнести социальные факторы к причинам развития острого или обострения хронического заболевания.

Более половины опрошенных руководителей МО (64,3%) отмечают, что социальная дезадаптация населения является фактором, влияющим на уровень обращаемости в амбулаторные медицинские организации; 23,8% считают, что скорее да, чем нет; 7,1% – скорее нет, чем да; и только 2,4% считают, что социальная дезадаптация населения не влияет на уровень обращаемости; 2,4% - затруднились ответить.

Треть опрошенных руководителей (33,3%) уверены, что наличие СД у пациентов учитывается при оказании первичной медико-санитарной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе; 31,0% полагают, что СД скорее учитывается, чем нет; 28,6% - считают, что СД скорее не учитывается, чем да; и только 7,1% руководителей считают, что наличие СД не учитывается. Таким образом, совокупно 64,3% руководителей МО полагают, что социальная адаптация учитывается при оказании первичной медико-санитарной помощи социально дезадаптированному сельскому населению на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Ответы врачей-терапевтов относительно того, учитывается ли социальная адаптация при оказании амбулаторной медицинской помощи распределились следующим образом: в 22,4% случаев – учитывается, в 35,3% случаев, скорее учитывается, чем нет, в 20,5% скорее не учитывается, в 12,2% не учитывается, затруднились ответить 9,6% респондентов. Таким образом, при оказании медицинской помощи социально дезадаптированным пациентам в большинстве случаев (57,7%) врачи-терапевты участковые учитывают социальную дезадаптацию в работе с пациентом и назначении обследования и лечения.

Соответственно, в большинстве случаев оценки руководителей медицинских организаций (64,3% опрошенных) и врачей-терапевтов участковых центральных районных больниц (57,7% опрошенных) в отношении принятия во внимание социальной адаптации при оказании первичной медико-санитарной помощи социально дезадаптированному сельскому населению на амбулаторно-поликлиническом этапе совпадают.

На вопрос относительно возможности проведения мероприятий по снижению СД 33,4% руководителей уверены, что таких возможностей у медицинской организации не имеется, 40,5% полагают, что возможностей скорее нет, чем есть; 9,5% считают, что такие возможности имеются, 14,3% респондентов считают, что такая возможность скорее имеется. Таким образом, большая часть респондентов (73,9%) в той или иной степени убеждены, что при оказании первичной медико-санитарной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе отсутствует возможность для проведения мероприятий по снижению социальной дезадаптации прикрепленного населения.

В свою очередь, оценивая необходимость проведения мероприятий по социальной адаптации населения на амбулаторном приеме врачи-терапевты участковые считают, что в 13,5% случаев данная потребность имеется у всех социально дезадаптированных пациентов, 37,8% считают, что данная потребность имеется у большинства и 30,1% - у многих. 16,7% сочли, что лишь некоторые пациенты нуждаются в проведении мероприятий по социальной адаптации. 1,9% полагают, что пациенты с социальной дезадаптацией не нуждаются в реабилитационных мероприятиях. На вопрос о наличии достаточного времени на приеме для проведения мероприятий по социальной адаптации 61,5% ответили отрицательно, в 30,1% ответов респонденты ответили, что для проведения реабилитационных мероприятий времени скорее недостаточно. Лишь 1,9% убеждены, что времени достаточно, а 5,1% считают, что скорее достаточно. 1,3% респондентов затруднились ответить на вопрос.

Большинство врачей-терапевтов участковых 58,4% считают, что для проведения мероприятий по снижению социальной дезадаптации знаний недостаточно (24,4%) или скорее недостаточно (34%), 7,7% убеждены, что обладают необходимым объемом знаний, а 21,2% полагают, что скорее обладают необходимыми знаниями.

Большинство опрошенных руководителей (76,2%) считают, что проведение мероприятий по социальной адаптации пациентов повысит уровень общественного здоровья (38,1%) или скорее повысит (38,1%); 16,7% опрошенных считают, что скорее не повысит, чем повысит; 7,1% затруднились ответить.

При опросе 156 врачей-терапевтов участковых на вопрос о возможности влияния проведения комплекса мероприятий по социальной адаптации дезадаптированного сельского населения на повышение уровня общественного здоровья в 34,6% ответили утвердительно, 50,6% считают, что социальная адаптация дезадаптированных пациентов скорее повысит уровень общественного здоровья, 4,5% считают, что социальная адаптация скорее всего не окажет влияния, и, лишь 0,6% полагают, что социальная адаптация дезадаптированных не окажет никакого влияния, 9,6% респондентов затруднились ответить. Полученные ответы свидетельствуют о том, что большинство респондентов (85,3%) убеждены во взаимосвязанности мероприятий по социальной адаптации дезадаптированного сельского населения и уровнем общественного здоровья населения.

Выводы

Большинство руководителей медицинских организаций и врачей-терапевтов участковых центральных районных больниц убеждены в том, что социальная дезадаптация является фактором, влияющим как на уровень общественного здоровья, так и на заболеваемости сельского населения, а соответственно проведение мероприятий по социальной адаптации дезадаптированного сельского населения положительно повлияет на уровень общественного здоровья и заболеваемости сельского населения.

В большинстве случаев (57,7%) врачи-терапевты участковые центральных районных больниц учитывают в своей работе социальную дезадаптацию сельского населения, однако отмечают отсутствие необходимых знаний в этой области, либо недостаточного времени на амбулаторном приеме.

ПРИМЕНЕНИЕ ХРОНОТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нурханова Н.О.

Бухарский государственный медицинский институт (Бухара, Узбекистан)

Снижение риска сердечно-сосудистых осложнений путём достижения и круглосуточного удержания целевых уровней артериального давления (АД) является общепризнанной первоочередной тактической задачей лечения лиц с артериальной гипертензией (АГ). Благодаря появлению и широкому распространению автоматического суточного мониторирования артериального давления (АСМАД) было выявлено, что повышение артериального давления в разное время суток с нарушением физиологического профиля суточных колебаний АД имеет неодинаковое прогностическое значение. Рядом крупных исследований показано, что фатальные и нефатальные инфаркты миокарда, внезапная сердечная смерть, инсульт, желудочковые аритмии и артериальные эмболии чаще всего возникают в интервале между шестью часами утра и двенадцатью часами дня. Одним из наиболее важных пусковых механизмов этих состояний считают быстрое и значительное повышение артериального давления как раз в указанное время суток. Доказано, что утреннее превышение целевых уровней артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией, выявленное с помощью АСМАД и/или домашнего самоизмерения, увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений.

Целью настоящей научной работы явилось сравнение эффективности лечения АГ и метода хронотерапии на основании определения хронотипа и традиционного назначения гипотензивных средств.

Материалы и методы. Исследование проводилось на факультете усовершенствования врачей Бухарского государственного медицинского института, на базе центральной многопрофильной поликлиники. В исследования были включены 97 больных АГ с I и II степенью тяжести, риском развития сердечно-сосудистых осложнений в возрасте 28-61 лет. В исследование включались больные самостоятельно обратившиеся на прием с впервые диагностированной или не леченной (нерегулярный прием гипотензивных препаратов тоже считается не леченной) эссенциальной АГ при отсутствии сопутствующей тяжелой соматической патологии (выраженная сердечная недостаточность, бронхиальная астма тяжелой степени и др.), требующей приема постоянной лекарственной терапии, беременности, сахарного диабета; климактерического периода; психических заболеваний,

Все пациенты были рандомизированы на 2 группы. В исследуемой группе (46 пациентов) в амбулаторном режиме препараты были назначены по принципу хронотерапии, в контрольной группе - традиционным методом (51 пациентов). Всем больным проведено стандартное общеклиническое обследование; анкетирование по международной сокращенной анкете Хорна-Остберга (1976); ЭКГ. По анкете Хорна-Остберга выделены только 3 хронотипа: «промежуточный» - (аритмик, голуби), «жаворонки» - утренний тип и «совы» - вечерний биоритм.

Всем пациентам на «чистом» фоне или после 3-х дневной отмены гипотензивных препаратов проводилось трехкратное измерение офисного АД. Всем пациентам были назначены представитель из группы ингибиторов АПФ – лизиноприл, действие которого наступает через час, достигает пика через 6-7 часов, и гипотензивный эффект сохраняется в течении

24 часов. Доза была подобрана индивидуально в зависимости от степени тяжести АГ, составили 5-10 мг/сут.

Результаты. По результатам анкетирования Хорна-Остберга из всех пациентов: аритмики - 36 (37,1%), жаворонки - 47 (48,5%) человек, совы составили 14 человек (14,4%). Исследуемая и контрольная группы с традиционным методом были сопоставимы по величинам офисных САД и ДАД. Средние значения офисного САД/ДАД в группах исследуемой и контрольной составили соответственно $149,3 \pm 16,1 / 96,1 \pm 9,9$ мм рт.ст. и $151,1 \pm 12,1 / 98,7 \pm 6,3$. «Совы» принимали препарат в интервале от 9.00 до 10.00 часов, «Жаворонки» в 22.00, «Голуби» в 7.00-8.00 ч утреннего времени суток. Нами были проанализированы результаты лечения 14-дневной хронотерапии, в исследуемой группе САД снижалось на 23,8% ($113,7 \pm 13,8$), а в контрольной группе – 19,0% ($122,3 \pm 13,4$) показатели ДАД – 18,7% ($78,1 \pm 8,4$), 17,3% ($81,6 \pm 7,5$), соответственно.

Выводы. На основании проведенных исследований был сделан вывод, что, несмотря на отсутствие метода СМАД, с помощью определения хронотипов у больных АГ возможно применение хронотерапии как эффективного в отношении лечения АГ и профилактики ССЗ. Определение хронотипов по тесту Хорна-Остберга позволит определять показания к назначению антигипертензивного лечения, оптимизировать временной режим назначения препаратов. Результаты исследований показали, что 14-дневная хронотерапия, ориентированная на хронотип АД более эффективна, чем традиционное назначение гипотензивных препаратов без учета временных циркадианных ритмов.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАБОТЫ ГБУЗ «ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Павловская О.Г.¹, Редюков А.В.¹, Байдусова А.К.²

¹ ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Оренбург)

² ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» (Оренбург)

Введение. В настоящее время в России идет реализация профилактических программ. Согласно ст. 30 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации": «профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях ... медицинскими организациями ... путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни».

Цель и задачи работы: проанализировать опыт организации профилактикой работы ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» (ГБУЗ ООКБ) за 2006-2015 гг.

Результаты: В течение десятилетнего периода ГБУЗ ООКБ продолжает работать, по профилактическому направлению по первичной, вторичной и третичной профилактике неинфекционных заболеваний, в тесном контакте с медицинскими организациями области. Это ГБУЗ «Областной центр медицинской профилактики», ГБУЗ «ООКИБ» «Областной центр по профилактике и борьбе с СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ «Областной центр планирования семьи и репродукции»; ГБУЗ «Областной клинический наркологический диспансер»; ГБУЗ «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»; ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России и многими другими.

В составе ГБУЗ «ООКБ»: 16 - хирургических отделений, 9 – терапевтических и 14 – параклинических отделений и сосудистый центр из 4 отделений. Имеется лицензия на медицинскую деятельность, включая работы и услуги по гигиеническому воспитанию.

Профилактическая работа организована на основании приказа главного врача, который ежегодно обновляется. В структурных подразделениях ГБУЗ ООКБ определены ответственные врачи и медицинские сестры за работу лекторских и беседческих групп, ежегодно составляются планы работы групп, устанавливается «Единый день медицинской профилактики» в году. Заседания лекторских и беседческих групп проводятся ежемесячно с апробацией новых лекций и бесед. Ведется учетная и отчетная документация. Отчет о проделанной работе подается ответственному врачу-методисту ежемесячно и ежегодно. Показатели профилактических мероприятий в ГБУЗ «Оренбургская клиническая больница» за 2006 -2015 г.г. приведены в таблице № 1.

**Динамика числа профилактических мероприятий в ГБУЗ
«Оренбургская клиническая больница» за 2006-2015 г.г.**

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Количество лекций	158	179	120	290	522	248	438	616	413	409
Количество бесед	1084	1484	1468	1040	984	1008	884	961	1213	1056

Как видно из таблицы № 2 за десятилетний период количество лекций увеличилось в 2,5 раза, при этом число бесед существенно не изменилось.

Согласно порядкам и стандартам медицинской помощи организована работа школ для пациентов. На сегодняшний день в ГБУЗ «ООКБ» работают 8 Школ: «Сахарного диабета»; «Бронхиальной астмы»; «Гемофилии»; «Хронического миелоидного лейкоза»; «Рассеянного склероза»; «Миастении»; «Глаукомы». «Нефрошкола». Деятельность Школ здоровья отражена в учетной и отчетной медицинской документации.

Показатели работ некоторых школ пациентов приведены в таблице № 2.

**Показатели работ школ здоровья ГБУЗ
«Оренбургская клиническая больница» за 2006-2015 г.г.**

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Число пациентов, обученных в «школах» - всего:	45	35	23	29	29	75	45	67	92	43
В том числе:										
Школе для больных бронхиальной астмой	08	22	43	4	4	29	27	84	99	39
Школе для больных сахарным диабетом	16	6	6	1	1	27	06	86	66	28

Как видно из таблицы № 2, за десятилетний период число пациентов, обученных в различных Школах увеличилось на 73,1 %, что связано с выходом порядков оказания медицинской помощи. При этом отмечено снижение числа обученных больных бронхиальной астмой за счет уменьшения коечного фонда пульмонологического отделения.

В течение последних трех лет централизованно ГБУЗ ООКБ стала получать газеты, стенные газеты, брошюры, памятки, листовки, видеоролики из АНО «Центр социальных инициатив «Развитие» и ГБУЗ «Областной центр медицинской профилактики». Это позволило распространять профилактическую информацию на современном, более эстетическом уровне. Установлено 2 монитора в консультативной поликлинике. В 2016 году изготовлено и установлено 23 стенда для отделений для наглядного представления информации профилактической направленности.

При положительных моментах работы, на сегодняшний день проблемы профилактической медицины остаются прежними:

- ❖ несовершенство современной нормативно-правовой базы;
- ❖ недостаточное финансирование этого направления, в связи с этим низкая заинтересованность медицинских работников.

В течение многих лет на базе больницы проходят заседания областных общества врачей-эндокринологов; врачей-терапевтов; врачей-гастроэнтерологов; врачей-кардиологов; врачей-ревматологов; врачей-неврологов, где поднимаются вопросы первичной, вторичной, третичной профилактики различных заболеваний.

Таким образом, опыт организации профилактической работы ГБУЗ ООКБ показал, что она является неотъемлемой частью областной межведомственной системы взаимодействия государственных учреждений, деятельность которых направлена на осуществление общегосударственных мер по охране и укреплению здоровья населения региона.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КЛИНИКИ УНИВЕРСИТЕТА

Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А.
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Оренбург)

С целью изучения удовлетворенности врачей и медицинских сестер работой в клинике Оренбургского государственного медицинского университета было проведено их анонимное анкетирование. Для этого была разработана специальная анкета. Применен метод сплошного исследования. Одним из критериев отбора для проведения анонимного анкетирования явилось постоянное (основное) место работы медицинского персонала в клинике Университета.

Результаты социологического исследования показали, что в зависимости от занимаемой должности состав респондентов был следующим: большинство (55,0%) медицинских работников – средний медицинский персонала, 43,0% - врачи-специалисты и 2,0% - руководители структурных подразделений.

Средний стаж медицинской профессиональной деятельности всех респондентов составил 16,5 лет. При этом доля респондентов, имеющих общий стаж работы, от 16 до 20 лет составила 24,0%, от 21 до 25 лет - 18,0% и более 25 лет - 22,0%. Доля респондентов, у которых общий медицинский стаж работы, составил от 1 года до 5 лет, равнялась 18,0%, от 11 до 15 лет - 12,0%, до 1 года - 3,0%, и от 6 до 10 лет - 3,0%.

В клинике Университета сформировался относительно постоянный состав медицинского персонала. Так, 57,0% респондентов работали в клинике более 5 лет, 30,0% - до 4 лет, до 3 лет - 6,0%, и до 1 года – 6,0%. При этом ученую степень кандидата медицинских наук имели 20,0% врачей, ученое звание доцент - 13,3% врачей.

В результате анкетирования установлено, что 40,0% респондентов отметили ухудшение своего материального положения за последний год на фоне увеличения объема работы в клинике.

Медицинскому персоналу клиники Университета было предложено в динамике - за последний год, оценить удовлетворенность: выполнением своих функциональных обязанностей, оплатой труда, объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг.

Анонимное анкетирование позволило выявить, что выполнением своих функциональных обязанностей были полностью удовлетворены 36,3% респондентов; в основном удовлетворены - 54,5%. За последний год отмечено снижение доли респондентов, которые были полностью удовлетворены выполнением своих функциональных обязанностей, и повышение доли тех, кто был в основном удовлетворен выполнением своих функциональных обязанностей.

Объемом предоставляемых медицинских услуг были полностью удовлетворены 33,0% респондентов, в основном удовлетворены - 57,6% медицинских работников. При этом качеством предоставляемых медицинских услуг были полностью удовлетворены 63,6% медицинских работников, в основном удовлетворены - 30,3%.

За прошедший год резко изменилась удовлетворенность респондентов оплатой своего труда. Если в прошедшем году 60,5% респондентов были полностью удовлетворены своей заработной платой, то в текущем году их доля снизилась до 30,3%.

Медицинские работники (врачи и медицинские сестры) клиники Университета высказали мнение о том, что существующая структура клиники устраивает 51,0% респондентов,

но затруднились ответить на данный вопрос 24,0% респондентов. Режим работы клиники устраивал подавляющее большинство (75,7%) медицинского персонала, и не устраивал - только 22,0% респондентов.

В результате социологического исследования установлено, что санитарно-гигиеническое состояние Клиники устраивает 72,7% медицинского персонала, а материально-техническое обеспечение – только 36,4% респондентов. Более низкие показатели отмечены по удовлетворенности медицинских работников информационным обеспечением клиники. Так, только 30,3% респондентов были удовлетворены информатизацией своей медицинской деятельности.

Анонимное анкетирование показало, что в своей профессиональной деятельности почти все медицинские работники (97,0%) руководствуются порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. Данные документы 23,9% медицинских работников получали от руководства клиники, 47,6% - от заведующих отделениями, 12,2% - от профессорско-преподавательского состава кафедр Университета. 16,3% респондентов указали на то, что поиск данных документов (Приказов Минздрава России) осуществляли самостоятельно.

Оценивая психологический микроклимат в клинике Университета, 58% респондентов оценили его на «удовлетворительно», 24,0% - на «хорошо», 12,0% - на «отлично», и 6,0% - на «неудовлетворительно».

Таким образом, в целом результаты анонимного анкетирования медицинских работников клиники Университета свидетельствуют о снижении удовлетворенности респондентов выполнением своих функциональных обязанностей и оплатой труда на фоне увеличения объема выполняемых медицинских услуг.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ (ДЕСЯТИЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А., Павловская О.Г.,
Редюков А.В., Соловьева Е.А.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Оренбург)

Общественное, или популяционное, здоровье отражает общие тренды в изменении здоровья населения страны, региона, населенного пункта. Изучение общественного здоровья базируется на анализе статистических показателей, таких как рождаемость и смертность населения, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, заболеваемость и инвалидность.

Цель настоящего исследования – изучить состояние здоровья населения Оренбургской области на основе анализа данных официальной статистики за 10 лет (2005 - 2014 гг.).

Результаты и обсуждение. На 1 января 2015 года в Оренбургской области проживало 2 001 110 человек, из которых 59,8% - жители городов, а 40,2% - жители сел. За анализируемый период численность населения региона сократилось на 149 290 человек, что составило 7,0%. Темпы убыли численности населения не превышали 1,0% в год. Более благоприятная тенденция прослеживается среди детского населения Оренбургской области: с 2012 года и на протяжении последних трех лет численность детей увеличивалась (на 4,5% за 2012 год, на 2,2% за 2013 год и на 2,4% за 2014 год). Но, несмотря на рост числа детей, в Оренбургской области сохраняется регрессивный тип возрастной структуры населения.

С учетом возрастной структуры населения Оренбургская область продолжает относиться к регионам, в которых доля населения старше трудоспособного возраста преобладает над долей детей. Так, в 2014 году в регионе доля детского населения составила 19,1%, доля населения трудоспособного возраста – 57,4%, и доля населения старше трудоспособного возраста – 23,5%.

При анализе показателей естественного движения населения Оренбургской области выявлена тенденция к росту показателя рождаемости. Так, за десятилетний период данный показатель вырос на 39,0%, составив 14,6‰ в 2014 году. Наибольший уровень рождаемости зарегистрирован в следующих сельских районах области: Акбулакский район - 19,7‰; Адамовский и Домбаровский районы - по 18,7‰; Октябрьский район - 18,4‰; Первомайский и Соль-Илецкий районы - по 18,2‰.

Учитывая высокие показатели рождаемости в сельских территориях Оренбургской области, суммарный коэффициент рождаемости в сельской местности изучаемого региона достиг уровня 3,16 при среднеобластном значении 2,0.

Более неблагоприятной является ситуация по показателям смертности населения Оренбургской области. За десятилетний период отмечено снижение данного показателя только на 5,3% (с 15,5‰ в 2005 году до 14,2‰ в 2014 году).

Установлено, что смертность мужского населения превышает аналогичный показатель среди женского населения. Так, в 2014 году в регионе уровень смертности мужчин - 16,1‰, а уровень смертности женщин – только 12,7‰.

В 2014 году в регионе в структуре смертности населения преобладали: I место - класс «Болезни системы кровообращения» - 51,2%, II место – класс «Новообразования» (15,8%), и III место – класс «Травмы и отравления» (10,7%).

Младенческая смертность является интегральным демографическим показателем. В Оренбургской области в 2012 году впервые после 2005 года зафиксировано повышение показателя младенческой смертности до 9,7‰, и к 2014 году данный показатель не снизился.

В регионе в 2014 году по сравнению с аналогичными показателями 2005 года отмечено значительное повышение показателей ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (ОПЖ) - на 3,8 года. В 2014 году эти показатели составили: у мужчин – 62,8 лет; у женщин – 74,9 лет; у мужчин и женщин (оба пола) – 68,7 лет. В 2005 году они не превышали: у мужчин – 58,5 лет, у женщин 71,9 года, у мужчин и женщин – 64,9 лет.

Изучая динамику уровней общей заболеваемости населения различных возрастных групп, выявлено, что в Оренбургской области среди детей в возрасте 0 - 14 лет за десять лет данный показатель повышался за период с 2005 по 2008 годы, затем наблюдались периоды снижения и повышения данного показателя. При этом среди населения всех возрастов уровень общей заболеваемости за десять лет существенно не изменился (2005 г. – 1790,2‰, 2014 г. – 1781,1‰).

В структуре общей заболеваемости населения Оренбургской области на I месте находятся болезни органов дыхания (21,2%), на II месте - болезни системы кровообращения (16,8%), на III месте - болезни глаза и его придаточного аппарата (8,4%), на IV и V местах - болезни костно-мышечной (7,9%) и мочеполовой (6,4%) систем.

Динамика показателей первичной заболеваемости жителей Оренбургской области характеризовалась снижением на 9,8% (2005 г. – 873,8‰, 2014 г. – 788,0‰). При этом уровень первичной заболеваемости детского населения (0 - 14 лет) за исследуемый период существенно не изменился, но тенденция к снижению данного показателя регистрируется с 2012 года.

В структуре первичной заболеваемости населения Оренбургской области преобладали: болезни органов дыхания (40,2%), травмы и отравления (11,9%), и болезни мочеполовой системы (6,4%).

В структуре первичной заболеваемости детского населения на первом месте были болезни органов дыхания (61,3%), на втором месте - травмы и отравления (6,9%), и на третьем месте - болезни кожи и подкожной клетчатки (4,6%).

При анализе такого показателя общественного здоровья, как инвалидность, выявлена тенденция к росту уровня общей инвалидности детского населения Оренбургской области за последние три года.

За изучаемый период в регионе отмечено выраженное снижение показателей общей инвалидности среди взрослого населения – в 2,3 раза, что преимущественно произошло за счет снижения данного показателя (в 2,7 раза) среди населения трудоспособного возраста. В тоже время среди населения старше трудоспособного возраста наблюдались периоды подъема и спада показателей общей инвалидности.

В Оренбургской области за анализируемый период показатель первичной инвалидности взрослого населения снизился в 3 раза (с 225,9 до 76,6 на 10 000 населения). Темпы убыли показателя первичной инвалидности были самыми высокими среди населения старше трудоспособного возраста – в 4,6 раза (2005 г. – 653,9 на 10 000, 2014 г. - 141,3 на 10 000). При этом среди населения трудоспособного возраста данный показатель снизился в 1,7 раза (с 86,7 до 50,4 на 10 000). Ведущей причиной первичного выхода на инвалидность взрослого населения Оренбургской области остаются болезни системы кровообращения, доля которых с 2006 г. снижается, но остается высокой (2012 г. – 35,9%, 2014 г. - 37,4%).

В структуре первичной инвалидности населения трудоспособного возраста I ранговое место занимают болезни системы кровообращения, II место - злокачественные новообразования, III место - психические расстройства и расстройства поведения.

Только за последние три года - с 2012 по 2014 годы, темп убыли показателя первичной инвалидности населения старше трудоспособного возраста составил 22,3%. Структурообразующими причинами первичного выхода на инвалидность среди этой возрастной группы населения являлись: болезни системы кровообращения (44,8%) и злокачественные новообразования (32,2%).

Таким образом, в последнее десятилетие в Оренбургской области сохраняется снижение общей численности населения на фоне повышения численности детского населения. В регионе последние три года регистрируется положительный естественный прирост населения. Значительный вклад в уровень смертности, заболеваемости и инвалидности вносят болезни системы кровообращения. Уровень первичной заболеваемости среди всех возрастных групп населения имеет тенденцию к снижению. Установлено снижение показателей инвалидности среди взрослого населения на фоне роста общей инвалидности среди детского населения.

ДИНАМИКА УРОВНЕЙ И СТРУКТУРЫ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Перепелкина Н.Ю., Павловская О.Г., Калинина Е.А., Бизменов И.М.
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Оренбург)

В перечень социально значимых заболеваний, согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года №715, входят: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатиты В и С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, сахарный диабет и болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Цель исследования: изучить уровни, структуру и динамику заболеваемости населения Оренбургской области социально значимыми заболеваниями.

Результаты исследования и обсуждение.

Важное место среди социально значимых заболеваний занимает туберкулез. Последние пять лет в Оренбургской области уровень первичной заболеваемости туберкулезом был следующим: 2010 г. – 75,4; 2011 г. – 72,3; 2012 г. – 71,9; 2013 г. – 71,1 и 2014 г. – 66,9 на 100 000 населения. Установлено, что в регионе снижение данного показателя зарегистрировано с 2012 года, и в целом за пятилетний период отмечено его снижение на 11,3%. При этом динамика показателей общей заболеваемости туберкулезом также характеризовалась снижением с 2012 года и за изучаемый период снизилась на 12,2%, составив к 2014 году 187,7 на 100 000 населения.

В Оренбургской области сохраняется неблагоприятная ситуация по уровню смертности от туберкулеза. Так с 2013 года отмечена тенденция к повышению данного показателя: 2013 г. – 11,2 и 2014 г. – 11,6 на 100 000 населения.

Следующая группа социально значимых заболеваний представлена инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, среди которых наибольшее значение имеют гонококковая инфекция и сифилис. Анализируя данные официальной статистики, установлено, что в Оренбургской области с 2008 года ситуация с заболеваемостью населения сифилисом и гонореей стабилизировалась и имеет отчетливую тенденцию к снижению. Так, в 2007 году заболеваемость населения сифилисом составила 94,8 случаев, а в 2014 году - 22,6 случая на 100 000 населения. За восемь лет данный показатель снизился в 4,3 раза. При этом темпы снижения заболеваемости населения гонореей были ниже (в 2,0 раза), составив в 2007 году – 87,4, а в 2014 году – 42,9 случая на 100 000 населения.

В Оренбургской области продолжают выявляться новые случаи ВИЧ-инфекции. На 1 января 2016 года ВИЧ-инфекцией поражено 1,3% населения Оренбургской области. Только за три последних года в изучаемом регионе выявлено 4899 новых случаев ВИЧ-инфекции. Основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией продолжает оставаться половой путь (76,9%), при этом на долю внутривенного заражения приходится только 18,4%.

В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных ведущее место занимают возрастные группы 21 - 30 лет и 31 - 40 лет, удельный вес которых составляет 33,4 и 40,2% соответственно. Отмечена тенденция к взрослению данного инфекционного заболевания и вовлечению в него населения старших возрастных групп.

Изучая заболеваемость вирусными гепатитами населения Оренбургской области установлено, что за последние три года в структуре острых вирусных гепатитов доля острого гепатита В (ОГВ) и острого гепатита С (ОГС) снизился с 51,2% в 2011 г. до 21,5 % в 2013 г.

В 2013 г. в регионе зарегистрировано 10 случаев ОГВ, уровень заболеваемости составил 0,5 на 100 тыс. населения, что в 2,9 раза ниже аналогичного показателя 2011 года. Все случаи заболеваний ОГВ за анализируемый период зарегистрированы среди взрослого населения. Число административных территорий, где выявлены больные ОГВ, сократилось с 13 в 2011 г. до 4 в 2013 г.

В Оренбургской области сохраняется напряженной эпидемиологической обстановкой по заболеваемости ОГС. В 2013 г. заболеваемость ОГС на 14,0% выросла по сравнению с 2012 г., и снизилась в 1,6 раза по сравнению с 2011 г., составив 1,6 на 100 тыс. населения. В регионе зарегистрировано 33 случая ОГС, все среди взрослого населения.

В 2013 году заболеваемость ОГС зарегистрирована в 13 административных территориях Оренбургской области.

Оренбургская область считается неблагоприятной в связи с высокой заболеваемостью населения злокачественными новообразованиями. Так, за период с 2007 года показатели первичной онкозаболеваемости населения повысились на 18,5%, а общей онкозаболеваемости – на 28,6%.

В 2014 году с учетом локализации в структуре злокачественных новообразований населения Оренбургской области (для двух полов) преобладали поражения: I место - кожи (14,8%), II место - лёгких (11,8%), III место - молочной железы (11,6%), IV место - желудка (6,6%), V место – ободочной кишки (5,8%).

В 2014 году в регионе показатель смертности по причине злокачественных новообразований составил 220,8 на 100 000 населения, что на 22,3% выше уровня 2007 года (180,6 случаев на 100 000 населения), но на 2,2% ниже уровня 2013 года.

Показатели первичной заболеваемости населения Оренбургской области болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, за период с 2007 по 2014 годы повысилась на 40,0%, составив 730,4 случаев в 2007 году, и 1023,2 случаев на 100 000 населения 2014 году.

Уровень первичной заболеваемости населения Оренбургской области сахарным диабетом за восьмилетний период повысился на 13,6%, данные показатели составили: в 2007 г. – 229,0; в 2010 г. – 271,1; в 2011 г. – 273,7; в 2012 г. – 248,8; в 2013 г. - 260,3 случая на 100 000 населения.

Отмечено, что уровень впервые выявленных психических расстройств и расстройств поведения среди населения Оренбургской области за последние годы (2007 – 2014 годы) значительно не менялся, составляя 86,0 случаев в 2007 году и 84,9 на 100 000 населения в 2014 году. При этом данные показатели на 35% превышают среднероссийские значения.

Выводы.

Таким образом, в результате исследования установлено, что в Оренбургской области сохраняется напряженная ситуация по заболеваемости населения такими социально значимыми заболеваниями, как туберкулез, ВИЧ-инфекция и злокачественные новообразования. Отмечено повышение уровней заболеваемости населения сахарным диабетом. В регионе остаются высокими (по сравнению со среднероссийскими) показатели заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения. При этом за последние годы в Оренбургской области зарегистрировано повышение (в два раза) уровня заболеваемости населения болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением.

ОСОБЕННОСТЬ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КОНТИНГЕНТОВ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ

Погодина В.А.¹, Бабенко А.И.², Бабенко Е.А.², Гусельникова Н.А.²

¹ ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава РФ
(Новосибирск)

² ФГБНГ Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены и профессиональных заболеваний (Новокузнецк)

Не одинаковая степень применения высоких технологий в диагностике, лечение, профилактике, различные условия проживания на территориях Российской Федерации способствуют развитию отличий в системе здравоохранения и не однотипной патологии. Население разных возрастных групп имеет особенность заболеваемости, проявляющуюся в высокой распространённости болезней в результате разного уровня организации лечебно-профилактической помощи и накопления патологий, связанной с образом и условиями жизни. В источниках информации указывается на тенденцию ухудшения состояния здоровья населения разного возраста [1]. Цель исследования – сравнительный анализ динамики показателей общей заболеваемости детей, подростков, взрослого населения и старше трудоспособного возраста Российской Федерации и Новосибирской области по данным обращаемости за медицинской помощью в 2004 – 2014 годы.

Материал и методы. Изучались данные официальных статистических сборников Росстат [2; 3]. Использовались методы: - социологический (аналитическое обсуждение, «качественный контент-анализ»); - статистические (вычисление среднего показателя с амплитудой колебания по годам, динамический анализ). Обработка материалов осуществлялась программой Microsoft Office Excel 2010, статистическим пакетом типа SPSS.

Результаты и обсуждение. Для выявления возможных особенностей показателей заболеваемости проведена оценка различий в динамике за период 2004 – 2014 годы и приоритетов болезней среди населения Российской Федерации и Новосибирской области.

Разница в росте между уровнем заболеваемости у: 1) детей в Российской Федерации и Новосибирской областью составила 204,6 % с различием в амплитуде разброса по годам - 99,4 %; 2) подростков в Российской Федерации и Новосибирской областью составила 43,4 % с различием в амплитуде разброса по годам - 15,1 %; 3) взрослого населения в Российской Федерации и Новосибирской области составила 13,8 % с различием в амплитуде разброса по годам - 8,3 %; 4) старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и Новосибирской области составила 43,4 % с различием в амплитуде разброса по годам - 36,0 %.

Среди отдельных классов болезней за 2004 – 2014 годы наиболее высокий уровень у: 1) детей в Российской Федерации представлен заболеваниями органов дыхания, травмами и отравлениями, болезнями кожи и подкожной клетчатки, занимающими три первых ранговых места, а класс инфекционных и паразитарных болезней и заболевания органов пищеварения, находятся на четвёртом и пятом ранговых местах (доля указанной патологии - 84,3 % от всех заболеваний). В Новосибирской области выделяют те же приоритеты болезней, находящиеся так же на первых позициях, а далее располагаются заболевания кожи и подкожной клетчатки, патология органов пищеварения (доля указанной патологии - 87,4 % от всех заболеваний). Основные различия в распространённости патологий характеризуются более значимым

уровнем заболеваний органов пищеварения, болезней кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации, а в Новосибирской области инфекционной и паразитарной патологии; 2) подростков в Российской Федерации представлен заболеваниями органов дыхания, травмами и отравлениями, болезнями кожи и подкожной клетчатки, занимающими три первых ранговых места, а так же определённую значимость имеют заболевания органов пищеварения и патология мочеполовой системы, находящиеся на четвёртом и пятом ранговых местах (доля указанной патологии - 77,7 % от всех заболеваний). В Новосибирской области выделяют те же приоритеты болезней, находящиеся так же на первых позициях, а далее располагаются инфекционные и паразитарные болезни, заболевания мочеполовой системы (доля указанной патологии - 81,4 % от всех заболеваний). Основные различия в распространённости патологий характеризуются более значимым уровнем врождённых аномалий, заболеваний органов пищеварения, болезней эндокринной системы, заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней системы кровообращения, заболеваний глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка, заболеваний нервной системы в Российской Федерации, а в Новосибирской области инфекционной и паразитарной патологии; 3) взрослого населения в Российской Федерации представлен заболеваниями органов дыхания, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и родов, занимающими три первых ранговых места, так же определённую значимость имеют заболевания мочеполовой системы, болезни кожи и подкожной клетчатки, находящиеся на четвёртом и пятом ранговых местах (доля указанной патологии - 65,5 % от всех заболеваний). В Новосибирской области выделяют те же приоритеты, находящиеся так же на первых позициях, далее располагаются заболевания мочеполовой системы, патология кожи и подкожной клетчатки (доля указанной патологии - 70,1 % от всех заболеваний). Основные различия в распространённости болезней характеризуются более значимым уровнем заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, патологий нервной системы, болезней глаза и его придаточного аппарата, заболеваний мочеполовой системы в Российской Федерации, а в Новосибирской области класса осложнений беременности и родов, некоторых инфекционных заболеваний, патологий крови и кроветворных органов; 4) населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации представлен заболеваниями органов дыхания, травмами и отравлениями, болезнями системы кровообращения, занимающими три первых ранговых места, а так же определённую значимость имеют заболевания глаза и его придаточного аппарата, болезни кожи и подкожной клетчатки, находящиеся на четвёртом и пятом ранговых местах (доля указанной патологии - 64,9 % от всех заболеваний). В Новосибирской области выделяют те же приоритеты болезней, находящиеся так же на первых позициях, далее располагаются заболевания глаза и его придаточного аппарата, патология кожи и подкожной клетчатки (доля указанной патологии - 65,0 % от всех заболеваний). Основные различия в распространённости болезней характеризуются более значимым уровнем заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней кожи и подкожной клетчатки, патологий мочеполовой системы, заболеваний уха и сосцевидного отростка в Российской Федерации и в Новосибирской области болезней крови и кроветворных органов, патологий эндокринной системы, новообразований, некоторых инфекционных заболеваний, травм и отравлений, болезней органов пищеварения.

Остальные классы заболеваний у исследуемого населения имеют гораздо меньшую распространённость в Российской Федерации и Новосибирской области, и их сравнение не представляло статистического значения.

Вывод. Сравнительный анализ общей заболеваемости населения Российской Федерации и Новосибирской области за период 2004 – 2014 годы показал, что у: 1) детей и взрослого населения в Российской Федерации обращаемость за медицинской помощью выше и имеется более высокий темп прироста показателя заболеваемости; 2) подростков в Российской Федерации обращаемость за медицинской помощью выше, чем в Новосибирской области, однако темп прироста показателя заболеваемости был выше в регионе; 3) населения старше трудоспособного возраста в Новосибирской области обращаемость за медицинской помощью вы-

ше и имеет более высокий темп прироста показателя заболеваемости. Выявлены различия в структуре основных классов болезней, определяющих распространённость патологии и обращаемость данного контингента населения за медицинской помощью.

Литература. 1. Сурмач М.Ю. Качество жизни связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины. Социология. 2011; 2:98-102.

2. Дианов М.А., Никитина С.Ю., Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н. и др., ред. Здоровоохранение в России. 2014. Статистический сборник. Росстат. М.: Медицина; 2014.

3. Збарская И.А. Здоровоохранение. В кн.: Соколин В.Л., Баранов Э.Ф., Гельвановский М.И., Гохберг Л.М., Житков В.Б., Звонова А.Н. и др., ред. Российский статистический ежегодник. 2014. Статистический сборник. Росстат. М.: Медицина; 2014.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В КОЛЛЕКТИВЕ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Пырикова Н.В.^{1,2}, Осипова И.В.², Зальцман А.Г.¹, Курбатова И.И.¹

¹НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД» (Барнаул)

²ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России (Барнаул)

Актуальность. На сегодняшний день крупные корпорации, компании малого и среднего бизнеса занимают активную позицию в решении общественно значимых проблем по поддержке здоровья, формированию и продвижению приоритетов здорового образа жизни, сокращению профессиональной заболеваемости, развитию кадрового потенциала. В связи с этим рабочее место рассматривается как оптимальная организационная форма для реализации индивидуальных и групповых мер профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В железнодорожной медицине особенно актуальна проблема обеспечения безопасности движения, что является комплексной медицинской и психосоциальной задачей и требует разработки и внедрения современных научно обоснованных медицинских, в первую очередь, профилактических технологий. Работники локомотивных бригад – это организованный коллектив, находящийся под постоянным медицинским наблюдением, что определяет оптимальные условия для реализации и оценки клинико-экономической эффективности профилактических программ.

Цель: оценить клинико-экономическую эффективность организационной модели первичной профилактики ССЗ в коллективе работников локомотивных бригад ст.Барнаул.

Материал и методы: исследование выполнено среди машинистов и помощников машинистов локомотивного депо ст.Барнаул с 2010г. по 2012г. В 1-й группе (224 работника, 39,8±10,3 лет) реализована организационная модель первичной профилактики ССЗ, которая включала следующие элементы. Школа здоровья на рабочем месте (групповое профилактическое консультирование) проводится в локомотивном депо ст.Барнаул на постоянной основе с 2006г., 1 раз в неделю, длительностью до 15 минут перед планерным совещанием машинистов и их помощников, сопровождается выдачей памяток по каждому фактору риска (ФР). Углубленное индивидуальное профилактическое консультирование, в ходе которого выполняется: оценка ФР ССЗ, психосоциальных факторов; расчет риска по шкалам SCORE, PROCAM, FINDRISK, выделение категории высокого сердечно-сосудистого риска; составление совместного поэтапного плана модификации образа жизни; использование методов медикаментозной профилактики (бесплатная выдача статинов для категории высокого сердечно-сосудистого риска). С целью повышения мотивации работников к здоровому образу жизни (ЗОЖ) выдается разработанный Дневник самоконтроля по формированию ЗОЖ для работников локомотивных бригад. Частота проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования для лиц высокого коронарного риска и при высоких уровнях отдельных ФР - каждые шесть месяцев, в остальных случаях – ежегодно. Мероприятия в физкультурно-оздоровительном центре локомотивного депо направлены на повышение физической активности (бесплатный тренажерный зал) и коррекцию психоэмоционального состояния (кабинет психологической разгрузки). 2-я группа (128 человек, 36,2±11,0 лет) находилась под регулярным медицинским наблюдением (предрейсовые осмотры, ежегодные диспансеризация и профилактические осмотры). Проводился анализ динамики кардиоваскулярных

ФР, заболеваемости с временной нетрудоспособностью (ВН) по ССЗ, расчет затрат, ассоциированных с ССЗ (прямые и непрямые затраты), возврат инвестиций работодателя.

Результаты. На фоне реализации организационной модели первичной профилактики ССЗ в течение трех лет в 1-й группе, по сравнению со 2-й, выявлена положительная динамика ФР ССЗ: курение встречалось реже на 24,8% ($\chi^2 = 19,2$; $p < 0,001$), избыточная масса тела на 10,2% ($\chi^2 = 3,7$; $p < 0,05$), абдоминальное ожирение на 11,5% ($\chi^2 = 3,9$; $p < 0,05$), гиперхолестеринемия на 24,1% ($\chi^2 = 19,9$; $p < 0,001$), гиподинамия на 46,0% ($\chi^2 = 67,1$; $p < 0,001$), чрезмерное употребление алкоголя на 25,2% ($\chi^2 = 25,4$; $p < 0,001$), недостаточное употребление овощей и фруктов на 66,9% ($\chi^2 = 135,7$; $p < 0,001$). Также в 1-й группе произошло снижение ВН по ССЗ на 100 работающих: числа случаев на 32,8 %, числа дней на 34,6%, средняя продолжительность одного случая уменьшилась на 5,8 %, вклад ССЗ в структуру ВН снизился на 3,9 %. В 2010г. в 1-й группе заболеваемость с ВН по ишемической болезни сердца (ИБС) составила 0,4 случая на 100 работающих, через три года профилактических мероприятий в 2012г. случаев ИБС не зарегистрировано. За три года наблюдения в 2012г. во 2-й группе возросло число случаев ВН по ССЗ на 18,2 %, число дней на 8,7 %, средняя продолжительность одного случая ССЗ стала больше на 1,2 %, в структуре ВН ССЗ возросли на 1,8 %. В том числе зафиксировано увеличение вдвое ВН по ИБС (с 0,8 случаев в 2010г. до 1,6 случаев на 100 работающих в 2012г.).

Прямые медицинские затраты на обследование и лечение работников локомотивных бригад с ВН по ССЗ в 2012г. в 1-й группе сократились на 39,9 % по сравнению с 2010г., соответственно на 41,0 % снизились непрямые затраты. Во 2-й группе в 2012г. наблюдался рост затрат, ассоциированных с ССЗ: прямых на 20,6 %, непрямых на 27,5 %. Таким образом, за три года дополнительной реализации профилактических технологий в 1-й группе наблюдалось снижение общих затрат на 39,7 %, во 2-й группе, где работники находились под ежегодным медицинским наблюдением, произошел рост затрат на 24,3 %. В результате в 2012г. в 1-й группе общие медицинские затраты были меньше в 1,8 раза, чем во 2-й группе.

При оценке целесообразности профилактических мероприятий с позиции работодателя получены следующие данные. В 2012г. в 1-й группе выявлено снижение ВН по причине ССЗ, в сравнении с 2010г., на 44,7 дня, сохраненная прибыль, полученная за счет снижения дней ВН по ССЗ, составила 391084,8 руб. Суммарные затраты работодателя на реализацию Школы здоровья на рабочем месте и индивидуального профилактического консультирования были 100492 руб., так что на каждый затраченный в 2010г. рубль возврат инвестиций работодателя через три года составил 3,9 руб.

Вывод. Клинико-экономическая эффективность организационной модели первичной профилактики в коллективе работников локомотивных бригад ст.Барнаул определяется снижением случаев и дней ВН по ССЗ более чем на 30 %, предотвращением случаев ИБС, снижением затрат, ассоциированных с ССЗ, в среднем на 40 % и возвратом инвестиций работодателя.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ СОВЕТОВ ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Рахимова М.Р.

Первый Республиканский медицинский колледж (Ташкент, Узбекистан)

По определению ВОЗ здоровье – состояние телесного, умственного и духовного благополучия человека, гармония с социально-культурной средой. Эпидемиологические исследования доказывают, что огромное влияние на заболеваемость и смертность, в первую очередь от сердечно – сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований оказывает образ жизни. Предпосылки вести здоровый образ жизни, можно, приобрести с родительским генофондом, но и в этом случае необходимо определенные знания для этой системы жизни, которая обеспечивала бы реализацию генной информации быть здоровым. Если же человеку «не повезло» с приобретенным генофондом, то тогда усилия быть здоровым должны быть осознанными, непрерывными и иметь установленный ориентир. В нашей республике до не давнего времени охрана и укрепление здоровья населения, являлось непосредственной функцией государства – бесплатное здравоохранение, направление на лечение в санатории и курорты, широкий спектр льгот на медикаменты – все это привело к тому, что люди стали воспринимать своё здоровье ни как индивидуальную, а как общественную ценность, за которую они не готовы, а порой не хотят нести личную ответственность. Учитывая это при реформировании системы здравоохранения в республике была выделена одна из главных задач врача общей практики, решение медико-социальной проблемы формирования здорового образа жизни населения. Включение оценки состояния отдельных аспектов здорового образа жизни в общую систему клинического анализа становится абсолютно необходимым для определения здоровья, риска развития различных заболеваний, а нередко для правильной диагностики и более эффективного лечения. К примеру: по данным отечественной литературы избыточная масса тела увеличивает риск ИБС в 3,5 раза, а малоподвижный образ в 4,4 раза; 99% болеющих облитерирующим эндоартритом – курильщики; среди употребляющих алкоголь общая заболеваемость в 2 раза выше; у тех кто много солил гипертоническая болезнь встречается в 16 раз чаще, чем у тех кто не досаливает употребляемую пищу. Подобная оценка и вычленение отдельных факторов риска оправдана не только в медицинском, но и в организационном плане, так как определение ведущего звена в возникновении заболеваний позволяет правильно и эффективно осуществлять меры профилактики и раннего лечения, сосредоточить усилия и средства на ограничение действия отдельных факторов. Например: компанией сокращения и прекращения курения среди различных групп населения (среди врачей Великобритании, США) на 40% снижена смертность от злокачественных новообразований легких и бронхов.

Цель. Определение использования населением Сергелийского района города Ташкента советов по здоровому образу жизни.

Материалы и методы. Методом анкетирования был произведен опрос населения Сергелийского района города Ташкента «Отношение к здоровому образу жизни». Было предложено ряд наиболее информативных на наш взгляд вопросов, по следующим аспектам: вредные привычки, рацион дня, режим питания, сексуальное здоровье, психоэмоциональное состояние, спорт и гиподинамия, планирование семьи. Ретроспективным методом проведен сбор данных с целью выявления наличия советов по здоровому образу жизни на основании медицинской карты амбулаторного больного (форма 025/у в количестве 100 шт. относящих-

ся к 3, 5 и 7 участкам семейной поликлиники района. Проведен мониторинг приема врачей общей практики с целью определения уровня санитарно-просветительной работы по привитию навыков здорового образа жизни. Мониторинг производился 3 дня, в течении которых фиксировались советы по следующим параметрам: устранение вредных привычек, питание, рацион дня и работы, психоэмоциональное состояние, сексуальное здоровье, спорт и гиподинамия, планирование семьи.

Результаты. Ранжирование жизненных ценностей выявило ряд интересных закономерностей, что у 84% опрошенных здоровье занимает третье место, вслед за значимостью, семья (первое место), финансовое благополучие (второе место). Представляет определенный интерес, то, что первые три по рангу индивидуальной значимости жизненные ценности перечислялись в одинаковой последовательности как женщинами, так и мужчинами. При сборе данных ретроспективным методом из 100 амбулаторных карт, были зафиксированы следующие показатели: советы по вредным привычкам, спорт и гиподинамия, режим питания не превышали 10%, причем советы по планированию семьи имели более широкий охват (76%). Для выяснения связи между советами, исходящими от врача и полученной от населения информацией, был проведен сравнительный анализ, который выявил следующее.

А) Питание. Между показателями дающиеся врачами советов и советами, в которых нуждается население имеется довольно ощутимая разница. Такой дефицит советов о режиме питания объясняется тем, что при беседе с пациентом врачи больше уделяют внимание лечебным столам, нежели необходимости соблюдения временного и количественного показателей приема пищи.

Б) Психоэмоциональное перенапряжение. Мало советов дается по нормализации психоэмоциональной сферы, к чему на сегодняшний день, учитывая процент находящихся в частом или постоянном стрессе, должно уделяться особое внимание, так как стресс является не только причиной жалоб больного, но и играет немаловажную роль в патогенезе многих патологических состояний.

В) Учитывая менталитет и религиозные особенности местного населения, актуальной становится пропаганда сексуального здоровья. Нами было выявлено, что врачи уделяют мало внимание вопросам взаимоотношения полов, причем сексуальные дисгормонии среди опрошенных имеют более высокие показатели.

Г) Также не на должном уровне находится борьба против вредных привычек. И в этом плане выявлен дефицит советов. Из 57 опрошенных имеющих вредные привычки, советы получили лишь 6,8%.

Д) Более правильно ведется работа по борьбе с гиподинамией. Полученные данные более соответствуют друг другу.

Такой недостаток советов в просветительной работе врачей, объясняется тем фактом, что советы даются чаще в тех случаях, когда нарушение в данной сфере уже привело к развитию патологической реакции со стороны организма, и очень редко советы имели профилактический характер.

Примером становления профилактической медицины может послужить аспект «планирование семьи». Объяснение выявления позитивных результатов в планировании семьи, является эффективность санитарно-просветительной работы со стороны государства, здравоохранения. В данном исследовании немаловажным моментом является то, что только 21% опрошенных указывают врачей главными источниками советов по здоровому образу жизни, причем самым популярным ответом стали средства массовой информации.

Выводы. Население Сергелийского района города Ташкента имеет средние показатели уровня ведения здорового образа жизни и нуждаются в проведении постоянной санитарно-просветительской работы со стороны обслуживающего медицинского персонала. Врачи общей практики не достаточно уделяют внимание решению проблем формирования здорового образа жизни, за исключением аспекта «Планирование семьи».

ВЛИЯНИЕ ВЕДУЩИХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Редюков А.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Оренбург)

Исследования, посвященные изучению роли ведущих факторов формирования здоровья населения, составляют значимую научную проблему. Работами Ю.П. Лисицына с соавт. (1986 г.) доказано, что обусловленность общественного здоровья определяется социально-экономическими факторами и условиями образа жизни (55%), экологическими факторами (20 – 25%), биологическими факторами (20%) и организацией медицинской помощи. Под руководством О.П. Щепина (2002 г.) выполнено исследование, в результате которого установлено влияние медицинских факторов (22%) на показатели здоровья населения, преимущественно заболеваемость.

Цель исследования: установить влияние социально-экономических показателей на формирование здоровья жителей Оренбургской области.

В ходе исследования был осуществлен анализ основных социально-экономических показателей, зарегистрированных в Оренбургской области за последние 15 лет. Анализу подвергались следующие экономические показатели: валовой региональный продукт (ВРП); денежные доходы населения; денежные расходы населению; среднемесячная номинальная начисленная заработная плата; средний размер назначенных месячных пенсий; среднедушевые денежные доходы в месяц. Кроме того, выполнен анализ и дана оценка отдельным региональным социально-демографическим показателям: численность трудоспособного населения; среднегодовая численность занятых в экономике; доля занятых в экономике; общая численность безработных; доля безработных; численность пенсионеров.

Была изучена динамика основных показателей здоровья населения Оренбургской области. Были проанализированы следующие группы показателей, характеризующих региональное здоровье: демографические показатели; показатели заболеваемости и инвалидности.

Все исследуемые показатели были разделены на 5 групп: 1 группа (8 показателей) – экономические показатели региона, 2 группа (10 показателей) – показатели, характеризующие трудовой потенциал региона, 3 группа (5 медико-демографических показателей) – воспроизводство населения, 4 группа (6 показателей) – заболеваемость населения, и 5 группа (6 показателей) – инвалидность населения региона.

С целью установления взаимосвязей анализируемых показателей был выполнен факторный анализ. Для получения представления о том, сколько факторов (скрытых причин) влияет на анализируемые показатели, были найдены все собственные значения корреляционной матрицы. Это позволило установить число факторов, которые влияют на все многообразие исходных данных. Затем на основе критерия отсеивания (scree-test), было установлено, что на 525 анализируемых показателя оказывают влияние только три фактора, которые отличались друг от друга силой (степенью) влияния на исследуемые признаки.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате факторного анализа и с учетом значений факторных нагрузок были выделены 3 фактора, каждому из которых было дано условное название, отражающее его содержание.

Первый фактор, оказывая максимальное воздействие на подавляющее большинство исследуемых показателей, получил условное название: «Фактор, обуславливающий экономический и трудовой потенциал в регионе». Этот фактор играл решающую роль в формировании региональных макроэкономических и экономических показателей физических лиц, его факторные нагрузки составили колебания от 0,93 до 0,97. Кроме того, первый фактор оказывал значительное влияние на показатели, характеризующие трудовой потенциал региона (факторные нагрузки от 0,76 до 0,93).

Первый фактор оказывал максимальное влияние на экономические показатели, и именно данная особенность определила его остальные свойства – влияние на большинство демографических показателей (характеризующих трудовой потенциал и воспроизводство населения) и заболеваемость населения. При этом отсутствовало значительное его влияние на показатели инвалидности жителей изучаемого региона.

Второй фактор, имеющий умеренную (среднюю) силу воздействия, условно был назван «Фактором, обуславливающим инвалидность и заболеваемость в регионе».

Из 35 показателей, которые подвергались факторному анализу, лишь на 12 показателей оказывал влияние второй фактор (среднего воздействия). Это были показатели инвалидности населения, общей и первичной заболеваемости взрослого населения. Кроме того, второй фактор оказывал сильное влияние на общую смертность населения (факторная нагрузка 0,83).

Третий фактор, который оказывал минимальное влияние на исследуемые показатели, получил условное название: «Фактор, обуславливающий численность пенсионеров в регионе».

На следующем этапе исследования был выполнен кластерный анализ. Установлено, что периоды с 2010 по 2011 гг. (кластер 3) и с 2004 по 2009 гг. (кластер 1) характеризовались высокими региональными экономическими показателями. При этом низкие экономические показатели отмечены в периоды 1999 - 2003 гг. (кластер 4) и 1997 - 1998 гг. (кластер 2).

Далее с помощью расчета коэффициента ранговой корреляции Спирмена был осуществлен сравнительный анализ исследуемых показателей в каждом из 4-х кластеров.

Доказано, что высокие региональные макроэкономические показатели выделенных отрезков времени – 2010 и 2011 гг. (кластер 3) и 2004 – 2009 гг. (кластер 1) привели к улучшению экономических характеристик физических лиц. На фоне улучшения экономических показателей физических лиц в регионе зарегистрирован рост коэффициента рождаемости в кластерах 3 и 1 (2010 – 2011 гг. и 2004 – 2009 гг.). При этом коэффициент общей смертности практически не зависел от экономических показателей.

В Оренбургской области процесс улучшения благосостояния населения, включая рост заработной платы, денежных доходов и расходов жителей, сопровождался увеличением уровня общей заболеваемости взрослого населения. Между данными показателями отмечена положительная статистически достоверная корреляционная связь ($r_s=0,879$ ($p>0,05$)).

Таким образом, последовательное выполнение факторного, кластерного и корреляционного анализа позволило установить влияние социально-экономических показателей на ведущие показатели здоровья населения Оренбургской области.

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН

Стародубова Ю.Н.^{1,2}, Осипова И.В.¹, Сопотова И.В.²

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (Барнаул)

²КГБУЗ «Городская больница № 4» (Барнаул)

Введение: увеличение кардиоваскулярного риска и летальности отмечено не только у пациентов, длительно страдающих РА, но и в первые годы заболевания, особенно у женщин, серопозитивных по ревматоидному фактору (РФ) [Rheumatology (Oxford). 2003]. В настоящее время выделено несколько взаимосвязанных причин, приводящих к увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при ревматоидном артрите (РА). К ним относятся: накопление классических кардиоваскулярных факторов риска (ФР), хроническое воспаление (единые воспалительные/аутоиммунные механизмы, лежащие в основе патогенеза РА и атеросклероза), неблагоприятные реакции лекарственной терапии РА; нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), глюкокортикоидов (ГК), некоторых базисных противовоспалительных препаратов (БПВП), а также недостаточное внимание к профилактике ССО со стороны врачей-ревматологов и пациентов. Если в общей популяции за последние 20 лет зарегистрировано значительное уменьшение числа ССО и смертности от них [BMJ. 2012], то при РА тенденция к снижению смертности от ССЗ отсутствует [ArthritisCareRes (Hoboken). 2014]. В связи с этим, прогнозирование развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) при РА позволит определить перечень мероприятий, направленных на профилактику, своевременную диагностику и предупреждение ССО.

Цель и задачи: оценить вклад факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний при ревматоидном артрите у женщин.

Материалы и методы: в исследование включены 204 женщины, средняя продолжительность ревматоидного артрита (РА) 7(109)382 месяца, средний возраст 55,3±6,8 лет. Диагноз РА установлен на основании критериев ACR\EULAR пересмотр 2010г. Проведено лабораторное обследование: содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и ХС-ЛПВП. Индекс атерогенности (ИА) рассчитывали по формуле, предложенной А.Н. Климовым: $ИА = \frac{\text{общий ХС} - \text{ХС-ЛПВП}}{\text{ХС-ЛПВП}}$. ОХС >4,9 ммоль/л и/или ХС-ЛПВП >3 ммоль/л, и/или ХС-ЛПВП <1,2 ммоль/л, и/или ТГ >1,7 ммоль/л, ИА >3,5 у.е., расценивались как дислипидемия. РФ (методом иммунотурбидиметрии, >35 мг/л), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) (ИФА, <5ед./мл), СРБ (ИФА, >1,0 мг/л), СОЭ (метод Панченкова, >18 мм/ч), мочевая кислота (ферментативный фотометрический тест, >420 мкмоль/л). Диагностика гипергликемии (сахар крови ≥6,1 ммоль/л или в анамнезе). Всем пациенткам проведено выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (ЕОК, 2012). Оценка суставного синдрома: индекс Ричи, оценка активности ревматоидного артрита по DAS28 (низкая 2,6-3,2; средняя 3,2-5,1; высокая >5,1), оценка боли по ВАШ (мм), утренней скованности (минуты). Оценочные шкалы (HADS, SF-36, HAQ). Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я с сердечно-сосудистыми заболеваниями (n=92), 2-я без сердечно-сосудистых заболеваний (n=112). В 1-ой группе пациентки были достоверно старше 58,4±4,7 лет, чем во 2-ой 50,2±2,3 лет (p>0,05). Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ "Statistica 10", для оценки рисков использовались отношения

шансов (ОШ), рассчитываемые вместе с доверительным интервалом (ДИ) и уровнем значимости $p < 0,05$, с помощью "MedCalc".

Результаты: в 100% пациентки с РА имели факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Среднее число ФР приходящееся на 1 пациентку $8,3 \pm 1,2$ ($p > 0,05$). По частоте встречаемости факторы риска (в порядке убывания): снижение физической активности 88%, нерациональное питание 86%, высокая активность по DAS28 84%, абдоминальное ожирение 82%, повышенное СОЭ 78%, семейный анамнез ранних ССЗ 75%, артериальная гипертензия (АГ) 74%, РФ (+) 73%, повышенный СРБ 75%, тахикардия 72%, ВАШ > 50 мм 70%, гиперхолестеринемия 70%, тревога 69%, стресс\депрессия 61%, АЦЦП (+) 53%, ранняя менопауза 50%, нарушение сна 50%, ожирение 38%, патология беременности 28%, повышение мочевого кислоты 22%, гипергликемия 14%, курение 4%, алкоголь 1%.

При анализе основных факторов риска выявлено, что развитие сердечно-сосудистых заболеваний (в порядке увеличения) повышают такие факторы риска: снижение ХС-ЛПВП в 1,5 раз ($p = 0,05$), абдоминальное ожирение (ОТ) в 1,6 раз ($p = 0,04$), повышенное содержание ТГ в 1,6 раз ($p = 0,05$), тахикардия в 2,3 раза ($p = 0,02$), ИА в 2,4 раза ($p = 0,007$), ВАШ > 50 мм в 2,5 раз ($p = 0,05$), повышение ОХС в 2,6 раз ($p = 0,006$), ожирение (ИМТ 30 кг/м^2) в 2,6 раз ($p = 0,002$), повышение ХС-ЛПНП в 2,9 раз ($p = 0,004$), стресс\депрессия в 3,1 раза ($p = 0,02$), АЦЦП в 3,3 раза ($p = 0,01$), РФ в 3,6 раз ($p = 0,02$), длительность РА более 1 года в 3,8 раза ($p = 0,01$), тревога в 3,9 раза ($p = 0,01$), менопауза до 45 лет в 3,9 раза ($p = 0,03$), СРБ в 4,0 раза ($p = 0,001$), семейный анамнез ранних ССЗ в 4,6 раза ($p = 0,02$), курение в 6,2 раза ($p = 0,001$), высокая активность по DAS 28 в 6,6 раза ($p = 0,001$), АГ в 7,3 раза ($p = 0,001$).

Вклад других факторов риска: снижение физической активности, нерациональное питание, алкоголь, мочевого кислоты, гипергликемия, нарушение сна, патология беременности не были статистически значимым ($p > 0,05$).

Выводы: Развитие сердечно-сосудистых заболеваний при РА повышают такие факторы риска как: снижение ХС-ЛПВП, ОТ, повышенное содержание ТГ, тахикардия, повышение ИА, ВАШ > 50 мм, повышение ОХС, ожирение, повышение ХС-ЛПНП, стресс\депрессия, тревога, менопауза до 45 лет, семейный анамнез ранних ССЗ, курение, АГ ($p > 0,05$). Наряду с традиционными ФР важное значение имеет активность РА: АЦЦП, РФ, СРБ, DAS 28 ($> 5,1$) и длительность РА ($p > 0,05$). При этом среднее число ФР приходящееся на 1 пациентку $8,3 \pm 1,2$ в возрасте $55,3 \pm 6,8$ лет ($p > 0,05$). По частоте встречаемости, также видно, что преобладают модифицируемые факторы риска (снижение физической активности, нерациональное питание, высокая активность по DAS28, ожирение, маркеры воспалительной активности, тахикардия, ВАШ > 50 мм, гиперхолестеринемия, тревога, стресс\депрессия, нарушение сна). Таким образом, РА при наличии факторов риска, является пусковым механизмом для развития ССЗ, что требует более детального изучения и активных профилактических вмешательств с более жестким контролем факторов риска.

СТРАТИФИКАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН

Стародубова Ю.Н.^{1,2}, Осипова И.В.¹, Сопотова И.В.²

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (Барнаул)

²КГБУЗ «Городская больница № 4» (Барнаул)

Введение: результаты эпидемиологических исследований последних лет свидетельствуют о более высокой заболеваемости и смертности (40-50%) от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) по сравнению с общей популяцией, с колебаниями значений стандартизованного уровня смертности от 1,13 до 5,15 [РМЖ. 2005.Т. 13, № 8.]. Модели подсчета сердечно-сосудистого риска адаптированы для больных РА: риск увеличивается в 1,5 раза при 2 из 3 перечисленных факторов: длительность РА более 10 лет, позитивность РФ\АЦЦП, наличие внесуставных проявлений [EULAR 2010].

Цель: изучить особенности сердечно-сосудистого риска и провести анализ встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от давности ревматоидного артрита у женщин.

Материалы и методы: критерии включения в исследование: женский пол, наличие информированного согласия, возраст от 18 до 75 лет. Критерии исключения: отказ от участия в исследовании, возраст менее 18 и более 70 лет, беременность, лактация, сопутствующие заболевания в стадии обострения, сопутствующая патология в стадии декомпенсации, онкологические заболевания. В исследование включены 224 женщины, средняя продолжительность РА 8,4±5,2 лет, средний возраст 55,3±5,8 лет. В зависимости от давности РА разделены на 2 группы: 1-я с ранним РА, длительностью до 1 года (n=85) и 2-я РА, длительностью более 1 года (n=134). Диагноз РА верифицирован в соответствии с критериями ACR\EULAR пересмотр 2010г. Пациентки 2-ой группы были достоверно (p<0,01) старше, по сравнению с 1-ой группой: 55,7±2,9 и 49,6±1,4 лет соответственно. Средний возраст начала РА 1-я 45,0±6,9; 2-я 46,3±6,4 лет. Активность РА по DAS28 высокая (>5,1баллов): 1 группа 94%, 2 группа 75% пациенток; умеренная активность (3,2-5,1): 6% и 25% (соответственно), низкой активности РА (<3,2) не выявлено. Оценка боли пациентками по ВАШ (мм): 1-я 74,2±19,5; 2-я 52,4±21,6 (p<0,05). Суммарный сердечно-сосудистый риск оценивался по шкале SCORE и в модификации EULAR (mSCORE): менее 1% - низкий, от >или=1 до 5% - средний, >или =5 до 10% - высокий, >или=10% - очень высокий, заведомо очень высокий риск: доказанный атеросклероз любой локализации (коронарография, МСКТ и другое, перенесенные ИМ, ТЛБА, АКШ, периферический атеросклероз), сахарный диабет 2-го и 1-го типа с поражением органов мишеней (микроальбуминурией), хроническая болезнь почек (ХБП) (СКФ<60 мл\мин\1,73 м²). Проводился анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Статистический анализ результатов исследования выполнен с использованием пакета программ "Statistica 10" с применением t-критерия Стьюдента и T-критерия Вилкоксона. Результаты считали достоверными при p<0,05. Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних в сравниваемых группах проводили с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни для независимых выборки.

Результаты: проведен анализ встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний в группах пациенток, выявлено, что во 1-ой группе сердечно-сосудистые заболеваний встречаются реже, чем в 2-ой: стеноз артерий нижних конечностей (плече-лодыжечный индекс (ПЛП) $<0,9$) в 4,6 раза (3% и 14% соответственно), ХБП в 4,0 раза (7% и 27% соответственно), ишемическая болезнь сердца (ИБС) в 3,6 раза (5% и 18% соответственно), кальцинированность артерий нижних конечностей (ПЛИ) $>1,3$ в 3,0 раза (14% и 43% соответственно), артериальная гипертензия (АГ) в 1,2 раза (59% и 71% соответственно), инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) только во 2-ой группе ($p>0,05$).

Проводилась оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE и в модификации EULAR (mSCORE) при этом в 1-ой группе, вне зависимости от шкалы mSCORE и SCORE 14% ($n=12$) пациенток имеют очень высокий риск, во 2-ой группе 45% ($n=61$). Таким образом 1-я и 2-я группы составили ($n=73$) с учетом разности уже имеющегося очень высокого риска. Выявлено, что в 1-ой группе по mSCORE чаще встречаются: очень высокий риск в 1,4 раза ($p=0,05$) чем во 2-ой группе, высокий риск в 1,5 раза ($p=0,04$), средний риск в 1,7 раза ($p=0,04$), низкий риск в 2,0 раза ($p=0,02$). По SCORE в 1-ой группе чаще чем во 2-ой: очень высокий риск в 1,7 раза ($p=0,04$), высокий риск в 1,9 раза ($p=0,03$), средний риск в 2,0 раза ($p=0,02$), низкий в 1,8 раза ($p=0,04$). При оценке сердечно-сосудистого риска в 1-ой группе по шкале mSCORE встречаются чаще, чем по SCORE: очень высокий риск в 1,4 раза ($p=0,04$), высокий риск в 1,2 раза ($p=0,05$). Средний и низкий риски в 1-ой группе по mSCORE встречаются реже чем по SCORE в 1,7 и 1,4 раза соответственно ($p>0,05$). Во 2-ой группе по шкале mSCORE встречаются чаще, чем по SCORE: очень высокий риск в 1,7 раза ($p=0,03$), высокий риск в 1,6 раза ($p=0,04$). Средний и низкий риски во 2-ой группе по mSCORE встречаются реже чем по SCORE: в 1,4 и 1,5 раза соответственно ($p>0,05$).

Выводы: таким образом, при оценке кардиоваскулярного риска по шкале SCORE и mSCORE выявлено, что пациентки на ранней стадии РА более чем в половине случаев, имеют очень высокий и высокий риски сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет ($p>0,05$), хроническое воспаление и его продолжительность (mSCORE) повышают риски кардиоваскулярной летальности. При этом, вне зависимости от шкал mSCORE и SCORE, при длительности ревматоидного артрита более 1 года, пациентки с РА имеют очень высокий риск в 3,2 раза чаще, чем в дебюте РА (45% и 14% соответственно) ($p<0,05$). В целом, если рассматривать шкалы mSCORE и SCORE применительно к пациенткам в зависимости от давности РА, то на ранней стадии очень высокий и высокий риски кардиоваскулярных осложнений чаще выявляются по mSCORE, а при длительности РА более года очень высокий риск встречается часто вне зависимости от шкал mSCORE и SCORE, а шкалы mSCORE и SCORE увеличивают, дополнительно, частоту выявляемости рисков 10 летней летальности, и как следствие назначения статинотерапии.

Частота клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний при РА длительностью более 1 года встречаются чаще (ПЛП $<0,9$, ХБП, ПЛИ $>1,3$, АГ, ИМ, ОНМК). Можно предположить, что РА и его длительность влияют на развитие кардиоваскулярной патологии и ее осложнений.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООРАЗОВАНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ НЕФТЕДОБЫВАЮЩИХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Тaufеева Е.А., Петров И.В.
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России (Казань)

В современных условиях онкологические заболевания представляют острейшую мировую проблему медицины. Как в развитых, так и развивающихся странах, отмечаются негативные тенденции роста распространенности факторов риска возникновения онкологических заболеваний, заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Экономические потери связаны со значительными затратами на социальное обеспечение и страхование в связи с высокой стоимостью лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительной, часто необратимой, утратой трудоспособности [1, 2]. Хорошо известно, что загрязнение окружающей среды, особенно в районах с высокой техногенной нагрузкой, является одним из факторов риска развития злокачественных новообразований [3].

Цель работы: анализ современных тенденций заболеваемости населения нефтедобывающих районов РТ злокачественными новообразованиями.

Для анализа заболеваемости была использована официальная статистическая информация Министерства здравоохранения РТ за период 2008-2014 гг.

На конец 2015 г. в Республике Татарстан (РТ) количество больных, состоящих на учете с диагнозом злокачественного новообразования, составило 90615 человек (каждый 43-й житель республики). Как показали проведенные исследования, на изученной территории во всех районах, как и в целом по РТ, отмечается неблагоприятная тенденция роста заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. Максимальные темпы роста наблюдаются на территории Черемшанского, Азнакаевского и Бугульминского районов (табл.1). По данным системы социально-гигиенического мониторинга Азнакаевский, Лениногорский и Черемшанский районы относятся к территориям «риска», с высоким уровнем онкологической заболеваемости [4].

Таблица 1

Заболеваемость злокачественными новообразованиями на территории нефтедобывающих районов РТ, на 100 тыс. среднегодового постоянного населения

Территория	Годы наблюдения							Тем роста, раз
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Азнакаевский	272,9	318,6	365,2	416,3	361,1	470,5	495,7	1,8
Альметьевский	284,6	272,0	270,6	305,2	370,1	354,8	355,5	1,25
Бавлинский	357,8	347,2	398,9	411,6	382,5	358,5	392,7	1,1
Бугульминский	245,4	308,5	328,7	333,7	364,2	341,8	382,9	1,6
Лениногорский	358,4	325,2	390,9	388,8	474,5	396,8	430,1	1,2
Новошешминский	293,7	345,4	453,9	320,1	438,7	317,7	321,5	1,1
Черемшанский	209,0	243,5	295,8	350,2	417,0	383,8	426,3	2,0

Ютазинский	320,9	230,1	312,9	353,5	327,0	271,2	419,5	1,3
РТ	307,5	330,2	345,8	351,4	361,5	371,1	385,6	1,25

Анализ структуры заболеваемости показал, что первое место занимают злокачественные новообразования кожи (удельный вес в 2014 г. в среднем по республике составил 12,7%), на втором месте – рак молочной железы (10,8%), на третьем – злокачественные новообразования органов дыхания (9,8%), на четвертом – рак желудка (7,9%), на пятом – рак прямой кишки (5,4%).

Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи за анализируемый период в целом по республике выросла на 35%. Среди нефтедобывающих районов наибольший рост отмечается в Черемшанском (в 3,5 раза), Бугульминском (в 2,5 раза), Бавлинском (в 2 раза) и Азнакаевском (в 1,8 раза) районах.

Заболеваемость раком желудка в целом по РТ за изученный период снизилась на 5,4%. На территории нефтедобывающих районов также отмечается снижение заболеваемости в Альметьевском районе (на 31,2%), Бавлинском (на 53,1%), Бугульминском (на 17,9%), Лениногорском (на 70,5%). В то же время за изученный период в Новошешминском районе заболеваемость раком желудка увеличилась в 3,3 раза, в Черемшанском – в 3,2 раза, в Ютазинском районе рост составил 12,2%. Следует отметить, что территории Азнакаевского, Бавлинского, Новошешминского, Черемшанского и Ютазинского районов характеризуются уровнем заболеваемости раком желудка выше среднереспубликанского показателя.

Онкологическая заболеваемость с локализацией в трахее, бронхах, легких в среднем по РТ выросла за анализируемый период на 6,3%. На территории нефтедобывающих районов рост отмечается в Азнакаевском (на 10,8%) и Альметьевском (на 14,7%) районах. На остальных территориях заболеваемость злокачественными новообразованиями органов дыхания снизилась. Максимальное снижение отмечается на территории Ютазинского (в 1,8 раза), Черемшанского (в 1,65 раза) и Новошешминского (в 1,6 раза) районов.

Заболеваемость лейкемией в целом по РТ выросла в сравнении с 2008 годом на 35%. На территории нефтедобывающих районов в Альметьевском районе отмечается снижение заболеваемости лейкемией (в 2 раза), на остальных территориях – рост. Наиболее значительное увеличение произошло в Черемшанском (в 1,6 раза) и Ютазинском (в 2,1 раза) районах.

Значительная часть злокачественных новообразований выявляется при прохождении медицинских осмотров. По республике в целом эта величина в 2014 г. составила 19,9%. На изученной территории наибольший удельный вес выявленных при медосмотрах злокачественных новообразований составил 61,5% (в Новошешминском районе), наименьший – 11,1% (в Ютазинском районе). Следует отметить тенденцию снижения запущенности онкологических заболеваний как в среднем по РТ, так и для территории нефтедобывающих районов.

Таким образом, как в целом по республике, так и в нефтедобывающих районах отмечается эффективность проводимых мероприятий, направленных на улучшение диагностики и лечения злокачественных новообразований. В то же время считаем необходимым усиление роли первичной профилактики злокачественных новообразований, а именно проведение санитарно-просветительной работы среди населения по формированию навыков здорового образа жизни, реализация мероприятий, направленных на снижение риска здоровью населения, обусловленного загрязнением окружающей среды.

Литература:

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России. - 2015. - 250 с.
2. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения / В.А. Медик // М.: Медицина, 2003. – 512 с.

3. Михайлова Л.А. Особенности онкологической заболеваемости г.Чита / Л.А. Михайлова, Т.В. Елизарова // Уральский медицинский журнал. – 2008. - №11. – С.27-29.
4. Государственный доклад о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан в 2014 г. - Казань. - 280 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ С ЦЕЛЬЮ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Фомичева М.Л.^{1,3}, Дергачева Е.Н.¹, Васильева А.Г.²

¹ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики» (Новосибирск)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
(Новосибирск)

³ФГБНУ «НИИ терапии и профилактической медицины» (Новосибирск)

Профилактическое направление здравоохранения занимает первое место в перечне основных приоритетных действий в развитии России. Во многих экономически развитых странах широкое применение мероприятий по первичной медицинской профилактики заметно снизило показатели заболеваемости и смертности населения.

Система первичной медицинской профилактики включает в себя деятельность Региональных центров медицинской профилактики в каждом субъекте РФ, центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики в медицинских организациях оказывающих амбулаторную помощь населению. Учитывая территориальный принцип организации амбулаторной помощи населению, роль врача-терапевта участкового в первичной медицинской профилактики является весьма важным разделом его деятельности.

С целью изучения мнения врачей-терапевтов участковых об организации первичной медицинской профилактики проведен социологический опрос 60 врачей-терапевтов участковых.

По мнению большинства (65,0%) врачей-терапевтов участковых первичная профилактика является в большинстве случаев фактором укрепления здоровья населения; 26,6% отметили, что является в полном объеме и 8,4% отметили, что является в некоторых случаях. Первичную профилактику считают фактором снижения заболеваемости населения в полном объеме – 16,7% врачей-терапевтов участковых; в большинстве случаев – 73,3%; в некоторых случаях – 8,3%; не согласных, с этим мнением – 1,7%. В необходимости проведения первичной медицинской профилактики абсолютно уверены – 61,7% врачей-терапевтов участковых; в большей степени – 36,7%.

Наиболее актуальной и эффективной первичную медицинскую профилактику респонденты считают в возрастной группе от 26 до 44 лет – 66,7%; от 19 до 25 лет – 41,7%; до 18 лет – 30,0%; от 45 до 60 лет – 6,6%.

Готовы обучаться по вопросам первичной медицинской профилактики при последующем повышении квалификации – 63,3% врачей-терапевтов; в перспективе готовы пройти обучение – 48,3%; при первой возможности – 10,0%; не желают обучаться – 3,4%. Вопросы обучения по первичной медицинской профилактики среди участковых врачей-терапевтов распределились следующим образом: здоровый образ жизни в целом – 46,7%; профилактика профессиональных заболеваний – 26,7%; профилактика артериальной гипертензии – 25,0%; актуальность и своевременность вакцинации – 25,0%; профилактика сахарного диабета – 20,0%; вопросы питания и профилактики травматизма и несчастных случаев – 18,3%; инфекционная безопасность – 15,0%; профилактика алкогольной и наркотической зависимости – 10,0% и профилактика курения – 6,7%.

По мнению большинства (98,3%) врачей-терапевтов участковых у населения в той или иной степени имеется потребность получать информацию по первичной медицинской профилактике.

Опрошенные врачи-терапевты участковые отметили, что первичная профилактика является фактором укрепления здоровья и снижения заболеваемости населения. В связи с чем, считают необходимым проведение профилактических мероприятий с населением, особенно в возрастных группах от 19 до 25 лет и от 26 до 44 лет.

Респонденты отметили необходимость и целесообразность обучения по вопросам первичной медицинской профилактики, особенно по вопросам здорового образа жизни, профилактике профессиональных заболеваний, актуальность и своевременность вакцинации, профилактике артериальной гипертензии и сахарного диабета.

По мнению врачей-терапевтов участковых у населения в той или иной степени имеется потребность в получении информации по первичной медицинской профилактики, что обуславливает необходимость внедрять дополнительные меры по мотивации населения к сохранению своего здоровья, а также работодателей – к сохранению здоровья работающего населения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Фомичева М.Л.^{1,2}, Захарова М.А.¹, Безпрозванная Е.А.¹

¹ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики» (Новосибирск)

²ФГБНУ «НИИ терапии и профилактической медицины» (Новосибирск)

С целью профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний, повышения доступности населению консультативной помощи, министерством здравоохранения Новосибирской области организуются акции, направленные на выявление факторов риска развития рака молочной железы (РМЖ) у женщин Новосибирской области. Кроме консультаций специалистов, проведения обследований для пациенток организуется: выдача информационных материалов (буклетов, листовок), проведение лекций специалистов, обучение приемам самообследования молочной железы на муляже, а также добровольное анонимное анкетирование по выявлению факторов риска заболеваний молочных желез.

Анкета разработана специалистами ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики».

Задачи исследования:

1. Провести анализ внутри каждой из выделенных страт (возраст: 1 – до 35 лет, 2 – 35-44 лет, 3 – 45-54 лет, 4 – 55-64 лет и 5 – 65 лет и старше) на предмет наличия факторов риска развития РМЖ.
2. Исследовать наличие потенциальных факторов риска развития РМЖ (в анкете использованы вопросы о переедании и ожирении; о наличии в анамнезе гипертонической болезни, гепатитов; о диспансерном наблюдении у врача-эндокринолога).
3. Выявить наличие факторов, повышающих риск развития РМЖ (в анкете к этому разделу отнесены вопросы о генетической предрасположенности, о менструальном статусе, о состоянии, в том числе заболеваниях, репродуктивной сферы и молочных желез участниц, о наличии аборт в анамнезе, об акушерском анамнезе, о применяемых методах контрацепции, о наличии производственных факторов вредности, о вредных привычках: алкоголь, курение).
4. Зафиксировать наличие факторов, снижающих риск развития РМЖ (в анкете этому разделу соответствовали вопросы о самооценке состояния молочной железы, об акушерском анамнезе и о периоде лактации после родов).

Во время проведения акций собрано более 600 анкет, из них отсеяны некорректно заполненные бланки (отсутствовала паспортная часть), в итоге к обработке было принято 565 адекватно заполненных анкет.

Средний возраст респонденток составил 46,5 года (от 18 до 79 лет).

Согласно возрастной градации факторов риска развития РМЖ, в каждом возрастном диапазоне следует выделять свой спектр первостепенных (более значимых для женщин этого возраста) факторов риска. Цель такой градации: оценить степень риска для каждой возрастной категории (в группу высокого риска развития РМЖ относят женщин, имеющих 3 признака соответствующих их возрастной подгруппе).

К наиболее значимым факторам риска у женщин моложе 35 лет относятся:

- патология щитовидной железы – выявлено у 6,62 % в данной возрастной группе,
- первая беременность после 28 лет (или отсутствие беременностей в анамнезе у женщин старше 28 лет) – выявлено у 7,35 % в этой возрастной группе,

- злокачественные образования молочной железы у родственников (отягощённая по РМЖ наследственность) – выявлено у 11,03 % в этой возрастной группе,
- патология молочных желёз у самих обследуемых – выявлено у 36,76 % в этой возрастной группе.

Сочетание 3 и более факторов риска зарегистрировано у 2 женщин из данной возрастной группы (1,47 %).

Для женщин возрастной группы 35-44 лет наиболее существенными факторами риска развития РМЖ являются:

- раннее (до 12 лет) или позднее (после 16 лет) начало менструаций – выявлено у 15,89 % в этой возрастной группе,
- нарушение менструальной функций (нерегулярность, обильные менструальные кровотечения, болезненные месячные) – выявлено у 28,04 % в этой возрастной группе,
- нарушение детородной функции (первичное, вторичное бесплодие, поздние первые или последние роды) – выявлено у 5,61 % в этой возрастной группе,
- злокачественные образования молочной железы у родственников – выявлено у 17,76 % в этой возрастной группе,
- патология молочных желёз у самих обследуемых – выявлено у 61,68 % в этой возрастной группе.

Сочетание 3 и более факторов риска зарегистрировано у 7 женщин из данной возрастной группы (6,54 %).

Для женщин 45-54 лет наиболее существенными факторами риска развития РМЖ являются:

- раннее (до 12 лет) или позднее (после 16 лет) начало менструаций – выявлено у 20,8 % в этой возрастной группе,
- воспалительные или гиперпластические процессы придатков матки – выявлено у 10,4 % в этой возрастной группе,
- хронические заболевания печени – выявлено у 4,8 % в этой возрастной группе,
- отсутствие половой жизни (5 – 10 и более лет) – выявлено у 16,0 % в этой возрастной группе,
- поздние первые (после 28 лет) и последние роды (после 40 лет) – выявлено у 10,4 % в этой возрастной группе,
- злокачественные образования молочной железы у родственников – выявлено у 10,4 % в этой возрастной группе,
- патология молочных желёз у самих обследуемых – выявлено у 50,4 % в этой возрастной группе.

Сочетание 3 и более факторов риска зарегистрировано у 9 женщин из данной возрастной группы (7,20 %).

В группе женщин 55-64 лет, которые находятся в менопаузе, наиболее существенными факторами риска развития РМЖ являются:

- раннее (до 12 лет) начало месячных и позднее (после 53 лет) их окончание – выявлено у 10,69 % в этой возрастной группе,
- артериальная гипертензия – выявлено у 41,98 % в этой возрастной группе,
- ожирение – выявлено у 26,72 % в этой возрастной группе,
- сахарный диабет – выявлено у 8,40 % в этой возрастной группе,
- поздние первые (после 28 лет) и последние роды (после 40 лет) – выявлено у 16,03 % в этой возрастной группе,
- ранний климакс (до 45 лет) – выявлено у 1,53 % в этой возрастной группе,
- заболевания матки (например, фибромиома) – выявлено у 15,27 % в этой возрастной группе,
- 7 и более аборт в анамнезе – выявлено у 10,69 % в этой возрастной группе.

Сочетание 3 и более факторов риска зарегистрировано у 8 женщин из данной возрастной группы (6,11 %).

Для женщин 65 лет и старше, находящихся в глубокой менопаузе, факторами риска считаются:

- сочетание раннего (до 12 лет) начала месячных и позднего (после 53 лет) их окончания (большая часть респондентов этой возрастной группы проигнорировала вопрос о менструальном цикле, как о факте, давно потерявшем для респонденток актуальность),
- поздние первые (после 28 лет) и последние роды (после 40 лет) – выявлено у 12,12 % в этой возрастной группе,
- сочетание гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета – выявлено у 7,58 % в этой возрастной группе,
- онкологические заболевания – выявлено у 22,73 % в этой возрастной группе,
- лактационный анамнез: короткий (менее 3 месяцев) лактационный период, отказ от кормления грудью и т.д. – выявлено у 16,67 % в этой возрастной группе.

Сочетание 3 и более факторов риска зарегистрировано у 1 женщины из данной возрастной группы (1,51 %).

Анализируя полученные данные, можно отметить, что некоторые факторы риска не были отмечены достаточно большим количеством опрошенных женщин:

1. Большинство женщин, принявших участие в анкетировании:

- 1) не подвергались более 5 лет воздействию таких вредных производственных факторов, как радиация, вредные газы, общая вибрация (79 %),
- 2) отмечают начало менструаций в период с 12 до 15 лет (78 %),
- 3) имели в течение жизни (по настоящее время) менее 5 половых партнеров (70 %);
- 4) никогда не замечали у себя дефектов кожи над молочной железой, уплощение или втяжение соска, темных или кровянистых выделений из него (более 90 %);

2. Более половины респонденток:

- 1) не имеют вредных привычек (53 %),
- 2) не состоят на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний (56 %),
- 3) ведут регулярную половую жизнь (64 %),
- 4) кормили грудью ребенка после последних родов более 3 месяцев (56 %),
- 5) не имеют отягощенной наследственности по заболеваниям молочных желез (61 %),
- 6) не имели в анамнезе травм молочных желез (более 55 %);

3. Более трети опрошенных женщин:

- 1) не отметили у себя перечисленных в анкете хронических заболеваний (39 %),
- 2) отметили, что менструации идут у них регулярно (39 %),
- 3) не беспокоят обильные или длительные менструации (40 %).

В заключении следует отметить, что мониторинг факторов риска развития рака молочной железы у женщин Новосибирской области – одно из важных направлений медико-социологических исследований, т.к. благодаря ежегодному сбору, обработке и анализу этих данных мы имеем возможность планировать профилактические мероприятия, направленные на повышение культуры здоровья охранительного поведения среди населения.

РОЛЬ ЭЛЕКТРОННОГО КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

Фунтиков А.С.¹, Борцов В.А.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ (Новосибирск)

²ГКУЗ Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики» (Новосибирск)

В настоящее время первичная профилактика направлена на изучение и снижение влияния факторов риска, предупреждение развития заболеваний - общих для всего населения, отдельных профессиональных, социально-экономических, климато-географических возрастных групп и индивидуумов.

В настоящее время роль педиатрической службы следует рассматривать не только как возможность для лечения детей, динамическом наблюдении определенных групп детей с целью раннего выявления заболевания, но и в формировании ответственности у родителей за сохранение здоровья своих детей.

В результате проведенного социологического опроса родителей детей до трех лет, врачей-педиатров участковых, руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению установлено, что в настоящее время существует резерв по формированию комплекса организационных мероприятий по охране здоровья детей раннего возраста на основе применения информационных технологий.

Целью организации электронного кабинета здорового ребенка является предоставление профилактических материалов в электронном виде, в результате которого родители детей раннего возраста получают необходимые знания и навыки по вопросам профилактических мероприятия, что является фактором формирования и повышения ответственности родителей и врачей-педиатров участковых и способствует повышению роли профилактических мероприятий в охране здоровья детей.

Структурно-организационная модель электронного кабинета здорового ребенка представлена в виде трех блоков, включающих в себя семь разделов. Информационный блок - разделы: «События», «Новости». Медицинский блок – разделы: «Библиотека», «Консультации» и «Вопросы врачу». И социальный блок, включающий в себя разделы – «Активные пользователи» и «Полезно знать».

Алгоритм предоставления возможности родителям детей раннего возраста получать необходимую информацию профилактической направленности по уходу, питанию и воспитанию для детей раннего возраста в электронном кабинете здорового ребенка выглядит следующим образом: во время приема родителей детей раннего возраста в поликлинике, при посещении ребенка в возрасте трех лет на дому, при обращении в регистратуру предоставляется информационная листовка о деятельности электронного кабинета здорового ребенка. Листовка содержит информацию о разделах кабинета здорового ребенка, адресе сайта для входа в электронный кабинет здорового ребенка и технология поиска необходимой информации в кабинете здорового ребенка.

Основные разделы сформированы с учетом группировки вопросов по наиболее актуальным направлениям.

Раздел «События»: интернет-трансляции научных педиатрических конференций; ссылки на телепередачи о здоровье детей; рекомендации по организации детского активного отдыха; общественные конкурсы для родителей; информация о развлекательных семейных мероприятиях.

Раздел «Новости»: оперативные информационные сообщения из области отечественной и зарубежной педиатрии.

Раздел «Библиотека»: справочные пособия, научно-популярная литература, тематические брошюры, видеоматериалы, в которых отражены: календарь прививок, правила прикорма, рекомендации по питанию и уходу за ребенком, рекомендации по гардеробу ребенка в разное время года, информация о нормах физического и психического развития детей, подготовка ребенка к детскому саду и особенности поведения детей.

Раздел «Консультации»: консультации врачей – специалистов по наиболее актуальным вопросам для родителей детей раннего возраста.

Раздел «Вопросы врачу»: служит для определения наиболее важных вопросов, интересующих родителей детей раннего возраста.

Раздел «Активных пользователей»: включает опросы, анкетирование; предложения по оптимизации сайта, отзывы о работе поликлиники.

Внедрение электронных кабинетов здорового ребенка во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению (педиатрические отделения городских поликлиник, педиатрические отделения поликлиник городских больниц, поликлинические отделения детских городских больниц и детские городские поликлиники) при взаимодействии с региональным центром медицинской профилактики позволяет совершенствовать профилактическую работу с детьми раннего возраста на региональном уровне

Внедрение электронных кабинетов здорового ребенка в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне детскому населению позволяет осуществлять профилактическую работу с детьми раннего возраста на трех уровнях: I уровень – индивидуальный, в пределах педиатрического участка; II уровень – групповой, на территории обслуживания медицинской организации; III уровень – региональный, при реализации профилактических программ на региональном уровне.

Таким образом, электронный кабинет здорового ребенка представляет собой одну из современных технологий первичной медицинской профилактики на региональном уровне.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Фунтикова И.С.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
(Новосибирск)

Миллионы подростков и молодых людей по всему миру подвергаются риску развития потери слуха из-за небезопасного использования персональных аудиоустройств. Формирующаяся модель регулярного прослушивания музыки с высоким уровнем громкости и в течение продолжительного времени представляет серьезную угрозу для слуха человека. Слух – это ценный дар, оказывающий воздействие на образовательное, профессиональное и социальное развитие. Поэтому данная проблема уже касается не только области оториноларингологии, но и является одной из актуальнейших проблем общественного здоровья и здравоохранения.

У врачей-оториноларингологов и сурдологов все большее беспокойство вызывает растущий уровень воздействия громких звуков в культурно-развлекательных и спортивных учреждениях, таких как ночные клубы, дискотеки, пабы, бары, кинотеатры, концертные залы, стадионы и даже фитнес-центры. Современные технологии становятся все более распространенными, и зачастую такие устройства, как аудиоплееры, используются для прослушивания музыки с небезопасными уровнями громкости и в течение продолжительного периода времени. Регулярное воздействие громких звуков создает серьезную угрозу развития необратимой потери слуха.

По оценкам ВОЗ на 2015 год более 1,1 миллиарда людей в мире могут быть подвержены риску потери слуха из-за небезопасной практики слушания. Более 43 миллионов человек в возрасте 12-35 лет по разным причинам имеют потерю слуха, приводящую к инвалидности. Среди подростков и молодых людей в возрасте 12-35 лет в странах со средним и высоким уровнем дохода. Почти 50% слушают музыку на персональных аудиоустройствах, таких как MP3-плееры и смартфоны, с небезопасными уровнями громкости. Около 40% подвергаются воздействию потенциально вредных уровней звука в ночных клубах, дискотеках и барах.

В связи вышеизложенным чрезвычайно актуальным становится вопрос о первичной профилактике развития нарушений слуха. В первую очередь, необходимо доводить информацию до населения о вредном воздействии на органы слуха, повышенного уровня громкости при прослушивании музыки на персональных аудиоустройствах. А также необходимо объяснять целесообразность соблюдения безопасных уровней громкости и рекомендовать безопасный уровень громкости на персональном аудиоустройстве путем установления громкости на комфортном уровне в тихой обстановке, который не должен превышать 60% от максимальной громкости.

Также одним из важных элементов первичной медицинской профилактики нарушения слуха могут являться защитные ушные вкладыши при посещении ночных клубов, дискотек, баров, пабов, спортивных мероприятий и других шумных мест так как надлежащим образом вставленные ушные вкладыши могут способствовать значительному снижению уровня воздействия шума. Также необходимо ограничивать время нахождения в шумных помещениях

или организовывать короткие перерывы и, таким образом, уменьшать общую продолжительность воздействия шума.

Кроме того, целесообразно использовать правильно подобранные вставные или накладные наушники, по возможности, с шумоподавлением с целью подавления фонового шума, что позволяет слышать звуки при сниженных уровнях громкости.

В большинстве случаев, проблемы с органами слуха проявляются следующими симптомами: тиннитуса (звона или шума в ушах); если с трудом слышатся высокочастотные звуки, такие как дверной звонок, телефонный звонок или звонок будильника; если с трудом понимается речь, особенно при телефонных разговорах, или невозможно расслышать собеседника в шумных местах, например, в ресторане или других местах скопления людей. В случае обнаружения проблем с органами слуха рекомендуется обращаться к врачу-оториноларингологу.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «АУДИОТОН»

Харитонов О.И.¹, Потеряева Е.Л.^{1,2}

¹ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора (Новосибирск)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, (Новосибирск)

Ключевые слова: профессиональная нейросенсорная тугоухость, медицина труда, физиотерапевтические методы, «Аудиотон».

Профессиональная нейросенсорная тугоухость (ПНСТ) является одной из старейших проблем медицины труда и остается чрезвычайно актуальной до настоящего времени. В последние годы в России наибольший удельный вес в структуре хронических профессиональных заболеваний занимают заболевания, связанные с воздействием физических факторов производства. Для повышения производительности труда и экономического развития страны главным считается сохранение здоровья работающего населения.

Современные многочисленные методы лечения профессиональной нейросенсорной тугоухости (ПНСТ) зачастую не дают желаемого положительного эффекта. Медикаментозная терапия малоэффективна из-за трудности проникновения лекарственных веществ через ГЭБ и невозможности воздействия на все этиологические факторы и патогенетические звенья этого заболевания. В настоящее время на фоне основного медикаментозного лечения нейросенсорной тугоухости все чаще используют физиотерапевтические методы (гальванизацию, лазерную терапию, магнитотерапию, массаж, ультразвук, электростимуляцию и пр.).

В клинике профессиональной патологии на базе Новосибирского НИИГ Роспотребнадзора за последнее время накоплен позитивный опыт по организации и проведению комплексной этапной реабилитации для больных с установленным профессиональным заболеванием органа слуха. Одним из наиболее перспективных направлений является разработка и научное обоснование применения сочетанных (одномоментных) физиотерапевтических воздействий с помощью комплекса «Аудиотон». Установлено, что при сочетанном использовании физических факторов потенцирование их лечебного действия выражено более значительно, чем при комбинированном (последовательном) применении этих же факторов.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности применения комплексного физиотерапевтического метода лечения с использованием аппарата "Аудиотон" у пациентов с ПНСТ II степени (умеренной степени снижения слуха).

В исследовании принимали участие 31 пациент с ПНСТ II степени. Все пациенты были мужчины, средний возраст которых составил: $56,58 \pm 5,11$ года. Это работники шумоопасных профессий, на рабочих местах которых отмечалось превышение предельно допустимого уровня шума ($90,61 \pm 7,80$ дБА, при ПДУ 80 дБА). Стаж работы обследованных в условиях воздействия производственного шума составил $32,06 \pm 7,36$ лет.

Лечение проводилось в первой группе (15 человек) стандартными методами с использованием (вазоактивных, ноотропных препаратов, витаминов группы В, антиоксидантов). В этой группе наблюдаемых пациентов с ПНСТ II степени было выявлено уменьшение частоты

встречаемости жалобы на снижение разборчивости речи (до лечения отмечено в 53,3 % случаев, после лечения в 46,7 %), шум в голове, который присутствовал в 60 % случаев до лечения, после лечения регистрировался в 33,3 % случаев. Также обнаружена тенденция к понижению частоты подъемов систолического артериального давления с $138,8 \pm 12,9$ до $134,2 \pm 11,7$ мм.рт.ст. и диастолического АД с $91,2 \pm 7,1$ до $86,9 \pm 8,5$. Динамика частотного анализа слуховых порогов выявила, что улучшения слуха во всех диапазонах изучаемых частот (250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000, 8000 Гц) в группе пролеченных стандартными методами были зафиксированы: на низких частотах 250 Гц в 20% случаев; на средних частотах 500 Гц в 40% случаев, на частоте 1000 Гц в 26,7% случаев; на частоте 2000 Гц в 60% случаев; на высоких частотах 4000 Гц – в 46,7% , 6000 Гц – в 60%, 8000 Гц – в 33,3% случаев. У 7 (46,7%) пациентов с ПНСТ II степени стандартное лечение не дало выраженного положительного эффекта, что подтверждено данными тональной пороговой аудиометрии.

Во второй группе (16 человек) лечение проводилось с применением аппарата «Аудиотон». После окончания курса лечения комплексом «Аудиотон» отмечалось: жалобы на снижение разборчивости речи до лечения наблюдались в 13,3 % случаев, после лечения в 6,7 % случаев; отмечалась тенденция к снижению подъема систолического артериального давления с $135,9 \pm 16,2$ до $134,7 \pm 13,6$ мм.рт.ст. и диастолического АД с $96,7 \pm 7,0$ до $84,7 \pm 6,4$ мм.рт.ст., а также выявилось уменьшение частоты встречаемости жалобы на шум в голове (до лечения наблюдалось в 37,5 % случаев, после лечения – в 12,5 %). Динамика частотного анализа слуховых порогов выявила улучшение слуха во всех диапазонах изучаемых частот: на низких частотах 250 Гц в 32,25% случаев, на средних частотах: 500 Гц – в 31,25% случаев, 1000 Гц – в 43,75% случаев, 2000 Гц – в 68,75% случаев; на высоких частотах: 4000 Гц – в 56,25% случаев, 6000 Гц – в 81,25% случаев, 8000 Гц – в 81,25% случаев.

Полученные нами данные говорят о существенном уменьшении субъективных признаков снижения слуха у пациентов, а главное о слухулучшающем действии физиотерапевтического комплекса оториноларингологического «Аудиотон» у пациентов с ПНСТ II степени. Под воздействием «Аудиотона» у пациентов этой группы диагностировано достоверное снижение слуховых порогов на всех изучаемых частотах (250, 500, 1000, 2000, 4000, 600 и 8000 Гц).

Заключение. Использование физиотерапевтического оториноларингологического комплекса «Аудиотон» в лечении и вторичной профилактике ПНСТ II степени приводит к достоверному улучшению показателей слуховой функции при курсовом лечении, что обосновывает целесообразность его применения в комплексном лечении пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ, ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

Шведов Е.Г.¹, Бабенко А.И.², Бекмурзов С.М.³, Бабенко Е.А.²

¹Военный комиссариат Новосибирской области (Новосибирск)

²ФГБНУ «Научно–исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк, Новосибирск)

³ФГКУ «425 военный госпиталь» Министерства обороны РФ (Новосибирск)

Распространенность заболеваний среди лиц, призываемых на военную службу, определяет их категорию годности, а также потребность в реализации соответствующих медико-профилактических, лечебных и реабилитационных мер как на этапе призыва, так и при прохождении срочной службы. Характер патологии предопределяет уровень обороноспособности данного контингента по состоянию здоровья и возможные потери военнослужащих в результате возврата их по причине заболеваний, препятствующих выполнению военных обязанностей.

По результатам медицинского освидетельствования призывников в Новосибирской области за период с 2003 по 2014 гг., а также углубленного анализа 1204 протоколов осмотра лиц, призываемых на военную службу, были определены приоритеты болезней, ограничивающих в той или иной степени годность данного контингента.

Исследование показало, что 73,3% всех заболеваний, выявляемых у призывников и ограничивающих их годность к военной службе, приходится на 14 групп болезней. Наиболее широкое распространение имеют заболевания позвоночника и их последствия, которые регистрируются с частотой 103,8 на 1000 освидетельствованных. Удельный вес этой патологии в общем объеме заболеваемости призывников составляет 16,7%. Высокий уровень распространенности имеют заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, с уровнем заболеваемости 83,7‰ и удельным весом 13,5%. Третье место приходится на травмы головы и спинного мозга и их последствия с поражением центральной нервной системы, распространенность которых составляет 55,6 на 1000 освидетельствованных с удельным весом значимости 9,0%. Остается значимой патологией плоскостопие и деформацию стопы с уровнем распространенности 32,6‰ и удельным весом значимости 5,3% (четвертое место среди всех нозологических групп).

Далее можно выделить нарушение рефракции и аккомодации, распространенность которых среди призывников достигает 30,5 на 1000 освидетельствованных, с удельным весом в общем объеме ограничений годности 4,9%.

Среди психических расстройств и расстройств поведения заслуживает внимания умственная отсталость, ограничивающая годность у 21,6 из 1000 освидетельствованных призывников и занимающая долю 3,5% от всей патологии, а также органические психические расстройства с уровнем распространенности 17,2‰ и удельным весом 2,8%.

Следует обратить внимание на болезни органов пищеварения, и в частности, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки, болезни печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, на которые приходится соответственно 3,1 и 2,5% всей патологии, с уровнем ограничения годности соответственно у 19,4 и 15,2 из 1000 освидетельствованных.

Немаловажное значение имеет целая группа болезней кожи и подкожной клетчатки, которые определяют 2,9% всех ограничений годности и выявляются у 18,0 призывников из 1000 освидетельствованных.

Среди болезней органов дыхания можно выделить бронхиальную астму и патологию полости носа, околоносовых пазух, глотки, ограничивающие годность соответственно у 16,4

и 12,8 призывников из 1000 освидетельствованных, с удельным весом в общем объеме заболеваний соответственно 2,6 и 2,1%.

К группе значимых болезней в определенной степени можно отнести гипертоническую болезнь и ревматические поражения сердца, на которые приходится соответственно 2,4 и 2,0% всей патологии, с уровнем распространенности среди призывников соответственно 14,9 и 12,2‰. Остальные 74 нозологические группы заболеваний (статьи расписания болезней) при медицинском освидетельствовании призывников выявляются в незначительном количестве, менее 10,0 на 1000 освидетельствованных и соответственно удельный вес ниже 2,0% по каждой группе.

Углубленное изучение протоколов медицинского освидетельствования призывников дало возможность установить общий объем наличия патологических процессов у данного контингента. Анализ материалов показал, что в среднем на 1 освидетельствованного выявляется наличие 1,5 патологических процессов. При этом из тысячи призывников у 298,2 было отмечено наличие патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани, что составило 20,1% от всего объема выявленной патологии. Среди этого класса болезней ведущими являлись патология позвоночника и наличие плоскостопия и деформации стопы, на которые приходилось соответственно 9,4 и 6,8% всей патологии призывников.

Второе место по объему установленных патологических процессов заняли болезни системы кровообращения с уровнем распространенности патологии 214,3‰ и удельным весом в общем объеме 14,4%. В этом классе болезней наибольшее значение имеют: ревматические поражения сердца и гипертония, составляющие соответственно 7,1 и 4,0% от всех заболеваний. Третье место по распространенности патологии (154,5‰) приходится на болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, где в основном преобладают сахарный диабет и ожирение, с долей вклада в общий объем патологии 10,4%. Обращает на себя внимание относительно высокий уровень выявленной патологии органов дыхания – 143,7 на 1000 освидетельствованных с удельным весом 9,7%, где ведущими заболеваниями являются бронхиальная астма, патология носа и глотки.

Определенную значимость имеет распространенность среди призывников патологических процессов в нервной системе, органах пищеварения, зрения, психические расстройства и повреждения кожи, выявляемых соответственно у 126,2; 112,1; 108,0; 193,9 и 84,7 на 1000 освидетельствованных. Основные поражения нервной системы являются следствием травм головы и спинного мозга, сосудистых поражений мозга и функциональных расстройств, после острых и хронических заболеваний, хирургического лечения. На рассмотренные 9 классов патологии приходится 90,1% всех патологических процессов, установленных при медицинском освидетельствовании призывников. Остальные поражения органов и тканей не имеют широкого распространения, фиксируясь с частотой выявляемости 21,6-39,9 на каждую 1000 призывников.

Таким образом, ведущими нозологическими группами заболеваний, ограничивающих годность к военной службе у 45,4% призывников являются болезни позвоночника, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, последствия травм головы и спинного мозга с нарушениями ЦНС, плоскостопия и деформации стопы, нарушения рефракции и аккомодации, умственная отсталость, язвенная болезнь, заболевания кожи, органические психические расстройства, бронхиальная астма, патология печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, гипертоническая болезнь, болезни полости носа и глотки, ревматические поражения сердца.

Ведущими патологиями, требующими применения лечебно-оздоровительных мер на всех этапах призыва, а также при прохождении службы и дающими в ряде случаев основание для демобилизации из рядов Вооруженных сил по состоянию здоровья, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, заболевания позвоночника, плоскостопие и деформация стопы, ревматические поражения сердца, кожные заболевания, бронхиальная астма, патологические процессы в желудке, кишечнике и печени, нарушения рефракции и аккомодации органов зрения, гипертония, заболевания полости носа и глотки, на которые приходится 62,4% от всего объема выявленной патологии.

МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА О МЕРАХ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Шимит А.А.¹, Бабенко А.И.², Гусельникова Н.А.², Бабенко Е.А.²

¹Управление Росздравнадзора по Республике Тыва (Кызыл)

²ФБГНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» (Новокузнецк, Новосибирск)

Разработка национальных стратегий и программ по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) должна учитывать региональные особенности территорий, уклад и образ жизни населения, его приоритеты, механизмы мотивации к поддержанию ЗОЖ. С медико-социальных позиций наиболее осведомленными в данных вопросах являются врачи, которые постоянно контактируют с населением, пациентами, консультируют их, дают советы и рекомендации, оценивают эффективность мер.

В этой связи проведено социологическое исследование в Республике Тыва, в котором приняли участие 262 врача, являющиеся представителями различных медицинских учреждений как республиканского, так и районного уровня (центральные кожуунные больницы). Анкетирование показало, что 87,4% врачей постоянно принимают участие в формировании ЗОЖ у населения и имеют достаточное представление о необходимых мерах по его поддержанию.

Основным условием в формировании ЗОЖ населения 69,1% респондентов считают личную инициативу людей. По 46,9% опрошенных высказались за необходимость совершенствования государственных мер, а также обеспечение условий по месту работы и учебы. 1/3 врачей указывает на важность деятельности в данном вопросе местных органов власти (34,4%) и медицинских учреждений (33,2%). Меньшее значение, по мнению врачей, будет иметь система медицинского страхования (18,7%), а также советы и помощь родственников, друзей, знакомых (16,0%).

Среди государственных мер 74,4% респондентов выделили повышение доступности для населения занятий в спортивно-оздоровительных центрах. Достаточно большое количество врачей (60,7%) возлагают надежду на эффективную пропаганду в СМИ физкультуры и спорта, здорового питания, медицинской активности, негативного отношения к вредным привычкам. Менее половины опрошенных связывают поддержание ЗОЖ с деятельностью медицинских учреждений (47,3%) и с разработкой соответствующих государственных мер по мотивации и стимулированию населения к сохранению здоровья (46,9%). Только 23,7% врачей предполагают, что изменение ценовой политики на табак, алкоголь, продукты питания будут способствовать формированию ЗОЖ.

Для эффективной деятельности местных органов власти 76,3% респондентов предлагают реализацию специальных программ по формированию ЗОЖ, а 58,0% считают необходимой разработку стратегии развития региона, направленной на ЗОЖ. По месту работы и учебы наиболее приоритетными должны стать меры по расширению возможностей использования спортивно-оздоровительных центров (оплата абонементов и т.п.), на что указали 79,8% врачей. Значительное количество их также указывает на необходимость организации доступного здорового питания (57,3%) и центров, кабинетов психологической разгрузки (56,5%). Определенное значение, по мнению анкетированных, будут иметь организация медицинских осмотров и диспансеризация (48,1%), а также поддержка сотрудников при отказе от курения и злоупотребления алкоголем (30,2%).

Во многом реализация мер по поддержанию ЗОЖ будет связана с возможностью оплаты целого ряда услуг. Более половины врачей (53,1%) считают, что оплата услуг по поддержанию ЗОЖ должна осуществляться за счет средств ОМС. Несколько меньшее количество респондентов (44,3%) предлагает использовать средства предприятий и организаций, 40,5% указывают, что необходимо изыскивать средства из бюджета региона, а 36,3% – в виде льгот для определенных категорий населения. Только 28,2% опрошенных считают, что граждане должны поддерживать ЗОЖ, используя личные накопления, а 17,2% – за счет привлечения средств ДМС.

Таким образом, основными источниками финансирования мер по поддержанию ЗОЖ врачи считают средства ОМС, работодателей и местного бюджета. Также они не исключают личное участие граждан в софинансировании не только в виде непосредственной оплаты услуг, но и через систему ДМС.

Реализация медицинских мер по формированию и поддержанию ЗОЖ возлагается на территориальные поликлиники и, в последнее время, на центры здоровья, центры медицинской профилактики, что предполагает распределение приоритетов их деятельности. Опрос врачей показал, что центры здоровья должны взять на себя, прежде всего, такие функции, как: осуществление рекомендаций по формированию ЗОЖ (67,2%), по профилактике заболеваний (66,0%), по избавлению от вредных привычек (62,2%) и диагностику функциональных состояний организма (61,8%). В свою очередь, территориальные поликлиники должны обеспечивать диагностику функционального состояния (64,1%), проведение скрининговых обследований (55,0%), давать рекомендации по профилактике заболеваний (53,1%) и оценивать факторы риска развития патологии (51,1%).

Таким образом, приоритетными мерами для территориальных поликлиник является диагностика состояния организма и оценка факторов риска, а центрам здоровья следует в большей степени ориентироваться на осуществление рекомендаций по соблюдению отдельных сторон ЗОЖ.

Проведенное исследование позволило определить точку зрения врачей на проблему формирования ЗОЖ, выбор приоритетов и направлений при разработке программ поддержания здорового образа жизни у населения Республики Тыва.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Аксенова Е.А. (Новосибирск)</i>	5
ЗАДАЧИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ТЕРАПЕВТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	
<i>Артюхов И.П., Капитонов Ф.В., Капитонов В.Ф. (Красноярск).....</i>	7
ПОСТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ОБРАЩАЕМОСТЬ ЛИЦ СТАРШЕГО НЕТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	
<i>Бабенко А.И., Бравве Ю.И., Новоселов В.П., Томчук А.Л., Бабенко Е.А. (Новокузнецк, Новосибирск)</i>	12
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КАК ЭЛЕМЕНТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
<i>Бабенко Е.А., Новоселов В.П., Бабенко А.И. (Новокузнецк, Новосибирск)</i>	14
ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА УМЕРШИХ ДЛЯ ВСКРЫТИЯ В БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАК ЭЛЕМЕНТ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	
<i>Бекмурзов С.М., Бабенко А.И., Шведов Е.Г., Бабенко Е.А. (Новокузнецк, Новосибирск)</i>	16
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КАК ОСНОВА РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ	
<i>Борцов В.А., Куликовская И.В. (Новосибирск)</i>	18
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>Борцов В.А., Фомичева М.Л., Хихлич О.С. (Новосибирск)</i>	20
ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ПРОВЕДЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ С НАСЕЛЕНИЕМ	
<i>Воевода М.И., Симонова Г.И., Мустафина С.В., Щербакова Л.В., Сазонова О.В., Рагино Ю.И., Малютин С.К., Рымар О.Д. (Новосибирск).....</i>	22
ШКАЛА РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ДЛЯ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	
<i>Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. (Новосибирск)</i>	25
ДЕПРЕССИЯ И РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА, ИНСУЛЬТА В ТЕЧЕНИЕ 16 ЛЕТ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В СИБИРИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ MONICA -ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ	
<i>Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. (Новосибирск)</i>	26
ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА: ПРОГРАММА ВОЗ MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ	
<i>Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. (Новосибирск)</i>	27
СВЯЗЬ ВРАЖДЕБНОСТИ С ИНФОРМИРОВАННОСТЬЮ О ЗДОРОВЬЕ И ДРУГИМИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В Г.НОВОСИБИРСКЕ	
<i>Горелкин А.Г., Васильев И.В. (Новосибирск)</i>	29
АДМИНИСТРАТИВНЫЕ И ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ	

<i>Домрачева Е.В., Пархоменко О.М., Жданова И.В., Дума Е.В. (Новосибирск)</i>	33
РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ В РАМКАХ ОМС	
<i>Дорофеев С.Б., Бабенко А.И., Татаурова Е.А., Бабенко Е.А. (Москва, Новокузнецк, Новосибирск)</i>	36
РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ПЛАНИРОВАНИЮ СТРАТЕГИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
<i>Дударева А.В., Дробинская А.Н. (Новосибирск)</i>	38
ВОЗМОЖНОСТИ ВОСПИТАНИЯ КУЛЬТУРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	
<i>Закирова Н.И., Рузиева Н.К. (Самарканд, Узбекистан)</i>	40
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА	
<i>Ибрагимова Ф.И., Норова А.Н., Шодмонов К.Э. (Бухара, Узбекистан)</i>	42
ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА СИНТЕТИЧЕСКИХ МОЮЩИХ И ЧИСТЯЩИХ СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА РАБОЧИХ	
<i>Идиев Г.Э., Ибрагимова Ф.И. (Бухара, Узбекистан)</i>	43
О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА СИНТЕТИЧЕСКИХ МОЮЩИХ И ЧИСТЯЩИХ СРЕДСТВ	
<i>Калиниченко А.В., Соснина В.С. (Новосибирск)</i>	45
РОЛЬ МОНИТОРИНГА НАРКОСИТУАЦИИ В РАЗРАБОТКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ДОЛГОСРОЧНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ	
<i>Калиниченко А.В., Хмельницкая Я.В., Анастасиев А.А. (Новосибирск)</i>	48
ПРИОРИТЕТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ	
<i>Капитонов В.Ф. (Красноярск)</i>	50
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ МОЛОДЫХ СЕМЕЙ	
<i>Капитонов В.Ф., Павлов А.В., Галактионова М.Ю. (Красноярск)</i>	53
ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗЛИЧИЯ В УРОВНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ	
<i>Кострубин С.А., Кузнецова Н.В., Бабенко А.И., Бабенко Е.А. (Омск, Новокузнецк, Новосибирск)</i>	56
МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ МАРКЕТИНГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
<i>Кузнецова Н.В., Бабенко А.И., Гусельникова Н.А., Бабенко Е.А. (Новосибирск, Новокузнецк)</i>	58
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ В ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ	

<i>Кутумова О.Ю. (Красноярск).....</i>	60
ПРОЕКТ «ЗНАНИЕ – СИЛА!», КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ	
<i>Кутумова О.Ю., Татаурова Е.А., Гусельникова Н.А. (Красноярск, Новосибирск, Новокузнецк).....</i>	62
ПРИОРИТЕТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	
<i>Лисовская Е.Д., Тимошенко В.О., Шубкин М.В. (Красноярск).....</i>	64
ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ О МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Г. КРАСНОЯРСКА	
<i>Макашева В.А. (Новосибирск).....</i>	67
ЗНАЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	
<i>Макашева В.А., Бабенко А.И., Гусельникова Н.А., Бабенко Е.А. (Новосибирск, Новокузнецк).....</i>	70
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
<i>Найденова Н.Е. (Томск).....</i>	72
ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ВОЗОБНОВЛЯЕМЫХ ПОТОКОВ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ	
<i>Нетесов Е.В., Нетесова Е.С. (Новосибирск).....</i>	75
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Нурханова Н.О. (Бухара, Узбекистан).....</i>	78
ПРИМЕНЕНИЕ ХРОНОТЕРАПИИ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
<i>Павловская О.Г., Редюков А.В., Байдусова А.К. (Оренбург).....</i>	80
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	
<i>Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А. (Оренбург).....</i>	83
РЕЗУЛЬТАТЫ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КЛИНИКИ УНИВЕРСИТЕТА	
<i>Перепелкина Н.Ю., Калинина Е.А., Павловская О.Г., Редюков А.В., Соловьева Е.А. (Оренбург).....</i>	85
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ (ДЕСЯТИЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	
<i>Перепелкина Н.Ю., Павловская О.Г., Калинина Е.А., Бизменов И.М. (Оренбург).....</i>	88
ДИНАМИКА УРОВНЕЙ И СТРУКТУРЫ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	

<i>Погодина В.А., Бабенко А.И., Бабенко Е.А., Гусельникова Н.А. (Новосибирск, Новокузнецк)</i>	90
ОСОБЕННОСТЬ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КОНТИНГЕНТОВ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ	
<i>Пырикова Н.В., Осипова И.В., Зальцман А.Г., Курбатова И.И. (Барнаул)</i>	93
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В КОЛЛЕКТИВЕ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	
<i>Рахимова М.Р. (Ташкент, Узбекистан)</i>	95
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ СОВЕТОВ ПО ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	
<i>Редюков А.В. (Оренбург)</i>	97
ВЛИЯНИЕ ВЕДУЩИХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В. (Барнаул)</i>	99
ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН	
<i>Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В. (Барнаул)</i>	101
СТРАТИФИКАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН	
<i>Тaufеева Е.А., Петров И.В. (Казань)</i>	103
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООРАЗОВАНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ НЕФТЕДОБЫВАЮЩИХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
<i>Фомичева М.Л., Дергачева Е.Н., Васильева А.Г. (Новосибирск)</i>	106
РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ С ЦЕЛЬЮ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	
<i>Фомичева М.Л., Захарова М.А., Безпрозванная Е.А. (Новосибирск)</i>	108
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Фунтиков А.С., Борцов В.А. (Новосибирск)</i>	111
РОЛЬ ЭЛЕКТРОННОГО КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ	
<i>Фунтикова И.С. (Новосибирск)</i>	113
КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	
<i>Харитонов О.И., Потеряева Е.Л. (Новосибирск)</i>	115
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «АУДИОТОН»	

Шведов Е.Г., Бабенко А.И., Бекмурзов С.М., Бабенко Е.А. (Новосибирск, Новокузнецк) 117
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ,
ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ**

*Шимит А.А., Бабенко А.И., Гусельникова Н.А., Бабенко Е.А. (Кызыл, Новокузнецк,
Новосибирск) 119*
**МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА О МЕРАХ
ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ В УКРЕПЛЕНИИ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

Материалы
Всероссийской научно-практической конференции

Компьютерная верстка,
дизайн обложки: Ю.В. Студеникина

Подписано в печать 13.05.2016. Формат 60х90/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография.
Усл. печ. л. 15,12. Тираж 200 экз. Изд. № 93с

Оригинал-макет изготовлен издательством «Сибмедиздат» НГМУ
630075, г. Новосибирск, ул. Залесского, 4.
Тел. : (383) 225-24-29. E-mail: sibmedizdat@mail.ru
Отпечатано в типографии НГМУ
г. Новосибирск, ул. Залесского, 4. Тел. : (383) 225-24-29

