

ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК



- Акушерство и гинекология
- Биология, ботаника, паразитология
- Внутренние болезни
- Гигиена, экология, эпидемиология
- Гуманитарные дисциплины
- Микробиология, иммунология
- Морфология
- Неврология, медицинская генетика
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Педиатрия
- Психиатрия, наркология, психотерапия, клиническая психология
- Фармакология
- Хирургия

ISSN 2309-0782

Том II, № 2, 2014

ОРЕНБУРГСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

УЧРЕДИТЕЛЬ
Оренбургская
государственная
медицинская
академия

ТОМ II, № 2 (6), 2014

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Проф. Н. П. Сетко

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Проф. С. В. Чемезов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Проф. Г. Г. Багирова
Проф. Е. Л. Борщук
Проф. В. В. Бурдаков
Акад. РАН, РАМН О. В. Бухарин
Проф. В. А. Дереча
Проф. Р. А. Забилов
Проф. И. И. Каган
Проф. О. Д. Константинова
Проф. С. И. Красиков
Проф. Р. А. Либис
Проф. А. А. Магчин
Проф. И. В. Мирошниченко
Доц. В. В. Приходько
Проф. А. Г. Сетко
Проф. М. А. Скачкова
Проф. Г. Н. Соловых
Проф. А. А. Стадников
Проф. А. А. Третьяков
Проф. Б. А. Фролов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Проф. И. А. Аникин, (Санкт-Петербург)
Проф. В. Г. Будза
Проф. В. Ш. Вагапова (Уфа)
Проф. А. А. Вялова
Проф. П. Ю. Галин
Проф. М. А. Губин (Воронеж)
Проф. А. М. Долгов
Проф. В. К. Есипов
Проф. Л. М. Железнов
Проф. И. А. Зборовская (Волгоград)
Проф. К. М. Иванов
Проф. Ю. Д. Каган
Проф. А. О. Конради (Санкт-Петербург)
Проф. О. Б. Кузьмин
Чл.-корр. РАМН, проф. В. Р. Кучма (Москва)
Доц. Л. В. Маликов
Проф. Ю. Л. Мизерницкий (Москва)
Проф. А. А. Никонов
Проф. Н. Ю. Перепелкина
Проф. В. С. Полякова
Проф. В. А. Привалов (Челябинск)
Доц. Г. В. Савицкий
Проф. Р. И. Сайфутдинов
Проф. В. С. Тарасенко
Проф. И. Н. Чайникова

РЕГИСТРАЦИЯ
Журнал зарегистрирован
Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
ПИ № ФС77-51579
от 26 октября 2012 г.



Подписку на журнал «Альманах
молодой науки» можно оформить
по каталогу «Роспечать» в любом
почтовом отделении связи РФ.
Индекс подписки – 04149

Верстка – А. Л. Кондратюк
Издательство ОрГМА
460000, г. Оренбург, Советская, 6
Тел. (3532) 77-99-25
E-mail: rio@orgma.ru
Заказ № 818
Тираж 500 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

К 70-ЛЕТИЮ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

- | | | |
|---|----|---|
| <i>И. И. Каган</i>
К ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ Г. ОРЕНБУРГА В XIX И XX ВВ. | 4 | <i>I. Kagan</i>
TO THE HISTORY OF ORENBURG PUBLIC HEALTH AND MEDICINE IN XIX AND XX CENTURIES |
| <i>О. В. Бухарин, И. Н. Чайникова</i>
КАФЕДРЕ МИКРОБИОЛОГИИ, ВИРУСОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ – 70 ЛЕТ | 8 | <i>O. V. Bukharin, I. N. Chaynikova</i>
DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY, VIROLOGY, IMMUNOLOGY – 70 YEARS |
| <i>Л. Г. Воронина</i>
ПРИОРИТЕТНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ | 12 | <i>L. G. Voronina</i>
THE PRIORITY RESEARCH DIRECTIONS AND ACHIEVEMENTS OF THE DEPARTMENT OF DERMATOLOGY AND VENEREOROLOGY |
| <i>Н. Ю. Перепелкина, Е. А. Калинина</i>
ИТОГИ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ» | 16 | <i>N. Y. Perepelkina, E. A. Kalinina</i>
RESULTS INTERREGIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE «ACTUAL PROBLEMS HEALTH ORGANIZATION AND PUBLIC HEALTH» |
| <i>О. В. Асташева, В. А. Дюльдин</i>
АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ | 20 | <i>O. V. Astasheva, V. A. Dyuldin</i>
THE ANALYSIS OF DEATH RATE OF ABLE-BODIED POPULATION AS A RESULT OF ROAD ACCIDENTS |
| <i>Э. А. Бахтиярова, С. Г. Ахмерова, Д. Т. Гашимова, Р. Я. Нагаев, С. Ф. Шамгулова</i>
К ВОПРОСУ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ НА ВЫБОР МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ | 22 | <i>E. A. Bakhtiyarova, S. G. Akhmerova, D. T. Gashimova, R. Y. Nagaev, S. F. Shamgulova</i>
TO QUESTION ON THE RIGHTS OF PATIENTS CHOICE MEDICAL ORGANIZATIONS THAT PROVIDE SPECIALIZED MEDICAL CARE |
| <i>М. Г. Москвичева, С. А. Белова, Д. В. Белов</i>
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ | 26 | <i>M. G. Moskvicheva, S. A. Belova, D. V. Belov</i>
ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CORONARY HEART DISEASE IN THE CHELYABINSK REGION |
| <i>В. Ю. Борисов</i>
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОРОДА БУЗУЛУКА | 29 | <i>V. Y. Borisov</i>
ANALYSIS OF MORBIDITY WITH TEMPORARY DISABILITY DUE TO SKIN DISEASES AMONG HEALTH CARE WORKERS OF THE CITY BUZULUK |
| <i>Н. О. Давыдова, С. В. Нотова, М. В. Фомина, О. В. Кван</i>
ПРИМЕНЕНИЕ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ | 31 | <i>N. O. Davydova, S. V. Notova, M. V. Fomina, O. V. Kwan</i>
CLUSTER ANALYSIS AS A METHOD OF EVALUATION OF MEDICAL EXAMINATION OF CHILDREN-ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE |
| <i>Е. А. Калинина, С. В. Вяльцин, А. А. Казыгашева, О. В. Маринец</i>
СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРИЧИНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА (РЕЗУЛЬТАТЫ 10-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА) | 35 | <i>E. A. Kalinina, S. V. Vyaltzin, A. A. Kazygasheva, O. V. Marinets</i>
MORBIDITY AND DISABILITY IN ORENBURG REGION BECAUSE OF HIV AND TUBERCULOSIS (10 YEARS STUDY) |
| <i>М. В. Крушинин, Ю. Ф. Кузьмин, М. Э. Коротких, К. В. Титов</i>
ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ | 38 | <i>M. V. Krushinin, Y. F. Kuzmin, M. E. Korotkih, K. V. Titov</i>
ASSESSMENT OF THE ECONOMIC EFFICIENCY OF THE SURGICAL HOSPITAL A SHORT STAY IN OPHTHALMOLOGY |
| <i>А. М. Михайловский, С. А. Чуркин</i>
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ | 41 | <i>A. M. Mihajlovsky, S. A. Churkin</i>
THE ANALYSIS OF THE FACTORS DEFINING THE EPIDEMIC SITUATION ON THE TUBERCULOSIS IN THE ORENBURG REGION |
| <i>М. Г. Москвичева, Е. В. Шишкин</i>
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГАХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ | 44 | <i>M. G. Moskvicheva, E. V. Shishkin</i>
TO STUDY THE PREVALENCE OF ROAD TRAFFIC INJURIES ON FEDERAL ROADS CHELYABINSK REGION |

- Р. Я. Нагаев, С. Г. Ахмерова, А. Г. Муталов*
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ НА ОСНОВЕ ПРОЕКТА «КЛИНИКА, ДРУЖЕСТВЕННАЯ К МОЛОДЕЖИ» 46
R. Y. Nagaev, S. G. Akhmerova, A. G. Mutalov
ORGANIZATION TEENAGE SOCIAL AND HEALTH SERVICES ON A PROJECT BASIS «CLINIC YOUTH-FRIENDLY»
- С. А. Чевычалова, Б. П. Саяпин, Н. Р. Ахметов, О. Г. Павловская*
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ 50
S. A. Chevychalova, B. P. Sayapin, N. R. Akhmetov, O. G. Pavlovskaya
RIGHTS ORGANIZATIONS INSURED CITIZENS IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM IN THE ORENBURG REGION
- О. Г. Павловская, Н. В. Привалова, Н. В. ИONOVA*
МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ 54
O. G. Pavlovskaya, N. V. Privalova, N. V. Ionova
HEALTH MONITORING CHILDREN'S POPULATION OF THE ORENBURG REGION
- Н. Ю. Перепелкина, О. Г. Павловская, Е. А. Калинина*
10 ЛЕТ КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФАКУЛЬТЕТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 56
N. Y. Perepelkina, O. G. Pavlovskaya, E. A. Kalinina
10 YEARS OF PUBLIC HEALTH DEPARTMENT OF POSTGRADUATE ADDITION EDUCATION FACULTY IN ORENBURG STATE MEDICAL ACADEMY
- Н. Ю. Перепелкина, О. Г. Павловская, Е. А. Калинина*
ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ 60
N. Y. Perepelkina, O. G. Pavlovskaya, E. A. Kalinina
THE DYNAMICS OF HEALTH STATUS OF THE ORENBURG REGION
- С. А. Смирнова, Е. Л. Борщук, Н. А. Баянова*
АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2008-2012 ГГ. 63
S. A. Smirnova, E. L. Borschuk, N. A. Bayanova
ANALYSIS OF PRIMARY INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE ADULT POPULATION OF THE ORENBURG REGION FOR THE PERIOD 2008-2012
- Е. А. Соловьева*
К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 66
E. A. Solovyova
ON THE QUESTION OF OPTIMIZING THE ORGANIZATION OF OUTPATIENT HEALTH CARE
- Т. С. Хромущина, В. А. Аксёнов*
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ 70
T. S. Chromushina, V. A. Aksenov
USING STATISTICS OF THE SOCIAL INSURANCE FUND OF THE RUSSIAN FEDERATION AS A MEANS OF STUDYING SICKNESS ABSENCE
- Н. Х. Шарафутдинова, Г. Т. Мустафина, С. О. Потанов, М. А. Шарафутдинов*
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 74
N. H. Sharafutdinova, G. T. Mustafina, S. O. Potanov, M. A. Sharafutdinov
DYNAMICS OF MORTALITY FEMALE POPULATION FROM CANCER IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

- Ж. Н. Саркулова, Ж. К. Сатенов, Х. И. Кудабаява*
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 78
J. N. Sarculova, J. K. Satenov, Kh. I. Kudabayaeva
EVALUATION FUNCTIONAL DISORDERS CLINIC HOMEOSTASIS IN ANESTHETIC PRACTICE

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

К 70-ЛЕТИЮ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

УДК

И. И. КАГАН

К ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ Г. ОРЕНБУРГА В XIX И XX ВВ.

Оренбургская государственная медицинская академия

I. KAGAN

TO THE HISTORY OF ORENBURG PUBLIC HEALTH AND MEDICINE IN XIX AND XX CENTURIES

The Orenburg State Medical Academy

В формировании здравоохранения города Оренбурга, основанного в 1743 г., имели значение, прежде всего, два главных обстоятельства.

Во-первых, Оренбург был основан как город-крепость со значительным воинским гарнизоном. Поэтому первым лечебным учреждением в городе стал с 1774 г. госпиталь, или военный лазарет, имевший назначение лечить больных солдат и казаков. В лазарете работали один доктор, штаб-лекарь, аптекарь, несколько подлекарей и их учеников. В 1869 г. он был значительно расширен и превратился в крупное военное лечебное учреждение. Более 80 лет военный госпиталь был единственным лечебным заведением в городе.

Во-вторых, уже через год после основания Оренбург стал административным центром вновь образованной, огромной по площади Оренбургской губернии. Это обстоятельство, но уже в XIX веке, сказалось на формировании лечебной сети города как центра губернии.

Хотя в 1857 г. за счет сбора средств с мещан была открыта небольшая больница на 50 коек, называвшаяся «мещанской», или «общественной», настоящим гражданским лечебным учреждением стала открытая в 1872 г. Губернская земская больница на 100 коек, называвшаяся первоначально больницей приказа общественного призрения. Кстати, вплоть до середины XIX столетия население города росло медленно и не превышало 10 тысяч жителей. Существенный рост начался во вторую половину XIX века: в 1866 г. – 34330, в 1888 г. – 51025, в 1897 г. – 72740, к 1915 г. – до 150 тысяч человек.

В конце века губернская больница в соответствии с Уставом лечебных заведений относилась ко II классу. Она была рассчитана на 125 коек, имела терапевтическое, хирургическое, инфекционное,

акушерское, психиатрическое и глазное отделения. Штатом было предусмотрено 7 врачей, 5 фельдшеров, акушерка и провизор.

Кроме губернской, в конце XIX века была построена городская Александровская больница на 100 коек.

В 1865 г. в Оренбурге было создано физико-медицинское общество, объединившее врачей, аптекарей и преподавателей естественных наук. Общество ставило перед собой задачи: повышать квалификацию врачей, вскрывать причины эпидемических заболеваний, распространять среди населения «здоровые понятия о болезнях и их предупреждении», бороться против шарлатанства и знахарства.

Оренбургские врачи, понимая всю убогость и недостаточность общественного здравоохранения, искали новые формы и средства для медицинского обслуживания больных. Так, члены общества стали инициаторами организации общественной лечебницы для беднейшего населения с бесплатным отпуском лекарств. Лечебница содержалась главным образом за счет благотворительных сборов. Прием в ней вели 17 врачей по 2 часа в день. Лечебницу посещало от 4 до 18 тыс. человек в год. Она просуществовала до 1908 г. и закрылась из-за недостатка средств. Характерный пример: последние 15 лет прием больных фактически вел один врач, А. Ю. Лонткевич, не получая за свою работу никакого вознаграждения.

В конце XIX века в Оренбурге работало примерно 20 врачей. Среди них наиболее известными были: М. М. Кенигсберг, И. Т. Касьянов, А. И. Мискинов, А. Ю. Лонткевич, И. Д. Дегтярев, Ю. В. Потугалов, В. П. Зайцев. Особо следует выделить М. М. Кенигсберга. Воспитанник Медико-хирургической академии Санкт-Петербурга, широко образованный специалист, он был старшим врачом губернской больницы, фактическим руководителем здравоохранения Оренбургской губернии. Его перу принадлежит первое описание здоровья населения, систе-

Каган Илья Иосифович – з. д. н. РФ, д. м. н., проф. кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С. С. Михайлова; 8 (3532) 779386; kaganil@mail.ru

мы здравоохранения, санитарно-гигиенического состояния Оренбурга, представленное в качестве диссертации на степень доктора медицины и опубликованное в виде книги «Опыт медико-топографического исследования г. Оренбурга» (СПб., 1886).

Главным врачом губернской больницы с 1910 г. по 1919 г. был врач А. И. Мискинов. Участник революционного движения в Оренбурге. После 1919 г. он заведовал лечебным отделением народного комиссариата здравоохранения РСФСР.

В 1903 г. в Оренбурге состоялся 1-й губернский съезд врачей. Представленные на съезде материалы о состоянии здравоохранения г. Оренбурга и губернии, а также принятые решения оказали существенное влияние на развитие здравоохранения города.

К 1915 г. в г. Оренбурге функционировали 14 медицинских учреждений, среди которых: губернская земская больница, городская Александровская больница, железнодорожная больница, глазная лечебница, 4 амбулатории, станция скорой медицинской помощи, химико-аналитическая и бактериологическая лаборатории, микроскопическая станция. В городе имелось 10 аптек и несколько аптекарских магазинов. Кроме упоминавшегося выше физико-медицинского общества, в Оренбурге функционировал ряд общественных объединений медицинской направленности: Оренбургские отделы Российского общества нормальной и патологической психологии, Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом. Оренбургское отделение общества Красного Креста, общество скорой медицинской помощи, санитарно-благотворительное попечительство.

После установления в г. Оренбурге Советской власти в 20-е годы принимались существенные меры по развитию государственной системы здравоохранения с доступной и бесплатной медицинской помощью, по борьбе с такими распространенными заболеваниями, как туберкулез, оспа, трахома, бруцеллез, малярия.

Все частные лечебные, санитарные учреждения и аптеки, а также медицинские учреждения военного ведомства были взяты под государственное управление. Именно в 20-е годы в Оренбурге был организован противотуберкулезный диспансер со стационаром и амбулаторией, его главным врачом стал В. М. Жуков, проработавший в нем 41 год. В эти же годы стали действовать санаторий в Зауральной роще, детский санаторий «Джанетовка», зуботехническая амбулатория, детская больница, кожвендиспансер, больница с малярийным отделением и другие медицинские учреждения.

В городском здравоохранении плодотворно работали опытные и авторитетные врачи: Д. П. Сло-

вохотов – врач и общественный деятель, А. В. Соловьев, А. М. Жоров, О. Э. Мазуровская – одна из первых женщин-врачей г. Оренбурга, впоследствии Заслуженный врач РСФСР, депутат Верховного Совета РСФСР, и целый ряд других.

Возможности развития здравоохранения города возросли с 1934 г. в связи с образованием в этом году Оренбургской области и превращением г. Оренбурга в областной центр из города, входившего до этого в состав Средне-Волжского края.

В 30-е годы на базе губернской больницы был открыт филиал Центрального института переливания крови (впоследствии самостоятельная областная станция переливания крови). Из губернской больницы выделилась психиатрическая больница. При поликлинике № 3 был организован онкологический кабинет, в котором работали известные в Оренбурге хирурги Б. А. Соловейчик и А. К. Силантьев. Этим было положено начало организации онкологической службы. Открылась бруцеллезная станция, бактериологическая лаборатория была преобразована в Институт микробиологии и гигиены, а позже – Институт эпидемиологии и микробиологии им. И. И. Мечникова.

В годы Великой Отечественной войны здравоохранение города с честью выдержало, пожалуй, самый трудный и серьезный экзамен.

В 1941–45 гг. г. Оренбург был не только местом эвакуации многих промышленных предприятий, развития военного производства, формирования воинских частей и соединений, но и крупнейшей тыловой госпитальной базой.

В Оренбурге было размещено 17 военных эвакуогоспиталей. В них самоотверженно трудились известные оренбургские врачи: М. В. Бабинцева, Л. Н. Грызлова, А. М. Жуков, А. Л. Кравцов, А. К. Силантьев, Б. А. Соловейчик, В. И. Спасов, В. В. Чугреева и многие другие врачи, фельдшеры, медицинские сестры. В действующей армии – в медсанбатах, полевых подвижных госпиталях – работали А. П. Баранова, В. И. Вялых, А. А. Зеленикина, Г. М. Мнухина, В. Ф. Сынорова, А. И. Ткачева, Э. А. Уник и другие врачи, продолжившие после окончания войны работу в оренбургских лечебных учреждениях.

Значительную помощь в лечебной работе военному и гражданскому здравоохранению оказывали клиницисты – профессора, доценты, преподаватели эвакуированного в 1942 г. в г. Оренбург (тогда г. Чакалов) Харьковского медицинского института.

За 4 года войны в госпитали Оренбурга поступило более 28 тысяч раненых и больных.

Военные годы явились для здравоохранения Оренбурга не только тяжелым и ответственным

испытанием. За эти годы значительно возрос кадровый потенциал оренбургского здравоохранения, опыт и квалификация врачей и среднего медицинского персонала, повысился уровень лечебной и профилактической работы медицинских учреждений.

Исключительно плодотворной для развития здравоохранения города и всей области оказалась организация в 1944 г. и деятельность Чкаловского медицинского института (ныне Оренбургской государственной медицинской академии).

В послевоенные годы продолжали развиваться в городе две взаимосвязанные части системы здравоохранения: комплекс областных лечебных и профилактических учреждений как центральная часть областного здравоохранения и комплекс медицинских учреждений здравоохранения города. Между ними нельзя провести абсолютной грани. Во-первых, потому, что у некоторых областных лечебных учреждений нет городского аналога (например, областной госпиталь ветеранов войн, областной онкологический диспансер). Во-вторых, на базе некоторых городских лечебных учреждений функционируют областные специализированные медицинские центры (например, областной хирургический гепатологический центр на базе муниципальной клинической больницы скорой медицинской помощи). В этой взаимосвязи областных и городских лечебных учреждений и своеобразие, и преимущество здравоохранения города как областного центра.

В 50-е и особенно 60-е годы продолжала расширяться сеть медицинских учреждений города за счет строительства новых и расширения существующих лечебных и санитарно-профилактических учреждений. В 1951 г. был организован трахоматозный диспансер, деятельность которого вместе с другими офтальмологическими отделениями больниц позволила к 1961 г. ликвидировать трахому в городе и области.

В 60-е годы были построены новые корпуса областной клинической больницы, муниципальная клиническая больница скорой медицинской помощи, больница им. Н. И. Пирогова, медсанчасть «Оренбурггазпрома», организованы областная детская клиническая больница, городская травматологическая больница, стоматологическая поликлиника, получила значительное развитие санитарно-эпидемиологическая служба.

В 60–80-е годы интенсивно развивались специализированные виды медицинской помощи: кардиология, травматология, нейрохирургия, грудная хирургия, фтизиохирургия, онкология, урология, анестезиология и реанимация, гематология и дру-

гие. Весомый вклад в развитие здравоохранения города в этот период внесли известные оренбургские врачи: М. В. Акулова, В. К. Бош, О. Б. Васильева, Н. В. Ильина, Ю. С. Коновалов, И. З. Рескин, В. Н. Сизов, А. И. Ткачева, А. С. Хаютин, В. Е. Чернов.

Огромное значение для развития офтальмологической помощи населению города и области имело строительство и открытие в 1989 г. Оренбургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза».

Значительную роль в совершенствовании здравоохранения города, повышении качества лечебной работы, подготовке врачебных кадров во все послевоенные годы играли кафедры медицинской академии. Практически все крупные лечебные учреждения в городе стали клиническими базами кафедр академии. В них формировались научно-практические школы, такие как кардиологическая – проф. Р. Г. Межебовского, хирургические – проф. А. С. Альтшуля и проф. С. П. Вилесова, оториноларингологическая – проф. А. О. Шульги, педиатрическая – проф. В. А. Архиреевой, травматологическая – проф. И. К. Никитенко, ревматологическая – проф. В. В. Багировой.

Значительной известностью и авторитетом в городе и далеко за его пределами пользовались профессора: Л. Д. Бутовецкий, А. В. Григорьева, Э. И. Еселевич, З. К. Забегальская, В. И. Зак, М. Н. Зильберман, Я. Е. Кривицкий, А. А. Лебедев, Л. Ф. Линник, Ю. Е. Рахальский, Ю. С. Силаев, В. А. Симагина, Ю. П. Толстов, Б. С. Ябленик.

Клинические больницы и расположенные в них клиники, как правило, отличались более высоким уровнем лечебно-диагностической работы, оказывали положительное влияние на всю систему здравоохранения, являлись местами подготовки и повышения квалификации врачебных кадров.

Весьма неоднозначными для здравоохранения города оказались 90-е годы XX века. Перестроечные процессы, переход на рыночные отношения, нарушение финансирования и негативное давление на государственную бюджетную медицину поставили лечебно-профилактические учреждения города в очень сложное положение. Эти трудности и негативные явления в значительной мере продолжают действовать и сейчас. Вместе с тем отчетливо проявляются и положительные тенденции. Встает на ноги страховая медицина. Развивается процесс оснащения медицинских учреждений новейшим диагностическим и лечебным оборудованием, внедряются новые хирургические технологии. Именно к этим позитивным процессам относится появление компьютерных и магнитно-резонансных томографов, аппаратуры для ультра-

звуковых исследований, оборудование и успешная работа кардиохирургического центра в областной клинической больнице, центра по трансплантации почки в муниципальной клинической больнице скорой медицинской помощи, освоение эндопротезирования суставов в травматологической больнице, новейших методов лечения онкологических заболеваний и другие. Именно такие направления работы являются определяющими в клинической медицине города.

В настоящее время в городе функционирует развитая сеть многопрофильных, общеклинических и специализированных областных и городских лечебно-профилактических учреждений.

Среди наиболее крупных областных медицинских учреждений областные больницы № 1, 2 и 3, областная детская больница, две областные психиатрические больницы, областной госпиталь ветеранов войн, областные онкологический, противотуберкулезный, кожно-венерологический диспансеры, центр санэпиднадзора, областная станция переливания крови и ряд других.

Среди крупных городских лечебных учреждений ведущее место занимает муниципальная больница скорой медицинской помощи, а вместе с ней инфекционная и травматологическая больницы, городская больница № 2, взрослые и детские больнично-поликлинические объединения, станция скорой медицинской помощи, муниципальный перинатальный центр. Все более заметное место занимает недавно организованная муниципальная больница восстановительного лечения.

В городе успешно функционирует Оренбургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С. Н. Федорова», ряд ведомственных лечебных учреждений. Среди них отделенческая железнодорожная больница, несколько медсанчастей.

В черте города и пригородной зоне располагается несколько санаториев и профилакториев. Среди них: санаторий «Строитель», санатории-профилактории «Чайка» и «Солнечный», детские кардиоревматологический, противотуберкулезный, психоневрологический санатории и другие.

Значительное влияние на развитие здравоохранения города в разные годы конца XX века и начала XXI века оказывали и оказывают руководители органов городского здравоохранения, крупнейших областных и городских медицинских учреждений: Н. С. Вахтеров, В. И. Войнов, С. И. Головяшкин, В. Н. Канюков, В. В. Карпец, А. И. Карпов, В. Н. Кирсанов, Е. В. Симоненко, Н. В. Смолягина, А. И. Суров, С. Б. Чолоян, Е. Г. Шапиро, А. К. Щетинин. Высоким авторитетом у населения пользуются известные вра-

чи: Л. М. Антонец, В. А. Елпатова, П. Н. Кабанов, В. Н. Строков, А. Б. Чемный, А. С. Чернеев, Г. И. Ямпольская и многие другие.

Существенное место в медицине города занимает образовательная, научная и лечебная деятельность кафедр Оренбургской медицинской академии.

До 80% врачей города и области являются выпускниками академии. В настоящее время на ее 8 факультетах готовятся и проходят последипломную специализацию и усовершенствование врачи почти по всем медицинским специальностям.

Ведущими специалистами для медицины города и области являлись или являются заведующие клиническими кафедрами профессора: кардиолог Я. И. Коц, ревматолог В. В. Багирова, хирурги А. А. Третьяков, Б. Г. Нузов, В. С. Тарасенко, В. К. Есипов, травматолог С. А. Павловичев, педиатры С. Е. Лебедькова, А. А. Вялкова, М. Н. Воляник, гигиенисты В. М. Боев, Н. П. Сетко, инфекционисты А. Н. Волков, Ю. Д. Каган, Л. А. Литяева, психиатры В. А. Дереча, В. Г. Будза, офтальмолог А. И. Кирилличев, оториноларингологи А. А. Штиль, Р. А. Забиров, И. А. Шульга.

Названными учеными академии и их сотрудниками разрабатываются актуальные для практической медицины научные направления по сердечной недостаточности, ревматологии, абдоминальной хирургии, микрохирургии, травматологии, детской кардиологии, детской аллергологии, детской нефрологии, прикладной иммунологии и микробиологии, медицинской экологии, санитарии и гигиены, созданы новые лечебные препараты споробактерин и милиацил. Практическое значение имеют фундаментальные исследования академика О. В. Бухарина, профессоров И. И. Кагана, А. А. Стадникова, Б. А. Фролова, А. И. Смолягина и руководимых ими коллективов.

Результаты научных исследований, новые методы диагностики, терапевтического и хирургического лечения внедряются в практическую медицину, содействуют повышению качества диагностики и лечения, более эффективной работе учреждений здравоохранения города.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Каган, И. И. *Первый губернский съезд врачей и здравоохранение Оренбургской губернии* / И. И. Каган // *Тр. науч. историко-медицинской конф. Урало-Сибирских областей.* – Пермь, 1963. – Вып. 2-й. – С. 298–303.

2. Каган, И. И. *Оренбургская государственная медицинская академия: этапы развития и летопись* / И. И. Каган. – Оренбург, 2004. – 168 с. : ил.

3. Каган, И. И. Хирург доцент А. К. Силантьев / И. И. Каган, С. В. Чемезов // Информационный вестник Музея истории ОрГМА. – Оренбург : Изд-во ОрГМА, 2013. – Вып. 15-й. Серия «Ученые ОрГМА». – 24 с. : ил.
4. Место эвакуации – Чкаловская область / Под общ. ред. С. М. Муромцевой. – Оренбург : Печатный дом «Димур», 2010. – 312 с.
5. Оренбург – 260. – Оренбург : Печатный дом «Димур», 2003. – 400 с. : ил.
6. Оренбуржье от истоков до наших дней. 1744-2011. – Оренбург : Печатный дом «Димур», 2011. – 352 с.
7. Райский, П. Д. Путеводитель по городу Оренбургу / П. Д. Райский. – Оренбург : Оренб. книж. изд-во, 2000. – 170 с. [Напечатано по изданию: П. Д. Райский «Путеводитель по гор. Оренбургу с очерком его прошлого и настоящего, иллюстрациями и планом», Оренбург, Губернская типография, 1915 г.].
8. Семейное служение Гиппократу : Сборник очерков, рассказов, воспоминаний о медицинских династиях Оренбуржья / Сост. А. В. Варрава. – Оренбург, 2009. – 189 с. : ил.
9. Федорова, А. В. Оренбург в годы Великой Отечественной войны / А. В. Федорова. – Оренбург : Оренб. книж. изд-во, 1995. – 216 с. : ил.
10. Храмов, И. В. Оренбург. – 2-е изд. перераб. и доп. / И. В. Храмов. – Оренбург : ООО «Оренб. книж. изд-во», 2011. – 256 с. : ил.
11. Хроника Оренбургской области / Под общ. ред. С. М. Муромцевой. – Оренбург : Печатный дом «Димур», 2009. – Т. I. 1934-1990. – 308 с., Т. II. 1991-2009. – 424 с.
12. Шевлюк, Н. Н. Оренбургская государственная медицинская академия : Биографический словарь профессоров и доцентов / Н. Н. Шевлюк, А. А. Стадников. – Оренбург, 2005. – 368 с.

УДК 579(09)

О. В. БУХАРИН, И. Н. ЧАЙНИКОВА

КАФЕДРЕ МИКРОБИОЛОГИИ, ВИРУСОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ – 70 ЛЕТ

Оренбургская государственная медицинская академия

O. V. BUKHARIN, I. N. CHAYNIKOVA

DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY, VIROLOGY, IMMUNOLOGY – 70 YEARS

The Orenburg State Medical Academy

Кафедра микробиологии была основана в 1944 году одновременно с основанием Оренбургского государственного медицинского института. Основоположником кафедры был профессор Сергей Гаврилович Миронов (1893-1946 гг.).

Научная работа С. Г. Миронова была тесно связана с проблемами и запросами практического здравоохранения и посвящена изучению механизмов иммунитета, физиологии анаэробов, патогенеза холеры, микробиологии алиментарно-токсической алейкии. Сотрудникам кафедры под руководством С. Г. Миронова удалось выяснить этиологию и эпидемиологию септической ангины – заболевания, распространенного в Оренбуржье в те далекие военные годы. Итогом работы явилось издание 2-х научных сборников института под его редакцией. Сергей Гаврилович был известным ученым, автором 60 научных работ, редактором 2-х научных сборников, автором и редактором учебника по медицинской микробиологии (1937 г.).

В этот период в Чкаловском НИИ эпидемиологии и микробиологии работала Буня Григорьевна Хайкина в должности руководителя лаборатории бактериофагов. В 1944 году она под руководством С. Г. Миронова выполнила и защитила кандидатскую диссертацию на тему, имеющую важное практическое значение, – «Бактерицид – консервант дизентерийного и холерного бактериофага». С 1946 по 1967 гг. Буня Григорьевна Хайкина, доктор медицинских наук, профессор, возглавляла кафедру микробиологии. Научно-практические интересы кафедрального коллектива того периода были реализованы в изучении проблем бруцеллеза, ревматизма. В 50-е годы бруцеллез был краевой патологией в Оренбургской области. Б. Г. Хайкиной были проведены массовые серологические обследования больных бруцеллезом в сочетании с систематическими бактериологическими исследованиями. Для оценки алергизации организма была разработана титрационная кожно-аллергическая проба. Примененные методы исследования позволили раскрыть новые звенья в патогенезе бруцеллеза, разработать эффективные методы диагностики заболевания. В 1958 году Б. Г. Хайкиной

Бухарин Олег Валерьевич – акад. РАН и РАМН, з. д. н. РФ, д. м. н., проф.; 8 (3532) 772707; ikvs@mail.esso.ru

Чайникова Ирина Николаевна – д. м. н., проф., заведующая кафедрой микробиологии; 8 (3532) 775986; k_microbiology@orgma.ru

была успешно защищена докторская диссертация «Опыт иммунологической характеристики бруцеллеза у человека». В последующие годы Б. Г. Хайкина и ее ученики успешно изучали иммунопатологию при стрептококковых инфекциях, эпидемиологию и диагностику воздушно-капельных инфекций. Ее перу принадлежат первые отечественные работы по бактериоциногенности кокков, микробиологии стрептококковой инфекции, сифилиса. Буня Григорьевна уже в те годы уделяла большое внимание программированному обучению медицинской микробиологии для повышения эффективности процесса преподавания данной дисциплины студентам медицинского вуза.

Научные разработки Б. Г. Хайкиной имели важное практическое значение для здравоохранения. В 1943 г. Б. Г. Хайкина была премирована Совнаркомом за успешное изготовление препарата холерного бактериофага, эффективно применявшегося на Сталинградском фронте. Качество препарата высоко оценила ведущий ученый-микробиолог академик З. В. Ермольева. Под руководством Б. Г. Хайкиной было подготовлено 2 докторских и 5 кандидатских диссертаций. Для практического здравоохранения доцентом А. А. Уваровым была издана брошюра «Бруцеллез и способы его предупреждения».

С 1968 года по 2013 г. кафедру возглавил доктор медицинских наук, профессор Олег Валерьевич Бухарин, в последующем академик РАН и РАМН.

Научная деятельность коллектива осуществлялась совместно с сотрудниками клинических кафедр и практическими врачами в трех основных направлениях: «Изучение естественной резистентности организма в норме и при патологических состояниях»; «Анализ механизмов персистенции микроорганизмов и разработка подходов к управлению этими

процессами»; «Изучение фундаментальных и медицинских аспектов инфектологии и микробной экологии человека».

Работы в области инфектологии по изучению факторов естественной резистентности организма – лизоциму и бета-лизинам способствовали использованию этих факторов защиты в качестве диагностических критериев гомеостаза организма и были внедрены в работу клинических лабораторий медицинских учреждений страны. Эти работы были обобщены впервые в мировой практике в 2-х монографиях (1974 г., 1977 г.), авторами которых являлись О. В. Бухарин, Н. В. Васильев. Теоретические и прикладные аспекты изучения состояния факторов естественной резистентности явились основой большого количества диссертаций, выполненных не только преподавателями самых разных клинических кафедр института, но и врачами. Практическая направленность исследований факторов естественной резистентности легла в основу эффективного использования лизоцима в качестве лечебного препарата, широко используемого в педиатрии, оториноларингологии, хирургии и других областях практической медицины. Подтверждением актуальности проводимых в те годы исследований является широко развиваемое современное направление по изучению молекулярных механизмов врожденного иммунитета, эффекторами которого являются факторы естественной резистентности, а также новое направление в иммунологии – иммунология обнаружения рецепторов.

В последующем под руководством О. В. Бухарина сотрудниками кафедры активно разрабатывались теоретические вопросы и прикладные методы исследования персистентных свойств микроорганизмов.



С. Г. Миронов



Б. Г. Хайкина



О. В. Бухарин

О. В. Бухариным было обосновано положение о персистенции патогенов как форме симбиоза, основанной на их длительном переживании в экосистеме, определена ключевая функция пептидогликана в выживании бактерий в организме хозяина, описаны новые факторы бактериальной деградации защиты организма, сформулирован принцип экологической детерминированности персистентных характеристик бактерий, что позволило повысить качество решения диагностических, терапевтических и прогностических задач инфекционной клиники; разработана концепция микроэкологического мониторинга природных экосистем и внедрена в практику.

На базе кафедры в 1976 году по инициативе О. В. Бухарина была организована проблемная лаборатория (второй категории) по изучению механизмов естественного иммунитета, которая функционирует и в настоящее время, как самостоятельное подразделение института (заведует д. м. н., проф. А. И. Смолягин), тесно взаимодействуя с различными клиниками, больницами города и области по исследованию иммунного статуса при обследовании лиц с иммунологической недостаточностью, а также гормонального статуса у лиц с различной патологией.

В 1990 году под руководством профессора О. В. Бухарина была создана академическая лаборатория персистенции микроорганизмов, которая с 1992 года была трансформирована в Отдел персистенции микроорганизмов Уральского отделения Российской академии наук, а в 1996 году на базе Отдела персистенции был создан Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза Уральского отделения Российской академии наук (ИКВС УрО РАН), директором которого был избран академик О. В. Бухарин.

В рамках интеграции Вузовской и Академической науки большинство преподавателей кафедры и по сей день сочетают учебную работу с научно-исследовательской, одновременно работая в ИКВС УрО РАН и в медицинской академии.

В период 2000-2006 гг. О. В. Бухарин сконцентрировал усилия коллектива ИКВС УрО РАН, сотрудники которого являлись и преподавателями кафедры, в области научно-исследовательской работы в рамках изучения новых стратегических «мишеней» в борьбе с инфекцией. Используя персистентный потенциал бактериальных патогенов, в качестве такой «мишени», ему удалось расшифровать механизм защитного действия нового препарата – «Циклоферон». За разработку технологии, организацию промышленного выпуска и внедрение в медицинскую практику готовых лекарственных форм нового отечественного препарата «Циклоферон»

О. В. Бухарину (в составе авторского коллектива) постановлением Правительства РФ от 16.02.2004 г. была присуждена Премия Правительства РФ в области науки и техники.

Профессором кафедры Борисом Яковлевичем Усвяцовым совместно с сотрудниками кафедры и института ИКВС УрО РАН разработаны методы дифференциации факторов патогенности и факторов персистенции бактерий-симбионтов по степени информативности для анализа межмикробных взаимодействий; определения иерархической структуры микросимбиоза; оценки стабильности микросимбиоза. Прикладные аспекты данных исследований включают создание графов функциональной структуры микросимбиозов биотопов тела здоровых лиц, больных и бактерионосителей, разработку модели для прогнозирования группы риска среди здоровых лиц, прогноза течения заболевания и дифференциации резидентных бактерионосителей от транзитных.

Итоги этих работ, проводимых коллективом кафедры совместно с сотрудниками института ИКВС УрО РАН, преподавателями клинических кафедр, практикующими врачами, бактериологами, были положены в основу полученных изобретений и патентов, позволяющих улучшить качество диагностики, прогнозирования течения и выбора эффективных средств терапии гнойно-воспалительных заболеваний.

Проведенные в последующем исследования позволили расшифровать один из механизмов формирования и поддержания бактериально-грибковых консорциумов. Экспериментально подтверждено влияние дрожжеподобных грибов рода *Candida* на экспрессию факторов персистенции и продукцию колицинов у энтеробактерий фекальной микрофлоры человека. Практическая значимость этой работы определялась увеличением роста заболеваний различной локализации, вызванных грибами.

Определено модифицирующее влияние культуральной жидкости и клеточных экстрактов лактобацилл на ростовые характеристики и персистентный потенциал бактерий. Оценено влияние индигенной микрофлоры на рост аллохтонных микроорганизмов, что позволило разработать способ определения колонизационной резистентности экониш человека.

Предложенная О. В. Бухариным с сотрудниками концепция ассоциативного симбиоза (2007 г.) позволила по-новому взглянуть на персистентный потенциал микросимбионтов как в организме хозяина, так и в условиях водной среды. Было установлено, что лизоцим-антилизоцимные связи гидробион-

тов обеспечивают автономное функционирование сообществ и сложные сетевые связи компонентов водных биоценозов, регулируя жизнедеятельность микроорганизмов в природных сообществах, что позволило разработать новые микробиологические критерии оценки качества воды и апробировать их в условиях Волжского бассейна. В 2011 г. О. В. Бухарин был удостоен премии Правительства РФ в области науки и техники «За разработку научных основ и внедрение комплекса методов биомониторинга для устойчивого эколого-экономического развития территорий Волжского бассейна».

Важным показателем творческой активности научно-педагогического коллектива является подготовка кадров. За указанный период для института и здравоохранения было подготовлено 33 доктора и 125 кандидатов наук.

В 2001 году академик О. В. Бухарин стал лауреатом премии РАМН им. В. Д. Тимакова, премии РАН по биологии им. И. И. Мечникова. За выдающиеся достижения в научной и учебно-педагогической деятельности О. В. Бухарин в 2003 году был награжден орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени, орденом «Почета», медалями России и Болгарии. Работа «Дисбиозы человека: механизмы формирования, новые подходы к диагностике и коррекции» была отмечена премией УрО РАН им. В. В. Парина (2006 г.). В 2009 году О. В. Бухарин был награжден орденом Ломоносова «За заслуги и большой личный вклад в развитие отечественной науки», в 2010 г. – премией УрО РАН по экологии им. С. С. Шварца. Доцент, д. м. н. Н. Б. Перунова в 2012 году удостоена премии РАН им. акад. В. В. Парина по медицине (для молодых ученых) за цикл работ «Микробное распознавание «свой – чужой» в микросимбиозе кишечника человека».

В 2012 году произошло знаменательное событие для Оренбуржья и Оренбургской медицинской академии – Олег Валерьевич Бухарин был избран академиком РАН (по Отделению физиологии и фундаментальной медицины).

Итоги проведенных им исследований обобщены в 20 монографиях, а по результатам работ получено более 100 авторских свидетельств и патентов, издано 24 методические рекомендации. Работы сотрудников кафедры экспонировались на ВДНХ и ВВЦ, где заслуженно были отмечены 5 золотыми, 13 серебряными и 5 бронзовыми медалями.

В настоящее время О. В. Бухарин – председатель Оренбургского научного центра УрО РАН, член Президиума УрО РАН и Президиума Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов им. И. И. Мечникова, член редакционных

коллегий «Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии», «Вестник УрО РАН», «Инфекция и иммунитет» и других профильных журналов. Он избран членом Нью-Йоркской Академии наук, Соросовским профессором, награжден Почетным дипломом и Лентой международного сообщества (Кембридж).

О. В. Бухарин – автор 520 научных работ, 20 монографий, 6 книг, более 100 авторских свидетельств и патентов России. Им разработан новый лекционный курс для студентов и врачей последипломной подготовки «Основы инфектологии», который он читал в Оренбурге и в качестве приглашенного ассоциативного профессора в Москве (МГУ, 2007–2011). О. В. Бухарин активно работает с молодежью и готовит кадры для региона. Им подготовлено 32 доктора и 120 кандидатов наук. Он вел большую научно-педагогическую работу в Оренбургской государственной медицинской академии, являясь в течение 45 лет бессменным руководителем кафедры микробиологии.

Все годы сотрудники кафедры активно работают с лечебно-профилактическими учреждениями города и области, участвуют в подготовке врачей-бактериологов.

С мая 2013 г. кафедру возглавила доктор медицинских наук, профессор Ирина Николаевна Чайникова. Под руководством профессора О. В. Бухарина ею была подготовлена и защищена кандидатская диссертация «Биологические ритмы показателей естественного иммунитета» (1983). В 2006 г. она защитила докторскую диссертацию «Инфектологическая характеристика сальмонеллеза», научными консультантами в которой были академик РАМН О. В. Бухарин и профессор А. И. Смолягин.

И. Н. Чайникова работает на кафедре микробиологии с 1991 года. Под ее руководством защищено две кандидатских диссертации – Штиль О. О., 2010, и Никитиной О. В., 2011. Научные исследования И. Н. Чайниковой связаны с использованием инфектологического подхода в анализе механизмов формирования инфекционного процесса, а также с клинико-иммунологическими исследованиями. В настоящее время И. Н. Чайниковой совместно с коллективом проблемной лаборатории (зав. – проф. А. И. Смолягин) и кафедрой патологической физиологии (зав. – проф. Б. А. Фролов) проводятся исследования по изучению механизмов протективного влияния тритерпеноида милиацина на экспериментальную инфекцию, вызванную грамотрицательными бактериями. Другим направлением научной работы являются проводимые совместно с проблемной лабораторией и кафедрой детских

болезней (зав. – проф. Л. Ю. Попова) клинико-иммунологические исследования механизмов формирования аллергической патологии у детей с оценкой иммунологического и цитокинового статуса.

И. Н. Чайникова – автор 159 печатных работ, 7 патентов, 15 методических рекомендаций, лауреат премии правительства Оренбургской области в сфере науки и техники (2005, 2007, 2010). Она победитель внутривузовского конкурса «Лучший преподаватель медицинского вуза» в номи-

нации «Внедрение высоких технологий в образовательном процессе» (2011). В 2010 награждена дипломом администрации г. Оренбурга за участие в ежегодном конкурсе «Женщина года» в номинации «Женщина-ученый». В течение 5 лет Ирина Николаевна руководит студенческим научным обществом ОрГМА, где под ее руководством совместно со студентами Совета СНО впервые подготовлена и издана книга «История студенческого научного общества ОрГМА».

УДК [616.5+616.97](0.63)

Л. Г. ВОРОНИНА

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Оренбургская государственная медицинская академия

L. G. VORONINA

THE PRIORITY RESEARCH DIRECTIONS AND ACHIEVEMENTS OF THE DEPARTMENT OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

The Orenburg State Medical Academy

Научные исследования проблем дерматовенерологии в Оренбурге стали возможными с открытием в Оренбургском (Чкаловском) медицинском вузе кафедры кожных и венерических болезней, которая была организована в 1944 году. Её первым руководителем был профессор М. М. Левин.

В 1947 году к руководству кафедрой пришёл профессор. Изданная им в 1951 году монография «Курортотерапия кожных и венерических болезней» – одна из первых научных книг по этому вопросу. Он настойчиво занимался изысканием новых средств и методов лечения кожных и венерических болезней.

Большой вклад в решение научных проблем дерматовенерологии внёс заведующий кафедрой профессор Б. С. Ябленик. Особенно важными являются его работы по изучению этиологии и патогенеза псориаза. В 1963 году после его смерти была издана монография «Чешуйчатый лишай», которая и сегодня не потеряла своей актуальности.

В период с 1960 по 1964 годы внимание коллектива кафедры было обращено на разработку нового научно-обоснованного подхода к лечению кожных болезней. В эти годы коллективом руководил М. Ф. Дьяконов. Видное место в исследовательских работах того периода занимали вопросы профилактики профессиональных заболеваний кожи, а так-

же проблемы диагностики, лечения и профилактики дерматомикозов. Под руководством профессора М. Ф. Дьяконова И. И. Коц защитил кандидатскую диссертацию «Основной обмен и функциональное состояние желудка у больных экземой». Результатом всесторонних научных исследований явился выпуск в 1962 году сборника научных работ сотрудников кафедры и областного кожно-венерологического диспансера, где были представлены результаты по изучению влияния электросна на основной обмен и желудочную секрецию, а также на лечение кортикостероидными гормонами некоторых кожных заболеваний.

С 1964 по 1997 годы кафедрой кожных и венерических болезней руководил профессор Л. Д. Бутовецкий, результаты научных изысканий которого в сифилидологии представлены в защищённой в 1967 году докторской диссертации «Комплекс реакций с трепонемными антигенами в серологической диагностике сифилиса».

Л. Д. Бутовецкий умело расширял круг научных исследований и исследователей. Так, под его руководством Н. Г. Лендерман защитил кандидатскую диссертацию «Активность трансаминаз и функциональное состояние печени у больных дерматозами» (1969). В кандидатской диссертации В. К. Банникова (1973) убедительно показана зависимость характеристик воспалительного процесса кожи от уровня показателей неспецифического иммунитета организма. Большое значение для прак-

Воронина Людмила Григорьевна – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии; 8 (3532) 560352; orenderm@mail.ru

тической дерматологии имело диссертационное исследование Д. Г. Выжула «Влияние кортикостероидной терапии на показатели естественного иммунитета у больных экземой и некоторыми другими дерматозами» (1974). В дальнейшем продолжением этого направления стала докторская диссертация В. К. Банникова, направленная на изучение адаптации к периодической барокамерной гипоксии в реабилитации больных экземой и атопическим дерматитом. Результатами совместной работы Института общей патологии и патологической физиологии АМН СССР и Оренбургского медицинского вуза явились авторские свидетельства «Способ лечения аллергодерматозов» и «Способ снижения содержания циркулирующих иммунных комплексов крови». Министерством здравоохранения Российской Федерации в 1998 году были изданы методические рекомендации «Метод оценки клиники дерматозов», соавтором которых являлся профессор В. К. Банников.

Включение в протокол лечения псориазической болезни экстракорпоральной гемокоррекции позволило выявить позитивную динамику в её течении. На основании проведённого исследования сделан вывод о том, что раннее включение фильтрационно-мембранного плазмафереза с умеренным количеством эксфузируемой плазмы и возмещением её водно-электролитными сбалансированными детоксирующими растворами патогенетически обосновано и эффективно в прогрессирующей стадии распространённого псориаза.

В 2003 году, в продолжение этого направления, Ю. Ф. Лецкалюк защитил кандидатскую диссертацию «Применение кальципотриола при псориазе под контролем ПОЛ крови».

С наступлением нового века, сохраняя традиции классической дерматовенерологии, коллектив кафедры активно разрабатывает перспективные научные направления. Продолжено изучение патогенеза и лечения псориаза; этиопатогенеза, эпидемиологии,

иммунологии, клиники, лечения и профилактики дерматозов и инфекций, передающихся преимущественно половым путём (ИПППП).

В целях изучения этиопатогенеза, эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики аллергодерматозов (атопического дерматита) сотрудниками кафедры выполнено исследование «Эпидемиологические особенности инфекционной и неинфекционной патологии у населения урбанизированных и сельских территорий с различным уровнем антропогенной нагрузки» (2005-2008 гг.). В нем были определены особенности формирования массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний в зависимости от уровня антропогенной нагрузки на урбанизированных и сельских территориях Оренбургской области. Проведённое А. В. Юлтыевым исследование на тему «Факторы риска формирования пиодермий в условиях экологического неблагополучия» позволило установить, что высокий уровень антропогенной нагрузки на население за счёт различных поллютантов, солей тяжёлых металлов и продуктов производства приводит к увеличению риска развития аллергодерматозов, осложнённых пиодермиями. Частью этого приоритетного научного направления кафедры являлось изучение этиопатогенетических, клинико-эпидемиологических, иммунологических, терапевтических и профилактических аспектов гнойничковых заболеваний (пиодермий). В последние годы подвергаются тщательному изучению и пересмотру вопросы этиологии пиодермий. В рамках этого направления О. В. Поршиной была защищена кандидатская диссертация «Микробный биоценоз кожи и его роль в течении пиодермий у детей» (2007).

Результаты проведённых исследований легли в основу двух патентов на изобретение «Способ прогнозирования эффективности детоксикационной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях» и «Способ прогнозирования течения пиодермий».



М. М. Левин



В. И. Казаков



Б. С. Ябленик



М. Ф. Дьяконов



Л. Д. Бутовецкий

Наиболее перспективным направлением в работе кафедры в настоящий момент является изучение этиопатогенетических, клинко-эпидемиологических, клинко-иммунологических, терапевтических и профилактических аспектов ИПППП. В тесном содружестве и при активном участии сотрудников кафедры бактериологическая лаборатория ООКВД принимала участие в выполнении межрегионального исследования «Типирование клинических изолятов *N. gonorrhoeae* на территории Оренбургской области» для создания Российской национальной системы молекулярно-эпидемиологического надзора за распространением и изменчивостью гонококка. Начало этому направлению положила Л. Г. Воронина. Первое авторское свидетельство по этому направлению «Способ выделения чистой культуры гонококка» было получено в 1980 году. В 1981 году сотрудники кафедры были участниками создания авторского свидетельства «Способ бактериологической диагностики гонорей». В 1982 году Л. Г. Воронина защитила кандидатскую диссертацию «Лизоцимная активность гонококков». Дальнейшая разработка этого научного направления была продолжена в её докторской диссертации «Совершенствование диагностики, прогнозирования и лечения гонорей под контролем антилизоцимного признака гонококков», которая получила подтверждение в виде патента на изобретение «Питательная среда для выделения гонококков». В 1988 году были внедрены методические рекомендации МЗ РСФСР «Выявление гонококка у больных свежей торпидной и хронической гонорей», получен патент «Способ выбора режимов магнитно-лазерного воздействия при терапии гнойно-воспалительных заболеваний».

Исследования в рамках этого направления продолжили ученики профессора Л. Г. Ворониной. Н. Р. Ахунова защитила кандидатскую диссертацию «Антикомплемментарная активность гонококков» (1999). Ею же получен патент на «Способ прогнозирования течения урогенитальной гонорей». Е. К. Кузнецова защитила кандидатскую диссертацию «Микробиоценоз репродуктивной системы мужчин и его роль в течении гонококковой инфекции» и получен патент на «Способ прогнозирования хронического течения урогенитальной гонококковой инфекции».

О. О. Жеребятёва защитила кандидатскую диссертацию «Клинко-иммунологическая характеристика различных форм гонококковой инфекции у мужчин», что позволило коллективу кафедры разработать «Способ дифференциальной диагностики различных форм гонококковой инфекции при её малосимптомном течении». В ходе этого исследо-

вания были выявлены изменения ряда показателей клеточного (снижение количества CD3 лимфоцитов за счёт CD4 и CD8 лимфоцитов, фагоцитарного индекса, снижение функционального резерва нейтрофилов за счёт ослабления метаболической активности, оцениваемой в НСТ-тесте) и гуморального системного иммунитета (депрессия продукции IgA, IgG и возрастание уровня sIgA, лактоферрина). Полученные данные явились свидетельством того, что в эякуляте больных локализованной гонореей увеличен уровень лактоферрина при нормальной концентрации IgA и его секреторной формы; умеренно повышено содержание провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1 β , ИЛ-8) при пониженном уровне ИЛ-10. В эякуляте пациентов с системными проявлениями инфекции увеличен уровень лактоферрина и IgA, снижена концентрация sIgA, многократно повышено содержание ИЛ-6, ИЛ-1 β при выраженном снижении уровня ИЛ-10. Также установлено, что штаммы гонококков, выделенные от больных с распространённой формой гонорей, по сравнению с изолятами от больных с локализованной гонореей, характеризовались более высокой частотой распространения и достоверно более выраженной способностью к инаktivации лизоцима, карнозина, лактоферрина, IgA и его секреторной формы. Были получены доказательства того, что наличие в эякуляте наряду с *Neisseriae gonorrhoeae* грибов рода *Candida*, обладающих высокой антилизоцимной и антикомплемментарной активностью, чаще наблюдается при длительном течении гонококковой инфекции.

Развитие этого направления продолжается при постоянном междисциплинарном взаимодействии с научными коллективами других кафедр. Ю. Ф. Шерман защитила кандидатскую диссертацию «Клинко-морфологические особенности репаративных процессов в шейке матки при инфекциях, передающихся преимущественно половым путём». В ней дано комплексное описание клинко-морфологической картины слизистой оболочки шейки матки при гонококковой, хламидийно-гонококковой и трихомонадно-гонококковой инфекциях. Уточнён диапазон гисто-, органотипических и репаративных возможностей слизистой оболочки шейки матки при этих инфекциях. Определены особенности пролиферативной активности однослойного цилиндрического и многослойного плоского эпителиев шейки матки, получены новые данные об особенностях проявлений апоптоза в клеточных популяциях эпителия и соединительной ткани слизистой оболочки шейки матки при этой патологии.

Активно развивается и взаимодействие с органами практического здравоохранения. Доцент кафедры О. В. Поршина с 2003 года являлась заведующей отделом первичной профилактики Оренбургского областного кожно-венерологического диспансера, а с 2009 года – главным внештатным детским дерматовенерологом МЗ и СР Оренбургской области. Она посвятила много времени профилактической работе среди населения, особенно среди уязвимых групп. В 2008 году вышло в свет руководство для доверенных врачей в программах по профилактике «Особенности диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путём, у лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату», написанное О. В. Поршиной в соавторстве с профессором О. К. Лосевой (Москва). В 2009 году Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издано руководство для врачей общей практики «Социально значимые заболевания. Этиология, патогенез, клиника, профилактические мероприятия». В коллектив авторов этого руководства вошли сотрудники кафедры профессор Л. Г. Воронина и доцент О. В. Поршина.

В условиях реформирования современной российской медицины важными являются изыскания в области организации здравоохранения. Т. В. Николаевой проведено исследование и защищена кандидатская диссертация «Медико-социальные характеристики больных с хроническими дерматозами и организационно-методическое обоснование реабилитационных мероприятий (на примере Оренбургской области)».

В настоящее время широкое распространение и тяжесть последствий заболеваний суставов,

ведущих к высоким показателям временной нетрудоспособности и инвалидизации населения, а также большим расходам на восстановительное лечение, значительно повышают медико-социальную значимость этой проблемы. Наряду с множеством патологических состояний, при которых суставные поражения проявляются незначительными артралгиями, существуют заболевания, суставной синдром при которых является ведущим и обуславливает как течение, так и исход болезни. Поражения суставов в дерматовенерологической практике являются распространёнными и разнообразными по своему клиническому течению. В связи с этим в рамках научной комплексной программы «Клинико-лабораторные и медико-социальные особенности ИПППП на урбанизированных территориях», целью которой является определение клинико-лабораторных и медико-социальных особенностей ИПППП на территории Оренбургской области, М. Д. Пострелко представлена к защите кандидатская диссертация «Предикторы развития суставного синдрома при инфекциях, передаваемых половым путём». В ходе этой работы была изучена частота встречаемости суставного синдрома в целом и, в частности, реактивного артрита при ИПППП у пациентов, проживающих в Оренбургской области, и дана комплексная оценка факторов, предрасполагающих к развитию этой патологии. На основе детального анализа клинических проявлений и факторов, предрасполагающих к развитию реактивного артрита, ею впервые составлены алгоритмы дифференциальной диагностики этой патологии при ИПППП.



Коллектив кафедры с клиническими ординаторами в 2011 году

Итогом работы в этом научном направлении явилась монография «Инфектологические аспекты урогенитальных микробных заболеваний» (2013). Авторами монографии стали как сотрудники кафедры дерматовенерологии – профессор Л. Г. Воронина, доцент О. О. Жеребятъева, так и сотрудники других подразделений академии – профессор Н. П. Сетко, доцент Е. А. Михайлова, а также других российских вузов. В монографии представлены результаты собственных многолетних исследований общего и местного иммунитета, характера и свойств микрофлоры при гонококковой инфекции и неспецифических воспалительных заболеваниях мочевого тракта.

Особую настороженность вызывает заболеваемость сифилисом среди беременных и женщин детородного возраста, обуславливающих генофонд и здоровье будущих поколений. В связи с этим И. В. Пасиковой выполнено диссертационное исследование на тему «Сравнительная клинко-лабораторная характеристика детей, рождённых от серопозитивных по сифилису матерей». Теоретическая и научно-практическая значимость работы состоит в том, что полученные ею результаты дополнили теоретические данные о медико-социальном портрете серопозитивных по сифилису матерей, а также соматическом статусе, особенностях физического

и нервно-психического развития, клинко-лабораторных и инструментальных признаках патологических отклонений в состоянии здоровья детей, рождённых серопозитивными по сифилису матерями. Разработанный алгоритм прогнозирования отклонений в соматическом статусе детей, перенесших ранний врождённый сифилис, положен в основу информационно-методического письма «Особенности соматической патологии у детей, перенесших ранний врождённый сифилис», предназначенного для педиатров, неонатологов, дерматовенерологов и врачей общей практики. Он позволит своевременно осуществлять профилактические мероприятия для предотвращения возникновения и развития заболеваний у детей, рождённых от матерей, больных или болевших сифилисом.

В рамках этого научного направления работу продолжает С. В. Андреев, диссертационное исследование которого посвящено гигиенической характеристике факторов образа жизни в риске развития сифилиса и особенностям его клинического течения.

В связи с тем, что кожные и венерические болезни являются социально-значимыми, новые научные исследования в области дерматовенерологии всегда будут актуальны, требуя своевременных научных изысканий.

УДК 614.2 (08)

Н. Ю. ПЕРЕПЕЛКИНА, Е. А. КАЛИНИНА

ИТОГИ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ»

Оренбургская государственная медицинская академия

N. Y. PEREPELKINA, E. A. KALININA

RESULTS INTERREGIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE «ACTUAL PROBLEMS HEALTH ORGANIZATION AND PUBLIC HEALTH»

Orenburg State Medical Academy

Одним из наиболее ярких событий I квартала 2014 года в Оренбургской государственной медицинской академии (ОрГМА) стало проведение Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации здраво-

охранения и общественного здоровья», посвященной 10-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета последипломного дополнительного образования ОрГМА.

Логотипом конференции стала радуга, все материалы конференции содержали её изображение. Радуга – одно из самых ярких, интересных, красочных и волнующих явлений природы! Глядя на радугу, человек улыбается и чувствует радость. Что может быть красивее радуги? Радуга – оптическое природное явление, которое обычно возникает после дождя при освещении солнцем. Радуга имеет семь

Перепелкина Наталья Юрьевна – д. м. н., проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 2; 8 (3532) 316856; np_oz_zo@mail.ru

Калинина Екатерина Алексеевна – к. м. н., ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89877958996; kalina1957@yandex.ru

цветов, демонстрируя оптическое многоцветие белого света. Этот логотип позволил организаторам конференции поддерживать радостное и торжественное настроение в течение всей конференции.

На конференцию приехали организаторы здравоохранения не только Оренбургской области, но и Челябинской, Курганской, Тюменской областей и Республики Башкортостан.

В президиуме были гости: д. м. н., профессор зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФДПО Южно-Уральского государственного медицинского университета М. Г. Москвичёва и д. м. н. начальник отдела организации подготовки кадров Курганской областной клинической больницы В. А. Дюльдин.

На конференции присутствовали врачи-организаторы здравоохранения областных и городских больниц города Оренбурга, а также районных больниц сельских территорий Оренбургской области.

Открывая конференцию, д. м. н., профессор проректор по научной и клинической работе ОрГМА Н. П. Сетко подчеркнула: «Юбилейный год – год 70-летия Оренбургской государственной медицинской академии, начинается с Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья», посвященной 10-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПДО, что само по себе является замечательным!»

В масштабе исторических событий 10 лет – это очень короткий период, как и в масштабе продолжительности жизни человека. Но с позиции активной трудовой деятельности человека 10 лет – это 1/3 или ¼ трудоспособного возраста. А это уже не столь короткий временной отрезок.

Конференция продолжилась демонстрацией фильма, в котором были отражены этапы становления, развития и перспективы кафедры.

В адрес профессорско-преподавательского состава кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 поступило много поздравлений. Ректор ОрГМА, поздравляя кафедру, отметил, что за этот период сотрудниками накоплен и передается бесценный опыт преподавания дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В настоящее время кафедра обладает большим учебным, методическим, научным и интеллектуальным потенциалом. Профессорско-преподавательский состав кафедры пользуется заслуженным авторитетом не только среди организаторов здравоохранения Оренбургской области, но и других субъектов Российской Федерации.

Прозвучали слова поздравления: от ректора Южно-Уральского государственного медицинского

университета профессора И. И. Долгушина, от директора Института последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета профессора В. В. Викторова. Было отмечено, что за эти годы коллектив кафедры достиг больших успехов и зарекомендовал себя как один из лучших в системе дополнительного профессионального образования врачей-организаторов здравоохранения Приволжского федерального округа.

Главный врач городской клинической больницы им. Н. И. Пирогова А. В. Карпец в своём поздравлении сказал: «Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФПДО под руководством д. м. н., профессора Н. Ю. Перепелкиной снискала уважение и признательность в системе дополнительной профессиональной подготовки организаторов здравоохранения и заслуженно является лидером в подготовке врачей по проблемам общественного здоровья, клинического менеджмента, организации и экономики здравоохранения. На кафедре на принципах доказательной медицины активно проводятся научные работы по изучению здоровья и качества жизни населения в новых социально-экономических условиях, по исследованию экономических проблем, менеджмента в здравоохранении, обеспечения качества и безопасной медицинской деятельности».

Работа пленарного заседания Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья» началась с доклада д. м. н., профессора зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 2 Н. Ю. Перепелкиной. В своём докладе на тему: «Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФПДО: становление, развитие и перспективы» профессор Н. Ю. Перепелкина остановилась на основных разделах работы кафедры, характеристике преподавателей, которые в разные годы работали на кафедре, рассказала о научной деятельности и защищенных диссертациях. В докладе также были обозначены перспективы дальнейшего развития кафедры.

Программа первого пленарного заседания включала следующие выступления:

– Павловская О. Г. – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 ОрГМА, доклад на тему: «Состояние здоровья населения Оренбургской области (результаты десятилетнего мониторинга)»,

– Димова С. Г. – к. м. н., главный специалист отдела организации медицинской помощи детям Министерства здравоохранения Оренбургской области, доклад на тему: «Актуальные вопросы охраны здоровья детей и подростков Оренбургской области в рамках межведомственного взаимодействия»,



*Участники
Межрегиональной
научно-практической
конференции
«Актуальные
вопросы организации
здравоохранения
и общественного
здоровья», 21 марта
2014 г.*



*Профессорско-преподавательский
коллектив кафедры
общественного здоровья
и здравоохранения № 2*



*Президиум Межрегиональной
научно-практической
конференции «Актуальные
вопросы организации
здравоохранения
и общественного здоровья»*



*Поздравление кафедре
общественного здоровья и
здравоохранения № 2 от
Общественной палаты
Оренбургской области*

– Вялкова А. А. – д. м. н., профессор, зав. кафедрой факультетской педиатрии ОрГМА, доклад на тему: «Об организации нефрологической помощи детям Оренбургской области»,

– Зорин И. В. – к. м. н., доцент, зам. главного врача городской клинической больницы № 6 г. Оренбурга, доклад на тему: «Хроническая болезнь почек – медико-социальная проблема XXI века»,

– Калинина Е. А. – к. м. н., старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 ОрГМА, доклад на тему: «Заболеваемость социально значимыми болезнями населения Оренбургской области»,

– Карпец А. В. – к. м. н., главный врач городской клинической больницы им. Н. И. Пирогова г. Оренбурга, доклад на тему: «Оптимизация расходов в многопрофильном медицинском учреждении в условиях одноканального финансирования»,

– Павленко Т. Н. – д. м. н., профессор, зав. кафедрой сестринского дела ОрГМА, доклад на тему: «Современные аспекты подготовки среднего медицинского персонала в России».

Во втором пленарном заседании были заслушаны доклады:

– Ершов В. И. – д. м. н., зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ОрГМА, доклад на тему: «Организация анестезиолого-реанимационной помощи в рамках сосудистой программы (принципы, проблемы и перспективы)»,

– Александров М. Ю. – главный врач городской поликлиники № 4 г. Кургана, доклад на тему: «Организация экспертизы качества медицинской помощи в муниципальной поликлинике»,

– Валиахметова И. М. – аспирант кафедры обще-

ственного здоровья и организации здравоохранения ИПО «Башкирский государственный медицинский университет», доклад на тему: «Особенности развития миопии среди студентов медицинского и педагогического колледжей»,

– Соловьева Е. А. – к. м. н., зав. гинекологической службой городской клинической больницы им. Н. И. Пирогова г. Оренбурга, доклад на тему: «К вопросу оптимизации организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи»,

– Белькова О. А. – к. м. н., заместитель главного врача медицинского информационно-аналитического центра, доклад на тему: «Независимая оценка качества работы амбулаторных учреждений здравоохранения Оренбургской области (результаты социологического исследования)»,

– Бизменов И. М. – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 ОрГМА, доклад на тему: «Совершенствование специализированной медицинской помощи пациентам с варикозной болезнью вен нижних конечностей»,

– Вепринцев Д. Ю. – зам. директора ООО «Качественные решения», доклад на тему: «Опыт внедрения международных стандартов управления качеством серии ИСО 9000-2000 в медицинских организациях».

В обсуждении докладов приняла активное участие д. м. н., профессор М. Г. Москвичёва, подчеркнув, что в ОрГМА сложилась научная школа организаторов здравоохранения под руководством д. м. н., профессора Н. Ю. Перепелкиной.

По материалам конференции издан сборник работ, а отдельные статьи представлены в настоящем номере журнала.

УДК [614.8:656.1]-036.88-053.8

О. В. АСТАШЕВА¹, В. А. ДЮЛЬДИН²

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

¹Курганское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

²Курганская областная клиническая больница

O. V. ASTASHEVA¹, V. A. DYULDIN²

THE ANALYSIS OF DEATH RATE OF ABLE-BODIED POPULATION AS A RESULT OF ROAD ACCIDENTS

¹Kurgan Regional Office Forensics

²Kurgan Regional Hospital

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: СМЕРТНОСТЬ, ТРУДОСПОСОБНЫЙ ВОЗРАСТ, ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ.

РЕЗЮМЕ.

В статье изложены результаты комплексного анализа смертности в Курганской области за период 2011-2012 гг. в результате дорожно-транспортных происшествий. Определены некоторые региональные особенности структуры причин насильственной смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, их динамики в разрезе пола, возраста и места жительства.

KEY WORDS: DEATH RATE, ABLE-BODIED AGE, ROAD ACCIDENTS.

SUMMARY.

In article results of the complex analysis of death rate of able-bodied population of the Kurgan oblast for the period with 2011 on 2012 as a result of road accidents. Some regional features of structure of death reasons and dynamics in a section of a sex, age and a residence are determined.

ВВЕДЕНИЕ.

В мире ежегодно от травм гибнет свыше 5 млн человек, в России – более 300 тысяч [1]. Уровень смертности населения трудоспособного возраста от несчастных причин – несчастных случаев, отравлений и травм, – в России почти в 2,5 раза превышает показатели, сложившиеся в развитых странах, в 1,5 раза – в развивающихся странах Восточной Европы [2].

Травмы – ведущая причина смертности лиц в возрасте до 45 лет. Смертельные случаи в результате травм, полученных при дорожно-транспортных происшествиях, доходят до 60% [3].

Не представляет исключения и Курганская область, которая находится вблизи географического центра страны и через территорию которой проходят

три важнейших отрезка федеральных трасс. С данным фактом связано увеличение количества транспортных средств на дорогах региона и количество дорожно-транспортных происшествий. Сложная обстановка с аварийностью и наличие тенденций к дальнейшему ухудшению ситуации привело к тому, что за последние 5 лет в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в области погибли 1036 человек, из которых более четверти в возрасте от 26 до 40 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Изучение смертности трудоспособного населения Курганской области от транспортных несчастных случаев с оценкой медико-социальной характеристики умерших, установлением региональных особенностей структуры смерти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Объектами исследования явились лица трудоспособного возраста, умершие за период 2011-2012 гг., подвергнутые судебно-медицинскому исследованию. Предметом исследования явилась частота летальных исходов от транспортных несчастных случаев в разных социально-демографических группах трудоспособного населения Курганской области.

Сплошным методом в разработанную карту выкопированы данные умерших в 2011-2012 гг. в Курганской области. Собрана информация с медицинских свидетельств о смерти, актов судебно-медицинского исследования. Объем наблюдений – 424 умерших.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Данные исследования социально-гигиенических аспектов смертности населения от транспортных несчастных случаев в Курганской области показали, что в анализируемой выборке преобладали мужчины (72%).

В целях снижения смертности от ДТП в области реализуются федеральные и областные программы, задачами которых является снижение смертности при дорожно-транспортных происшествиях. В регионе работает 3-уровневая система оказания медицинской помощи при ДТП. Ежемесячно осуществляется мониторинг показателей смертности

Асташева Оксана Владимировна – врач; 8 (3522) 41-14-06; astashewa.oksana@yandex.ru

Дюльдин Василий Алексеевич – д. м. н., нач. отд. организации подготовки кадров; 89088331954; otdel.kokb@yandex.ru

от травм и внешних причин, утвержден территориальный План оказания медицинской помощи при ДТП на догоспитальном и госпитальном этапах, разработана схема маршрутизации пострадавших от травм, в т. ч. при ДТП. Сотрудниками ГИБДД

области проводятся крупномасштабные оперативно-профилактические мероприятия, направленные на предупреждение транспортных происшествий и пресечение грубых нарушений правил дорожного движения.

Смертность населения в Курганской области, Уральском федеральном округе, РФ в целом в период 2011-2012 гг. (на 100 тыс. населения)

Причины смерти	2011 г.			2012 г.			2012 к 2011г. в %		
	Курганская область	УРФО	РФ	Курганская область	УРФО	РФ	Курганская область	УРФО	РФ
От внешних причин	188,9	156,7	131,5	185,4	154,9	125,1	98,1	98,9	95,1
Всех видов транспортных случаев	24,4	19,0	20,2	31,3	23,0	20,5	128,3	101,5	121,1
В т. ч. ДТП	23,8	12,8	13,1	31,2	16,4	14,1	131,6	128,1	107,6

Однако показатель смертности от ДТП в Курганской области в 2012 г. (табл.) составил 31,2 на 100 тыс. населения (в % к 2011 году рост на 31%). Этот показатель выше, чем в Уральском федеральном округе и Российской Федерации в целом (16,4 и 14,1 на 100 тыс. населения соответственно).

В трудоспособном возрасте в 2012 году показатель смертности от транспортных несчаст-

ных случаев составил 26,0 на 100 тыс. населения (в % к 2011 году рост на 19%). Среди городских жителей этот показатель выше – 33,1 на 100 тыс. населения в 2012 году и 27,0 на 100 тыс. населения в 2011 году. Жители городов области почти в 2 раза чаще погибают от дорожных травм (рис.). Более 60% всех дорожных травм происходит в областном центре.

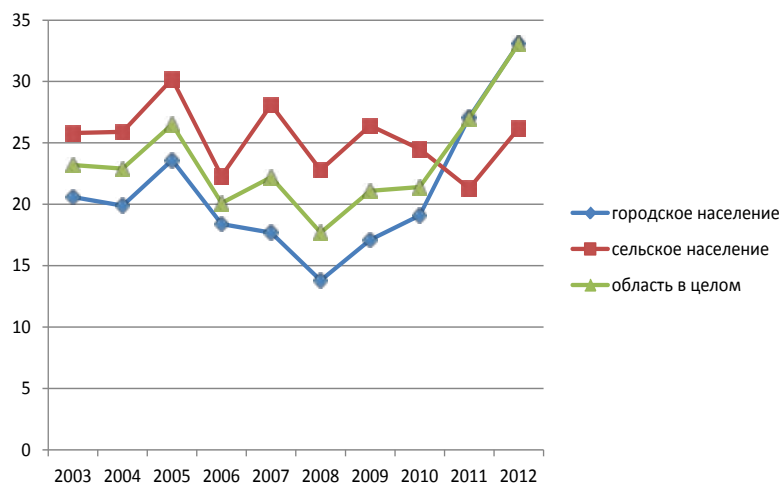


Рисунок – Динамика смертности трудоспособного населения Курганской области в результате дорожно-транспортных происшествий (2003-2012 гг.)

Ведущее место в структуре насильственной смерти трудоспособного населения в Зауралье занимает механическая травма. Среди механической травмы ведущими являются травма от тупых предметов и транспортная травма. В среднем около 30% всей механической травмы приходится на автомобильную. Среди всех транспортных травм 78% у мужчин и 89% у женщин составляет автомобильная травма. В 40% случаев автомобильных травм погибшие мужчины и женщины были в состоянии алкогольного опьянения. По гендерному составу 72% – мужчины. В возрастной когорте чаще

других погибали мужчины и женщины 20-29 лет. В результате проведенной работы выявлено, что уровень образования исследуемой категории в среднем низкий, и эта тенденция прослеживается во всех возрастных группах как у мужчин, так и у женщин. Лица, имеющие высшее и незаконченное высшее образование, составляют 8,6%. А лица, имеющие начальное или не имеющие начального образования, – 2,2% от всех умерших от насильственной смерти в результате транспортных несчастных случаев. Численность группы со средним и средним профессиональным образованием наиболее высока,

что определяет максимальные экономические потери [4]. Группа лиц с высшим и незаконченным высшим образованием определяет высокий ущерб в силу того, что инвестиции на их образование не дали никакой экономической отдачи в виде производственного продукта из-за ранней смерти [4].

Среди умерших от ДТП больше одиноких, причем в равной степени мужчин и женщин. Руководителей и прочих специалистов по разным возрастным группам – 4,1% от всех умерших насильственной смертью. Около 20% исследуемой категории лиц являлись квалифицированными рабочими.

В структуре дорожно-транспортного травматизма среди взрослого трудоспособного населения поверхностная травма составляет 30-32%; переломы черепа и внутрочерепные травмы – 8-18%, переломы верхних и нижних конечностей – 15-18,7%, травмы внутренних органов грудной и брюшной полости – 0,7-1,2%.

В 2012 году количество погибших на месте ДТП до оказания скорой медицинской помощи увеличилось в 2,2 раза по сравнению с 2011 годом (2011 г. – 52, 2012 г. – 112 чел.). В 72-73% случаев летальный исход наступает сразу в результате ДТП, чем ограничивает возможности медицины.

Госпитальная летальность среди пострадавших в ДТП на территории Курганской области в 2012 году (7,6%) выросла на 2,1% по сравнению с 2011 годом и превысила в 1,5 раза показатели госпитальной летальности по РФ и УРФО (4,5%). Крайне тяжелая степень травмы приводит к летальному исходу в первые 7 суток в 50% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Значительное число дорожно-транспортных происшествий и пострадавших в них остается одной из серьезных социально-экономических проблем в Зауралье. Показатель смертности от транспорт-

ных несчастных случаев в трудоспособном возрасте в Курганской области имеет тенденцию к росту. Высокими являются потери мужского трудоспособного населения. Жители городов области чаще погибают от дорожных травм. Доля погибших в результате ДТП в состоянии опьянения составляет 40%. Треть всей механической травмы составляет транспортная, чаще других среди транспортной травмы встречается автомобильная.

Принимаемые в Зауралье меры по обеспечению безопасности дорожного движения, направленные на снижение дорожно-транспортного травматизма и уровня смертности от него, требуют дальнейшей сплоченной работы органов власти всех уровней, повышение эффективности медицинской помощи, водительской культуры, технического состояния дорог, законопослушного поведения граждан, участников дорожного движения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от инфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения.* – Всемирный банк. – М.: Алекс, 2006. – 147 с.
2. Тищук, Е. А. Смертность трудоспособного населения / Е. А. Тищук // *Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения.* – 2012. – № 1. – С. 14-23.
3. Мыльникова, Л. А. Травматизм: масштабы проблемы / Л. А. Мыльникова // *Здравоохранение.* – 2009. – № 2. – С. 85-88.
4. Тищук, Е. А. Кризис и здоровье населения Российской Федерации / Л. А. Тищук // *Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения.* – 2010. – № 7. – С. 11-24.

УДК 614.255.4

Э. А. БАХТИЯРОВА¹, С. Г. АХМЕРОВА¹, Д. Т. ГАШИМОВА², Р. Я. НАГАЕВ¹, С. Ф. ШАМГУЛОВА¹ **К ВОПРОСУ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ НА ВЫБОР МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

¹Башкирский государственный медицинский университет

²Министерство здравоохранения РБ

E. A. BAKHTIYAROVA¹, S. G. AKHMEROVA¹, D. T. GASHIMOVA², R. Y. NAGAEV¹, S. F. SHAMGULOVA¹ **TO QUESTION ON THE RIGHTS OF PATIENTS CHOICE MEDICAL ORGANIZATIONS THAT PROVIDE SPECIALIZED MEDICAL CARE**

¹Bashkir State Medical University

²Ministry of health of the Republic of Bashkortostan

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ПРАВА ПАЦИЕНТОВ,
 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
 ПОМОЩЬ.

РЕЗЮМЕ.

Проведен анализ реализации прав пациентов на выбор медицинской организации при оказании

специализированной медицинской помощи. Указаны объективные причины, препятствующие полноценной реализации данного права. Показано, что в большинстве случаев выбор пациентом медицинской организации носит субъективный характер, зачастую не обеспечивающий рационального обеспечения предоставленной возможности. Консультантом и основным «диспетчером», предоставляющим пациенту наиболее исчерпывающую и объективную информацию об особенностях оказания данного вида медицинской помощи в различных медицинских организациях, должен стать врач амбулаторно-поликлинической службы.

KEY WORDS: PATIENTS' RIGHTS, SPECIALIZED MEDICAL CARE.

SUMMARY.

The analysis of the implementation of the rights of patients to choose medical organization in the provision of specialized medical care. Shown objective obstacles to the full realization of this right. It is shown that in most cases the choice of the patient medical organization is subjective, often providing management software to have this opportunity. Consultant and the main «manager» to provide patients with the most comprehensive and objective information about the features of this type of provision of medical care in a variety of medical organizations to become a physician outpatient services.

В Российском здравоохранении на протяжении XX века сформировалась система взаимоотношений врача и пациента, при которой врач в одностороннем порядке принимал решение об организации процесса лечения и объеме информации, который может быть сообщен пациенту.

Впервые статус пациента как субъекта, имеющего целый ряд специальных прав, реализация которых гарантирована государством, был закреплен в кодифицированном Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.).

Однако с момента принятия «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» произошли значительные изменения в экономике государства, в системе исполнительной власти, организационных основ оказания медицинской помощи.

За последние годы пациенты полностью поменяли свое отношение к здравоохранению, к медицинскому обслуживанию и своей роли в медицинском процессе. Медицинская деятельность расценивается как особый вид производственной деятельности, продуктом которой является медицинская услуга. При этом качество медицинской услуги определяется совокупностью свойств и характеристик, обеспечивающих удовлетворение предполагаемой потребности потребителя [1].

Вступивший в силу в 2011 году Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) направлен, в первую очередь, на конкретизацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

В Федеральном законе № 323-ФЗ нашли свое отражение многие авторские проекты, касающиеся обеспечения прав пациентов. В частности, проект Федерального закона «О правах пациентов», внесенный депутатом Государственной Думы А. Г. Саркисяном в 2001 году [2].

Несмотря на наличие множества нормативных и методических документов, многие аспекты взаимоотношений медицинских организаций различного уровня нуждаются в анализе и оценке как с точки зрения их эффективности, так и реализации прав пациентов при медицинском обслуживании [3].

На практике реализация некоторых прав пациентов остается недостаточной, в связи с чем многие медицинские организации принимают собственные локальные нормативные акты по упорядочению и оптимизации реализации прав пациентов [4]. В частности, произошли значительные изменения в условиях оказания стационарной помощи населению по программам обязательного медицинского страхования.

Одним из важных моментов при оказании медицинской помощи является возможность выбора пациентом медицинской организации. Вопрос о возможности выбора лечебного учреждения пациентом всегда был актуален. Даже несмотря на то, что такое право было закреплено еще в «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», действовавших до 2012 года, проблемы при смене

Бахтиярова Элина Авлияровна – асп. кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО; 89174582642; elinayou1@rambler.ru

Ахмерова Светлана Герценовна – д. м. н., проф. кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО; 89174179806; ahm.63@mail.ru

Гашимова Динара Тимербаевна – к. м. н., нач. отд. контроля качества медицинской помощи и лицензирования; 8 (347) 251-00-96; elinayou1@rambler.ru

Нагаев Ринат Явдатович – к. м. н., зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО; 8 (347) 272-22-19; NagaevRY@doctorrb.ru

Шамгулова Светлана Фатиховна – асс. кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО; 8 (347) 272-22-19; ahm.63@mail.ru

медицинской организации возникали очень часто. В соответствии со ст. 21 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» гражданин имеет право выбрать медицинскую организацию, в которой будет получать необходимую медицинскую помощь. Осуществить данное право можно один раз в год или чаще в случае изменения места жительства (прописки) или места временного пребывания (временной регистрации).

Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержден Приказом Минздравсоцразвития от 26 апреля 2012 года № 406н. Распространяется он только на случаи выбора гражданином медицинских организаций в пределах субъекта РФ, в котором он проживает.

В данном случае фактически создаются условия для передачи функции заказчика медицинской услуги от врача непосредственно пациенту вместе с правом участия в распределении финансовых ресурсов системы ОМС (принцип «деньги следуют за пациентом»).

При этом право выбора медицинской организации достаточно часто реализуется при оказании первичной медицинской помощи. Первичная медицинская помощь оказывается, как правило, в амбулаторно-поликлинических условиях. Выбрав поликлинику, гражданин затем выбирает врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера.

Гораздо сложнее обстоит дело с выбором медицинской организации при оказании гражданам специализированной медицинской помощи. Нами проведен опрос 586 пациентов, находящихся на стационарном лечении в многопрофильных стационарах г. Уфы. Из них 158 человек было госпитализировано в отделения терапевтического профиля (26,9%), 144 – в отделениях хирургического профиля (24,5%), 72 человека находились на лечении в неврологических отделениях и сосудистых центрах (12,3%), 86 человек – в гинекологических отделениях (13,6%), 72 человека – в травматологических отделениях (12,3%), 54 человека – в отделениях урологии, нефрологии и гемодиализа (9,2%).

Специализированная медицинская помощь оказывается по направлению специалистов амбулаторно-поликлинической службы, либо, в случае самостоятельного обращения гражданина, в соответствующую медицинскую организацию. Теоретически выбор медицинской организации, ока-

зывающей специализированную медицинскую помощь, в плановой форме осуществляется при направлении на оказание специализированной медицинской помощи.

Из числа опрошенных 58,9% пациентам специализированная медицинская помощь оказана в плановом порядке по направлению специалистов амбулаторно-поликлинической службы. 32,6% пациентов поступили в стационар в экстренном порядке по скорой помощи, 8,5% пациентов поступили в стационар в экстренном порядке, самостоятельно обратившись в приемный покой.

Не знали о возможности выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, 23,2% опрошенных, знали о такой возможности, но принципиально не воспользовались своим правом 17,2% респондентов, 24,8% в данном вопросе доверяли мнению врача, остальные ответили, что их потенциальный выбор полностью совпал с реальным предложением. Среди пациентов, не знающих о возможности выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, 36,5% оказались из отделений терапевтического профиля, 28,4% – из отделений хирургического профиля, 24,6% – из неврологических отделений и сосудистых центров, 12,4% – из травматологических отделений.

Отметили, что удовлетворены качеством оказания специализированной помощи в конкретном отделении, не видят необходимости в выборе другой медицинской организации 64,6% пациентов. В этой группе преобладали пациенты из гинекологических и урологических отделений.

28,5% пациентов удовлетворены качеством оказания специализированной помощи в конкретном отделении, но хотели бы выбрать иную медицинскую организацию. Причем большая часть этих пациентов (72,8%) предпочла бы лечение в специализированных столичных клиниках.

4,5% пациентов не удовлетворены качеством оказания специализированной помощи в конкретном стационаре, но не готовы к выбору иной медицинской организации. 2,4% пациентов не удовлетворены качеством оказания специализированной помощи в конкретном стационаре, при возможности они готовы выбрать другую клинику.

При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания

медицинской помощи, установленных территориальной программой. В данном случае лечащий врач амбулаторно-поликлинической службы выполняет роль «диспетчера», который направляет пациента для получения специализированной медицинской помощи [5].

По данным опроса, только 34,6% пациентов смогли осуществить выбор конкретной организации, в которой хотели бы получать медицинскую помощь. У 26,2% выбора не было, так как необходимый им вид специализированной помощи оказывался только в одной медицинской организации муниципального образования или района. 39,2% пациентов выбор не осуществляли, так как направление на стационарное лечение было оформлено в соответствии с их закреплением по территориальному признаку или в соответствии с договором добровольного медицинского страхования, заключенным по месту работы пациента.

Среди пациентов, которым оказана специализированная медицинская помощь в экстренном порядке, 94,6% опрошенных выбор медицинской организации не осуществляли. В соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, если гражданин выбирает организацию, срок ожидания в которой превышает допустимый, то об этом делается соответствующая пометка в медицинской документации.

68,4% пациентов, которым специализированная медицинская помощь оказывается в плановом порядке, не знают, превышал ли срок ожидания госпитализации в конкретную медицинскую организацию, допустимые нормативы. 28,4% воспользовались правом выбора медицинской организации, узнав, что срок ожидания госпитализации в конкретную медицинскую организацию превышает допустимые нормативы.

Получив возможность выбора медицинской организации, пациенты не всегда оптимально могут воспользоваться этим выбором. Пациенты, как правило, не имеют специальных знаний, не располагают всей полнотой информации об особенностях оказания специализированной помощи в стационарах, не могут оперировать экономическими расчетами для рационального распределения предоставленных средств.

Выбор медицинской организации обязательно должен быть согласован с врачом первичного звена. Только доктор, располагающий всей полнотой информации, может предоставить пациенту объ-

ективные данные о возможных вариантах лечения. Если процессом выбора медицинской организации не управлять, то возрастет удельный вес дорогостоящих видов медицинских услуг, часто навязываемых пациенту, и соответственно общие затраты на оказание медицинской помощи. Снизится заинтересованность в профилактике заболеваний и использовании относительно простых, но эффективных медицинских технологий [5].

Мотивы выбора пациентами конкретной организации, оказывающей специализированную помощь, в основном носили субъективный характер: 34,4% выбирали стационар, в котором работает конкретный врач, 17,4% отдавали предпочтение госпитализации «по знакомству», 12,4% доверились мнению и выбору родственников и знакомых, 4,2% в любом случае выбрали бы «брендовую» медицинскую организацию в Москве, Санкт-Петербурге, Казани. Только 6,8% постарались бы провести всесторонний самостоятельный анализ. 24,8% в данном вопросе доверяли мнению врача.

Таким образом, в силу объективных причин право пациента на выбор медицинской организации при оказании специализированных видов медицинской помощи может быть ограничено.

Консультантом и основным «диспетчером» при выборе пациентом медицинской организации для оказания качественной и наиболее рациональной в экономическом аспекте специализированной медицинской помощи должен стать врач первичного звена, предоставляющий пациенту наиболее исчерпывающую и объективную информацию об особенностях оказания данного вида медицинской помощи в различных медицинских организациях.

Причем проблема выбора пациентом организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, возникает не только в случае оказания помощи в соответствии с договорами обязательного, но и добровольного медицинского страхования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абаева, О. П. Соблюдение прав пациента как критерий правовой грамотности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений / О. П. Абаева, Н. С. Зделев, И. П. Краев, Ю. Н. Филиппов // *Медицинское право*. – 2008. – № 2. – С. 39–42.
2. Проект Федерального закона «О правах пациентов» [Электронный ресурс] // *Судебная медицина [Офис, сайт]*. URL: <http://www.sudmed-nsmu.narod.ru/akts/bills/patient.html> (дата обращения: 26.01.2014).
3. Пищита, А. Н. Совершенствование правового обеспечения медицинской деятельности в условиях

реформирования здравоохранения Российской Федерации [Текст] / А.Н. Пищита – М. : ЦКБ РАН, 2007. – 64 с.

4. Вацуро, А. А. Анализ факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов реализацией своих прав в условиях поликлиники [Текст] / А. А. Вацу-

ро // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 1 (09). – С. 116–120.

5. Бальзамова, Л. А. Проблемы реализации права пациента на выбор медицинской организации и врача [Текст] / Л. А. Бальзамова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2013. – № 6. – С. 88–93.

УДК [614.2:616.12-005.4](470.55)

М. Г. МОСКВИЧЕВА¹, С. А. БЕЛОВА², Д. В. БЕЛОВ¹

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Южно-Уральский государственный медицинский университет

²Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии

M. G. MOSKVICHEVA¹, S. A. BELOVA², D. V. BELOV²

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CORONARY HEART DISEASE IN THE CHELYABINSK REGION

¹South-Ural State Medical University

²Federal Center for Cardiovascular Surgery

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА.

РЕЗЮМЕ.

Структура заболеваемости по обращаемости остается стабильной на протяжении последнего десятилетия, болезни кровообращения занимают второе ранговое место после болезней органов дыхания. В структуре смертности от БСК лидирующее место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). В структуре первичной инвалидности взрослого населения болезни системы кровообращения занимают первое место и составляют 35% от общего числа лиц, признанных инвалидами впервые. По мнению многих авторов, показатели здоровья населения зависят от региона их проживания. Проведенный анализ свидетельствует о сохраняющейся актуальности изучения динамики заболеваемости ИБС с целью совершенствования системы организации медицинской помощи больным ИБС в Челябинской области.

KEY WORDS: MORBIDITY, MORTALITY, DISABILITY, CORONARY HEART DISEASE.

SUMMARY.

Pattern of incidence by uptake remained stable over the last decade, circulatory diseases are the second place rank-

ing, after respiratory diseases. In the structure of mortality from BSK leader takes coronary heart disease (CHD). In the structure of the primary disability of the adult population cardiovascular diseases rank first and constitute 35% of the total number of persons recognized as disabled for the first time. According to many authors health outcomes depend on the region where they live. The analysis shows the continuing relevance of studying the dynamics of the incidence of CHD in order to improve the organization of medical care for patients of CHD in the Chelyabinsk region.

ВВЕДЕНИЕ.

Проблема крайне высокой заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в Российской Федерации, несмотря на положительные тенденции последних лет, является актуальной и для Челябинской области.

В структуре заболеваемости по обращаемости взрослого населения Челябинской области в 2012 году болезни кровообращения занимали второе ранговое место, после болезней органов дыхания [1]. В структуре смертности от БСК лидирующее место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). В структуре первичной инвалидности взрослого населения болезни системы кровообращения занимают первое место и составляют 35% от общего числа лиц, признанных инвалидами впервые.

В структуре класса «БСК» среди заболеваний, приводящих к первичной инвалидности, преобладают ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ явилось изучение динамики заболеваемости и смертности от ишемиче-

Москвичева Марина Геннадьевна – д. м. н., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФДПО; 8 (351) 2314890; moskvichevamg@mail.ru

Белова Светлана Александровна – зав. организационно-методическим отд.; 83517342796; svetl.belova@mail.ru

Белов Дмитрий Владимирович – асс. кафедры госпитальной хирургии; 83517342796; hosphir@mail.ru

ской болезни сердца в Челябинской области с 2001 г. по 2012 г. с целью оценки потребности населения в рентгеноэндоваскулярных методах диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Базами данных в качестве источников информации явились официальные данные государственной статистики по Российской Федерации за период с 2001 по 2012 годы, статистические материалы Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Челябинской области (Челябинскстат), Челябинского областного медицинского информационно-аналитического центра, отчетная медицинская документация лечебно-профилактических учреждений, результаты диспансеризации, учетные и отчетные формы лечебно-профилактических учреждений области за период 2001-2012 гг. с изучением динамики показателей заболеваемости населения Челябинской области БСК и ИБС с типологией по четырем территориальным группам. В I группу вошло городское население городов свыше 1млн жителей, во II группу включены жители городов с численностью населения свыше 100 тыс. человек, в III группу – города с численностью населения менее 100 тыс. человек, в IV группу — жители сельских территорий.

При обработке использовались статистические и графические возможности программы Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

По мнению многих авторов (Щепин О. П. и соавт., 2005; Прохоров В. В. и соавт., 2007; Щепин О. П. и соавт., 2007), показатели здоровья населения зависят от региона их проживания.

Структура общей заболеваемости по обращаемости взрослого населения Челябинской области остается стабильно устойчивой. В структуре заболеваемости в 2012 г. класс X по МКБ-10 – болезни органов дыхания – составляет 17,2%, класс IX – болезни системы кровообращения – 15,1%, класс XIII – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 8,1%, класс XIX – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 7,9%, класс XIV – болезни мочеполовой системы – 7,8%. Анализ показывает, что имеет место рост уровня общей заболеваемости БСК по обращаемости со 174 на 1 тыс. населения в 2001 г. до 223,3 на 1 тыс. населения в 2012 г. (темп роста +129%) и уровня заболеваемости ИБС по обращаемости с 46 на 1 тыс. населения в 2004 г. до 56,8 на 1 тыс. населения в 2012 г. (темп роста +123%) в целом по Челябинской области.

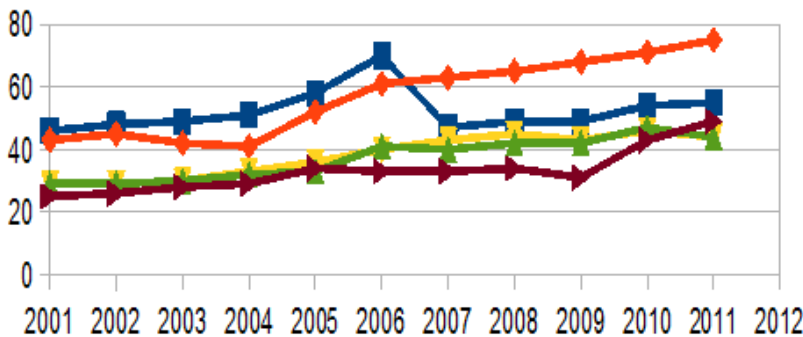


Рисунок 1 – Динамика показателей заболеваемости ИБС по обращаемости за 2001-2012 годы по территориальным группам

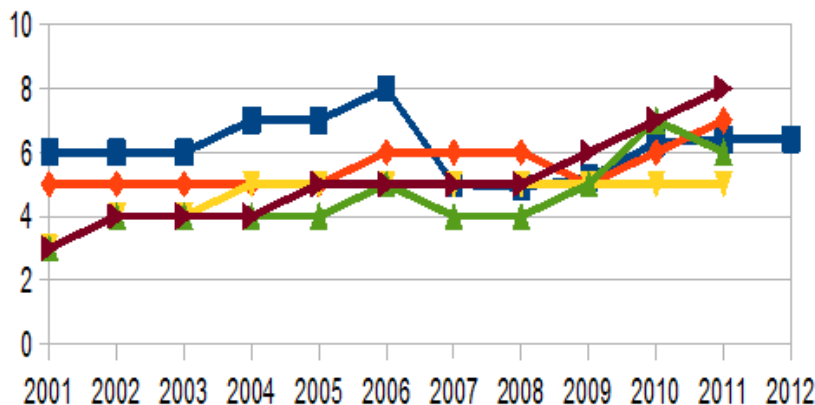


Рисунок 2 – Динамика первичной заболеваемости по обращаемости ИБС за 2001-2012 годы

Рост заболеваемости по обращаемости ИБС имеет максимальные значения в 4-й группе (+196%) и минимальное значение в 3-й группе (+151%) (рис. 1, 2).

Структура общей заболеваемости БСК по обращаемости за последние 12 лет остается практически неизменной, доля заболеваемости ИБС по обращаемости в структуре общей заболеваемости БСК увеличилась с 24,7% в 2001 г. до 25,4% в 2012 году.

Уровень первичной заболеваемости по обращаемости ИБС населения Челябинской области в 2012 году увеличился на 6% и составил 6,4 на 1 тыс. населения (в 2001 г. – 6 на 1 тыс. населения), в то время как уровень первичной заболеваемости БСК по обращаемости увеличился на 9,6% за указанный период и составил 27,4 на 1 тыс. населения.

Резкий подъем первичной заболеваемости по обращаемости БСК начался с 2006 г., что связано с активной работой врачей первичного звена по раннему выявлению заболеваний в рамках национального проекта Здоровье.

В структуре первичной заболеваемости по обращаемости БСК доля показателя первичной заболеваемости ИБС снизилась незначительно – с 24% в 2001 г. до 23,4%.

Рост показателя первичной заболеваемости по обращаемости ИБС отмечается во всех территориальных группах с 2004 г., однако тенденции роста этого показателя неоднозначны для различных групп территорий. Отмечается значительный подъем с 2009 г. с превышением среднеобластного показателя в первой группе и четвертой группах, что связано с активной работой в г. Челябинске врачей первичного звена по раннему выявлению заболеваний, а также для сельской местности с работой врачей выездных консультативных бригад ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» и ГБУЗ «Областной кардиологический диспансер» и ростом обеспеченности врачами общей практики.

Уровень заболеваемости по обращаемости стенокардией (I 20) имеет тенденцию к увеличению (+116% к показателю 2001 г.) и составляет 26,8 на 1 тыс. взрослого населения, уровни заболеваемости по обращаемости стенокардией в 1-й группе превышают среднеобластные показатели. С 2010 г. отмечается четкая тенденция к росту заболеваемости стенокардией в 4-й группе, в то время как данный показатель мало отличается во 2 и 4-й группах.

Первичная заболеваемость по обращаемости стенокардией (I 20) в целом по Челябинской области увеличилась в 2,3 раза с 1,0 на 1 тыс. населения в 2001 г. до 2,3 случая соответственно в 2012 г. Основной прирост также отмечается в 1 и 4-й территориальных группах.

В 2012 г. зарегистрировано 16269 больных ИБС, которым диагноз ИБС установлен впервые. За последние годы имеет место рост числа больных, которым установлен диагноз ИБС впервые (темпа роста + 116%) с тенденцией к снижению заболеваемости инфарктом миокарда (-16%). Число острых инфарктов миокарда (I 21) за период с 2001 г. по 2012 г. уменьшилось с 3,0 в 2001 г. до 1,8 на 1 тыс. населения в 2012 году. Общая тенденция снижения отмечается в I, II, III группах. Без динамики остался показатель в IV группе. Однако показатель заболеваемости ИМ 1,8 на 1 тыс. взрослого населения остается выше, чем в среднем по России – 1,6 на 1 тыс. взрослого населения. Проведенный анализ свидетельствует о сохраняющейся актуальности изучения динамики заболеваемости ИБС с целью совершенствования системы организации медицинской помощи больным ИБС в Челябинской области с целью снижения заболеваемости до уровня Российской Федерации.

Наиболее эффективным способом лечения ИБС в настоящее время является реваскуляризация коронарных артерий с помощью рентгенэндоваскулярных методов лечения и хирургических вмешательств (коронарное шунтирование).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

ИБС занимает одно из лидирующих мест по заболеваемости по обращаемости в Челябинской области, отмечается тенденция к снижению заболеваемости ОИМ с одновременным ростом регистрируемой заболеваемости стенокардией. Данные заболеваемости по обращаемости ИБС позволяют определить потребность населения Челябинской области в коронароангиографических исследованиях, которая может быть определена из расчета случаев впервые установленного диагноза ИБС в год.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бокерия, Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия – 2012. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Л. А. Бокерия, Р. г. Гудкова. – М., 2012. – 191с.
2. Бокерия, Л. А. Организация отбора больных на лечение с использованием высоких медицинских технологий по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» / Л. А. Бокерия, И. Н. Ступаков, И. В. Самородская. – М., 2008. – 100 с.
3. Перхов, В. И. Обеспечение населения Российской Федерации высокотехнологичными видами медицинской помощи : история, действительность, перспективы / В. И. Перхов // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 9. – С. 37-43.

4. Фуфаев, Е. Н. К вопросу о методике клинико-социальных исследований по изучению потребности в кардиохирургической помощи / Е. Н. Фуфаев // Качественная клиническая практика. – 2003. – № 2. – С. 108–113.

5. World Health Organization. Preventing chronic diseases: A vital investment. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html.

6. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Joint ese guidelines. – *European Heart J.* – 2012. – № 33. – P. 1635–1705.

УДК [614.2:616.5-051](470.56)

В. Ю. БОРИСОВ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОРОДА БУЗУЛУКА

Филиал «Бузулукский кожно-венерологический диспансер» Оренбургского кожно-венерологического диспансера

V. Y. BORISOV

ANALYSIS OF MORBIDITY WITH TEMPORARY DISABILITY DUE TO SKIN DISEASES AMONG HEALTH CARE WORKERS OF THE CITY BUZULUK

Branch «Buzuluk dermatovenerologic Dispensary» Orenburg dermatovenerologic Dispensary

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ, ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ.

РЕЗЮМЕ.

Представлены результаты статистического анализа заболеваемости медицинских работников с утратой временной трудоспособности, изучены показатели по полу, возрасту и группам заболеваний кожи. Предложены пути снижения ЗВУТ.

KEY WORDS: MORBIDITY, SKIN DISEASES, EXAMINATION OF TEMPORARY DISABILITY. **SUMMARY.**

The results of the statistical analysis of the incidence of health care workers with a temporary loss of ability to work, studied indicators by sex, age groups and skin diseases. Ways of reducing ZVUT.

Для современного решения вопросов управления здоровьем работающих медицинских работников и разработки оздоровительных мероприятий по снижению заболеваемости необходимо изучение факторов, поддерживающих её уровень. Снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности имеет не только социальное, но и экономическое значение, так как способствует сохранению среди медицинских работников значительного количества работающих.

Сеть здравоохранения территории Бузулука в настоящее время представлена следующими медицинскими организациями: ГБУЗ «Городская больница» города Бузулука, ГАУЗ «Городская боль-

ница № 1» города Бузулука, ГБУЗ «Бузулукская районная больница», ГБУЗ «Областной Бузулукский противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ «Областной психоневрологический диспансер» г. Бузулука, ГБОУ СПО «Бузулукский медицинский колледж», филиал «Бузулукский наркологический диспансер» ГБУЗ «ООНД», филиал «Бузулукский кожно-венерологический диспансер» ГБУЗ «ОКВД».

Для обслуживания медицинских работников с заболеваниями кожи выделен врач-дерматовенеролог, которая имеет большой стаж работы и первую квалификационную категорию. Прием ведется в кожном кабинете Бузулукского кожвендиспансера. Для лечения тяжелых больных используется стационар Бузулукского кожвендиспансера.

По приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 12 апреля 2011 г. № 302н г. Москва «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», медицинские работники осматриваются в кабинете профилактических медицинских осмотров кожвендиспансера по совместному графику ЛПУ города. Прохождение медосмотров (списки, график) ежегодно согласовывается с территориальным отделом

Борисов Владимир Юрьевич – зав. филиалом; 89033652497, buz-kvd@mail.ru

Управления Роспотребнадзора по Оренбургской области. В здравоохранении города работает 2893 человека, из них 998 женщин. За 2013 год профессиональных заболеваний кожи и венерических болезней среди медицинских работников не было выявлено. На диспансерном учете состоят 6 медицинских работников с хроническими кожными заболеваниями: 1 врач и 5 медицинских сестер (4 больных распространенным псориазом и 2 больных экземой). В течение года диспансерные больные вызываются на диспансерный осмотр, намечается план лечебно-оздоровительных

мероприятий, включая стационарное лечение. Выхода на инвалидность среди медицинских работников по кожным заболеваниям в 2012-2013 годах не было.

Анализируя заболеваемость с временной утратой трудоспособности за 2013 год, следует отметить, что она сохраняется на прежнем уровне при инфекционных и паразитарных болезнях кожи и увеличилась при болезнях кожи, но при этом уменьшилась средняя длительность пребывания на больничном листке, появились случаи больничных листков по уходу за больным (табл. 1).

Таблица 1 – Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди медицинских работников

	Количество случаев заболеваний с ВУТ на 100 работающих		Количество дней заболеваний с ВУТ на 100 работающих		Средняя длительность 1 случая	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,1	0,1	1,3	2,0	13	12,6
Болезни кожи	0,07	0,2	1,4	2,2	15,5	10,8
По уходу	0	0,06	0	0,83	0	12

Таблица 2 – Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди медицинских работников

Причины нетрудоспособности	Годы	
	2012	2013
Инфекционные и паразитарные болезни	0,6	0,3
Болезни кожи	0,4	0,5
По уходу	0	0,2

Таблица 3 – Структура заболеваемости по полу с временной утратой трудоспособности среди медицинских работников (в %)

	Женщины		Мужчины	
	2012	2013	2012	2013
Инфекционные и паразитарные болезни	100	100	0	0
Болезни кожи	50	80	50	20
По уходу	0	100	0	0

Таблица 4 – Заболеваемость по возрастным группам с временной утратой трудоспособности среди медицинских работников по возрасту (в %)

	До 30 лет		30-40 лет		Старше 40-50 лет		Старше 50 лет	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Инфекционные и паразитарные болезни	0	33	0	0	0	33,5	100	33,6
Болезни кожи	0	50	0	16,6	50	16,6	50	16,8
По уходу	0	0	0	100	0	0	0	0

На первом месте в 2013 году, в отличие от прошлого года, в структуре заболеваемости находят­ся болезни кожи, при этом чаще болели женщины (табл. 2, 3, 4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом, для улучшения работы по медицинскому обслуживанию и снижению заболеваемости медработников необходимо:

1. Продолжить работу по диспансеризации и дополнительной диспансеризации.
2. Улучшить качество проведения медицинских осмотров.

3. Усилить контроль над сроками пребывания на листке нетрудоспособности медработников.

4. После стационарного лечения рекомендо­вать долечивание в санаториях соответствующего профиля.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 29 июня 2011 г. № 624н г., Москва, «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».

УДК 616-036.22:

Н. О. ДАВЫДОВА¹, С. В. НОТОВА¹, М. В. ФОМИНА^{1,2}, О. В. КВАН¹

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

¹Оренбургский государственный университет

²Оренбургская государственная медицинская академия

N. O. DAVYDOVA¹, S. V. NOTOVA¹, M. V. FOMINA^{1,2}, O. V. KWAN¹

CLUSTER ANALYSIS AS A METHOD OF EVALUATION OF MEDICAL EXAMINATION OF CHILDREN-ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

¹Orenburg State University

²Orenburg State Medical Academy

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: СИРОТЫ, ИНВАЛИДНОСТЬ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ, КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ.

РЕЗЮМЕ.

В основе работы – анализ учетных форм 030/у и 112 – 1/у – 2000 386 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Проанализированы основные показатели, характеризующие ребенка, в первую очередь его физическое развитие, а также заболеваемость и инвалидность. Определены корреляционные связи между классами болезней, а также выделены группы детей со схожим набором болезней и уровнем инвалидности. Среди детей-сирот преобладали 3, 4 и 5 группы

здоровья. Определен неблагоприятный возрастной период для детей, находящихся в условиях детского дома. Кластерный анализ эффективен для выявления особенностей состояния здоровья и оптимизации диспансерного наблюдения детей, находящихся в детском доме.

KEY WORDS: ORPHANS, DISABILITY, MEDICAL EXAMINATION, CLUSTER ANALYSIS.

SUMMARY.

In the basis of activity – analysis of the accounting forms 030/112 – 1/u – 2000 386 children – orphans and children left without parental care. Analysis of the basic indicators characterizing the child, first of all its physical development and morbidity and disability. Defined correlation between classes of diseases and groups of children with similar sets of disease and the level of disability. Among the orphans prevailed 3,4 and 5 health group. Defined by the unfavorable age for children in the orphanage. Cluster analysis is effective for revealing features of health status and optimization of dispensary observation of children in the orphanage.

ВВЕДЕНИЕ.

Традиционно кластерный анализ в медицине используют для выявления типичных клинических

Давыдова Наталья Олеговна – к. м. н., с. н. с.; +79033601414; DavydovaNatalia2010@yandex.ru

Нотова Светлана Викторовна – д. м. н., проф. кафедры биохимии и молекулярной биологии; 8 (3532) 575947; snotova@mail.ru

Фомина Марина Викторовна – к. м. н., доцент, нач. отдела аспирантуры, докторантуры и организации научных исследований; доцент кафедры биохимии и молекулярной биологии; +79228584013; fomina_m.v@mail.ru

Кван Ольга Вилориевна – к. б. н., с. н. с.; +79225485657; kwan111@yandex.ru

случаев. Чаще всего он является лишь отправной точкой для других алгоритмов интеллектуального анализа данных. Являясь методом многомерного анализа данных, он позволяет разбить все анализируемые объекты на несколько «в целом относительно однородных» групп [3, 4, 9].

Диспансеризацией, или диспансерным наблюдением (ДН), в нашей стране принято называть комплекс мероприятий, который должен проводиться в лечебно-профилактических учреждениях. Он включает:

А. Диагностику, в том числе собственно медицинскую диагностику, диагностику сопутствующих состояний при обращении больных и скрининг.

Б. Учет больных и наблюдение за ними, включающее поддержание регистров больных, деление больных на группы в соответствии с их нуждаемостью в наблюдении и лечении, лечение таких больных.

В. Инициацию мероприятий социальной поддержки больных.

Основные задачи диспансеризации ребенка – это констатировать изменения всех параметров здоровья за эпикризный срок с последующими рекомендациями. Данные о результатах профилактического осмотра заносятся в формы 112/у, 026/у – 2000, 030/у и 112 – 1/у – 2000. Общие сведения о результатах профилактических осмотров детей вносятся ежегодно в отчетную форму Федерального Государственного статистического наблюдения № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам» [2, 7, 11].

Нами была поставлена цель – выявить особенности состояния здоровья детей, находящихся в детском доме и найти способы оптимизировать диспансерную работу, сделав ее более индивидуальной [2, 13]. Для этого были решены задачи: проанализированы основные параметры детей, заболеваемость, инвалидность, группы здоровья детей, находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей до и после диспансеризации [1, 2, 7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В основу работы легли результаты комплексного обследования 386 детей в 2009 г., находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с анализом учетных форм 030/у и 112 – 1/у – 2000. Выделены показатели, характеризующие ребенка (физическое развитие, нервно-психический статус, уровень стигматизации), а также заболеваемость и инвалидность до и после диспансеризации. Система комплексной оценки состояния здоровья детей

проводилась по шести базовым критериям: оценка анамнеза; физическое развитие и степень его гармоничности; нервно-психическое развитие и уровень интеллекта; резистентность организма; функциональное состояние органов и систем; наличие или отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков развития [5-7, 8, 10, 12].

Полученные данные обрабатывались в VISUAL FOXPRO 9, EXCEL 2007, STATISTICA 10. Использовались методы выкопировки, контент-анализа и линейной статистики (нахождение выборочных средних и ошибок средних значений ($M \pm m$), стандартное отклонение в выборке ($M \pm \sigma$)) [3, 4, 9]. Методом выкопировки учетно-отчетных форм проводился сбор данных детей. Контент-анализ (от англ. contents – содержание) – метод качественно-количественного анализа содержания документов с целью выявления или измерения различных фактов и тенденций, отраженных в этих документах. Применим, когда интересующие исследователя элементы содержания встречались с достаточной частотой (принцип статистической значимости). Кроме этого, был применен метод многомерного статистического анализа, такого как кластерный [3, 4, 9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Проанализированы все показатели ребенка, а также выявленные заболевания до и после диспансеризации. Поскольку определение заболевания определенного класса болезней МКБ 10 измерялось в бинарной шкале: 0 – нет заболевания данного класса болезней; 1 – у ребенка обнаружено заболевание данного класса болезней, то данные приведенные в таблице, с одной стороны, характеризуют вероятность (процент) обнаружения болезней данного класса у детей-сирот, а с другой стороны, могут характеризовать среднее значение числа болезней обнаруженных у детей-сирот в анализируемой выборке.

Сравнение выборочных средних (M) позволяет сделать вывод, что наибольшие различия заболеваний до и после диспансеризации было обнаружено по классам болезней «Болезни эндокринной системы», «Болезни органов пищеварения» и «Болезни костно-мышечной системы» ($p=0,000$). Также статистически значимыми оказались различия в классах болезней «Болезни органов дыхания» ($p=0,023$) и «Болезни кожи и подкожной клетчатки» ($p=0,050$).

Для выделения характерных особенностей в наличии заболеваний различных классов у детей в обследуемых детских домах был применен кластерный анализ [9, 11]. Особенность найденных групп (кластеров) такова, что все объекты, попавшие в один кластер, имеют более схожие характеристики, чем объекты, попавшие в разные кластеры.

Таблица – Структура заболеваемости детей-сирот по классам МКБ 10

Класс болезней по МКБ 10	Среднее число заболеваний данного класса болезней, обнаруженных у ребенка ($M \pm \sigma$)		Значение p
	До диспансеризации	После диспансеризации	
Инфекционные и паразитарные болезни	0,09±0,29	0,08±0,28	0,180
Новообразования	0,04±0,23	0,05±0,23	0,593
Болезни крови и кроветворных органов	0,07±0,26	0,05±0,23	0,068
Болезни эндокринной системы	0,65±0,81	0,44±0,73	0,000
Психические расстройства	0,46±0,58	0,46±0,59	0,401
Болезни нервной системы	0,78±0,85	0,78±0,85	0,790
Болезни глаза	0,37±0,70	0,40±0,71	0,076
Болезни уха	0,01±0,11	0,01±0,11	0,999
Болезни системы кровообращения	0,06±0,27	0,05±0,25	0,109
Болезни органов дыхания	0,10±0,32	0,14±0,35	0,023
Болезни органов пищеварения	0,32±0,64	0,49±0,74	0,000
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,09±0,29	0,07±0,27	0,050
Болезни костно-мышечной системы	0,17±0,42	0,33±0,51	0,000
Болезни мочеполовой системы	0,06±0,28	0,09±0,31	0,062
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,08±0,28	0,08±0,28	0,999
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	1,01±1,29	0,99±1,25	0,768
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,41±0,55	0,41±0,55	0,767
Травмы и отравления	0,01±0,07	0,01±0,07	0,999
Факторы, влияющие на состояние здоровья	0,04±0,23	0,04±0,22	0,180

Примечание – M – средние значения; σ – стандартное отклонение в выборке, p – уровень статистической значимости.

Таким образом, выделились вторая и четвертая группы детей (всего оказалось 5 кластеров).

На уровне дистанции близости равной 32 можно выделить 5 групп детей, из которых каждая группа имеет свои характерные особенности в наличии заболеваний различных классов.

Вторая группа детей имела наибольшее число средних значений, которые были меньше всех по всем пяти выделенным группам (15 значений). Наоборот, средние показатели детей, отнесенных кластерным анализом к четвертой группе, имели средние значения 16 признаков, которые были самыми большими среди всех остальных групп.

Четвертая группа – это дети $3,48 \pm 0,40$ года. У них чаще всего были отклонения в психомоторной и эмоционально-вегетативной сфере ($0,82 \pm 0,10$ и $0,82 \pm 0,10$ соответственно). В указанной группе в среднем из 100 детей 76 детей были инвалидами ($0,76 \pm 0,14$). Каждый ребенок четвертой группы имел более 4-х видов врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений ($4,82 \pm 0,30$). Вторая группа – дети $2,35 \pm 0,14$ года, у которых отклонения в психомоторной и эмоционально-вегетативной сфере были минимальными. Это 33 и 29 детей из 100 соответственно. В этой группе было 16 инвалидов на 100 исследуемых.

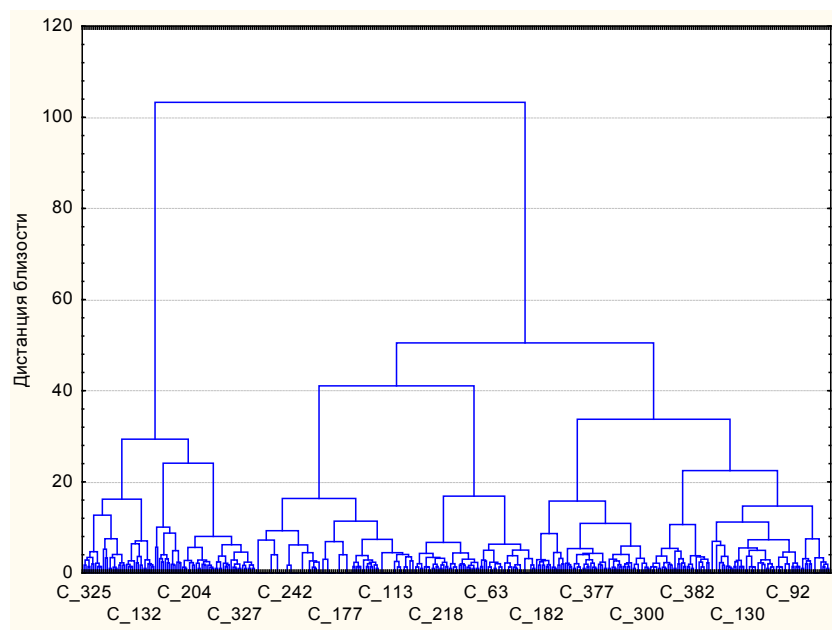


Рисунок – Группы, имеющие характерные особенности в наличии заболеваний различных классов у детей-сирот

Примечание – Для краткости каждый ребенок, анализируемый кластерным анализом, на дендрограмме имел префикс «С-» (Case).

ВЫВОДЫ.

Кластерный анализ, как метод группировки объектов на основе большого числа признаков, может быть применим для выявления особенностей состояния здоровья детей, находящихся в детском доме, что позволяет сделать диспансеризацию более эффективной.

1. Кластерный анализ средних значений показателей выделенных групп дал общую характеристику каждой группе, выделив благоприятные и неблагоприятные периоды развития детей в детском доме.

2. Неблагоприятным периодом стал $3,48 \pm 0,40$ года. Среди этих детей было 76 инвалидов на 100 исследуемых детей, у 82 детей из 100 отмечались психомоторные нарушения и эмоционально-вегетативные расстройства.

3. Благоприятным периодом был $2,35 \pm 0,14$ года. В этом возрасте были минимальные отклонения в психомоторной и эмоционально-вегетативной сфере, так же, как и количество детей с инвалидностью (16 инвалидов на 100 исследуемых).

4. Кластерный анализ позволяет прогнозировать неблагоприятный временной период для развития конкретного заболевания и возможную инвалидизацию ребенка в связи с ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Учитывая особенности каждой из пяти групп, возможно наметить реально достижимые цели по улучшению здоровья ребенка; построить план реабилитационных мероприятий, который спо-

собствовал бы достижению поставленной цели. При этом необходимо учитывать фактические результаты по показателям здоровья, которые имели дети через определенный промежуток времени.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Витрук, Е. Л. Состояние здоровья детей 3-7 лет с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в детских домах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2006. – 20 с.
2. Власов, В. В. Диспансеризация / В. В. Власов // Главный врач. – 2003. – N 4. – С. 39-41.
3. Екимов, А. К. Современные подходы к управлению в здравоохранении // А. К. Екимов, В. М. Естифеев, Н. Н. Комаров. – Оренбург : ОАО «ИПК Южный Урал», 2006. – 400 с.
4. Зуева, Л. П. Эпидемиология : учебник // Л. П. Зуева, Р. Х. Яфаев. — СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2005. — 752 с.
5. Конова, С.Р. Состояние здоровья и медицинского обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей / С. Р. Конова, О. М. Филькина, А. Г. Ильин [и др.] // Сборник научных работ и материалов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы профилактики социального сиротства». – Иваново, 2008. – С. 28-31.
6. Кудина, О. Е. Анализ анамнестических данных детей, оставшихся без попечения родителей, поступивших на первом году жизни в дома ребенка / О. Е. Кудина, Г. В. Сенченко // Сборник научных работ и материалов Республиканской научно-практической

конференции «Актуальные проблемы профилактики социального сиротства». – Иваново, 2008. – С. 40-42.

7. Кузнецова, Е. Ю. Состояние здоровья воспитанников домов ребенка и методы реабилитации / Е. Ю. Кузнецова, Е. В. Либова // Сборник материалов IX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – М., 2007. – С. 357.

8. Перевощикова, Н. К. Состояние здоровья детей-сирот и возможности их реабилитации в учреждениях интернатного типа / Н. К. Перевощикова, Е. Д. Басманова, А. Л. Айнетдинова // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 10-14.

9. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2006. – 312 с.

10. Репецкая, М. Н. Состояние здоровья воспитанников детских домов Пермской области / М. Н. Репецкая, И. П. Корюкина, Н. В. Минаева, Е. Л. Сюзева // Материалы IX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – М., 2004. – С. 352.

11. Стукалова, Т. А. Опыт организации диспансерной работы среди детей младшего воз-

раста / Т.А. Стукалова, М. А. Борисова, В. Б. Максимова, Е. г. Белова // Актуальные вопросы клинической медицины. – М.: Изд. Российской академии естественных наук, 2009. – С. 283-196.

12. Широкова, О. С. Состояние здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы и задержкой нервно-психического развития, воспитывающихся в семье и домах ребенка: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2007. – 22 с.

13. Davydova, N. O. Level of orphan's health in the concept of critical periods of postnatal ontogenesis / Davydova N. O., Borisova M. A., Notova S. V., Cheremushnikova I. I. // International journal of experimental education. – 2011. – № 12. – С. 3.

Исследование выполнено в рамках Госзадания № 262 по проекту «Особенности психофизиологической адаптации студентов в процессе реализации фенотипа в различных социальных условиях».

УДК [614.2:616-002.5:616.98:578.828HIV-036.86](470.56)

Е. А. КАЛИНИНА¹, С. В. ВЯЛЬЦИН, А. А. КАЗЫГАСHEVA², О. В. МАРИНЕЦ³

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРИЧИНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА (РЕЗУЛЬТАТЫ 10-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА)

¹Оренбургская государственная медицинская академия

²Городская клиническая инфекционная больница

³Геронтологический центр «Долголетие»

E. A. KALININA¹, S. V. VYALTSIN, A. A. KAZYGASHEVA², O. V. MARINETS³

MORBIDITY AND DISABILITY IN ORENBURG REGION BECAUSE OF HIV AND TUBERCULOSIS (10 YEARS STUDY)

¹Orenburg State Medical Academy

²City hospital infectious diseases

³Gerontology Center «Longevity»

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ТУБЕРКУЛЕЗ.

РЕЗЮМЕ.

В статье представлены результаты анализа показателей заболеваемости и инвалидности населения Оренбургской области по причине ВИЧ-инфекции и туберкулеза за период с 2002 по 2011 годы. Установлен рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией и широкое вовлечение в эпидемический процесс женщин и детей, что привело к увеличению уровня инвалидности среди детского населения региона. При этом в Оренбургской области зарегистрировано снижение первичной, общей заболеваемости и смертности от туберкулеза среди

Калинина Екатерина Алексеевна – к. м. н., ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89877958996; kalina1957@yandex.ru

Вяльцин Сергей Валентинович – к. м. н., доцент; 89033987560; vyaltsin58@mail.ru

Казыгашева Александра Анатольевна – врач-методист; 89501890715; kazygashева68@mail.ru

Маринец Ольга Валерьевна – врач-психотерапевт; 89058904690; omarinets@yandex.ru

населения всех возрастов на фоне роста показателей первичной заболеваемости туберкулезом среди детей (от 0 до 14 лет).

KEY WORDS: MORBIDITY, MORTALITY, DISABILITY, HIV, TUBERCULOSIS.

SUMMARY.

The article gives figures of morbidity and disability in Orenburg region because of HIV and tuberculosis since 2002 up 2011. We found out a morbidity growth of HIV among women and children that caused increase of children disability. At the same time we could see the reduction of primary & general morbidity & mortality because of tuberculosis against the background of growth of primary morbidity among children (0-14 years) because of tuberculosis.

ВВЕДЕНИЕ.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 года № 715 в перечень социально значимых заболеваний вошли ВИЧ-инфекция и туберкулез [1].

В настоящее время в Российской Федерации эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции остается напряженной, продолжается распространение вируса иммунодефицита человека среди населения и увеличение кумулятивного числа инфицированных и больных.

Согласно Указу Президента России от 7 мая 2012 г. № 598 «Совершенствование государственной политики в сфере здравоохранения» к 2018 году необходимо добиться снижения смертности от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения [2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – установить закономерности изменения показателей заболеваемости и инвалидности по причине ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Оренбургской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В ходе настоящего исследования проанализированы данные официальной статистики Министерства здравоохранения Оренбургской области, годовых отчетов ГБУЗ «Оренбургский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» и Главного бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области. Период наблюдения составил 10 лет (2002-2011 годы). В исследовании использованы статистический и аналитический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

В Оренбургской области пик первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией приходился на 2001 год, когда данный показатель составил 178,8 на 100 000 населения. Затем в регионе наблюдалось снижение показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией, что объясняется стабилизацией уровня циркуляции вируса

иммунодефицита человека среди лиц, употребляющих парентерально психоактивные вещества, и увеличением распространенности полового пути передачи ВИЧ-инфекции, при котором эпидемический процесс развивается более медленно.

В Оренбургской области после незначительного снижения уровня первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией (до 75,5 случая на 100 000 населения в 2003 году) вновь отмечено повышение данных показателей, и в 2010 году в регионе уровень первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией достиг 97,7 случая на 100 000 населения.

Как видно из рисунка 1, показатели первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения Оренбургской области в 3-4 раза превышают среднероссийские значения.

Оренбургская область по распространенности ВИЧ-инфекции занимает 7-е место в России и 2-е место в Приволжском федеральном округе. Только за последние 5 лет (с 2005 по 2010 годы) в регионе распространённость ВИЧ-инфекции возросла на 41,5%.

Следует отметить, что на территории Оренбуржья сформировалась неоднородная картина по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Имеются территории с высоким уровнем заболеваемости, к которым относится восточная зона, где ежегодно регистрируется уровень первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией, превышающий 190 случаев на 100 000 населения.

Реализация полового пути передачи ВИЧ-инфекции способствует активному вовлечению женщин и детей в эпидемический процесс. Число женщин, заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путём, увеличивается из года в год. Их доля в 2010 году по сравнению с 2005 годом выросла на 10,1% и составила 90,4% от общего числа заразившихся женщин в 2011 году. Всего на 1 января 2012 года в Оренбургской области от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 406 детей.

Установлено, что в течение последних 5 лет в Оренбургской области показатель общей инвалидности детей по причине ВИЧ-инфекции повышается: с 0,1 до 0,2 случая на 10 000 детского населения.

Среди социально-значимых болезней туберкулез занимает особое место. В начале 90-х годов прошлого столетия в нашей стране заболеваемость туберкулезом возросла, такая тенденция была характерна и для Оренбургской области.

За последнее десятилетие в исследуемом регионе произошло снижение показателей как первичной, так и общей заболеваемости туберкулезом. Максимальный уровень первичной заболеваемо-

сти туберкулезом в Оренбургской области зарегистрирован в 2008 году, когда составил 113,7 случая на 100 000 населения. К 2011 году данный показатель снизился до 94,2 случая на 100 000 населения (рис. 1).

Установлено, что в Оренбургской области показатель общей заболеваемости туберкулезом в течение 2002–2011 годов имел тенденцию к снижению, однако в 2009 году был зафиксирован подъём данного показателя на 14,4% по сравнению с предыдущим годом, что демонстрирует рисунок 2.

Отмечено, что в регионе за исследуемый период произошло повышение уровня первичной заболеваемости туберкулезом среди детского населения. Так, в 2006 году данный показатель вырос на 6,3% по сравнению с предыдущим годом, а в 2011 году он составил 13,4 на 100 000 детского населения. Среди подростков отмечено выраженное (в 1,8 раза) снижение первичной заболеваемости туберкулезом – с 51,4 на 100 000 в 2006 году до 28,8 на 100 000 в 2011 году.

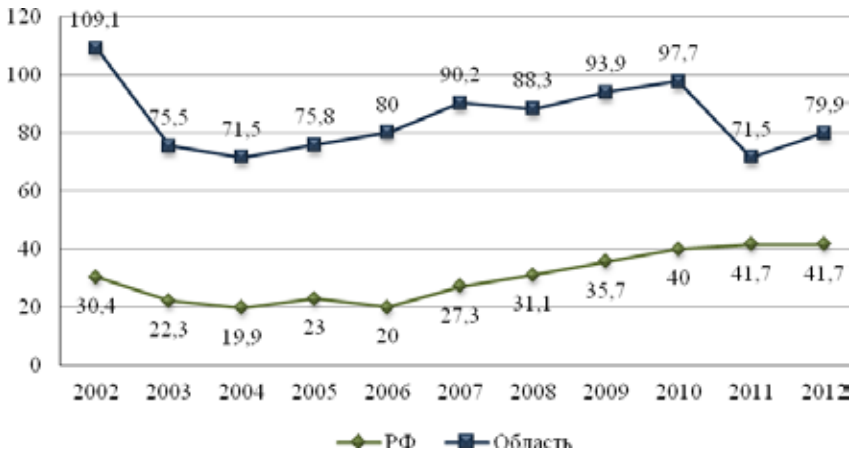


Рисунок 1 – Динамика первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения РФ и Оренбургской области

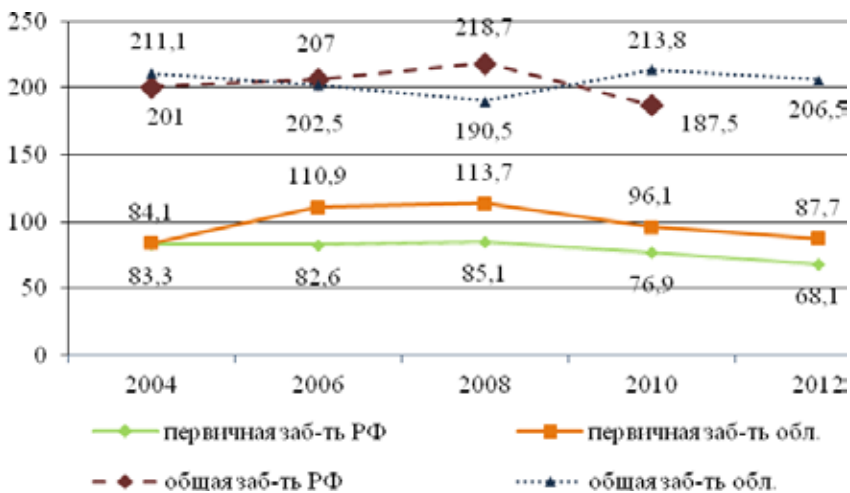


Рисунок 2 – Динамика показателей заболеваемости туберкулезом населения РФ и Оренбургской области

За период с 2002 по 2011 годы в Оренбургской области смертность от туберкулеза была максимальной в 2004 году, когда данный показатель достиг 14 случаев на 100 000 населения. В дальнейшем отмечено снижение уровня смертности от туберкулеза до 9,5 случая на 100 000 населения.

В Оренбургской области в 2011 году в структуре причин первичной инвалидности трудоспособного населения туберкулез занимал 5-е место.

В изучаемом регионе уровень первичной инвалидности по причине туберкулеза среди тру-

доспособного населения достоверно превышал среднероссийские показатели. Так, в 2009 году в Оренбургской области первичная инвалидность вследствие туберкулеза была в 3 раза выше, чем в целом по Российской Федерации.

С 2009 года по показателю первичной инвалидности вследствие туберкулеза Оренбургская область занимала третье место в Российской Федерации.

В регионе за последнее десятилетие зарегистрировано снижение первичной и общей инвалидности населения по причине туберкулеза. Так, общая инвалид-

ность населения трудоспособного возраста вследствие туберкулеза снизилась до уровня 7,2 на 10 000 населения или на 36,2% по сравнению с 2008 годом.

В течение последних лет в Оренбургской области уровень первичной инвалидности детей в возрасте от 0 до 17 лет по причине туберкулеза существенно не менялся. В изучаемом регионе отмечался некоторый рост данного показателя в 2001–2003 годах, но в последние годы зарегистрировано снижение уровня первичной инвалидности детей по причине туберкулеза на 31,5% (с 35,9 на 10 000 в 2003 году до 24,4 на 10 000 в 2010 году).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом, в Оренбургской области сохраняется напряженная ситуация по таким социально значимым заболеваниям, как ВИЧ и туберкулез. В регионе отмечен рост первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией, что способствует широкому вовлечению в эпидемический процесс женщин и детей. В Оренбургской области в последние годы зарегистрирован рост показателя первичной инвалидности вследствие ВИЧ-инфекции среди детского населения.

Несмотря на то, что в изучаемом регионе отмечено снижение показателей заболеваемости и смертности по причине туберкулеза, при этом зарегистрирован рост уровня первичной заболеваемости туберкулезом среди детского населения. В Оренбургской области сохраняются высокие показатели инвалидности по причине туберкулеза среди населения детского и трудоспособного возраста, которые существенно превышают среднероссийские показатели.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 года № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [Электронный ресурс] / <http://base.consultant.ru>

2. Указ Президента России от 7 мая 2012 г. № 598 «Совершенствование государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс] / <http://base.consultant.ru/>

УДК 614.21:617.7-089:338

М. В. КРУШИНИН, Ю. Ф. КУЗЬМИН, М. Э. КОРОТКИХ, К. В. ТИТОВ

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Свердловская областная клиническая больница № 1

M. V. KRUSHININ, Y. F. KUZMIN, M. E. KOROTKIH, K. V. TITOV

ASSESSMENT OF THE ECONOMIC EFFICIENCY OF THE SURGICAL HOSPITAL A SHORT STAY IN OPHTHALMOLOGY

Sverdlovsk Regional Hospital № 1

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ.

РЕЗЮМЕ.

Постоянный рост расходов на здравоохранение является общей тенденцией для развитых стран мира. Для устранения диспропорции между имеющимися вариантами лечения используются различ-

ные методы анализа эффективности медицинских технологий. Для оценки эффективности использовалась методика анализа минимизации затрат на лечение пациента с диагнозом «старческая катаракта» в условиях хирургического стационара кратковременного пребывания. Стационароразмещающие технологии являются более экономичными и эффективными, если объемы и виды деятельности правильно определены. При выборе методов лечения, приводящих к одному и тому же клиническому эффекту, предпочтение должно быть отдано экономически выгодному методу.

KEY WORDS: ECONOMIC EFFICIENCY, SHORT STAY SURGICAL HOSPITAL.

SUMMARY.

Continued growth of health spending is a general tendency for developed countries. To eliminate disparities

Крушинин Максим Валерьевич – врач-офтальмолог; 8 904 544 61 99; kmv969@gmail.com

Кузьмин Юрий Фёдорович – д. м. н., профессор; 8 (343) 3511640; office@okb1.ru

Коротких Мария Эдуардовна – к. м. н., зам. гл. врача; 8 (343) 3511622; office@okb1.ru

Титов Константин Владиленович – к. м. н., зав. хирургическим стационаром кратковременного пребывания; 8 (343) 3511640; office@okb1.ru

between available treatment options using different methods of analysis of efficiency of medical technology. To assess the effectiveness of the methodology of analysis to minimize the costs of treating a patient with a diagnosis of «senile cataract» in a short stay surgical hospital. Inpatient technologies are more economical and efficient, if the volumes and activities are correctly identified. When choosing alternative therapies, leading to the same medical effect, preference should be given a more economical method.

ВВЕДЕНИЕ.

Постоянный рост расходов на здравоохранение, связанный с появлением новых медицинских технологий и лекарств, изменениями в структуре заболеваемости и демографическими проблемами, является общей тенденцией для развитых стран мира. Сегодня ВОЗ рекомендует тратить на охрану здоровья населения не менее 6% от валового внутреннего продукта. Для устранения диспропорции между имеющимися вариантами лечения и ограниченными экономическими возможностями системы здравоохранения используются различные методы анализа эффективности медицинских технологий. На локальном уровне тема оценки экономической обоснованности тех или иных вариантов лечения актуальна и для любого отдельно взятого лечебно-профилактического учреждения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Анализ эффективности различных вариантов лечения заболевания на основании экономических

критериев и характеристик направлен на совершенствование управления учреждением здравоохранения, повышение качества медицинских услуг, рациональное использование материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса. На практике применяются следующие методики: анализ минимизации затрат и анализ «затраты – эффективность».

Рассмотрим способы использования данных методик экономической оценки эффективности на примере обследования и лечения пациентов с диагнозом «старческая катаракта». Для анализа и оценки эффективности лечения пациента использовалась методика анализа минимизации затрат. Каждый пациент, поступающий в офтальмологическую клинику ГБУЗ СО СОКБ № 1 с диагнозом «старческая катаракта», получает лечение согласно стандарту медицинской помощи больным возрастной катарактой (код по МКБ-10 – Н 25.0). Оперативное лечение пациента со старческой катарактой возможно в условиях хирургического стационара кратковременного пребывания (ХСКП). Организация такого подхода в лечении позволяет оптимизировать временные затраты пациента. При сравнении затрат, осуществляемых при лечении пациента в ХСКП, надо знать расчетные значения затрат на лечение данной категории пациентов в круглосуточном стационаре.

Перечень и количество медицинских услуг представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Перечень и количество медицинских услуг, применяемых в стационаре, из расчета пребывания пациента пять дней и в ХСКП

Наименование медицинской услуги	Частота предоставления		Среднее количество	
	стационар	ХСКП	стационар	ХСКП
Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1,0		1,0	1,0
Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный	1,0		3,0	1,0
Офтальмоскопия	1,0		4,0	1,0
Биомикроскопия глаза	1,0		4,0	1,0
Визометрия	1,0		3,0	1,0
Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения	1,0		4,0	1,0
Факэмульсификация катаракты с имплантацией гибкой оптической линзы	1,0		1,0	1,0
Субконъюнктивальная инъекция	1,0		8,0	1,0
Наложение монокулярной и бинокулярной повязки (наклейки, занавески) на глазницу	1,0		4,0	1,0
Введение лекарственных веществ в конъюнктивальную полость	1,0		16,0	1,0
Транспортировка больного внутри учреждения	1,0		2,0	1,0
Перевязки при операциях на органе зрения	1,0		4,0	1,0

В таблице 1 в расчет приняты только прямые затраты, которые составили 14 757 рублей. Учитывая стоимость койко-дня, исходя из заложенных норм расходов на содержание учреждения, стоимость койко-дня составляет 818 руб., таким образом, общая стоимость лечения пациента в условиях стационарного наблюдения составляет: $(818 \times 5) + 14\,757 = 18\,851$ рублей.

Экспериментальные данные расчета косвенных медицинских и непрямых затрат стационара составили 70% от стоимости хирургического лечения пациентов в стационаре, т. е. еще около 13 195 рублей ($18\,851 \times 0,7 = 13\,195$ руб.).

Проведем расчет минимальной стоимости лечения пациента в условиях ХСКП. При расчете обязательно учитывалось то, что для лечения объемом диагностических и медицинских манипуляций в рамках ХСКП осуществляется в течение суток. В расчет приняты только прямые затраты, которые составили 12 226 рублей. Стоимость койко-дня в ХСКП составляет 818 рублей. Таким образом, общая стоимость лечения пациента в амбулаторных условиях составляет: $818 + 12\,226 = 13\,044$ рубля. Согласно экспериментальным данным, косвенные медицинские и непрямые затраты составили 60% от стоимости диагностики и лечения пациентов в стационаре, т. е. еще около 7826 рублей.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Результат анализа «затраты – эффективность» представлен в таблице 2.

Расчет показателей разницы затрат на основе анализа минимизации затрат (cost minimization analysis – CMA): $CMA = 18\,851 - 13\,044 = 5807$ рублей.

Согласно полученным данным, на лечение одного пациента в круглосуточном стационаре требуется 18 851 рубль (если включить косвенные медицинские и непрямые затраты, то 32 046 руб.). Пребывание пациента в ХСКП обходится в 13 044 руб. (учитывая косвенные медицинские и непрямые затраты – 20 870 руб.), что на 5807 руб. меньше.

Таблица 2 – Анализ «затраты – эффективность» лечения в стационаре и ХСКП

Показатель	Стационар	ХСКП	Среднее значение
Клиническая эффективность (%)	71	88	79
Стоимость единицы эффективности (руб.)	265	148	201
Стоимость лечения (руб.)	18 851	13 044	15 947

Для того чтобы учесть и соотнести расходы с эффективностью лечения, необходимо провести анализ «затраты – эффективность». При проведении

данного вида анализа за единицу эффективности мы приняли число пациентов, у которых при диагностике и лечении в ХСКП и круглосуточном стационарах были достигнуты требования клинической эффективности, с учетом восстановления зрительных функций. Для круглосуточного стационара показатель клинической эффективности составил 71%. Для ХСКП – 88% (% в расчетах приравнены к 1, т. е. 1% = 1). Такой интервал – 17% между показателем клинической эффективности дневного и круглосуточного стационаров, – связан с тем, что в ХСКП:

- используются технологии хорошо оснащенного учреждения для медицинской реабилитации на уровне современных требований;
- снижен риск внутрибольничной инфекции;
- пациент получает доступ к диагностике, обследованию и лечению, исключая стрессы и медико-психологические проблемы, связанные с пребыванием в стационаре;
- можно начать лечение, не дожидаясь госпитализации в круглосуточный стационар (при рано начатом лечении часто удается добиться лучших результатов в более короткие сроки).

Рассчитаем эффективность обследования и лечения в круглосуточном стационаре: $18\,851 / 71 = 265$ руб. на 1 ед. эффективности;

в ХСКП: $13\,044 / 88 = 148$ руб. на 1 ед. эффективности.

При диагностике и лечении в круглосуточном стационаре и ХСКП затраты на единицу эффективности составляют соответственно 265 руб. и 148 рублей.

Рассчитаем приращение эффективности затрат (cost effectiveness analysis – CEA) круглосуточного и дневного стационаров:

$CEA = (18\,851 - 13\,044) / (71 - 88) = 5\,807 / (-) 17 = 341$ руб. на 1 ед. эффективности.

Приращение затрат на единицу эффективности (стоимость дополнительной единицы конечного результата) составляет 341 рубль. Это означает, что при расширении деятельности следует ожидать прироста затрат в размере 341 руб. на каждую дополнительную единицу эффективности.

В нашем случае усредненная стоимость лечения составляет 15 947 руб. при средней клинической эффективности 79%; усредненное соотношение «затраты – эффективность» – 201 руб. на одну дополнительную единицу эффективности. При обследовании и лечении пациентов с диагнозом «старческая катаракта» в ХСКП клиническая эффективность в 1,12 раза выше, чем средняя, а соотношение «затраты – эффективность» на 54 руб. меньше, чем усредненное значение.

ВЫВОДЫ.

1. Таким образом, стоимость проведения обследования и лечения пациента в круглосуточном стационаре значительно выше. Удорожание лечения происходит за счет увеличения общего количества манипуляций и дополнительных медицинских услуг. Стоимость косвенных и непрямых затрат делает лечение еще более дорогим и непосредственно отражается на общей стоимости. В связи с этим проблема выбора технологии и организации лечения имеет существенное значение как для пациента, так и для врача. Правильное понимание затратных механизмов, применение экономического подхода позволят оптимизировать прямые затраты на лечение больных с несомненной выгодой при организации всего лечебно-диагностического процесса.

2. Как уже было замечено, в условиях круглосуточного стационара клиническая эффективность ниже, чем в условиях дневного, что при выборе

способов организации деятельности оставляет преимущество за дневным стационаром. Таким образом, стационарозамещающие технологии являются более экономичными и эффективными, если объемы и виды деятельности правильно определены. При выборе методов лечения, приводящих к одному и тому же клиническому эффекту, предпочтение должно быть отдано экономически выгодному методу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Концевая, А. В. Оценка экономической эффективности медицинских технологий / А. В. Концевая, А. М. Калинина // Заместитель главного врача. – 2008. – № 2.

2. P. Desai Gains from cataract surgery: Visual function and quality of life / P. Desai, A. Reidy, DC. Minassian, G. Vafidis, J. Bolger // Br J Ophthalmol. – 1996. – 80. – P. 868-873.

УДК: 616 – 002.5 – 036.22 (470.56):519.23

А. М. МИХАЙЛОВСКИЙ, С. А. ЧУРКИН

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер

A. M. MIHAJLOVSKY, S. A. CHURKIN

THE ANALYSIS OF THE FACTORS DEFINING THE EPIDEMIC SITUATION ON THE TUBERCULOSIS IN THE ORENBURG REGION

Orenburg region tuberculosis clinic

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ТУБЕРКУЛЕЗ, ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.

РЕЗЮМЕ.

В статье рассматривается применение корреляционного анализа для определения парных обусловленностей и факторного анализа для выявления групповых обусловленностей факторов, влияющих на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Оренбургской области с целью оптимизации оценивания, анализа и контроля над ней.

KEY WORDS: TUBERCULOSIS, EPIDEMIC CONDITIONS, DISEASE OF TUBERCULOSIS.

SUMMARY.

In article application of the correlation analysis for definition of steam rooms обусловленностей and the factorial

analysis for revealing group обусловленностей the factors influencing an epidemiological situation on a tuberculosis in the Orenburg region for the purpose of optimization of estimation, the analysis and control over it is considered.

ВВЕДЕНИЕ.

Туберкулез является одним из самых значимых по своим трагическим последствиям для человечества инфекционных заболеваний [1, 2]. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Оренбургской области, несмотря на некоторую стабилизацию и улучшение эпидемиологических показателей, остается напряженной [3, 4]. В регионе имеются дополнительные факторы, влияющие на неблагополучие по туберкулезу: соседство с Республикой Казахстан, где пораженность населения туберкулезом в 2,5 раза выше, значительное влияние контингентов учреждений УФСИН, значительное количество населения с доходами ниже прожиточного минимума, очень высокий уровень ВИЧ-инфицированного населения, а также нарастающая с каждым годом лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, включая

Михайловский Алексей Модестович – к. м. н., зав. патологоанатомическим отделением; 89226277522; michailovsky2007@yandex.ru
Чуркин Сергей Александрович – к. м. н., главный врач; 8 (3532) 32-74-54; otd@esso.ru

множественную (MDR) и экстремальную (XDR) [2]. Анализ эпидемической ситуации в регионе позволит более полно реализовать такие управленческие функции, как учет, контроль, анализ, оценивание и планирование противотуберкулезных мероприятий.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Целью работы явилась оптимизация оценивания, анализа и контроля над эпидемической ситуацией по туберкулезу в Оренбургской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Нами использовался корреляционный анализ для определения парных обусловленностей и факторный анализ для определения групповых обусловленностей эпидемиологических параметров по туберкулезу в Оренбургской области. Для этого нами были выбраны основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в Оренбургской области за 10 лет: заболеваемость туберкулезом по 33 форме, заболеваемость

туберкулезом по 8 форме, заболеваемость детей, заболеваемость подростков, распространенность туберкулеза, распространенность бациллярного туберкулеза, распространенность фиброзно-кавернозного туберкулеза и смертность от туберкулеза (таблица 1); показатели заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции и сочетанной патологии туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ-ВИЧ) (таблица 2); уровень лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) (таблица 3) и регистрируемые по годам клинические формы туберкулеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ.

Для определения парных обусловленностей был проведен корреляционный анализ. Для проведения корреляционного анализа была построена матрица исследования с параметрами-столбиками, включающими годы исследования и эпидемиологические параметры.

Таблица 1 – Эпидемиологические показатели по туберкулезу

Показатели	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Заболеваемость туберкулезом по 33 ф., на 100 тыс.	72,7	72,8	81,3	86,4	83,7	85,6	83	75,4	72,3	71,9
Заболеваемость туберкулезом по 8 ф., на 100 тыс.	87,1	91,8	98,8	110,9	108,8	113,3	105,7	96,1	94,2	87,7
Заболеваемость детей, на 100 тыс.	12,3	10,8	13,7	13,1	12,5	12,6	10,2	13,4	13,4	13,4
Заболеваемость подростков, на 100 тыс.	33,4	34,1	44,2	54,7	41,5	42,2	44,3	40,2	28,8	34,2
Распространенность туберкулеза, на 100 тыс.	255	201	204	207	214	218,7	217,9	213,8	212,3	206,5
Распространенность бациллярного туберкулеза, на 100 тыс.	85,6	85,0	91,5	94,5	92,3	89,2	88,1	83	84,5	85,7
Распространенность фиброзно-кавернозного туберкулеза, на 100 тыс.	11,6	12,1	12,7	11,9	11,8	11,8	12,3	11	12,7	13,0
Смертность от туберкулеза, на 100 тыс.	9,4	10,4	14	13,6	13,5	12,7	12,1	10,3	9,5	9,9

Таблица 2 – Показатели заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции и сочетанной патологии ТБ-ВИЧ

Показатели	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число выявленных ВИЧ (абс.)	1810	1681	1751	1887	2118	2082	2557	2688	1977	2012
Заболеваемость ВИЧ-инфекцией, на 100 тыс.	75,5	71,5	75,8	79,9	90,2	88,3	93,9	97,7	71,5	79,9
Распространенность ВИЧ-инфекции, на 100 тыс.	**	674,9	634,1	758,4	948,9	894,3	820,1	977,7	832,6	524,7
Смертность от ВИЧ-инфекции, на 100 тыс.	0,4	1	1,3	4,2	8,9	7,5	9,8	7,2	10,8	36,8
Число выявленных случаев ТБ-ВИЧ (абс)	38	119	178	197	213	248	360	429	480	338
заболеваемость ТБ-ВИЧ, на 100 тыс.	1,7	5,5	8,2	9,2	10	11,7	17	21,1	23,63	16,7
Распространенность ТБ-ВИЧ на 100 тыс.	*	*	*	*	*	31,8	37,5	42,5	50,5	62,7

Примечание – * – показатель не определялся.

Таблица 3 – Уровень лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза

Показатели	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Первичная лекарственная устойчивость (ЛУ), %	51,6	42,1	49,4	40,8	57,4	51,2	54,1	52,9	56,6	53,4
Первичная множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), %	6,7	8,5	12,7	11,7	14	16	23,8	26,5	22,6	22,4

Согласно корреляционному анализу при значениях модуля коэффициента парной корреляции больше 0,75 мы имеем сильную линейную связь между двумя параметрами [5]. То есть, один параметр можно определить через другой по линейному регрессионному уравнению $y=ax+b$ с высокой точностью. При значениях модуля коэффициента парной корреляции больше 0,5 и меньше 0,75 мы имеем среднюю линейную связь между двумя параметрами и один параметр можно определить через другой по линейному регрессионному уравнению $y=ax+b$ со средней точностью. И соответственно при значениях модуля коэффициента парной корреляции меньше 0,5 мы имеем слабую линейную связь между двумя параметрами и один параметр можно определить через другой, по линейному регрессионному уравнению $y=ax+b$ с малой точностью.

Распространенность инфильтративного туберкулеза имеет сильную линейную связь с заболеваемостью туберкулезом по ф. 8 (0,927), заболеваемостью по ф. 33 (0,961), распространенностью бациллярного туберкулеза (0,853), распространенностью деструктивного туберкулеза (0,894) и смертностью от туберкулеза (0,829). Здесь мы имеем сильную линейную связь.

Для определения групповых обусловленностей был проведен факторный анализ [6, 7, 8, 9]. Согласно факторному анализу параметры, объединившиеся в одном факторе, имеют одну природу поведения, одну групповую обусловленность и показатели, объединившиеся в факторе, можно определить по другим параметрам. В каждом факторе находился параметр с максимальной по модулю факторной нагрузкой – базовый параметр. По базовым параметрам можно определить все остальные из объединения в факторе по соответствующим регрессионным моделям. Число базовых параметров меньше общего числа параметров исследования. Поэтому их использование приводит к минимизации общего числа параметров исследования. Это упрощает исследование без потери данных. Для определения количественных обусловленностей параметров методом Брандона [6] строились регрессионные модели и по ним определялись вклады параметров-аргументов, которые являются оценкой количественной обусловленности зависимого параметра на множестве параметров-аргументов. Чем больше вклад, тем больше обусловленность зависимого параметра от параметра-аргумента. Количественная обусловленность является самой приоритетной. Она выше парных и групповых обусловленностей, которые являются качественными обусловленностями. То есть парные и групповые обусловленности

дают наличие связи, а количественные обусловленности дают по вкладам физическую оценку этой обусловленности (таблица 4).

Согласно таблице 4, параметр – Заболеваемость туберкулезом по 8 форме – более всего обусловлен первичной МЛУ и распространенностью ВИЧ-инфекции, потому что их вклады наибольшие. Эта количественная обусловленность подтверждается результатами корреляционного и факторного анализов.

Таблица 4 – Вклады и модель для параметра – Заболеваемость туберкулезом по форме 8

Номер	Название параметра	Вклад в модель
33	Первичная множественная лекарственная устойчивость	0,9778
27	Распространенность ВИЧ-инфекции	0,9889
Характеристики модели		Значения
Коэффициент детерминации		0,9730
Средняя абсолютная ошибка		3,70
Средняя ошибка в процентах		3,80

ВЫВОДЫ.

Как показали исследования, на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Оренбургской области кроме социальных и географических факторов достоверно влияет нарастание лекарственной устойчивости возбудителя (МБТ) и увеличивающаяся распространенность ВИЧ-инфекции. Проведенный корреляционный и факторный анализы показывают возможность минимизирования эпидемиологических показателей, необходимых для оценки эпидемической ситуации. Определение количественных обусловленностей эпидемиологических параметров позволяет определить связь между показателями в зависимости от их вкладов, что является приоритетной по сравнению с качественными парными и групповыми обусловленностями. Проведенное исследование позволит оптимизировать оценивание, анализ и контроль над эпидемической ситуацией по туберкулезу в Оренбургской области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ерохин, В. В. Туберкулез в России / В. В. Ерохин ; под ред. Л. А. Бокерия и И. Н. Ступакова // Социально значимые болезни в Российской Федерации. – М. : НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2006. – С. 263-266.
2. Перельман, М. И. Учение о туберкулезе в кн. : Фтизиатрия : Национальное руководство. – Москва : ГЭОТАР, 2007. – С. 22-29.

3. Михайловский, А. М. Особенности клинико-морфологических проявлений туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в Оренбургской области : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2011. – 27 с.

4. Драйнер, Н. Прикладной регрессионный анализ / Н. Драйнер, г. Смит. – М. : Статистика, 1973.

5. Brandon, D. B. Developing Mathematical Models for Computer Control / D. B. Brandon // USA Journal. – 1959. – V. S. – N 7.

6. Харман, г. Современный факторный анализ / Г. Харман. – М. : Статистика, 1972.

7. Иберла, К. Факторный анализ / К. Иберла. – М. : Статистика, 1980.

8. Lawley, D. M. The estimation of factor loadings by the method of maximum likelihood / D. M. Lawley // Proc. roy. Soc. Edinb. Abo. – 64-82 (1940).

9. Kaiser, H. F. [1]. The varimax criterio for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika, 23, 187-200 (1958).

УДК 614.86+340.6

М. Г. МОСКВИЧЕВА, Е. В. ШИШКИН

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГАХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Южно-Уральский государственный медицинский университет

M. G. MOSKVICHEVA, E. V. SHISHKIN

TO STUDY THE PREVALENCE OF ROAD TRAFFIC INJURIES ON FEDERAL ROADS CHELYABINSK REGION

South-Ural State Medical University

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДТП, ДТТ, ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ, ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ, ФЕДЕРАЛЬНЫЕ АВТОМОБИЛЬНЫЕ ДОРОГИ, ФАД.

РЕЗЮМЕ.

В статье проанализированы данные травмоцентров Челябинской области и дана характеристика распространенности дорожно-транспортного травматизма (ДТТ) и смертельных случаев в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) на федеральных автомобильных дорогах (ФАД) региона.

Решение вопросов территориального планирования при организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП и повышение доступности и эффективности первой скорой медицинской помощи травмированным требует глубокого изучения особенностей ДТТ на каждой из федеральных автомобильных дорог региона.

KEY WORDS: ACCIDENTS, ROAD ACCIDENTS, ROAD TRAFFIC INJURIES, FEDERAL ROADS.

SUMMARY.

The article analyzes data by trauma centers in the Chelyabinsk region prevalence and characteristics of road

traffic injuries (RTIs) and fatalities in road traffic accidents (RTA). Issues of territorial planning in the organization of medical assistance to victims of accidents and increase the availability and efficiency of the first ambulance injured requires a thorough study of the features of each of RTA on federal highways in the region.

ВВЕДЕНИЕ.

По данным Всемирной организации здравоохранения, дорожно-транспортный травматизм (ДТТ) является глобальной проблемой всего человечества. Этот вид травматизма характеризуется молодым возрастом пострадавших, тяжестью последствий и значительным экономическим ущербом. Многие отечественные ученые в области общественного здоровья и здравоохранения отмечают, что проблемы ДТТ в Российской Федерации (РФ) относятся к ведущим причинам преждевременной и предотвратимой смертности и сопоставимы по масштабам с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями [1, 2].

В Челябинской области отмечаются высокие показатели смертности в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). По данным Государственной инспекции безопасности дорожного движения (ГИБДД) Челябинской области, в 2013 г. на автомобильных дорогах региона погибло 627 человек, смертность составила 17,96 случая на 100 тыс. населения, что на 2,39% (18,4 случая на 100 тыс. населения) ниже аналогичного показателя 2012 г. и на 26,48% (14,2 случая на 100 тыс. населения) выше общероссийских показателей по данным за январь-ноябрь 2013 года [3].

Москвичева Марина Геннадьевна – д. м. н., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФДПО; 8 (351) 2314890; moskvichevamg@mail.ru

Шишкин Евгений Владимирович – асп. кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО; 89514772704; shishkin90@mail.ru

В настоящее время отечественные исследователи отмечают региональные особенности ДТП, обращая особое внимание ДТТ на федеральных автомобильных дорогах (ФАД) [4, 5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ заключается в изучении распространенности ДТТ и смертельных случаев в ДТП на ФАД Челябинской области.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ: анализ статистических данных ГИБДД Челябинской области и Министерства здравоохранения Челябинской области; установление частоты случаев ДТТ и смертей на ФАД Челябинской области; выявление наиболее и наименее травмоопасных ФАД региона; определение доли смертельных случаев от ДТТ на месте происшествия относительно каждой из ФАД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: с целью проведения данного исследования нами проанализированы данные по ДТТ, предоставленные ГИБДД Челябинской области и Министерством здравоохранения Челябинской области за 2013 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Изучены данные о ДТП со смертельными случаями и травмами на трех ФАД Челябинской области: ФАД М-5 Урал, ФАД М-36 «Челябинск – Троицк – граница с Республикой Казахстан» и ФАД М-51 «Байкал». Общая протяженность дорог общего пользования на территории региона составляет 9 тыс. километров, из них протяженность ФАД – 612 км. Таким образом, на каждые 15 км дорог общего пользования приходится 1 км ФАД. Протяженность ФАД М-5 Урал (включая подъезд к Екатеринбург) на территории Челябинской области составляет 419 км, ФАД М-36 «Челябинск – Троицк – граница с Республикой Казахстан» – 150 км, ФАД М-51 «Байкал» – 43 км.

В общей сложности за 2013 г. на ФАД, расположенных на территории Челябинской области, на долю которых приходится 6,8% протяженности дорог общего пользования региона, получили травмы 712 человек, в том числе 46 детей. Погибло на ФАД региона 130 человек, в том числе 3 детей. Учитывая, что более половины (52,64%) смертельных случаев от ДТТ происходит вне городской местности, на ФАД приходится 20,73% всех смертельных случаев в ДТП в регионе и 40,00% всех смертей от ДТТ, произошедших за пределами городов.

Число погибших на 100 пострадавших на ФАД составило 18,26 человека, превысив данный показатель в среднем по Челябинской области в два раза, что свидетельствует о тяжести последствий ДТП, а также наличии определенных проблем в организации первой и медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на ФАД.

Число погибших на месте ДТП на ФАД составило 105 человек, т. е. 80,77% от всех погибших на федеральных автомобильных дорогах Челябинской области. На ФАД М-5 «Урал» на месте ДТП погибло 87,12% (68 человек) относительно общего показателя смертельных случаев от ДТТ на данной Федеральной автомобильной дороге. Аналогичные показатели на ФАД М-51 «Байкал» составляют 75% (9 случаев), а на Федеральной автомобильной дороге М-36 «Челябинск – Троицк – Республика Казахстан» – 70% (28 случаев). Для сравнения, общее число погибших на месте ДТП по региону составило 519 случаев, т. е. 82,77% всех смертельных случаев в дорожно-транспортных происшествиях. Таким образом, гибель людей в ДТП на месте происшествия в одинаковой мере происходит как на ФАД, так и на других автомобильных дорогах области.

Среди ФАД Челябинской области большая часть пострадавших – 73,59% (524 человека) и погибших – 60% (78 человек) зарегистрированы на Федеральной автомобильной трассе М-5 «Урал», число погибших на 100 пострадавших составляет 14,89 человека. На ФАД М-36 «Челябинск – Троицк – Республика Казахстан» травмировано в ДТП 149 человек (23,93% всех травмированных на федеральных автомобильных дорогах региона), погибло 40 человек (30,77% всех погибших на федеральных автомобильных трассах региона), число погибших на 100 пострадавших составило 26,89 человека. Наименьшее число пострадавших и погибших отмечается на ФАД М-51 «Байкал» – 39 человек (5,47% всех травмированных на федеральных автомобильных дорогах) и 12 человек (9,23% всех погибших на федеральных автомобильных дорогах), число погибших на 100 пострадавших составило 30,77 человека.

Высокий удельный вес смертельных исходов от ДТТ на ФАД М-5 «Урал» в общей смертности в ДТП на Федеральных автомобильных дорогах Челябинской области можно связать со значительной ее протяженностью. Число пострадавших и погибших от ДТТ на 100 км ФАД М-5 «Урал» составляет 125,06 и 18,62 человека соответственно. Аналогичный показатель на ФАД М-36 «Челябинск – Троицк – Республика Казахстан» составил 99,33 пострадавшего и 26,67 погибшего на 100 км. На ФАД М-51 «Байкал» в расчете на 100 км трассы в ДТП травмировано 90,68, а погибло 27,91 человека.

Несмотря на то, что наибольшее абсолютное количество погибших в ДТП происходит на ФАД М-5 «Урал» (12,44% всех погибших в ДТП в области), учитывая протяженность данной автомобильной трассы, можно сделать вывод, что наиболее опасны по числу смертельных случаев на 100 км дороги федеральные автомобильные трассы М-51 «Байкал»

и М-36 «Челябинск – Троицк – Республика Казахстан», где количество смертельных случаев превышает показатели федеральной автомобильной дороги М-5 «Урал» на 49,90% и 43,23% соответственно.

ВЫВОДЫ.

Проблема аварийности на ФАД глобальна и наносит огромный ущерб демографической обстановке региона. Аварийность на ФАД характеризуется тяжестью последствий с большим количеством летальных исходов, а также случаев получения множественных и сочетанных травм.

Несмотря на небольшой удельный вес протяженности ФАД региона относительно всех дорог общего пользования, каждый пятый летальный случай в ДТП в регионе происходит на федеральной автомобильной дороге.

Учитывая, что на ФАД М-5 «Урал» число пострадавших на 100 км автодороги выше, чем на федеральных автомобильных дорогах М-36 «Челябинск – Троицк – Республика Казахстан» и М-51 «Байкал» на 25,90% и 26,73% соответственно, а число погибших в ДТП значительно ниже, можно предположить, что система организации помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на данной ФАД значительно эффективнее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Решение вопросов территориального планирования при организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП и повышение доступности и эффективности первой и медицинской помощи

травмированным требует глубокого изучения особенностей ДТП на каждой из федеральных автомобильных дорог региона.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авакумова, Н. В. Медицинское обеспечение при дорожно-транспортных происшествиях [Текст] / Н. В. Авакумова // Врач скорой помощи. – 2010. – № 1. – С. 6-7.

2. Багненко, С. Ф. Дорожно-транспортный травматизм как медико-социальная проблема [Текст] / С. Ф. Багненко, В. В. Стожаров, А. Г. Мирошниченко, Н. Г. Петрова, В. А. Михайлович // Скорая медицинская помощь. – 2007. – Т. 8. № 1. – С. 5.

3. Совещание по вопросам здравоохранения 21 января 2014 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/special/news/2014/01/21/soveshanie-po-voprosam-zdravoohraneniya>

4. Енин, А. В. Особенности оказания медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях с учетом распределения зон ответственности лечебно-профилактических учреждений Воронежской области [Текст] / А. В. Енин // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2013. – № 4. – С. 40-43.

5. Кушилов, В. К. Совершенствование системы спасения пострадавших на федеральных автомобильных дорогах [Текст] / В. К. Кушилов // Технологии гражданской безопасности. – 2011. – Т. 8, № 2. – С. 72-75.

УДК 614.2-053.6/7:355.233.11:613.4/8.96

Р. Я. НАГАЕВ, С. Г. АХМЕРОВА, А. Г. МУТАЛОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ НА ОСНОВЕ ПРОЕКТА «КЛИНИКА, ДРУЖЕСТВЕННАЯ К МОЛОДЕЖИ»

Башкирский государственный медицинский университет

R. Y. NAGAEV, S. G. AKHMEROVA, A. G. MUTALOV

ORGANIZATION TEENAGE SOCIAL AND HEALTH SERVICES ON A PROJECT BASIS «CLINIC YOUTH-FRIENDLY»

Bashkir State Medical University

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. ПОДРОСТКИ, ОБРАЗ ЖИЗНИ, ПОДРОСТКОВАЯ СЛУЖБА, КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ К МОЛОДЕЖИ.

РЕЗЮМЕ.

Проведен анализ образа жизни и досуга подростков 15-17 лет. Выявлены уменьшение продолжительности ночного сна, снижение двигательной активности, преобладание позднего и/или ночного досуга, преобладание пассивно-развлекательных видов досуга, высокий уровень курения и потребления алкоголя, низкая медицинская активность. С целью

приближения подростковой службы к специфическим потребностям и образу жизни современных подростков предлагается развитие на базе амбулаторно-поликлинических учреждений медико-социальной службы по типу «Клиники, дружественной к молодежи». 92,8% врачей одобрили деятельность КДМ, отметили, что КДМ во многом позволяет разгрузить участкового педиатра на амбулаторном приеме и более качественно проводить профилактику социально-обусловленных заболеваний среди подростков.

KEY WORDS. TEENS, LIFESTYLE, TEEN SERVICE, CLINICS, YOUTH-FRIENDLY.

SUMMARY.

Analysis of lifestyle and leisure adolescents aged 15-17 years. Revealed a decrease in the duration of nocturnal sleep, decreased motor activity, the prevalence of late and / or night entertainment, the prevalence of passive entertainment leisure activities, a high level of smoking and alcohol consumption, low medical activity. In order to bring teenage service to the specific needs and lifestyle of modern teenagers proposed development on the basis of outpatient medical and social services of the type «Clinics, youth friendly». 92.8% of doctors approved CDM activities, noted that KDM largely offloads pediatrician at outpatient clinic and higher – spending prevention of socially conditioned diseases among adolescents.

Подростковый возраст – период быстрого развития молодых людей. Подростковый возраст сопровождается изменениями в поведении и жизнедеятельности подростков, которые обусловлены, с одной стороны, возрастными физиологическими изменениями, а с другой – социальными и экономическими факторами окружающей среды.

Исследования последних 20 лет показали, что в образе жизни российских детей и подростков уменьшается объем двигательной нагрузки, меньше внимания уделяется чтению художественной литературы, больше времени тратится на компьютерные игры, реальное общение со сверстниками заменяется общением в социальных сетях, снижается нижняя граница приобщения к психоактивным веществам, отмечается ранняя трудовая занятость [1, 2].

Нами проводилось изучение образа жизни 467 школьников в возрасте от 15 до 17 лет, из них 212 (41,9%) мальчиков и 255 (58,1%) девочек. Исследование проводилось в г. Сибее, который является центром Башкирского Зауралья – одного из основных поставщиков концентратов медно-цинко-колчедановых руд металлургическим предприятиям. Согласно официальным данным, в г. Сибее показатели заболеваемости детей превышают общереспубликанские не менее чем в 1,5 раза [3].

Нагаев Ринат Явдатович – к. м. н., доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО; 8 (347) 2722219, 89177940444; NagaevRY@doctorr.ru

Ахмерова Светлана Герценовна – д. м. н., проф. кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ИПО; 8 (347) 2722219, 89174179806; ahm.63@mail.ru

Муталов Айрат Гайнетдинович – д. м. н., проф., заведующий кафедрой педиатрии ИПО; 8 (347) 2557203, 89872540634; mutalov@ufanet.ru

По данным нашего исследования, 82% школьников соблюдают определенный распорядок дня в будние дни и не придерживаются строго распорядка дня в выходные дни.

Одним из наиболее негативных моментов в режиме дня современных подростков является сокращение времени ночного сна. Средняя продолжительность ночного сна в будние дни составляет около 7,0 часа. У 62,4% школьников ночной сон укорочен на 1–2 часа (у 76,2% юношей и 65,6% девушек), у 27,6% – на 2–4 часа (24,8% и 35,4% соответственно). Даже в воскресные дни у 28,2% школьников продолжительность ночного сна менее рекомендуемых 8 часов. 80% школьников ложатся спать после 23 часов. Школьники смотрят ночные телепередачи (в 52,4% случаев), посещают ночные дискотеки и развлекательные мероприятия (в 45,8% случаев).

В структуре режима дня элементы, связанные с учебной деятельностью, составляют не более 8 часов в день.

В свободное время большинство школьников смотрят телевизор (66,2%), читают книги, журналы, газеты (36,4%), помогают дома по хозяйству (36,1%), посещают кружки по интересам или спортивные секции (28,9%), встречаются с друзьями (78,4%), посещают игровые клубы (игровые автоматы), дискотеки (26,5%). Определенные виды хобби имеют 4,3% школьников. Посещение кинозалов, театров, выставок и других культурно-массовых мероприятий составляет около 2 часов в месяц. Занятия на компьютере с учебной и развлекательной целью, общение в сети Интернет занимают от 2 до 8 часов в день. Зачастую досуг по структуре приближается к времяпровождению взрослых людей: посещение клубов, дискотек, просмотр ночных телепередач, периодическая трудовая деятельность.

Среди обследованных 8,6% школьников в свободное от учебы время подрабатывают. Из них 74,2% имеют сезонную работу, 25,6% работают регулярно несколько раз в месяц, 2,2% подрабатывают более одного раза в неделю или по выходным дням.

Режим питания не соблюдает только 38,4% школьников. При исследовании числа полноценных приемов пищи было выявлено, что более половины опрошенных (56,2% среди юношей и 50,4% среди девушек) питаются три раза в день. Четыре раза в день питаются 36,4% юношей и 18,5% девушек, дважды в день питаются 7,4% юношей и 31,3% девушек. Таким образом, при доминирующей норме трехразового питания у юношей более выражен тип, ориентированный на четырехразовое питание, а среди девушек – на двухразовое. В рационе питания основной объем занимают макаронные

и крупяные блюда, консервы и продукты длительного хранения, кондитерские изделия и прочее.

Около четверти школьников пробовали курить. 16,5% школьников курят эпизодически или регулярно. 10% учащихся алкогольные напитки употребляет несколько раз в год, по праздникам. Ежедневно алкогольные напитки употребляет 10,4% школьников, еженедельно 22,4% школьников. Наиболее потребляемыми алкогольными напитками оказались пиво и газированные алкогольные коктейли.

Отмечена низкая медицинская активность подростков. Только 13,4% указали, что уделяют своему здоровью достаточно внимания. Стараются следить за состоянием своего здоровья, придерживаются здорового образа жизни 25,8% подростков. Готовы в случае необходимости пройти обследование 12,4% подростков. В случае заболевания сразу обращаются к врачу 10,4% подростков. Обращаются к врачу в основном только за освобождением от учебы или работы 31,7% подростков. В полном объеме выполняют рекомендации врача 21,3% подростков, проводят профилактику обострений хронических заболеваний 18,4% подростков.

Следовательно, имея достаточный объем свободного времени, школьники тратят его на пассивно-развлекательные, а не познавательные виды досуга. Соответственно, подростковая амбулаторно-поликлиническая служба должна соответствовать выявленным специфическим потребностям и образу жизни современных подростков [4].

Нами был проведен опрос медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих детское и подростковое население. В исследовании приняли участие 208 врачей.

По мнению респондентов, в существенной трансформации сегодня нуждается система оздоровления подростков (62,4%), реабилитация (43,2%), система профилактических осмотров подростков (37,4%), учетно-отчетная документация (24,7%). Учитывая особенности поведения и образа жизни подростков, подавляющее большинство респондентов (98,4%) считают, что для более качественного и квалифицированного обследования подростков, подготовки к трудовой деятельности, военной службе, реализации репродуктивной функции в детских поликлиниках необходимо создать центр подростковой медицины или медико-социальную службу по работе с подростками. Подобная медико-социальная служба должна обеспечивать межведомственное взаимодействие системы здравоохранения, образования, молодежных организаций, социальной службы.

По мнению врачей, в данном центре должны быть предусмотрены ставки: психолога (необходимость отметили 64,3% респондентов), социального

педагога (61,3%), социального работника (38,6%), подросткового гинеколога (76,9%), подросткового нарколога (42,4%), юриста (22,6%). Организация подобного медико-социального направления позволит разработать комплексную программу ведения подростка, включающую медицинское обеспечение, психосоциальное вмешательство на микросоциальном уровне, контроль за соблюдением прав в области охраны здоровья подростка.

С 1999 года Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) в сотрудничестве с федеральными и региональными органами власти, учреждениями здравоохранения и социальной защиты, молодежными и общественными организациями проводит работу по развитию сети медико-социальных служб для подростков и молодежи, внедрению инициативы «Клиника, дружественная к молодежи» (далее – КДМ) [5].

Целью КДМ является оказание комплексной медико-психолого-социальной помощи по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста. Основными направлениями деятельности КДМ является решение медико-социальных, правовых и психологических проблем подростков, а также охрана репродуктивного здоровья подростков.

Штаты клиники составляют врачи узких специальностей, психологи, социальные педагоги, юристы. На базе КДМ проводятся оздоровительные, реабилитационные, санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, организуется волонтерское движение. На базе КДМ организована диспансеризация детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Контроль за деятельностью КДМ, обеспечение взаимодействия с учреждениями здравоохранения, социального развития, физической культуры, представителями общественности осуществляют муниципальные органы управления здравоохранения.

На сегодняшний день в Российской Федерации создано более 130 КДМ. В Республике Башкортостан работают шесть КДМ: в г. Уфе, Октябрьском, Нефтекамске, Сибее.

Главой администрации ГО г. Сибая утверждена городская целевая программа «Клиника, дружественная к молодёжи», направленная на профилактику социально-значимых заболеваний в подростково-молодёжной среде. КДМ на базе детской поликлиники г. Сибая организована в 2007 году. В августе 2010 года КДМ г. Сибая прошла аттестацию на статус «Клиника, дружественная к молодёжи».

На базе КДМ проводятся лечебно-диагностические, оздоровительные, профилактические мероприятия, организовано волонтерское движение, телефон доверия.

Деятельность клиники подразделяется на два вида: групповая работа (лекции, тренинги, акции) и индивидуальная (консультирование подростков и их родителей, несовершеннолетних беременных, молодых семей, коррекция девиантного поведения).

Специалисты КДМ занимаются профилактикой таких негативных явлений, как употребление спиртных напитков, табакокурение, наркомания, интернет-зависимость и т. д., проводят информирование подростков по вопросам здорового образа жизни, уделяя внимание важности соблюдения гигиенически рационального режима дня, полноценного сна, достаточной двигательной активности. К этой работе привлекались наиболее талантливые, авторитетные для молодежи представители творческой интеллигенции. Регулярно проводится патронаж семей, имеющих детей с суицидными намерениями, а также семей, где были зафиксированы случаи физического насилия над детьми и подростками.

На базе образовательных организаций (школ, техникумов) специалистами КДМ проводятся акции (например, «Простые правила против СПИДа», «Профилактика ВИЧ-инфекций», «Яблоки вместо сигарет», «Здоровый выбор», «Твердо скажи – нет», «Твоя жизнь – твоя ответственность», «Наш город – территория безопасности»), тренинги, беседы по профилактике негативных зависимостей и рискованного поведения, пропаганда здорового образа жизни.

Особое внимание уделяется проблемам репродуктивного здоровья подростков и молодежи, планирования семьи, подготовке к осознанному родителству. На базе КДМ молодые люди могут пройти обследование у гинеколога, уролога, андролога, получить консультацию по контрацепции, профилактике заболеваний, передающихся при половых контактах, ВИЧ-инфекции. Психологами проводятся тренинги по решению проблем в семейных отношениях, повышению коммуникативных навыков.

Специалисты клиники (психологи, гинеколог, социальный педагог, юрист, андролог) успешно прошли обучение по программе «Общий ресурс» Национальной Ассоциации организаций в сфере общественного здравоохранения и социального благополучия «Здоровье и развитие молодежи».

Повторный опрос врачей показал, что 92,8% респондентов одобрили деятельность КДМ. 76,4% отметили, что КДМ во многом позволяет разгрузить участкового педиатра и узких специалистов на ам-

булаторном приеме, 54,2% отметили, что наблюдение подростка в КДМ позволяет более качественно проводить профилактику социально-обусловленных заболеваний.

Большинство врачей считают, что после профилактических осмотров подростков дальнейшие лечебные и реабилитационные мероприятия либо не проводятся (на данный факт указали 43,2% врачей), либо, по мнению 26,4% врачей, проводятся не в полном объеме. Поэтому оздоровительные и реабилитационные мероприятия, рекомендованные подростку по итогам медицинских осмотров, наши респонденты предлагают организовывать на базе КДМ. 37,2% респондентов считают, что на врачей КДМ можно возложить информирование родителей о состоянии здоровья подростка.

Таким образом, развитие на базе детских поликлиник модели «Клиника, дружественная к молодежи» является наиболее оптимальным вариантом трансформации подростковой службы, ее соответствия специфическим потребностям и образу жизни современных подростков.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Амлаев, К. Р. Результаты изучения некоторых аспектов образа жизни молодежи ряда российских городов / К. Р. Амлаев, М. А. Ашихмина, Е. В. Крылова, Н. В. Загребина [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 8-11.
2. Константиновский, Д. Л. Жизненные траектории молодежи: 10 лет спустя. Социологическое исследование / Д. Л. Константиновский, Е. Д. Вознесенская, Г. А. Чердниченко, Ф. А. Хохлушкина. – М.: Институт социологии РАН, 2010. – 277 с.
3. Тергулова, З. С. Особенности загрязнения среды обитания и заболеваемость населения в горно-добывающем регионе Республики Башкортостан / З. С. Тергулова, И. Н. Белан, Р. А. Аскараров [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – Т. 4, № 6. – С. 20-25.
4. Чичерин, Л. П. Медико-психологическая помощь детям и подросткам на амбулаторном этапе: трудности становления и перспективы / Л. П. Чичерин // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. – 2013. – Вып. 1. – С. 32-36.
5. Клиники, дружественные к молодежи: Пособие для организатора. – Новосибирск, ЮНИСЕФ, 2002. – 235 с.

УДК 614.253.83 (470.56)

С. А. ЧЕВЫЧАЛОВА¹, Б. П. САЯПИН¹, Н. Р. АХМЕТОВ¹, О. Г. ПАВЛОВСКАЯ²

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области

²Оренбургская государственная медицинская академия

S. A. CHEVYCHALOVA¹, B. P. SAYAPIN¹, N. R. AKHMETOV¹, O. G. PAVLOVSKAYA²

RIGHTS ORGANIZATIONS INSURED CITIZENS IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM IN THE ORENBURG REGION

¹Territorialny Health Insurance Fund of the Orenburg region

²Orenburg State Medical Academy

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ПРАВА ПАЦИЕНТОВ, МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ.

РЕЗЮМЕ.

Целью работы явилось изучение особенностей организации защиты прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования на территории Оренбургской области. Исследование показало, что в области создана трехуровневая система по обеспечению защиты прав граждан. В 2013 году отмечен рост числа обращений граждан, что говорит об активизации деятельности страховых медицинских организаций. По сравнению с РФ в области более высокий показатель обоснованных жалоб пациентов, за счет взимания денежных средств за оказание медицинской помощи. Выявленные нарушения требуют усиления работы по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

KEY WORDS: THE RIGHTS OF PATIENTS, HEALTHCARE ORGANIZATIONS, HEALTH INSURANCE COMPANIES, COMPULSORY HEALTH INSURANCE.

SUMMARY.

The purpose of the work was to study the characteristics of the organization to protect the rights of the insured citizens in the health insurance system in the Orenburg region. The study showed that in the three-level system

for the protection of citizens' rights. In 2013, the marked increase in the number of citizens, says that the revitalization of the health insurance companies. Compared with Russia in a higher rate of substantiated complaints of patients, the levying of money for health care. Identified breaches require strengthening of control volume, timing, quality and conditions of providing health care for compulsory health insurance.

ВВЕДЕНИЕ.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС по программам ОМС, в которых предусматриваются условия оказания медицинской помощи, а также критерии объема, качества и доступности медицинской помощи, в том числе в части удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью. В соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС реализацию государственной политики в области ОМС осуществляют фонды ОМС, которые совместно со страховыми медицинскими организациями (СМО) защищают интересы застрахованных лиц в сфере ОМС.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ явилось изучение особенностей организации защиты прав застрахованных граждан в системе ОМС на территории Оренбургской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Использованы результаты отчетности по форме ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе ОМС», статистический и аналитический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

На территории Оренбургской области существует 3-уровневая система по обеспечению защиты прав граждан в системе ОМС.

Чевычалова Светлана Алексеевна – к. м. н., доцент, нач. отд. организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи; 8 (3532) 681525; office@orenfoms.ru

Саяпин Борис Петрович – к. м. н., зам. директора по организации; 8 (3532) 681525; office@orenfoms.ru

Ахметов Наиль Рашитович – консультант отд. организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи; 8 (3532) 681525; office@orenfoms.ru

Павловская Ольга Гелиевна – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89033668509; pavlovskaya-o@mail.ru

I уровень – страховые медицинские организации, осуществляющие в соответствии с действующим законодательством непосредственное обеспечение защиты прав граждан. Существующая на территории области инфраструктура системы ОМС включает в себя пять СМО, которые решают следующие задачи:

- организацию и проведение контроля объемов, сроков и экспертизу качества медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам медицинской организацией (МО), заключившим со СМО договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС;
- выявление случаев нарушения прав застрахованных при получении ими медицинской помощи;
- прием, учет и разбор жалоб и заявлений;
- принятие организационно-правовых мер в случае обоснованности поступившей жалобы и установление факта нарушения прав;
- представление интересов застрахованных и защита их прав при рассмотрении спорных вопросов в досудебном и судебном порядке.

II уровень – территориальный фонд ОМС Оренбургской области (ТФОМС).

Осуществляет нормативное обеспечение, методическое руководство и контроль деятельности СМО по защите прав застрахованных граждан, а также принимает активное участие в определении стратегических направлений работы СМО и МО по вопросам оказания качественной медицинской помощи, соблюдения действующего законодательства по защите прав и законных интересов граждан.

В структуре фонда функционирует отдел организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи, осуществляющий координацию деятельности СМО по проведению ОМС в части защиты прав и законных интересов граждан, проводит анализ статистических отчетных форм и по его итогам определяет приоритетные направления деятельности СМО.

III уровень – Координационный межведомственный совет по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС на территории Оренбургской области создан с целью формирования, внедрения в практику и последующего совершенствования системы обеспечения и защиты прав граждан в области охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации, включая экспертизу качества медицинской помощи, а также реализации ФЗ № 323 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», других нормативных правовых актов Российской Федерации.

В состав Координационного совета входят представители субъектов обеспечения и защиты прав граждан в системе ОМС, которые представлены следующими органами и учреждениями:

- Министерство здравоохранения Оренбургской области;
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области;
- страховые медицинские организации;
- профессиональная медицинская ассоциация;
- медицинские организации;
- профсоюзные органы;
- общества защиты прав потребителей;
- управление Росздравнадзора на территории Оренбургской области.

На состоявшихся заседаниях Координационного совета за период 2010–2013 гг. рассматривались актуальные вопросы защиты прав застрахованных, результаты отчетности по форме ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе ОМС», социологического исследования с использованием структурированной анкеты с целью изучения общественного мнения об удовлетворенности населения области качеством оказанной медицинской помощи, вносились предложения по совершенствованию управления качеством медицинской помощи на территории области.

Члены Координационного совета активно участвовали в разработке нормативных правовых документов, регламентирующих организацию защиты прав граждан и контроль объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС области, утвержденных в установленном порядке:

- Положение по организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования.
 - Положение о регистре внештатных экспертов качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.
 - Рекомендуемый перечень санкций к МО за не оказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.
- Вопросы обеспечения и защиты прав застрахованных в системе ОМС области решаются по нескольким направлениям:
- работа с обращениями граждан;
 - досудебная и судебная защита прав граждан;
 - контроль объемов и качества медицинской помощи;
 - информирование граждан о правах в системе ОМС.

Обеспечивают права граждан в системе ОМС Оренбургской области подразделения по органи-

зации защиты прав граждан в страховых медицинских организациях и территориальном фонде ОМС.

Кадровый состав подразделений ТФОМС Оренбургской области и СМО системы ОМС, участвующих в деятельности по защите прав граждан, обеспечивается 210 специалистами, из которых 46% – штатные специалисты ТФОМС и СМО.

Следует отметить, что среди специалистов, участвующих в экспертизе качества медицинской помощи, 42% имеют ученую степень кандидата медицинских наук либо доктора медицинских наук, 95% имеют высшую или первую квалификационные категории.

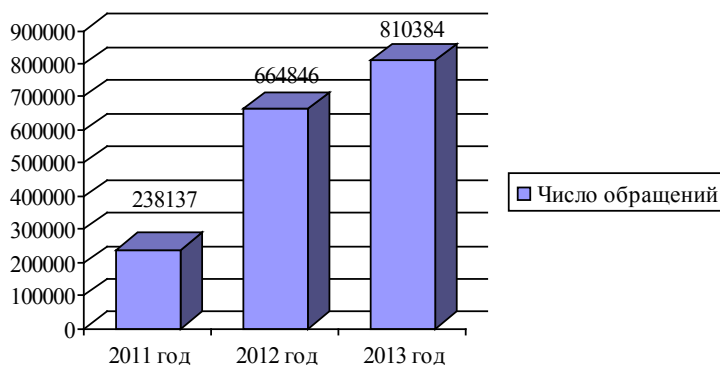


Рисунок – Динамика числа обращений в ТФОМС и СМО Оренбургской области за 2011-2013 гг.

Помимо заявлений о выдаче или обмене полиса, проведено 8459 консультаций по вопросам ОМС (1% от общего числа обращений, в аналогичном периоде прошлого года – 3,5% от общего числа обращений). По сети Интернет поступило 290 обращений (0,03% от общего числа обращений).

Таким образом, отмечен рост обращений за отчетный период по сравнению с аналогичным периодом прошлого года в 1,2 раза. Данный рост связан с увеличением заявлений на выдачу и обмен полиса, либо замену СМО.

Отмечено уменьшение доли обращений в ТФОМС, что говорит об активизации деятельности СМО. Но вместе с тем доля обращений в СМО в целом по

Основу существующей практики организации деятельности по обеспечению защиты прав застрахованных составляет работа с письменными и устными обращениями граждан.

В ТФОМС Оренбургской области и СМО в 2013 году от граждан поступило 810384 обращений (см. рисунок). За аналогичный период прошлого года 664846, и в 2011 году было 238137 обращений. Ежегодное увеличение обращений застрахованных связано с заявлениями о выдаче и обмене страхового медицинского полиса ОМС. В 2013 году начали выдавать единый пластиковый полис, в котором не указана СМО застрахованного гражданина, для того чтобы уточнить эту информацию, количество обращений увеличилось в 1,2 раза.

РФ выше, чем на территории Оренбургской области.

Зарегистрировано 294 обращения по поводу нарушения прав и законных интересов граждан (жалоб) в отчетном периоде (см. таблицу 1). В 2012 году зарегистрировано 337 жалоб, в 2011 году – 386. Из общего числа жалоб 5% рассмотрено специалистами ТФОМС и 95% соответственно специалистами СМО.

После анализа обращений с жалобами обоснованными признаны 147 обращений, что составило 50% от общего числа жалоб. В 2012 году обоснованными обращениями признано 68% жалоб. По данным Российской Федерации, в 2012 году эта цифра составляет 58%.

Таблица 1 – Динамика числа поданных обоснованных жалоб по определенным причинам в СМО и ТФОМС за 2011-2013 гг.

Причина	2011	2012	2013
Взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС	32	42	43
Организация работы МО	12	24	33
Лекарственное обеспечение	74	8	6
Отказ в медицинской помощи по программе ОМС	59	21	19
Качество медицинской помощи	7	32	39
Обеспечение полисами	58	80	1
Другие	74	22	6

В структуре причин обоснованных жалоб лидируют жалобы на взимание денежных средств (43%). На втором месте жалобы на качество медицинской помощи, количество жалоб по данным причинам увеличивается в динамике за последние три года. Увеличилось по сравнению с прошлым годом количество жалоб и на организацию работы МО. Значительно уменьшилось число жалоб по обеспечению полисами и на отказ по оказанию медицинской помощи по ОМС.

Обращения по поводу нарушения прав и законных интересов граждан (жалобы) составили за изучаемый период 294 или 0,1% (по РФ 0,3%, по области за аналогичный период прошлого года – 0,3%) от общего количества обращений. Наблюдается тенденция к снижению в процентном отношении количества обращений по поводу нарушения

прав и законных интересов граждан (жалоб) в общей структуре обращений. Из общего числа жалоб:

- в ТФОМС Оренбургской области поступило 115 или 49% от общего числа жалоб;

- в СМО – 119 или 51% соответственно (по РФ распределение следующее: 14,1% – ТФОМС, 85,9% – СМО).

Показатель жалоб на 100 000 населения в 2013 году составил 11,0. В аналогичный период 2012 года – 11,2.

С 2011 года проводится социологический опрос среди застрахованного населения на предмет удовлетворенности качеством медицинской помощи. Опрос проводили специалисты ТФОМС и СМО. При этом в 2013 году 15% пациентов опрошены специалистами ТФОМС, 85% – специалистами СМО. Всего было охвачено 2,9% населения, застрахованного по ОМС. Результаты опроса приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Динамика удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи и техническим оснащением медицинских организаций Оренбургской области за 2011-2013 гг.

Годы	Удовлетворенность в %			
	при амбулаторном лечении		при стационарном лечении	
	качеством медицинской помощи	техническим оснащением	качеством медицинской помощи	техническим оснащением
2011	72,9	53,0	78,0	61,0
2012	74,0	57,0	82,0	62,0
2013	74,0	60,8	80,0	70,0

В 2013 году при опросе населения впервые были заданы новые вопросы. Удовлетворены временем ожидания в регистратуре 70% опрошенных, при этом среднее время ожидания в регистратуре составило 28 минут. Удовлетворены временем ожидания на прием к врачу 66% людей, при этом время ожидания на прием к врачу в среднем составило 63 минуты. Среднее время ожидания на инструментальное исследование составило 4 дня, среднее время ожидания плановой госпитализации составило 5 дней. Удовлетворены качеством питания в стационаре 73% пациентов, принявших участие в опросе. При этом 17% опрошенных ответили, что им постоянно приходится приобретать медикаменты во время стационарного лечения, 20% – иногда, а 3% пациентов часто через кассу оплачивают медицинские услуги.

ВЫВОДЫ.

1. На территории Оренбургской области создана трехуровневая система по обеспечению защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

2. В 2013 году отмечен рост числа обращений граждан за счет заявлений на выдачу и обмен по-

лиса, замену страховой медицинской организации. Рост обращений в страховые медицинские организации, что говорит об активизации их деятельности.

3. В области имел место, по сравнению со среднероссийским, более высокий показатель обоснованных жалоб пациентов за счет взимания денежных средств при оказании медицинской помощи.

4. За последние 3 года отмечается рост удовлетворенности пациентов техническим оснащением медицинских организаций.

5. Выявленные нарушения требуют усиления работы ТФОМС и СМО по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», www.consultant.ru

2. Федеральный закон № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», www.consultant.ru

УДК 614.2:616-053.2-082(470.56)

О. Г. ПАВЛОВСКАЯ¹, Н. В. ПРИВАЛОВА², Н. В. ИОНОВА³

МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Оренбургская государственная медицинская академия

²Городская клиническая больница № 5 г. Оренбурга

³Оренбургский областной центр медицинской реабилитации г. Оренбурга

O. G. PAVLOVSKAYA¹, N. V. PRIVALOVA², N. V. IONOVA³

HEALTH MONITORING CHILDREN'S POPULATION OF THE ORENBURG REGION

¹Orenburg State Medical Academy

²City Clinical Hospital № 5 of Orenburg

³Orenburg regional center for health rehabilitation, Orenburg

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ, РОЖДАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ.

РЕЗЮМЕ.

С целью выявления закономерностей изменения показателей общественного здоровья детского населения Оренбургской области выполнен анализ демографических показателей заболеваемости и инвалидности с 1997 по 2012 гг.

KEY WORDS: CHILDREN, BIRTH RATE, MORTALITY, INCIDENCE, DISABILITY.

SUMMARY.

For the purpose of detection of regularities of change of indicators of public health of the children's population of the Orenburg region the analysis of demographic indicators, incidences and disability from 1997 to 2012 is made.

ВВЕДЕНИЕ.

Сохранение здоровья детей является одним из приоритетных направлений социальной политики Российской Федерации [2]. Разработка государственных мероприятий по охране здоровья детей невозможна без медицинской статистики, в том числе мониторинга демографических показателей, заболеваемости и инвалидности детского населения [1, 2].

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ явилось изучение общественного здоровья детского населения Оренбургской области за 1997-2012 гг. по данным официальной статистической информации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Материалом для исследования явились показатели данных информационно-аналитических сборников о состоянии здоровья детей и подростков, подготовленных Бюро медицинской статистики Министер-

ства здравоохранения и Росстатом Оренбургской области. В работе использован аналитический метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

При анализе численности населения Оренбургской области от 0 до 14 лет за период 1997-2012 годы установлено, что показатель за 16 лет снизился на 30,5% (таблица 1) и составил 348561. Доля детского населения снизилась на 23,5% и соответствовала 17,28% всего населения области.

Показатели рождаемости за шестнадцать лет имели двухфазный характер, так, был отмечен его спад с 1998 года по 2001 г., а затем прирост от исходного показателя на 47% (таблица 2). Усилия последних семи лет, связанные с реализацией Приоритетного национального проекта «Здоровье», программы модернизации здравоохранения, способствовали тому, что сегодня демографическая ситуация в Оренбургской области получила положительные тенденции.

Младенческая смертность с 1997 года в регионе снизилась на 58,3%. Показатель младенческой смертности в области за 2012 год составил 9,7‰. Прирост по сравнению с 2011 годом составил 19,6% и связан, в первую очередь, с переходом на новые критерии регистрации новорожденных детей. Показатель младенческой смертности без учета детей с экстремально низкой массой тела составил бы 7,1%. В 2012 году показатель перинатальной смертности был 8,2 ‰, неонатальной – 2,8‰, ранней неонатальной – 2,7‰. При этом показатель смертности поднялся по области до 5,5‰.

Анализ общей заболеваемости детского населения Оренбуржья (таблица 3) выявил, что с 1997 года по 2009 год был прирост показателя на 65%, однако в последние годы отмечены тенденции снижения общей и первичной заболеваемости. Так, в 2012 году общая заболеваемость у детей составила 2323,4 случая на 1000 детского населения. В структуре причин на первом месте стояли болезни органов дыхания (51,1%), на втором – болезни глаза (6,1%), на третьем – болезни органов пищеварения (5,0%).

Павловская Ольга Гелиевна – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89033668509; pavlovskaya-o@mail.ru

Привалова Наталья Владимировна – зав. педиатрическими участками поликлиники № 6; 8 (3532) 368475; mgb5@mail.ru

Ионова Наталья Викторовна – врач-анестезиолог-реаниматолог; 8 (3532) 316856; k_pubzdrav_2@orgma.ru

Таблица 1 – Динамика численности детского населения и их доля среди населения Оренбургской области за 1997–2012 годы

Год	Численность детей (0-14 лет) (абс.)	Показатель наглядности, %	Доля детей (0-14 лет) (%)	Показатель наглядности, %
1997	501501	100,0	22,6	100
1998	486424	97,0	21,9	96,9
1999	468337	93,4	21,0	92,9
2000	448012	89,3	20,2	89,4
2001	429575	85,7	19,4	85,8
2002	407983	81,4	18,5	81,9
2003	388697	77,5	17,8	78,8
2004	370616	74,0	17,1	75,7
2005	356392	71,1	16,6	73,5
2006	343848	68,6	16,1	71,2
2007	335404	66,9	15,8	69,9
2008	332132	66,2	15,7	69,5
2009	333085	66,4	15,8	69,9
2010	336222	67,0	15,9	70,4
2011	333519	66,5	16,4	72,6
2012	348561	69,5	17,28	76,5

Таблица 2 – Динамика показателей рождаемости и младенческой смертности по Оренбургской области за 1997–2011 годы

Год	Рождаемость (на 1000)	Показатель наглядности, %	Младенческая смертность (на 1000)	Показатель наглядности, %
1997	9,4	100,0	18,7	100,0
1998	9,9	105,3	15,6	83,4
1999	8,3	88,3	14,4	77,0
2000	8,7	92,6	15,3	81,8
2001	8,8	93,6	14,3	76,5
2002	10,6	112,8	12,8	68,4
2003	10,8	114,9	12,8	68,4
2004	11,0	117,0	11,6	62,0
2005	10,5	111,7	13,1	70,0
2006	10,8	114,9	10,0	53,5
2007	12,1	128,7	9,1	48,7
2008	12,7	135,1	8,4	44,9
2009	13,3	141,5	7,3	39,0
2010	14,1	150	7,1	37,9
2011	13,9	147,9	7,8	41,7
2012	14,8	157,4	9,7	51,9

Таблица 3 – Динамика показателей заболеваемости детского населения Оренбургской области за 1997–2012 гг.

Год	Общая заболеваемость (на 1000)	Показатель наглядности, %	Первичная заболеваемость (на 1000)	Показатель наглядности, %
1997	1446,3	100,0	1149,4	100,0
1998	1446,6	100,0	1158,3	100,7
1999	1519,1	105,0	1176,7	102,4
2000	1670,8	115,5	1295,8	112,7
2001	1702,7	117,7	1294,0	112,6
2002	1886,8	130,5	1391,1	121,0
2003	1993,9	137,9	1531,3	133,2
2004	2135,5	147,7	1629,6	141,8
2005	2185,9	151,1	1668,2	145,1
2006	2233,8	154,4	1695,4	147,5
2007	2390,1	165,3	1822,7	158,6
2008	2349,9	162,5	1803,8	156,9
2009	2429,6	167,9	1900,5	165,3
2010	2273,0	157,2	1766,4	153,7
2011	2381,8	164,7	1832,9	159,5
2012	2323,4	160,7	1781,4	154,9

Таблица 4 – Динамика показателей инвалидности детского населения Оренбургской области за 1997–2012 гг.

Год	Общая инвалидность (на 10 000)	Показатель наглядности, %	Первичная инвалидность (на 10 000)	Показатель наглядности, %
1997	178,9	100,0	26,6	100,0
1998	188,5	105,4	15,8	59,4
1999	191,8	107,2	27,2	102,3
2000	201,5	112,6	34,4	129,3
2001	221,3	123,7	32,6	122,6
2002	228,7	127,8	33,0	124,1
2003	235,1	131,4	35,9	135,0
2004	240,9	134,7	35,1	132,0
2005	239,7	134,0	33,2	124,8
2006	231,0	129,1	28,6	107,5
2007	211,8	118,4	23,2	87,2
2008	204,3	114,2	23,6	88,7
2009	194,8	108,9	24,0	90,2
2010	182,1	101,8	24,4	91,7
2011	187,4	104,8	24,5	92,1
2012	196,8	110,1	27,2	102,3

Установлено постепенное повышение уровня первичной заболеваемости детского населения к 2009 году на 65,3%. В последующем отмечена тенденция снижения показателя. В 2012 году уро-

вень первичной заболеваемости у детей достиг 1781,4 на 1000 детского населения. В структуре причин первичной заболеваемости на первом месте – болезни органов дыхания (62,8%), на вто-

ром месте – травмы и отравления (6,0%), на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,3%).

За десятилетний период отмечен рост травм и отравлений у детей.

По Оренбуржью за прошедшие шестнадцать лет, на фоне общего ухудшения состояния здоровья детского населения, отмечена стабилизация показателя общей инвалидности (таблица 4). При этом показатель первичной детской инвалидности колебался и максимально снижался в 1998 году до 15,8 на 10 000 детского населения, а затем значительно повышался в 2003 году до 35,9. К 2012 году показатель составил 27,2 соответственно.

На 1 января 2013 года в регионе в структуре причин первичной детской инвалидности первое ранговое место занимали психические расстройства и расстройства поведения (34,5%), второе место – болезни нервной системы (19,9%), третье – врожденные аномалии (16,8%).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что показатели детской инвалидности в Оренбуржье значительно превышают среднероссийский уровень. С 2009 года область стабильно занимает первое ме-

сто в Приволжском федеральном округе и третье место в России в связи с детской инвалидностью по причине туберкулеза.

Таким образом, за последнее десятилетие установлены благоприятные тенденции здоровья детского населения Оренбургской области в виде роста рождаемости, снижения младенческой смертности в основном за счет перинатальной стабилизации уровней детской инвалидности. Однако неблагоприятными показателями является рост первичной и общей заболеваемости, туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а также травм и отравлений. Поэтому необходимо развитие социальной политики региона по укреплению здоровья детского населения на основе комплексных подходов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] www.consultant.ru
2. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс] www.consultant.ru

УДК 378.096:614.2:378.661 (470.56)

Н. Ю. ПЕРЕПЕЛКИНА, О. Г. ПАВЛОВСКАЯ, Е. А. КАЛИНИНА

10 ЛЕТ КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФАКУЛЬТЕТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Оренбургская государственная медицинская академия

N. Y. PEREPELKINA, O. G. PAVLOVSKAYA, E. A. KALININA

10 YEARS OF PUBLIC HEALTH DEPARTMENT OF POSTGRADUATE ADDITION EDUCATION FACULTY IN ORENBURG STATE MEDICAL ACADEMY

The Orenburg State Medical Academy

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ, ОРЕНБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ.

РЕЗЮМЕ.

В статье представлены данные о достижениях кафедры общественного здоровья и здравоохранения

факультета последипломного дополнительного образования ОрГМА за 10 лет, перспективах ее развития.

KEY WORDS: POSTGRADUATE PROFESSIONAL DOCTORS EDUCATION, ORENBURG STATE MEDICAL ACADEMY.

SUMMARY.

The article gives information about progress of Public Health department of Postgraduate addition education faculty in OSMA during 10 years & development prospects.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения на факультете последипломной подготовки специалистов была создана в январе 2004 года на основании Приказа ГОУ ВПО «ОрГМА» МЗ РФ от 26 декабря 2003 года № 683 «О реорганизации кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФППС». С 1 сентября 2010 года кафе-

Перепелкина Наталья Юрьевна – д. м. н., проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 2; 8 (3532) 316856; pr_oz_zo@mail.ru

Павловская Ольга Гелиевна – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89033668509; pavlovskaya-o@mail.ru

Калинина Екатерина Алексеевна – к. м. н., ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89877958996; kalina1957@yandex.ru

дра была переименована в кафедру общественного здоровья и здравоохранения № 2. Клинической базой кафедры является организационно-методический отдел ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница».

Основной контингент слушателей кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 – врачи-организаторы здравоохранения (главные врачи и заместители главных врачей). Преподавание ведется по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Кроме того, на кафедре проходят циклы тематического усовершенствования: «Экспертиза качества медицинской помощи»,

«Экспертиза временной нетрудоспособности» для врачей различных специальностей – заведующих структурными подразделениями медицинских организаций, и «Вопросы экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования» – для врачей-экспертов территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций.

Первыми слушателями кафедры стали 8 врачей-статистиков, которые обучались на очно-заочном сертификационном цикле с февраля по май 2004 года. Всего в 2004 году проведено 4 сертификационных цикла, которые окончили 54 врача-организатора здравоохранения.

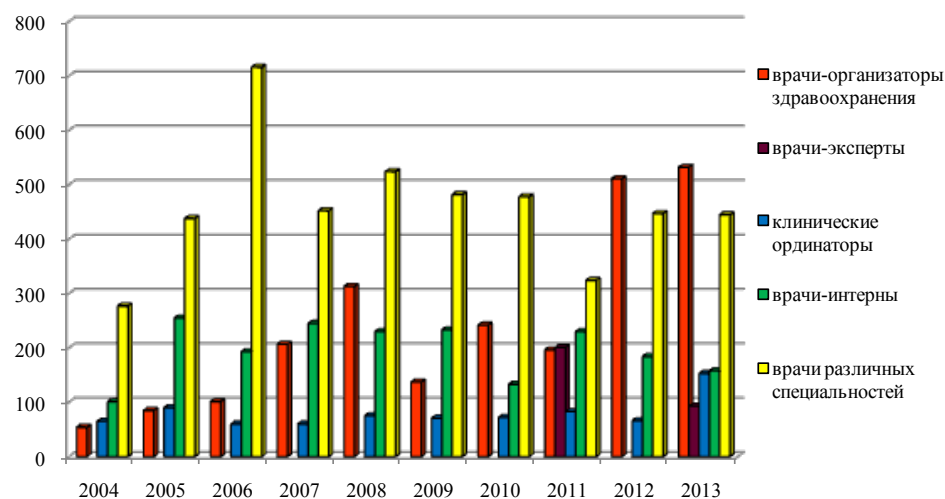


Рисунок – Динамика числа слушателей кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2

За десять лет на кафедре подготовлено 2378 врачей-организаторов здравоохранения (рис.).

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения факультета последипломного дополнительного образования ОрГМА с момента её создания принимает активное участие в организации и проведении выездных циклов повышения квалификации врачей. Традиционными стали выездные циклы общего и тематического усовершенствования в городах Орске, Новотроицке и Бузулуке.

С 2010 года сотрудники кафедры освоили новое направление образовательной деятельности – дистанционное обучение. Реализация Федерального закона от 21 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» потребовала подготовить врачей-экспертов для проведения экспертизы и контроля качества медицинской помощи в сфере ОМС. Сотрудниками кафедры была разработана новая учебная программа тематического усовершенствования «Вопросы экспертной деятельности в сфере ОМС», утвержденная Федеральным фондом ОМС. Только за три года по новой образовательной программе прошли обучение 320 врачей-экспертов тер-

риториальных фондов ОМС и страховых компаний Оренбургской, Пензенской и Тамбовской областей.

Сотрудники кафедры получили 4 благодарности от директоров территориальных фондов ОМС Оренбургской, Пензенской и Тамбовской областей.

В сентябре 2013 года ОрГМА впервые выиграла конкурс на проведение цикла общего усовершенствования «Общественное здоровье и здравоохранение» для организаторов здравоохранения Пензенской области. Всего на цикле обучалось 60 главных врачей и их заместителей. Цикл проходил с 14 октября по 14 ноября 2013 года и включал 4 выезда 3 преподавателей кафедры в г. Пензу для проведения очных занятий.

В заключение обучения была проведена Итоговая государственная аттестация, состоявшая из традиционных этапов – тестирование, защита курсовой работы по анализу деятельности медицинской организации и экзамен. Слушателя цикла получили сертификаты нового образца. Министром здравоохранения Пензенской области к. м. н. В. В. Стрючковым была направлена в адрес ОрГМА Почетная грамота со словами благодарности профессорско-преподавательскому составу кафедры.



*Слушатели цикла общего
усовершенствования
«Организация здравоохранения
и общественное здоровье»
(г. Пенза, 2013 год)*



*Сертификационный экзамен принимает зав.
кафедры общественного здоровья и здравоохранения
№ 2 д. м. н., проф. Н. Ю. Перепелкина
(г. Пенза, 2013 год)*



*Аспиранты и клинические ординаторы
кафедры общественного здоровья
и здравоохранения ФППС
(2007 год)*

Основными **научными направлениями** кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 являются: медико-социальные аспекты детской инвалидности; научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи населению Оренбургской области.

За прошедшие годы на кафедре обучались в аспирантуре: Николаева Татьяна Владимировна (2004-2006), Боев Виталий Александрович (2005-2008), Удотова (Атаманская) Ольга Валентиновна (2006-2008), Ржанникова Елена Вячеславовна (2006-2010), Паршина Юлиана Владимировна (2008-2012), Кононова Ирина Вячеславовна (2009-2013).

В настоящее время на кафедре проходят обучение: очный аспирант Бизменов И. М. (2012-2015) и 4 заочных аспиранта – Платонихина А. М. (2012-2016), Давыдова Т. Е. (2011-2015), Леонтьев А. Ю. (2011-2015), Тюрин А. В. (2010-2014).

При научном консультировании доктора медицинских наук, профессора Н. Ю. Перепелкиной за-

щищена 1 докторская диссертация по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

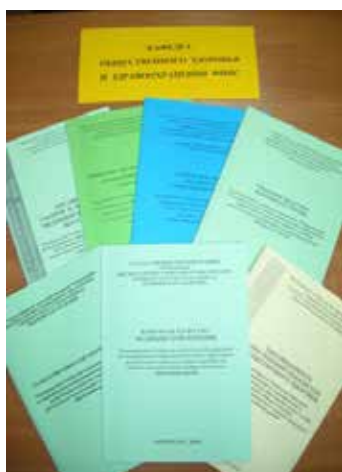
В 2011 г. доцентом кафедры Кузьминым С. А. докторская диссертация на тему «Концепция модернизации системы медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе (на примере Оренбургской области)».

Под научным руководством д. м. н., профессора Н. Ю. Перепелкиной защищены 13 кандидатских диссертаций по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение:

1. Николаевой Т. В. – «Медико-социальные аспекты инвалидности детей с патологией кожи и подкожной клетчатки» (2007),

2. Судоргиной Е. Ф. – «Медико-социальные аспекты инвалидности детей с патологией сердечно-сосудистой системы» (2007),

3. Боевым В. А. – «Оптимизация организации оказания скорой медицинской помощи городскому населению» (2008),



Монографии и учебные пособия для врачей с грифом УМО, подготовленные сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2

Профессорско-преподавательский состав кафедры (по состоянию на 01.03.2014 г.)



Перепелкина Наталья Юрьевна –
д. м. н., профессор,
заведующий кафедрой



Павловская Ольга Гелиевна –
к. м. н.,
доцент



Калинина Екатерина Алексеевна –
к. м. н.,
ст. преподаватель



Комаров Николай Николаевич –
к. м. н.,
доцент кафедры

4. Алтуховой Л. В. – «Медико-социальные аспекты состояния здоровья населения Оренбургской области» (2008).

5. Соловьевой Е. А. – «Заболеваемость женщин болезнями половой системы и пути совершенствования организации медицинской помощи в условиях крупного города» (2009).

6. Гильмутдиновым Р. Г. – «Научное обоснование совершенствования организации службы крови в субъекте Российской Федерации» (2009).

7. Ржанниковой Е. В. – «Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи пациентам с эндокринной патологией в субъекте Российской Федерации» (2010).

8. Бобровой И. Н. – «Состояние младенческой смертности и пути её снижения в субъекте Российской Федерации» (2011).

9. Бельковой О. А. – «Комплексная оценка здоровья, качества и образа жизни сельского населения пригородной территории (на примере Оренбургского района) (2011)».

10. Ефимовой С. В. – «Комплексная оценка здоровья, образа и качества жизни лиц призывного возраста, проживающих в крупном городе» (2012).

11. Шматовым К. В. – «Научное обоснование совершенствования системы управления частной стоматологической организацией» (2012).

12. Тюриным А. В. – «Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения Оренбургской области» (2013).

13. Паршиной Ю. В. – «Научное обоснование путей совершенствования организации медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста (на примере города Оренбурга)» (2013).

За десятилетний период сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2 было подготовлено 119 докладов и опубликовано 433 научных труда, из которых 72 статьи в журналах и изданиях, рекомендованных ВАК.

В 2009 и 2010 гг. вышли монографии коллектива авторов в составе Н. Ю. Перепелкиной, С. А. Кузьмина, О. Г. Павловской «Состояние здоровья детей и подростков в Оренбургской области» и С. А. Кузь-

мина, Н. Ю. Перепелкиной, Т. С. Кузьминой «Состояние здоровья граждан до- и призывного возраста и организация медицинского обеспечения их подготовки к военной службе».

Сотрудниками кафедры подготовлено и издано 13 учебных пособий, рекомендованных УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России для системы послевузовского профессионального образования врачей.

УДК 614.2(470.56)

Н. Ю. ПЕРЕПЕЛКИНА, О. Г. ПАВЛОВСКАЯ, Е. А. КАЛИНИНА

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургская государственная медицинская академия

N. Y. PEREPULKINA, O. G. PAVLOVSKAYA, E. A. KALININA

THE DYNAMICS OF HEALTH STATUS OF THE ORENBURG REGION

The Orenburg State Medical Academy

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, НАСЕЛЕНИЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.

РЕЗЮМЕ.

В статье нашли отражение закономерности изменения таких показателей регионального здоровья, как демографические показатели и показатели заболеваемости. Установлено, что в Оренбургской области за последнее пятилетие уменьшилась на 95 445 человек. При этом в 2012 году (2008–2012 годы) численность населения в регионе впервые (за многолетний период с 1993 года) зафиксирован положительный естественный прирост населения за счет повышения коэффициента рождаемости. В регионе наметилась тенденция к снижению показателей общей и первичной заболеваемости населения.

KEY WORDS: DEMOGRAPHICS FIGURES, MORBIDITY, POPULATION OF ORENBURG REGION POPULATION.

SUMMARY.

The article gives figures of region health in demographic data and morbidity. It was set, that population in

Orenburg region has decreased so 95 445 people since last five years (2008 – 2012). Otherwise in 2012 we fixed positive natality at the expense of birth rate. We saw a tendency general and primary morbidity decrease in region.

ВВЕДЕНИЕ.

К ведущим показателям общественного здоровья относятся: демографические показатели и показатели заболеваемости населения [2, 3]. Актуальность изучения демографических показателей для медицины в том, что они характеризуют здоровье населения и отражают влияние социально-экономических факторов в стране, необходимы для долгосрочного и оперативного планирования системы здравоохранения, являются основой для разработки профилактических федеральных и региональных программ в целях сохранения и укрепления здоровья населения [1, 2, 3]. Показатели заболеваемости среди населения в целом или его отдельных групп используют в комплексной оценке состояния здоровья населения, для обоснования потребности в различных видах медицинской помощи и ресурсах, для оценки деятельности медицинских организаций, при разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования и др. [1, 2, 3].

На совещании по вопросам здравоохранения в январе 2014 года министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова отметила, что демографические показатели состояния здоровья россиян улучшаются. Так, впервые за более чем двадцатилетний период в 2013 году зафиксирован положительный естественный прирост населения, на 7% снизилась младенче-

Перепелкина Наталья Юрьевна – д. м. н., проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 2; 8 (3532) 316856; np_oz_zo@mail.ru

Павловская Ольга Гелиевна – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89033668509; pavlovskaya-o@mail.ru

Калинина Екатерина Алексеевна – к. м. н., старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2; 89877958996; kalina1957@yandex.ru

ская смертность по сравнению с 2012 годом, ожидаемая продолжительность жизни российских граждан увеличилась на полгода [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – выявить закономерности изменения основных показателей здоровья населения Оренбургской области за последние пять лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Объектом исследования стали жители Оренбургской области. Периодом наблюдения стали 2008-2012 годы. В работе использованы данные официальной статистики по Оренбургской области. Анализу подвергались основные медико-демографические показатели и показатели заболеваемости населения. В исследовании применены статистический и аналитический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

По данным Всероссийской переписи населения 2010 года, численность постоянно проживающих жителей в Оренбургской области составила 2032,9 человека. Согласно этим данным, по численности населения изучаемый регион занимает 7-е место в Приволжском федеральном округе и 24-е место в Российской Федерации.

За последние пять лет численность населения области уменьшилось на 95 445 человек, что со-

ставляло 4,5% (рисунок 1). Таким образом, на 1 января 2013 года в Оренбургской области проживают 2 016 086 человек.

Анализируя гендерную структуру населения региона, выявлено превышение численности женщин над мужчинами. Так, в 2012 году доля женского населения составила 53,5%, а мужского – 46,5%.

В 2012 году возрастной состав населения Оренбургской области характеризовался преобладанием доли населения пенсионного возраста (22,3%) по сравнению с долей населения детского и подросткового возраста, которая составила 18,3%. При этом доля населения трудоспособного возраста в регионе уменьшилась и не превысила 59,4%. Установлено, что в регионе с 2008 года отмечена тенденция к постарению населения: увеличилась доля лиц пенсионного возраста, уменьшилась доля лиц трудоспособного возраста и несколько увеличилась доля детского населения (таблица 1).

Оренбургская область относится к субъектам Российской Федерации, в которых регистрируется относительно высокая доля сельского населения – 40,3%. В городах изучаемого региона проживает 59,7% всего населения. Плотность расселения жителей Оренбургской области составляет 16,4 чел/км².

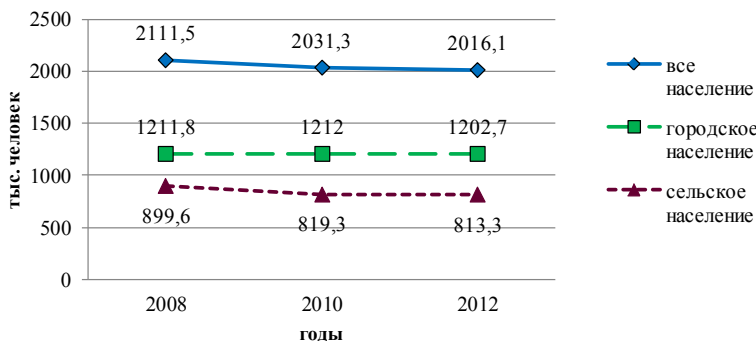


Рисунок 1 – Динамика численности населения Оренбургской области

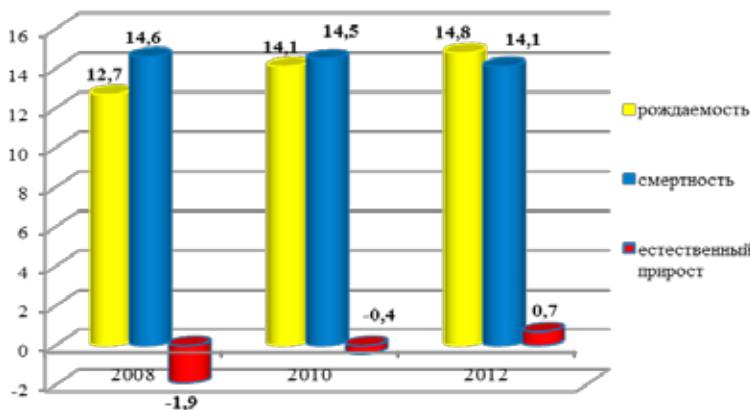


Рисунок 2 – Динамика показателей воспроизводства населения Оренбургской области

В регионе сложилась благоприятная ситуация изменения показателей естественного прироста насе-

ния за счет повышения коэффициента рождаемости, который в 2012 году составил 14,8%. И, несмотря

на незначительное снижение коэффициента общей смертности, в 2012 году впервые (за период с 1993 года) в области зафиксирован положительный естественный прирост населения 0,7 на 1000 человек (рисунком 2).

Таблица 1 – *Возрастная структура населения Оренбургской области*

	2008 год	2012 год
Возраст младше трудоспособного	16,9%	18,2%
Трудоспособный возраст	63,3%	59,4%
Возраст старше трудоспособного	19,8%	22,3%

В Оренбуржье отмечено и повышение суммарного коэффициента рождаемости. Так, в среднем по области за пятилетний период он повысился с 1,6 в 2008 году до 1,9 в 2012 году. Повышение показателя происходит в большей степени за счёт жителей, проживающих в сельских районах Оренбургской области. Среди данной категории населения суммарный показатель рождаемости составил 2,9 в 2012 году, что на 27,5% выше уровня 2008 года (2,1).

В 2012 году в структуре основных причин смертности жителей Оренбургской области преобладали: болезни системы кровообращения (56,7%), злокачественные новообразования (15,9%) и внешние причины (11,3%). За анализируемый период произошли некоторые изменения в показателях смертности от ведущих причин. Смертность населения области по причине болезней системы кровообращения повышалась до 840, 6 случаев на 100 000 населения в 2010 году, и к 2012 году понизилась всего лишь на 5,5% и превышает среднероссийские показатели на 7,5%, составляя 796,8 случая. Смертность по причине новообразований повысилась к 2011 году и остается на прежнем уровне – 224,1 случая на 100 000 населения, также превышая средние показатели по Российской Федерации, которые составляют 203,1. Третья ведущая причина смертности населения – это внешние причины, показатели которых в Оренбургской области имеют тенденцию к снижению с 185,5 до 159,5 случая на 100 000 населения. Таким образом, анализируя динамику показателей смертности, следует отметить, что выраженного снижения в Оренбургской области не происходит.

К показателям качества и доступности медицинской помощи относятся, в частности, показатели смертности населения трудоспособного возраста. Изучая данные показатели, следует отметить, что общий показатель смертности снизился всего лишь на 12,4% с 761,1 в 2008 году до 666,7 случая на 100 000 населения в 2012 году. Смертность населения трудоспособного возраста по причине болезней кровообращения понизилась на 7,7% с 212,3 до 197,1 случая на 100 000. Показатели смер-

ности по причине новообразования не изменились за этот период (92,4 случая на 100 000 в 2012 году). Более выраженное снижение – на 31,3% – затронуло смертность от внешних причин – с 262,2 до 199,7 случая на 100 000 населения. Было выявлено и повышение показателей смертности от инфекционных заболеваний на 12,3%. Также понизились показатели смертности трудоспособного населения от болезней дыхания и пищеварения.

В результате анализа и оценки такого интегрального показателя воспроизводства населения, как младенческая смертность, отмечено, что в Оренбургской области уровень данного показателя с введением новых критериев живорождения повысился по сравнению с показателями 2008 года на 13,4%. И, таким образом, в 2012 году коэффициент младенческой смертности составил 9,7‰.

В структуре младенческой смертности в 2008 году на первом месте находились болезни перинатального периода – 42,7%, на втором месте – врожденные аномалии – 29,8%, на третьем месте – болезни органов дыхания – 9,8%, на четвертом месте – внешние причины – 8,9%.

За исследуемый период произошли изменения удельного веса причин смертности. Так, болезни перинатального периода в 2012 году занимают ведущее место в структуре – 62,7%, врожденные аномалии – 17,1%, болезни органов дыхания – 7,3% и внешние причины – 5,9%.

В Оренбургской области в 2012 году по сравнению с аналогичными показателями 2008 года отмечалось незначительное повышение показателей ожидаемой продолжительности предстоящей жизни (ОППЖ), которые в 2012 году составили: у мужчин – 62,8 года; у женщин – 74,6 года; у мужчин и женщин (оба пола) – 68,6 года. В 2008 году эти показатели не превышали: у мужчин – 60,6 года, у женщин – 73,4 года и в целом – 66,8 года. Таким образом, за пятилетний период повышение ОППЖ составило 1,8 года.

На следующем этапе исследования была проанализирована динамика общей и первичной заболеваемости населения Оренбургской области (таблица 2).

Установлено, что уровень общей заболеваемости населения Оренбургской области по данным обращаемости в медицинские организации за анализируемый период снизился на 2,7% (с 1824,1 на 1000 населения в 2008 году до 1776,5 на 1000 населения в 2012 году). В целом показатель общей заболеваемости населения в изучаемом регионе в 2012 году был выше среднероссийского показателя, который составил 1605,8 на 1000 населения. По-прежнему в Оренбургской области регистрируется высокий уровень общей заболеваемости детского населения, который в 2012 году достиг уровня 2323,4 на 1000.

Таблица 2 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости жителей Оренбургской области (на 1000 населения)

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Общая заболеваемость всего населения	1824,1	1853,9	1786,0	1806,5	1776,5
Первичная заболеваемость всего населения	848,2	867,6	826,1	850,3	819,0
Общая заболеваемость взрослого населения	1690,4	1700,8	1655,8	1650,2	1626,7
Первичная заболеваемость взрослого населения	629,0	626,4	605,0	612,2	581,9
Общая заболеваемость детского населения	2349,9	2429,6	2273,0	2381,8	2323,4
Первичная заболеваемость детского населения	1803,8	1900,5	1766,4	1832,9	1781,4

Как видно из таблицы 2, динамика первичной заболеваемости жителей Оренбургской области характеризовалась снижением (с 848,2 на 1000 в 2008 году до 819,0 на 1000 в 2012 году). В регионе зарегистрировано снижение уровня первичной заболеваемости как среди взрослого, так и детского населения.

В структуре общей заболеваемости населения в 2012 году преобладали болезни органов дыхания – 22,2%, на втором месте находились болезни системы кровообращения – 15,5%, на третьем месте – болезни глаза – 8,7%, на четвертом месте – болезни костно-мышечной системы – 7,9% и на пятом месте – болезни мочеполовой системы – 7,1%.

Структура первичной заболеваемости имеет свои отличия – более высокий удельный вес болезней органов дыхания (41,0%), на втором месте – травмы и отравления (11,0%), на третьем месте – болезни кожи (6,7%), на четвертом – костно-мышечной системы (6,6%) и на пятом месте – болезни глаза (5,6%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом, в Оренбургской области за последнее пятилетие (2008–2012 годы) численность населения уменьшилась на 95 445 человек. В регионе в 2012 году зафиксирован положительный есте-

ственный прирост населения за счет повышения коэффициента рождаемости и некоторого снижения коэффициента смертности.

В Оренбургской области за прошедший период наметилась тенденция к снижению показателей общей и первичной заболеваемости населения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Здоровье население региона и приоритеты здравоохранения [Текст] / Под ред. акад. РАМН, проф. О. П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В. А. Медика. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.*

2. *Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник : в 2 т. [Текст] / Под ред. В. З. Кучеренко – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с.*

3. *Щепин, О. П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения [Текст] / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин, В. А. Медик. – М. : Национальный НИИ общественного здоровья и здравоохранения РАМН, 2009. – 376 с.*

4. *Совещание по вопросам здравоохранения [Электронный ресурс] / <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/21/soveshanie-po-voprosam-zdravoohraneniya>*

УДК [614.2:616.89](470.56)

С. А. СМЕРНОВА¹, Е. Л. БОРЩУК², Н. А. БАЯНОВА²

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2008-2012 ГГ.

¹Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2

²Оренбургская государственная медицинская академия

S. A. SMIRNOVA¹, E. L. BORSCHUK², N. A. BAYANOVA²

ANALYSIS OF PRIMARY INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE ADULT POPULATION OF THE ORENBURG REGION FOR THE PERIOD 2008-2012

¹Orenburg Regional Psychiatric Hospital № 2

²The Orenburg State Medical Academy

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ.

РЕЗЮМЕ.

Проведен анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами взрослого насе-

ния Оренбургской области за период 2008-2012 гг. по данным Информационных сборников Министерства здравоохранения Оренбургской области за 2009-2013 гг. «Заболеваемость населения в Оренбургской области». Представлена оценка динамики показателя в виде ранжирования территорий среди городских и сельских поселений с выделением максимальных и минимальных уровней.

KEY WORDS: PRIMARY INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE ADULT POPULATION. SUMMARY.

The analysis of primary incidence of mental disorders in the adult population of the Orenburg region for the period 2008-2012 according to the Information collections of the Ministry of health in Orenburg region for 2009-2013. «The incidence of the population in the Orenburg region». Presents an assessment of the dynamics in the form of a ranking of the territories of urban and rural settlements with the release of the maximum and minimum levels.

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность темы изучения заболеваемости психическими расстройствами определяется высокой медико-социальной и правовой значимостью проблемы. Психические заболевания относятся к кругу патологий, которые склонны к хроническому течению, приводящему к социальной дезадаптации и инвалидности. При этом значительный процент составляют случаи, когда несостоятельность обнаруживается уже в раннем детском и подростковом возрасте. Прогноз ранней инвалидности вследствие психических болезней и умственной отсталости принято считать неблагоприятным, поскольку большинство инвалидов по достижении 18 лет остаются нетрудоспособными [1]. К 2020 году, по данным ВОЗ, психические расстройства войдут в первую пятерку болезней, ведущих к потере трудоспособности [2].

ЦЕЛЮЮ НАСТОЯЩЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ явилось изучение первичной заболеваемости психическими расстройствами (ПЗПР) за период 2008-2012 гг. в аспекте внутриобластных территориальных особенностей тенденций заболеваемости психическими расстройствами. Источником информации явился Информационный сборник Министерства здравоохранения Оренбургской области за 2009-2013 гг. «Заболеваемость населения в Оренбургской области».

Смирнова Светлана Алексеевна – зам. гл. врача по мед. части; 8 (3532) 399122; gbuz@ookpb2.ru

Борщук Евгений Леонидович – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 1; 8 (3532) 773053; k_pubzdrav_1@orgma.ru

Баянова Наталья Александровна – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 1; 89225511681; Doc_tor_bajanova@mail.ru

ПЗПР в Оренбургской области на 1000 взрослого населения по среднему значению за период исследования превысила в 1,8 раза показатель по РФ и на 3,8‰ уровень ПЗПР по Приволжскому федеральному округу (ПФО) (5,6‰ – в РФ; 6,2‰ – в ПФО; 10,0‰ – в Оренбургской области) (рис. 1).

Линия пятилетнего тренда ПЗПР носит статистический характер, с амплитудой вариабельности в 1,1‰, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению всей первичной заболеваемости взрослого населения региона (рис. 2).

Снижение уровня ПЗПР наблюдается по сводным аналогичным показателям среди городских поселений области в 5,5 раза (2008 г. – 7,7‰; 2012 г. – 1,4‰), тогда как среди сельских поселений этот показатель колеблется за период исследования от 6,8‰ до 7,4‰ (рис. 3). Минимальные уровни ПЗПР отмечаются в 2012 году как среди городских, так и среди сельских поселений с разницей в уровнях в 4,9 раза (1,4‰; 6,8‰ соответственно).

Максимальные уровни ПЗПР среди городов области за период исследования отмечаются в г. Медногорске – 6-кратное превышение уровня среди городских поселений области (8,6‰) и в г. Орске – превышение в 3,6 раза (5,1‰). Вместе с тем в г. Медногорске, как и в г. Оренбурге, происходит снижение уровня ПЗПР (с 10,2‰ до 8,6‰; с 14,2‰ до 1,7‰ соответственно), тогда как в остальных городах области происходит незначительный рост ПЗПР. За пятилетний период в г. Оренбурге происходит снижение ПЗПР в 8,4 раза, что стало соответствовать в 5 раз меньшему уровню ПЗПР в РФ. Максимальное значение абсолютной убыли среди городских поселений наблюдается в 2011 году (-4,8‰). Снижение в 4 раза уровня ПЗПР в 2011 году среди городских поселений, по сравнению с предыдущим годом, наблюдается за счет резкого снижения показателя в 6 раз только в г. Оренбурге, тогда как в других городах таких резких колебаний не наблюдается.

Проведено ранжирование уровней ПЗПР каждого района Оренбургской области. В результате проведенного исследования среди районов области нами выделены три района, ПЗПР которых в 3 раза превышает ПЗПР взрослого населения Оренбургской области, в 4 и более раз превышающем ПЗПР по районам области, в 20 и более раз превышающем ПЗПР минимальных значений уровня ПЗПР среди районов: Грачевский район (41,7‰), Тоцкий район (27,6‰), Красногвардейский район (21,2‰). Обращает на себя внимание Грачевский район, в 2011 году значение его уровня ПЗПР отмечено как максимальное среди всех значений изучаемого показателя по городам и районам области – 46,8‰ (4-кратное превышение уровня

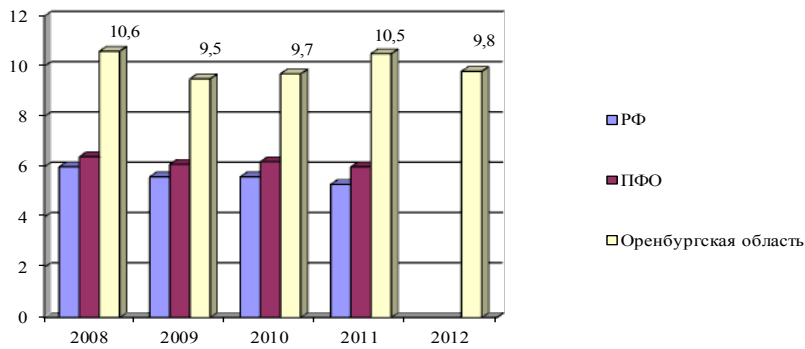


Рисунок 1 – Динамика ПЗПР в РФ, ПФО и Оренбургской области на 1000 взрослого населения за 2008-2012 гг.

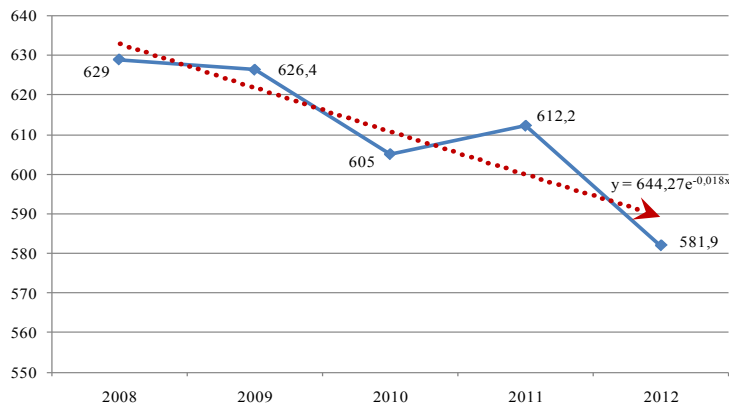


Рисунок 2 – Первичная заболеваемость на 1000 взрослого населения Оренбургской области за 2008-2012 гг. с линией экспоненциального тренда



Рисунок 3 – ПЗПР среди городских и сельских поселений населения Оренбургской области за 2008-2012 гг. с коридором колебания уровня

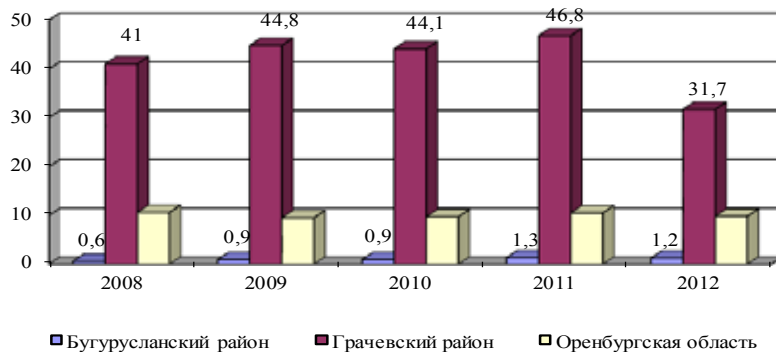


Рисунок 4 – Динамика ПЗПР среди отдельных районов области (Бугурусланский и Грачевский районы) и уровня ПЗПР Оренбургской области за 2008-2012 гг.

по области, 8-кратное превышение по ПФО и 9-кратное превышение уровня по РФ). Минимальные значения ПЗПР в Бугурусланском районе (0,98‰). Сравнительный анализ динамики ПЗПР в Грачевском и Бугурусланском районах представлен на рисунке 4. В 14 районах области наблюдается рост ПЗПР с периодом размаха колебания от 0,1‰ до 18,5‰: Адамовский район (+1,7‰), Акбулакский район (+0,3‰), Беляевский район (+3,5‰), Гайский район (+0,1‰), Илекский район (+0,1‰), Красногвардейский район (+0,5‰), Новосергиевский район (+0,7‰), Октябрьский район (+0,6‰), Первомайский район (+1,3‰), Пономаревский район (+0,2‰), Соль-Илецкий район (+3,4‰), Тюльганский район (+18,5‰), Шарлыкский район (+2,5‰). Относительно других районов по ПЗПР выделен Оренбургский район, его средний уровень за пятилетний период равен 2,9‰. Наметившуюся тенденцию к снижению в остальных районах области ни в одном из них нельзя характеризовать как устойчивую в связи с резкими скачкообразными изменениями в уровнях ПЗПР. Нами предпринята

попытка установки связи между обеспеченностью врачами-специалистами и уровнем ПЗПР, однако достоверно-статистической связи не установлено ни в одном из районов области.

Внутрирайонная детализация динамики ПЗПР требует оценки других значимых показателей территории (демографических, социальных, экономических и других), а также их связи с полученными результатами анализа. Результаты исследования могут быть использованы при формировании планомерной региональной политики в области охраны здоровья граждан, а также социальной политики при планировании и разработке перспективных региональных программ Оренбургской области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева, О. О. Клинико-динамические аспекты ранней инвалидности вследствие психических болезней: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. О. Андреева. – М., 2013. – 32 с.
2. [<http://www.ryzkov.ru/index.>]

УДК 614.2:618-082-08-039.57

Е. А. СОЛОВЬЕВА

К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Городская клиническая больница им. Н. И. Пирогова г. Оренбурга

E. A. SOLOVYOVA

ON THE QUESTION OF OPTIMIZING THE ORGANIZATION OF OUTPATIENT HEALTH CARE

City Clinical Hospital named after N. I. Pirogov, Orenburg

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, АМБУЛАТОРНАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ, УРОВЕНЬ ПОСЕЩАЕМОСТИ.

РЕЗЮМЕ.

В работе представлен сравнительный анализ гинекологической заболеваемости в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Оренбургской области. Проведен углубленный анализ уровня и структуры гинекологической заболеваемости на территории Оренбурга.

KEY WORDS: GYNECOLOGICAL MORBIDITY, OBSTETRICIAN GYNECOLOGICAL SERVICE, OUTPATIENT HEALTH CARE, ANNUAL RATES OF VISITS.

SUMMARY.

Comparative analysis into gynecological morbidity in the RF, Privolzhsky Federal District, and Orenburg Region was performed. More detailed analysis into prevalence and structure of incidence of gynecologic morbidity in Orenburg alone was also carried out.

ВВЕДЕНИЕ.

Тактика и стратегия здравоохранения в современных условиях не может не оказывать влияния на демографические процессы. В силу этого акушерско-гинекологическая служба играет важную роль в укреплении репродуктивного здоровья женщин и проведении комплексной демографической политики. Современные процессы депопуляции в Российской Федерации неизбежно привели к необходимости принятия новых организационных решений, направленных на оптимизацию работы всех секторов здравоохранения, в том числе и амбулаторной акушерско-гинекологической службы.

Соловьева Елена Анагольевна – к. м. н., зав. гинекологической службой; 89058140561; solovevaln@rambler.ru

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ явилось установление динамики показателей гинекологической заболеваемости женского населения Оренбургской области по данным официальной статистики за период с 2008 по 2012 годы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Проведен углубленный анализ уровня и структуры гинекологической заболеваемости на определенной территории по обращаемости с определением возрастных особенностей путем анализа форм 025/у «Талон амбулаторного пациента».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

В результате исследования выявлено продолжающееся увеличение как общей, так и первичной заболеваемости эндометриозом по Российской Федерации, Приволжскому федеральному округу и Оренбургской области. За пятилетний период с 2008 г. по 2012 г. общая заболеваемость эндометриозом в РФ возросла на 18,5% (с 36,8 до 43,6 на 10000 женского населения), в ПФО на 16,5%, в Оренбургской области – на 20,1% (с 35,3 до 42,4 на 10000 женского населения). При сравнении с ближайшими соседними регионами Оренбургской области установлено некоторое снижение показателя первичной заболеваемости в республике Башкортостан и Самарской области (рисунок 1).

Частота заболеваемости женским бесплодием также характеризуется устойчивой тенденцией к росту. Рост общей заболеваемости данной патологии в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе превышает 20,0%, в Оренбургской области – 29,3% (с 95,1 до 123,0 на 10000 женщин фертильного возраста). При этом показатель заболеваемости женским бесплодием по Оренбургской области в 2 раза превышает аналогичный показатель по Российской Федерации. Также отмечается непрерывный рост общей и первичной заболеваемости расстройствами менструаций: в Российской Федерации – с 204,3 до 245,0 на 10000 женщин фертильного возраста (на 119,9%), в Приволжском федеральном округе – с 221,1 до 253,4 (на 114,6%), в Оренбургской области – с 227,9 до 260,9 (на 114,%).

Уровень первичной и общей заболеваемости сальпингитом и оофоритом за последние пять лет имеет тенденцию к значительному снижению. Так, по Российской Федерации показатель общей заболеваемости уменьшился на 16,5% (с 137,2 в 2008 г. до 114,6 на 10000 женского населения в 2012 г.), в Приволжском федеральном округе – на 18,4% (с 168,2 в 2008 г. до 81,6 на 10000 женского населения в 2012 г.). В Оренбургской области показатель общей заболеваемости сальпингитом и оофоритом уменьшился вдвое и достиг 103,8 на 10000 женского населения и по сравнению с 2008 годом.

При сравнении показателей общей заболеваемости изучаемых нозологий (эндометриоз, женское бесплодие и расстройства менструальной функции) в Оренбургской области и городе Оренбурге выявлено, что уровень заболеваемости у горожанок значительно выше. Так, уровень заболеваемости женским бесплодием в г. Оренбурге вырос за пятилетний период в два раза (с 72,9 до 142,6 на 10000 женщин фертильного возраста), превышая показатели Оренбургской области в 2012 г. на 23,6% (рисунок 2).

По данным официальной статистики, заболеваемость сальпингитом и оофоритом среди женского населения г. Оренбурга, как и в целом по РФ, ПФО и Оренбургской области, имеет тенденцию к снижению. Показатель общей заболеваемости сальпингитом и оофоритом снизился в 2,9 раза (с 141,8 на 10000 женского населения в 2008 г. до 49,6 в 2012 г.).

В ходе настоящего исследования были проанализированы данные 11929 форм 025/у «Талон амбулаторного пациента» (28525 посещений) для изучения уровня гинекологической заболеваемости и посещаемости женской консультации. На рисунке 3 показана повозрастная обращаемость в женскую консультацию по поводу гинекологических заболеваний, беременности и профилактических осмотров. Наибольшее количество обращений отмечается в группах 19-29 и 30-39 лет.

Обращаемость по поводу воспалительных заболеваний составила 18,6% всех случаев. Отмечено, что наибольший уровень заболеваемости воспалительными болезнями женских половых органов наблюдается в возрастной группе 19-29 лет, несколько реже – в возрастной группе 30-39 лет (рисунок 4). Во всех возрастных группах выявлен наибольший уровень вульвовагинита в структуре воспалительных заболеваний гениталий.

До 7,4% всех обращений составляет эктопия шейки матки – невоспалительное заболевание женских половых органов. Уровень заболеваемости данной патологии в возрастной группе 19-29 лет составляет 53,8%, в группе 30-39 лет – 26,9%, в группе 40-49 лет – 9,1%.

Доброкачественные новообразования женских половых органов (миома матки, кисты яичника, полипы эндометрия и т. д.) преобладают в возрастной группе 50-59 лет (до 37,7%), второе место у группы 40-49 лет (31,3%). Частота обращений по поводу эндометриоза преобладает в возрастной группе 40-49 лет (до 29,1%). Настораживает рост обращаемости по поводу эндометриоза в возрастных группах 30-39 лет (27,7%) и 19-29 лет (21,6%).

По поводу беременности зарегистрировано 46,6% всех обращений в женскую консультацию.

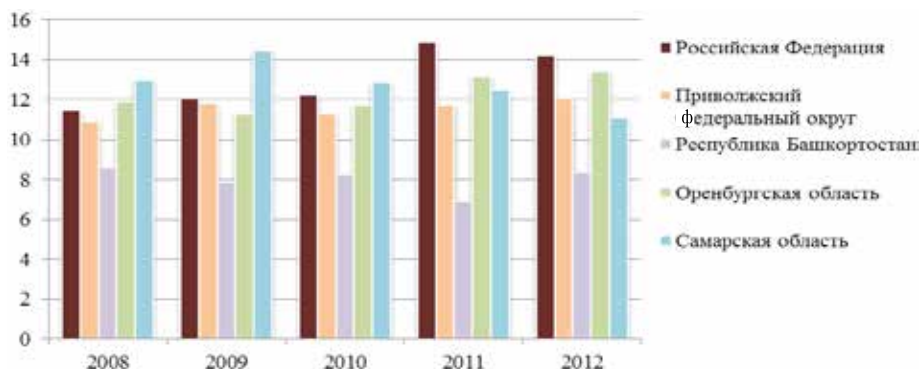


Рисунок 1 – Динамика показателей первичной заболеваемости эндометриозом женского населения за 2008-2012 годы (на 10000 женского населения)

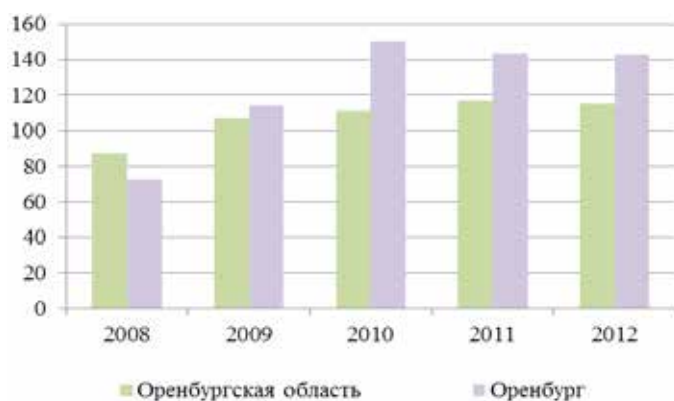


Рисунок 2 – Динамика показателей общей заболеваемости женским бесплодием за 2008-2012 годы (на 10000 женщин фертильного возраста)

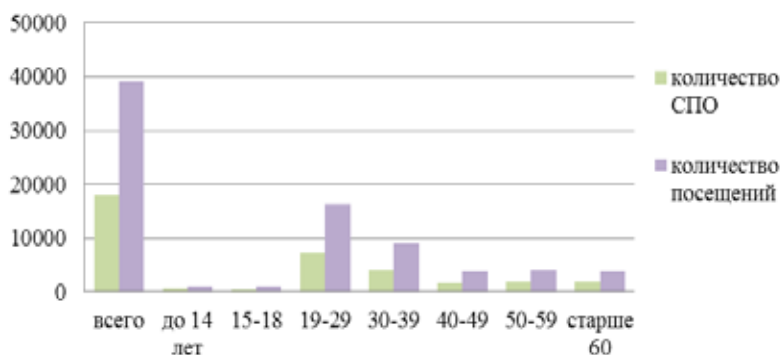


Рисунок 3 – Повозрастная структура обращаемости в женскую консультацию

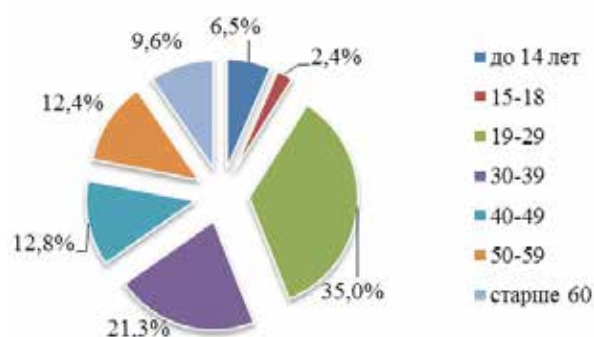


Рисунок 4 – Повозрастная структура заболеваемости воспалительными болезнями женских половых органов



Рисунок 5 – Структура обращений детей 0-14 лет в женскую консультацию

Возрастная группа 19-29 лет является лидирующей по поводу наблюдения за беременностью – до 66,7% всех обращений по беременности, на втором месте группа 30-39 лет – 28,0%. До 18 лет по поводу беременности обратились 2,6%.

При проведении анализа по возрастной структуре амбулаторной заболеваемости болезнями женских половых органов установлено, что в структуре обращений детей 0-14 лет преобладают вульвовагиниты (74,8%), нарушения полового созревания достигают 13,6% (рисунок 5).

В возрастных группах 19-29 лет и 30-39 лет структура представлена следующим образом – преобладают обращения по поводу беременности (72,7% и 62,8%), вульвовагинита (11,0% и 13,0%) и невоспалительных заболеваний шейки матки (8,4%).

В структуре обращений женщин 40-49 лет первое место занимают доброкачественные новообразования гениталий – до 37,5%, на втором месте воспалительные заболевания половых органов – 28,8%. Нарушения оварияльно-менструального цикла достигают 10,2% (из них климактерические расстройства – до 4,2%), обращения по беременности – лишь 9,9%.

В возрастной группе 50-59 лет лидируют обращения в женскую консультацию по поводу доброкачественных новообразований гениталий (47,4%), далее – воспалительные заболевания (29,5%), климактерические расстройства – 8,6%, злокачественные заболевания гениталий – 3,4%.

Опущение и выпадение половых органов и воспалительные заболевания вульвы являются основными причинами обращения женщин к гинекологу в возрасте старше 60 лет (16,8% и 28,2% соответственно), обращения по поводу миомы матки регистрируются в 13,2% случаев, по поводу злокачественных заболеваний гениталий – 5,6%.

При изучении по возрастной частоты посещений женским населением женской консультации в связи с гинекологической заболеваемостью установлено, что общее количество посещений на изучаемой территории составило 496 на 1000 взрослого женского населения, посещения детей – 47,7 на 1000 девочек. Среднее число посещений на одно обращение составило 2,4.

Установлено, что среднее число посещений по поводу воспалительных заболеваний женских половых органов составляет 3,0 посещения, колеблясь в различных возрастных группах от 2,7 (15-18 лет) до 3,2 (30-39 лет). Крайне низким является кратность обращения по поводу заболеваний, относящихся к диспансерной группе: доброкачественные новообразования матки и придатков – 2,0, патология эндометрия – 2,4, эндометриоз – 2,4, нарушения оварияльно-менструального цикла – 2,3.

Среди детского населения число посещений на одно обращение в среднем составляет 2,5. При этом при нарушениях полового созревания не превышает 1,7, при вульвовагинитах – 2,6, сальпингоофоритах – 1,9.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом, выявленный рост гинекологической заболеваемости, особенности ее в различных возрастных группах, низкая кратность посещений при заболеваниях говорят о необходимости оптимизации работы амбулаторной акушерско-гинекологической службы. Несоответствующая требованиям кратность посещений приводит к неэффективности проводимого лечения и хронизации заболевания. Анализ посещаемости и кратности посещений на одно обращение может помочь в определении качества организации медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бантьева, М. Н. Научное обоснование мероприятий по оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и её нормативного обеспечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Н. Бантьева. – М., 2011. – 27 с.
2. Матвеев, Э. Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Э. Н. Матвеев, С. А. Леонов, И. М. Сон // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал] – 2008. – № 1.
3. Михайлова, Ю. В. Реформы системы здравоохранения. Предпосылки и основные принципы / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, С. А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал] – 2008. – № 3.
4. Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / М-во здравоохранения и социального развития РФ. Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения. – М. : ФГУ ЦНИИ ОИЗ Росздрава, 2010. – 147 с.
5. Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / М-во здравоохранения и социального развития РФ. Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения. – М. : ФГУ ЦНИИ ОИЗ Росздрава, 2012. – 147 с.
6. Стародубов, В. И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, С. И. Шляфер – М. : Медицина, 2007. – 264 с.

УДК 614.29

Т. С. ХРОМУШИНА, В. А. АКСЁНОВ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Оренбургское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

T. S. CHROMUSHINA, V. A. AKSENOV

USING STATISTICS OF THE SOCIAL INSURANCE FUND OF THE RUSSIAN FEDERATION AS A MEANS OF STUDYING SICKNESS ABSENCE

Orenburg Regional Department of the Social Insurance Fund of the Russian Federation

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ; ФОРМА 4-ФСС, ФОРМА 16-ВН, РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

РЕЗЮМЕ.

Основной целью публикации является демонстрация возможности использования статистической формы Фонда социального страхования Российской Федерации 4-ФСС для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности в сравнении с официальной годовой формой федерального государственного статистического наблюдения за заболеваемостью с временной утратой трудоспособности 16-ВН. В качестве примера приводится анализ уровней заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди работников здравоохранения Оренбургской области в городских и сельских медицинских организациях с разной численностью персонала.

KEY WORDS: SICKNESS ABSENCE; FORM 4-FSS, FORM 16-VN, HEALTH CARE WORKERS.

SUMMARY.

The primary objective of the paper was to demonstrate the possibility of using the Social Insurance Fund statistical form 4-FSS for assessment of sickness absence in different organizations and occupational fields as compared to the annual state statistical sickness absence surveillance form (16-VN). Analysis of sickness absence levels among health care workers of Orenburg region in rural and urban medical organizations with different staff numbers presented as an example.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) является важным показателем состояния здоровья работающего населения. ЗВУТ приводит к значительным экономическим последствиям и отражает медицинские и социальные

аспекты жизни и трудовой деятельности. Регистрация данных ЗВУТ и анализ ее показателей имеет большое значение для выяснения роли условий труда в формировании характеристик здоровья работающих, оценки эффективности оздоровительных мероприятий и качества медицинской помощи.

В настоящее время в России действуют две системы учета ЗВУТ, так как статистические данные об этом показателе независимо друг от друга собирают Министерство здравоохранения и Фонд социального страхования.

Основной официальной годовой формой федерального государственного статистического наблюдения за ЗВУТ является форма 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности», утвержденной постановлением Госкомстата РФ от 29.06.99 г. N 49 (ред. от 29.12.2011 г. N 520) [1].

В форме 16-ВН регистрируются законченные случаи временной нетрудоспособности (ВН) в медицинских организациях (МО). Она заполняется на основании талонов амбулаторного пациента или «Книги регистрации листков нетрудоспособности» и передается в орган управления здравоохранением, которому МО является подотчетным. Здесь на основании форм 16-ВН из МО создается сводный районный или городской отчет, который передается в орган здравоохранения соответствующего субъекта РФ.

В системе Фонда социального страхования учет случаев ВН предусмотрен отчетной формой 4-ФСС, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.03.2012 г. N 216н [2]. Эта форма является формой расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения.

Отчет по этой форме ежеквартально предоставляется в региональные отделения ФСС страхователями, т. е. предприятиями и организациями. В отчете

Хромушина Татьяна Сергеевна – начальник отдела страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством; 8 (3532) 771491; expert@ro56.fss.ru

Аксёнов Валерий Алексеевич – к. м. н., консультант отдела страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством; 89226222735; v_aksenov@bk.ru

тах по форме 4-ФСС регистрируются не все случаи ВН, т. к. часть из них, например, продолжительностью до 3 дней, оплачиваются работодателями.

Каждая из указанных выше форм учета ВН (16-ВН и 4-ФСС) имеет свои преимущества и недостатки.

На основе данных формы № 16-ВН могут рассчитываться следующие интенсивные показатели:

1. Число случаев ВН на 100 работающих: рассчитывается как отношение числа случаев заболеваний и травм к средней численности работающих, умноженное на 100.

2. Число дней ВН на 100 работающих: отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100.

3. Средняя длительность одного случая ВН: отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности.

При анализе ЗВУТ также определяется структура временной нетрудоспособности в случаях и в днях в разных возрастных группах. Все показатели заболеваемости оцениваются по нозологическим формам (в случаях и в днях на 100 работающих) и в динамике за ряд лет.

Существенным недостатком статистического наблюдения и изучения ЗВУТ с помощью формы 16-ВН является то, что она позволяет учитывать уровень ЗВУТ (число дней ВН на 100 работающих и число случаев ВН на 100 работающих) только на уровне территорий (районов, городов, субъектов Российской Федерации) с известной численностью работающего населения. Но на основании формы 16-ВН невозможно на постоянной и регулярной основе регистрировать уровень ЗВУТ в государственных учреждениях и организациях в зависимости от ведомственной принадлежности, отдельных отраслях народного хозяйства и, что особенно важно, в промышленных отраслях и предприятиях с вредными условиями труда.

Применение для этих целей углубленной методики изучения ЗВУТ полицейским методом, когда на каждого рабочего заполняется лицевая (персональная) карта, в современных условиях затруднено в силу ее трудоемкости и в связи с защитой информации о состоянии здоровья граждан.

В форме 4-ФСС, в отличие от формы 16-ВН, отмечаются только общее число случаев и дней ВН, но при этом наличие в ней данных о численности работников позволяет вычислять число дней и случаев ВН на 100 работающих. Это дает возможность проводить постоянное статистическое наблюдение за этими показателями на уровне различных предприятий и организаций (страхователей) в разрезе отраслей, отбирая их на основании кодов Обще-

российского классификатора видов экономической деятельности (ОКВЭД), указанных в форме 4-ФСС.

В качестве примера использования формы 4-ФСС для изучения ВН проведен анализ данных о ВН на 100 работающих в 144 МО Оренбургской области в 2011 г., по данным Оренбургского регионального отделения Фонда социального страхования РФ.

Заболеваемость работников, занятых в здравоохранении, значительно выше заболеваемости работников других отраслей народного хозяйства и превышает таковую в ведущих отраслях промышленности.

Сравнение регистрируемых формой 4-ФСС показателей ЗВУТ медицинских работников ряда МО Оренбургской области с аналогичными данными работающего населения в целом показывает, что они значительно превышают среднеобластной уровень (рис. 1). В 88% МО с численностью персонала более 100 человек уровень ВН (число дней на 100 работающих) превышал среднеобластной показатель.

Общая оценка числа дней на 100 работающих в 144 МО Оренбургской области за 2011 г. с применением классификации Е. Л. Ноткина [3] показала, что более чем в 30% этих организаций уровень ВН относится к очень высокому, высокому и выше среднего. Результаты распределения уровней ВН среди включенных в исследование МО представлены в таблице 1 и на рисунке 2.

Таблица 1 – Распределение уровней ВН среди 144 МО Оренбургской области в 2011 г.

Оценка уровня	Критерий (дней на 100 работающих)	Число МО	Доля от всех МО (%)
Очень высокий	1500 и более	4	2,8%
Высокий	1200 – 1499	11	7,6%
Выше среднего	1000 – 1199	29	20,1%
Средний	800 – 999	45	31,3%
Ниже среднего	600 – 799	37	25,7%
Низкий	500 – 599	8	5,6%
Очень низкий	Меньше 500	10	6,9%

Изучение ЗВУТ на основе данных формы 4-ФСС позволяет провести ее анализ как с учетом численности персонала, так и территориальной принадлежности МО. Это предоставляет возможность уточнить, влияют ли на уровень ВН такие факторы, как проживание в сельской местности и работа в крупных медицинских организациях с отличными от сельских лечебных учреждений условиями труда.

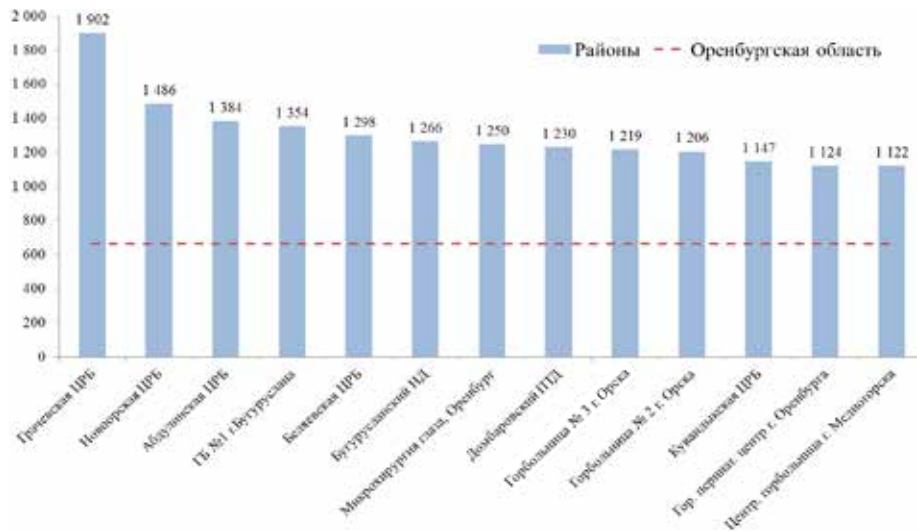


Рисунок 1 – Число дней ВН на 100 работающих в 2011 г. в МО Оренбургской области с наиболее высокими уровнями ЗВУТ в сравнении со среднеобластным показателем (пунктирная линия)



Рисунок 2 – Распределение уровней ВН среди 144 МО Оренбургской области в 2011 г.

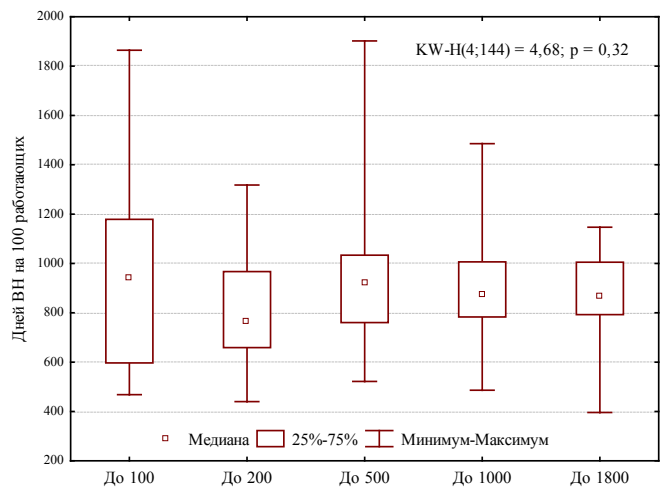


Рисунок 3 – Медианные и квартильные значения уровней ВН в 5 группах МО

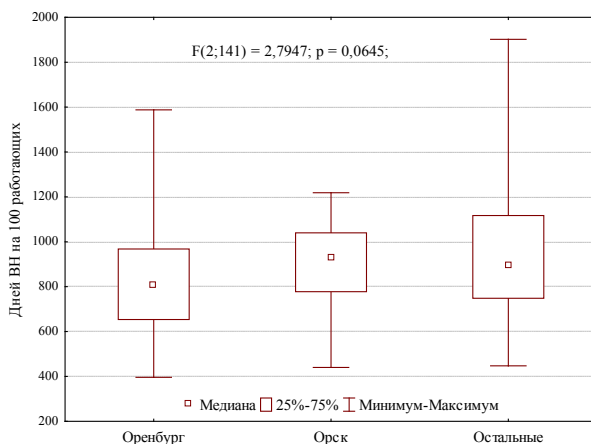


Рисунок 4 – Медианные и квартильные значения уровней ВН в 3 группах МО с различной территориальной принадлежностью

С целью проведения такого анализа все МО были распределены на пять категорий в зависимости от численности персонала и на три категории в зависимости от территориальной принадлежности (г. Оренбург, г. Орск и все остальные). Показатель ВН (число дней ВН на 100 работающих) являлся непрерывным, количественным показателем, а принадлежность к категории по численности персонала и по территориальной

принадлежности – качественными. Анализ проводился с помощью пакета прикладных программ для статистического анализа «Statistica 6.1» (Stat-Soft® Inc., США).

Анализ ВН в зависимости от численности персонала

Описательные статистики показателей ВН в пяти анализируемых группах МО с различной численностью персонала представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Описательные статистики показателей ВН в пяти анализируемых группах МО с различной численностью персонала

Категория МО по численности персонала	До 100	101-200	201-500	501-1000	1001-1800	Все группы
Количество ЛПУ	27	27	32	43	15	144
Уровень ЗВУТ	959	808	937	895	833	894
Стандартное отклонение	387	239	265	205	215	270
ДИ* -95%	806	714	841	832	714	849
ДИ +95%	1112	903	1032	958	952	938
Нижний квартиль (Q25)	597	659	760	783	793	735
Медиана	939	765	917	873	863	866
Верхний квартиль (Q75)	1179	967	1034	1007	1005	1037

Примечание – * ДИ – доверительный интервал.

При количественной проверке статистической гипотезы нормальности распределения (критерий Шапиро-Уилка) было установлено, что распределение признака ВН в категории МО до 500 работников не соответствует закону нормального распределения (критерий Шапиро-Уилка = 0,886; $p=0,003$). Кроме того, в результате теста Левена на равенство дисперсий была установлена статистически значимые различия дисперсий в анализируемых группах ($p=0,002$).

В связи с этим сравнение показателей ВН в анализируемых группах (рис. 3) проводился с помощью непараметрического дисперсионного анализа для независимых групп (тест Краскела – Уоллиса), в результате которого установлено отсутствие статистически значимых различий в показателе ВН в анализируемых группах ($H(4, N=144) = 4,68, p=0,32$). Дополнительная проверка множественных сравнений также не выявила статистически значимых различий показателей ВН между группами МО.

Анализ временной нетрудоспособности в зависимости от территориальной принадлежности МО

Описательные статистики показателей ВН в трех анализируемых группах МО с различной территориальной принадлежностью представлены в таблице 3.

Проверка условий применения однофакторного параметрического дисперсионного анализа (соответствие закону нормального распределения и равенство

дисперсий) показала возможность его применения для сравнения показателей ВН в трех группах МО.

В результате однофакторного параметрического дисперсионного анализа (ANOVA) установлено отсутствие статистически значимых различий в показателях ВН в трех группах МО (рис. 4) в зависимости от их территориальной принадлежности ($F(2;141) = 2,8; p=0,07$).

Таблица 3 – Описательные статистики показателей ВН в трех анализируемых группах МО

Категория ЛПУ	Оренбург	Орск	Остальные	Все
Количество ЛПУ	48	18	78	144
Уровень ЗВУТ	822	894	938	894
Стандартное отклонение	234	210	294	270
ДИ -95%	754	789	871	849
ДИ +95%	890	999	1004	938
Нижний квартиль (Q25)	654	778	748	735
Медиана	809	927	897	866
Верхний квартиль (Q75)	968	1040	1117	1037

Дополнительная проверка множественных сравнений (тест Шеффе) также не выявила статистически значимых различий показателей ВН между данными группами МО.

Таким образом, показатели ВН среди работников МО Оренбургской области в 2011 г. не зависели ни от численности их персонала, ни от принадлежности к крупным городам.

ВЫВОДЫ:

1. Форма 4-ФСС является ценным дополнительным средством статистического наблюдения и изучения временной нетрудоспособности.

2. Использование формы 4-ФСС позволяет контролировать уровни ВН в разрезе отраслей народного хозяйства на уровне различных предприятий и организаций (страхователей).

3. Данные, полученные при анализе формы 4-ФСС, позволяют выявлять отдельные отрасли и предприятия с высокими уровнями ВН для последующего прицельного и углубленного изучения ее причин.

4. Выявление предприятий и организаций с высокими уровнями ВН дает возможность разрабатывать и планировать мероприятия по снижению заболеваемости работающих лиц в каждом конкретном предприятии (организации).

5. Высокий уровень ВН среди медицинских работников, вероятнее всего, связан с общими для всего российского здравоохранения факторами, такими как низкое материальное положение, отсутствие мо-

тивации к труду, несоответствующие современным требованиям условия труда, высокая степень нервно-эмоционального напряжения и другие.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Постановление Госкомстата России от 29.06.1999 г. N 49 (ред. от 29.12.2011 г., с изм. от 21.06.2013 г.) «Об утверждении годовых форм федерального государственного статистического наблюдения за заболеваемостью населения, профилактическими прививками и медицинской помощью женщинам и детям» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс» [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

2. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.03.2012 г. N 216н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения и порядка ее заполнения» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс» [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс».

УДК 616-006-036.88-055.2(470.57)

Н. Х. ШАРАФУТДИНОВА¹, Г. Т. МУСТАФИНА², С. О. ПОТАПОВ¹, М. А. ШАРАФУТДИНОВ¹

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

¹Башкирский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница № 21, г. Уфа

N. H. SHARAFUTDINOVA¹, G. T. MUSTAFINA², S. O. POTAPOV¹, M. A. SHARAFUTDINOV¹

DYNAMICS OF MORTALITY FEMALE POPULATION FROM CANCER IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

¹Bashkir State Medical University

²City Hospital № 21 Ufa

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЖЕНЩИНЫ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ, СМЕРТНОСТЬ, СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ СМЕРТИ.
РЕЗЮМЕ.

В статье приведены результаты анализа смертности женского населения Республики Башкортостан, в том числе и от злокачественных новообразований. В структуре смертности женского населения злокачественные новообразования в 2012 г. занимают 11,0% (третье место). За 2006-2012 гг. показатель смертности от злокачественных новообразований вырос на 0,5%. Смертность снизилась при

многих локализациях рака. Однако на 33,0% возросла смертность женщин от рака кожи, на 1,0% – от рака грудной железы, на 14,0% – от рака яичника. Среди женщин в динамике снизилась смертность от рака мочевыводящих путей (на 27,9%). Среди женщин трудоспособного возраста произошел рост смертности от рака губы, рта, глотки – на 33,0%, от рака кишечника – на 14,3%, от трахеи, бронхов и легких – на 16,7%, от меланомы кожи – на 33,3%, рака кожи – на 50,0%, от рака шейки матки – на 23,3%. Отмечается снижение среднего возраста умерших при меланоме кожи, раке яичника.

KEY WORDS: WOMEN, CANCER MORTALITY, THE AVERAGE AGE OF DEATH.

SUMMARY.

The results of the analysis of mortality of the female population of the Republic of Bashkortostan, including malignant neoplasms. In the structure of the female population mortality malignancies in 2012 occupy 11,0% (third place). In 2006 to 2012 the death rate from cancer has increased by 0.5%. Mortality decreased in many cancer sites. However, 33,0% of women increased mortality from skin cancer by 1,0% – from breast cancer, 14,0% – from ovarian cancer. Among women in the dynamics of decreased mortality from cancer of the urinary tract (27,9%). Among women of working age has seen an increase in mortality from cancer lips, mouth, pharynx – by 33,0%, from bowel cancer – 14,3% of the trachea, bronchus and lung – by 16,7%, from melanoma – 33,3% of skin cancer – by 50,0%, from cervical cancer – 23,3%. A decline in the average age of the dead skin melanoma, ovarian cancer.

ВВЕДЕНИЕ.

Вопросы демографической политики являются приоритетными в стратегических планах развития любого государства. В связи с этим государственные программы развития здравоохранения Российской Федерации направлены, прежде всего, на улучшение показателей рождаемости и смертности населения. Немаловажную роль в стабилизации демографических показателей сыграло выполнение Национального проекта «Здоровье», направленное на улучшение доступности и качества медицинской помощи.

Важнейшим показателем, определяющим состояние здоровья населения, является коэффициент смертности [2, 3]. По данным А. Ю. Федотова [5], в 2010 г. в структуре смертности населения РФ злокачественные новообразования составляли 14,4%, занимая вторую ранговую позицию среди ведущих причин смерти. Среди мужчин от ведущих структурообразующих причин смертность выше, чем среди женщин. Однако среди женщин в структуре смертности злокачественные новообразования занимают второе место [1, 4]. На снижение смертности населения от злокачественных новообразований также направ-

лены мероприятия по повышению качества диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями. Данные мероприятия были начаты еще в рамках национального приоритетного проекта «Здоровье» и подпрограммы «Онкология» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)». Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предусмотрено дальнейшее совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Нами проанализированы уровень и динамика смертности женского населения Республики Башкортостан. Периодом наблюдения выбрано 2006-2012 гг., исходя из того, что, начиная с 2006 г. в стране выполнялись целевые и ведомственные программы по охране здоровья населения. Материалами для исследования послужили статистическая форма С № 51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» за 2006-2012 гг. и численность населения по полу и возрасту Башстата. Были рассчитаны показатели структуры общей смертности населения РБ по полу и причинам смерти, уровни смертности женщин от злокачественных новообразований, в том числе и среди женщин трудоспособного возраста. Определена динамика этих показателей за 2006-2012 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

В 2012 г. в структуре смертности лиц обоего пола в Республике Башкортостан 46,2% составили болезни системы кровообращения, 11,7% – травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин, 11,0% – онкологические заболевания и т. д. (табл. 1).

Таблица 1 – Структура общей смертности населения Республики Башкортостан в 2012 г., %

Причины смерти	Мужчины	Женщины	Оба пола
Болезни системы кровообращения	44,3	48,4	46,2
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	17,6	4,8	11,7
Злокачественные новообразования	11,3	10,6	11,0
Болезни органов дыхания	6,7	2,7	4,9
Болезни органов пищеварения	4,0	3,3	3,7
Прочие	16,1	30,2	22,5
Всего	100,0	100,0	100,0

Шарафутдинова Назира Хамзиновна – д. м. н., проф., зав кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО; 8 (347) 2722219; nazira-h@rambler.ru

Мустафина Гульнара Талгатовна – к. м. н., главный врач; 8(347)2323288; ufa.gkb21@doctorr.ru

Потапов Станислав Олегович – аспирант кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО; 8 (347) 2722219; kafedraoz-ipo@rambler.ru

Шарафутдинов Марат Амирович – д. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО; 8 (347) 2722219; kafedraoz-ipo@rambler.ru

Ввиду высокого уровня смертности мужчин от травм, доля злокачественных новообразований среди женщин занимает второе место (10,6%), хотя ее значение незначительно отличается от данного показателя среди мужчин (11,3%). Однако уровень смертности мужчин от злокачественных новообразований значительно выше (172,2 на 100 тыс. мужского населения), чем среди женщин (121,0 на 100 тыс. женского населения, на 42,3%).

Анализ смертности женского населения от злокачественных новообразований показал, что в ди-

намике показатель незначительно возрос (на 0,5%). Следует подчеркнуть, что смертность снизилась при многих локализациях рака. Однако на 33,0% возросла смертность женщин от рака кожи, видимо, как следствие воздействия солнечной радиации, ввиду роста числа женщин, отдыхающих за рубежом. Следует отметить небольшой рост смертности женщин от рака грудной железы (на 1,0%) и яичника (на 14,0%). Среди женщин в динамике снизилась смертность от рака мочевыводящих путей (на 27,9%) (табл. 2).

Таблица 2 – Смертность женщин в Республике Башкортостан за 2006-2012 гг. на 100 тыс. женского населения

Злокачественные новообразования	Годы				Темп роста/убыли, %
	2006	2008	2010	2012	
Все злокачественные новообразования	120,4	125,7	121,5	121,0	100,5
Злокачественные новообразования органов пищеварения, в т. ч.	48,5	51,3	45,7	46,0	94,8
Губы, рта, глотки	1,9	1,8	1,8	1,7	89,5
Пищевода	3,7	3,6	2,8	3,0	81,1
Желудка	13,8	13,0	12,6	13,3	96,4
Кишечника	18,6	21,8	19,5	18,5	99,5
Печени и желчных протоков	3,7	4,7	3,0	3,5	94,6
Поджелудочной железы	7,1	7,0	6,2	6,6	93,0
Органов дыхания, в т. ч.	8,0	7,9	7,9	7,6	95,0
Трахеи, бронхов и легких	7,1	7,2	7,2	7,2	101,4
Меланомы кожи	1,4	0,8	1,1	1,2	85,7
Кожи	0,6	0,7	0,5	0,8	133,3
Женских половых органов, в т. ч.	19,3	21,9	21,6	19,4	100,5
Молочной железы	22,1	22,5	23,7	22,4	101,4
Шейки матки	6,1	6,0	6,0	6,0	98,4
Других частей матки	5,0	6,3	6,0	4,2	84,0
Яичника	7,1	8,2	8,2	8,1	114,1
Других женских половых органов	1,1	1,5	1,3	1,1	100,0
Мочевыводящих органов, в т. ч.	4,3	3,9	4,5	3,1	72,1
Почек	3,3	2,7	3,3	2,5	75,8

Среди женщин трудоспособного возраста смертность от злокачественных новообразований в динамике почти не претерпела изменений. В 2006 г. она составила 50,7 на 100 тыс. женщин трудоспособного возраста, в 2008 и 2010 гг. – 51,1 и 51,4, а в 2012 г. – 50,9 (табл. 3).

Хотя смертность женщин трудоспособного возраста в динамике изменений почти не претерпела, обращает на себя внимание, что произошел рост смертности от рака губы, рта, глотки – на 33,0%, от рака кишечника – на 14,3%, от трахеи, бронхов и легких – на 16,7%, от меланомы кожи – на 33,3%, рака кожи – на 50,0%, от рака шейки матки – на 23,3%.

За эти годы нами оценена динамика среднего возраста умерших. В целом средний возраст наступления смерти женщин от злокачественных новообразований не изменился: в 2006 г. он составил 64,9±0,19 года, в 2012 г. – 65,0±0,18 (табл. 4).

Следует отметить, что при раке губы, рта, глотки, пищевода, желудка, трахеи, бронхов и легких, молочной железы, шейки матки, тела матки средний возраст наступления смерти возрос, что свидетельствует о повышении эффективности лечения больных, повышения пятилетней выживаемости, снижения годичной летальности. Однако при меланоме кожи, раке яичника отмечается снижение данного показателя.

Можно предположить, что одной из причин отрицательной тенденции смертности женщин от некоторых локализаций рака является образ жизни женщин. Среди женщин увеличивается число курящих, потребляющих алкоголь, применяющих гормональные контрацептивы, часто прерывающих беременность, низкая медицинская активность. В связи с этим пропаганда здорового образа жизни является наиболее эффективным методом профилактики онкологических заболеваний и их факторов риска.

Таблица 3 – Смертность женщин трудоспособного возраста от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан за 2006-2012 гг.

Злокачественные новообразования	Годы				Темп роста/убыли, %
	2006	2008	2010	2012	
Все злокачественные новообразования	50,7	51,1	51,4	50,9	100,4
Злокачественные новообразования органов пищеварения, в т. ч.	13,3	12,9	10,9	11,8	88,7
Губы, рта, глотки	0,6	0,7	1,4	0,8	133,3
Пищевода	0,6	0,7	0,6	0,6	100,0
Желудка	4,4	4,2	2,9	3,1	70,5
Кишечника	4,2	4,6	4,8	4,8	114,3
Печени и желчных протоков	1,4	1,7	1,1	1,0	71,4
Поджелудочной железы	2,4	1,4	1,2	2,2	91,7
Органов дыхания, в т. ч.	2,5	2,9	2,9	2,5	100,0
Трахеи, бронхов и легких	1,8	2,5	2,6	2,1	116,7
Меланома кожи	0,6	0,3	0,6	0,8	133,3
Кожи	0,2	0,1	0,0	0,3	150,0
Женских половых органов, в т. ч.	10,6	12,7	12,2	11,4	107,5
Молочной железы	12,4	13,5	14,2	11,4	91,9
Шейки матки	4,3	5,2	5,4	5,3	123,3
Яичника	4,4	4,5	5,1	4,7	106,8
Мочевыводящих органов, в т. ч.	1,2	0,8	1,4	0,8	66,7
Почек	1,2	0,7	1,3	0,6	50,0

Таблица 4 – Средний возраст женщин при наступлении смерти от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан за 2006, 2012 гг. ($M \pm m$)

Злокачественные новообразования	2006 г.	2012 г.
Губы, рта, глотки	65,1±1,2	68,2±0,9'
Пищевода	71,4±1,6	77,7±1,1'
Желудка	66,2±0,99	67,5±1,9
Других органов пищеварения	68,6±0,55	63,0±0,4
Трахеи, бронхов и легких	67,1±1,29	68,5±1,1
Меланома кожи	65,3±4,0	60,5±3,1
Молочной железы	59,8±3,1	63,9±2,2
Шейки матки	54,3±1,8	57,0±1,4
Тела матки	63,5±2,3	66,2±1,9
Яичника	65,1±1,9	60,2±1,5*
Мочевыводящих органов	69,5±1,9	70,1±1,8
Всего	64,9±0,19	65,0±0,18

Примечание – * – разница статистически значима.

ЛИТЕРАТУРА:

- Газизов, М. А. Динамика смертности населения от злокачественных новообразований в муниципальных районах Республики Башкортостан / М. А. Газизов, М. В. Борисова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – С. 47-50.
- Козлов, В. В. Современные подходы к оценке потерь, обусловленных смертностью населения / В. В. Козлов, А. В. Шульмин // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – Вып. 3. – С. 68-69.
- Стародубов, В. И. Репродуктивные проблемы демографического развития России / В. И. Стародубов, Л. П. Суханова. – М. : изд-во Менеджер здравоохранения, 2012. – 318 с.
- Фаттахов, И. А. Медико-социальные аспекты состояния здоровья мужского населения в Республике Башкортостан : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2013. – 24 с.
- Федотов, А. Ю. Результаты анализа заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований / А. Ю. Федотов // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – Вып. 3 – С. 139–141.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616-021.2-009.614

Ж. Н. САРКУЛОВА, Ж. К. САТЕНОВ, Х. И. КУДАБАЕВА

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М. Оспанова, г. Актобе, Казахстан

J. N. SARCULOVA, J. K. SATENOV, KH. I. KUDABAЕVVA

EVALUATION FUNCTIONAL DISORDERS CLINIC HOMEOSTASIS IN ANESTHETIC PRACTICE

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ГОМЕОСТАЗ БОЛЬНЫХ, КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ, ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА.

РЕЗЮМЕ.

В статье приводятся результаты исследования функционального состояния вегетативного гомеостаза больных, подвергающихся оперативным вмешательствам. Своевременный мониторинг вегетативной дисфункции позволяет осуществлять ранний прогностический контроль за функциональным и компенсаторным состоянием пациента во время операции и анестезии.

KEY WORDS: OPERATION, HOMEOSTASIS, CARDIOINTERVALGRAPHY, VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM.

SUMMARY.

There are results of researching of a functional condition of vegetative homeostasis of patients, which was exposed to surgery in article. The modern monitoring of vegetative dysfunction allows carrying out the early predictive control for the functional and compensatory condition of the patient in time operation and anesthesia.

ВВЕДЕНИЕ.

Важнейшей задачей врача анестезиолога-реаниматолога является предотвращение развития нарушений постоянства внутренней среды организма, вызываемых различными стрессорными воздействиями. Особенно остро эта проблема стоит в практике гнойной хирургии брюшной полости, при повторных хирургических вмешательствах – операциях типа релапаротомии, лапаросанации. Необходимость проведения неоднократных и в то же время активных хирургических вмешательств обуславливают у данной категории больных высокую степень операционно-анестезиологического риска. В этих ус-

ловиях комплекс отрицательных эффектов операции и анестезии могут привести к срыву компенсаторных возможностей и адаптивных резервов гомеостатического баланса организма. Однако, регистрация расстройств гомеостаза, их динамический контроль в клинических условиях – сложная задача.

По данным некоторых авторов (Г. А. Шифрин, 2002; L. A. Fleisher, 2004), по времени патологическим нарушениям гомеостаза, связанным с недостаточной защитой от повреждающих воздействий, предшествуют изменения вегетативного баланса, о которых позволяет судить анализ ритма сердца. Постоянная регистрация этих изменений позволяет своевременно контролировать и в самом раннем периоде осуществлять их коррекцию.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЙ является оценка возможности своевременной диагностики состояний, опережающих клинико-функциональные проявления нарушений гомеостаза под влиянием операционного стресса с целью опережающей их коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Изучение вариабельности кардиоинтервалов проведено у 57 больных, прооперированных по поводу перитонита различной этиологии. Им была проведена 121 лапаросанация под комбинированной кетаминовой анестезией. Возраст больных – от 15 до 78 лет. Мужчин – 32, женщин – 25. На различных этапах анестезии изучались следующие статистические показатели кардиоинтервалографии: мода (Mo) – наиболее часто встречающаяся длительность кардиоинтервала (в физиологическом смысле – это наиболее вероятный уровень функционирования сердечно-сосудистой системы, характеризует гуморальный канал регуляции ритма сердца), амплитуда моды (АМо) (с физиологической точки зрения) характеризует состояние активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), его высокие цифры свидетельствуют о преобладании симпатических влияний на регуляцию ритма. Вариационный размах (Хх) – характеризует уровень активности парасимпатического звена ВНС и индекс напряжения (ИН) – величина, отражающая степень централизации процессов регулирования

Саркулова Жанслу Нукиновна – д. м. н., руководитель кафедры скорой неотложной медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии с нейрохирургией; (7132) 567429; slu2008@mail.ru

Сатенов Жусупбек Куанышевич – ассистент кафедры скорой неотложной медицинской помощи, анестезиологии и реаниматологии с нейрохирургией; (7132) 567429

Кудабаева Хатима Ильясовна – к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней № 1; 87776186451; hatima_aktobe@mail.ru

Таблица – Динамика показателей состояния вегетативного гомеостаза на этапах анестезии

Показатели	Этапы исследований				
	I	II	III	IV	V
Мо	0,620±0,02	0,551±0,01*	0,502±0,03*	0,611 ±0,01	0,598±0,04
АМо	89,2±1,3	93,8±1,6	97,7±1,2*	97,4±2,3*	98,0±1,0*
Хх	0,070±0,02	0,063±0,03	0,056±0,02	0,064±0,004	0,062±0,01
ИН	1037,2±76,8*	1359,4±81,8*	1744,6± 100,9*	1248,7± 104,5	1324,3± 101,0

ритма сердца, а также напряженность регуляторных систем организма [1]. Полученные данные обрабатывали вариационно-статистическими методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

В предоперационном периоде состояние вегетативного гомеостаза характеризовалось преобладанием тонуса преимущественно симпатического отдела ВНС: при Мо – 0,620±0,02 с, АМо – 89,2±1,3% и вариационном размахе интервалов – 0,070±0,02 с, индекс напряжения регуляторных систем составляет 1037,2±76,8 усл. ед. (при ЧСС – 95,5±4,2 в минуту).

На этапе вводной анестезии при умеренной стимуляции гемодинамики отмечались стимуляция и вегетатики, в основном его симпатического отдела: на фоне увеличения АМо до 93,8±1,6% снижается Мо до 0,551±0,01с (p<0,05) и вариационный размах до 0,063±0,03, что привело к повышению ИН на этом этапе анестезии до 1359,4±81,8 усл. ед. (p<0,05) (ЧСС – 98,7±4,0 ударов в минуту). Полученные данные на этапе введения индукционных доз анестетиков можно связать с эффектом «наркотического стресса» [2, 3]. На этапах максимальной травматичности операции показатели, характеризующие состояние вегетативной нервной системы, отражали дальнейшую стимуляцию симпатического звена с достоверным повышением ИН на 68,2%, что соответствовало ЧСС – 101,3±2,1 удара в минуту. К концу лапароскопии и постепенного выведения больного из анестезии динамика показателей отражала снижение тонуса симпатического и умеренную активацию парасимпатического отделов вегетативного гомеостаза. Снижение АМо при нарастании Мо и вариационного размаха обусловили снижение ИН (ЧСС – 99,5±3,2 удара в минуту). По-видимому, снижение активности тонуса симпатического звена гомеостаза на этом этапе (окончание оперативного вмешательства) была обусловлена уменьшением потока ноцицептивной импульсации из брюшной полости, а уменьшение при этом глубины нейровегетативной блокады приводило к некоторой активизации парасимпатического отдела вегетативного гомеостаза. Одновременно такая динамика параметров кардиоинтервалографии свидетельствовала о мобилизации адаптивных систем организма с достаточными его компенсаторными возможностями [4, 5, 6]. Установлено, что хотя ИН вегетативной функции больного в постсанационном периоде и превышает исходный уровень на 27,6%, но по сравнению с этапом выражен-

ной хирургической агрессии (III этап) он значительно снизился – на 24,1%. Это свидетельствовало о том, что у большинства больных, несмотря на симпатическую активность, организм сохраняет свои компенсаторные возможности и находится в активном состоянии без признаков стрессовой реакции, на что указывала положительная динамика исследуемых показателей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

При сравнительном анализе полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Мониторинг вегетативного гомеостаза позволяет своевременно оценить эффективность оперативно-анестезиологической защиты больных при проведении оперативного вмешательства, а также прогнозировать возможные осложнения и заранее предусмотреть меры их профилактики.

2. На основании изучения и установления динамики показателей функционального состояния вегетативной функции организма у больных в гнойной хирургии органов брюшной полости рекомендуется эффективный и безопасный вид анестезии в виде комбинированной кетаминевой анестезии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский, Р. М. Математический анализ изменения сердечного ритма при стрессе / Р. М. Баевский, О. И. Кириллов, С. З. Клецкин. – М.: Наука, 1984. – 221 с.
2. Михайлова, Э. Ф. Кардиоинтервалографическая оценка состояния вегетативной нервной системы во время операций с применением регионарной и общей анестезии / Э. Ф. Михайлова, А. М. Антонов // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 3. – № 92.
3. Смекалов, А. С. Вариационная кардиоинтервалометрия, как компонент нейрофизиологического мониторинга / А. С. Смекалов // Анестезиология и реаниматология. – 2003. – № 4. – С. 8-11.
4. Анастаси, А. Дифференциальная психология / А. Анастаси; пер. с англ. – Москва: Апрель Пресс; Эксмо-Пресс, 2001. – 752 с.
5. Науменко, В. А. Роль технологии психологической манипуляции в предоперационной подготовке при анестезиологическом обеспечении плановых малых гинекологических операций в амбулаторной практике / В. А. Науменко // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 1 (48).
6. Fast, J. Body Language / J. Fast / Ed. by M. Evans. – Lethen, Maryland: The Rowman Littlefield Group Ins., 2001. – 170 p.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Статьи представляются в виде рукописи на бумаге и на электронном носителе, текст отпечатан через полуторный интервал, шрифт – 14 кегль, на одной стороне листа белой писчей бумаги формата А4 с полями 2,5 см без помарок и вставок.

Абзацные отступы должны быть одинаковыми по всему тексту — 1,25 см. Кавычки («»), скобки ([], ()), тире — большое (—) в тексте; большое (–) в цифровом сочетании (1–5, 1996–1998 и т. д.), в соответствии с этим маркеры и другие знаки должны быть сохранены аналогичными на протяжении всего предоставляемого материала. Нумерация страниц обязательна, ее следует начинать со с. 2.

Обязательно указываются УДК. Инициалы и фамилия(и) автора(ов), название, резюме, ключевые слова на русском и английском языках. Рукопись подписывается всеми авторами и должна соответствовать представляемым файлам.

Авторам необходимо предоставить полную информацию о себе: расшифровка Ф.И.О., научное звание, место работы, должность, контактные телефоны и e-mail.

В рукописи необходимо сделать ссылки на таблицы, рисунки и литературные источники, приведенные в материалах. Список использованной литературы оформляется в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.5-2003. Библиографическое описание любого источника осуществляется на языке его издания.

Формулы, состоящие из одного символа, набираются в программе набора (Word), а сложные формулы, состоящие из символов с несколькими регистрами, Math Type.

Если необходимо использовать в формулах русские и латинские буквы, то их следует набирать в текстовом стиле клавиатуры. В крайнем случае формулы должны быть четко вписаны от руки пастой черного цвета.

Формулы в обязательном порядке должны быть размечены. Прописные и строчные буквы, имеющие одинаковое написание, нужно отмечать черточками простым карандашом: прописные (заглавные) снизу, строчные – сверху. Трудно различимые в рукописном обозначении буквы и знаки, специальные символы обязательно пояснять на полях. Индексы и показатели степени писать четко ниже или выше строки и отчеркивать дугами. Размерность всех величин должна соответствовать Международной системе единиц измерений (СИ).

Таблицы должны иметь нумерационные или тематические заголовки, не быть громоздкими,

не дублировать текст и рисунки, а также иметь сквозную нумерацию. Таблицы следует делать в режиме таблиц (добавить таблицу). Если таблица большая, ее необходимо поместить на отдельной странице. Слово «Таблица» расположить в левом верхнем углу. Ширина таблицы не должна быть больше полосы набора текста. Ссылки на рисунки и таблицы в тексте обязательны. Если в статье один рисунок или одна таблица, они не нумеруются.

Иллюстрации должны быть пронумерованы, выполнены качественно в виде, пригодном для полиграфического воспроизведения (в формате TIFF или EPS, в цветовой модели CMYK с разрешением 300 dpi).

Рисунки, графики, схемы должны выполняться в графических редакторах, поддерживающих векторную графику (Adobe Photoshop, Adob Illustrator). Графические иллюстрации должны также представляться в виде отдельных файлов в исходном графическом формате. Оригиналы отсканированных изображений должны быть высокого качества. Все рисунки должны быть пронумерованы и иметь подрисовочные подписи. Шрифт поясняющих подписей на рисунках, графиках, диаграммах, схемах должен быть не меньше 6 кегля.

Подрисовочные подписи и названия таблиц должны быть представлены в форме списков и распечатаны на отдельных листах.

Сноски (автоматические) следует использовать только концевые. Переносы использовать автоматические (категорически запрещается использовать переносы по требованию).

Сокращения слов, имен, названий, как правило, не допускаются. Разрешаются лишь общепринятые сокращения названий мер, физических, химических и математических величин и терминов и т. д.

На отдельном листе для каждого автора указываются: фамилия, имя, отчество автора, его почтовый домашний адрес, домашний телефон, место работы, служебный телефон, факс, адрес электронной почты.

Все присланные материалы рецензируются в обязательном порядке.

Материалы, не отвечающие перечисленным требованиям, возвращаются авторам для переделки. Датой поступления считается день получения редакцией окончательного текста рукописи и файлов.

Редакция не несет ответственности за достоверность представленных материалов.

Контактный адрес, телефон, e-mail: 460000, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6, проф. С. В. Чемезову; e-mail: prof_chemezov@mail.ru; тел. 8 (3532) 77-93-86.