

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
Медицинский факультет

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ГИГИЕНЫ,
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Сборник научных трудов
научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной 50-летию кафедры
общественного здоровья,
здравоохранения и гигиены
Российского университета дружбы народов**

Москва, 19–20 марта 2014 г.

Москва
Российский университет дружбы народов
2014

УДК 614(063)
ББК 51
А43

У т в е р ж д е н о
*РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов*

А43 Актуальные проблемы гигиены, общественного здоровья и здравоохранения : сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов. Москва, 19–20 марта 2014 г. – Москва : РУДН, 2014. – 315 с. : ил.

ISBN 978-5-209-06093-2

Научно-практическая конференция проведена в связи с 50-летием кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов в соответствии с планом научных мероприятий Российского университета дружбы народов в 2014 году и утверждена Приказом ректора № 80/ОН от 14.03.2014 (Председатель Оргкомитета декан медицинского факультета РУДН проф. А.Ю. Абрамов).

В материалах научно-практической конференции освещаются приоритетные направления развития гигиены как науки и профилактической дисциплины и тенденции развития здравоохранения в современном мире.

УДК 614(063)
ББК 51

ISBN 978-5-209-06093-2

© Коллектив авторов, 2014
© Российский университет дружбы народов,
Издательство, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Об истории кафедры и университете

1. Фомина А.В. Юбилей кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены – 50-летие 8
2. Гурова А.И. В конце шестидесятых (из воспоминаний)..... 11
3. Гурова А.И. Научная работа (токсиколого-гигиенические исследования) кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН..... 15
4. Абрамов А.Ю., Жернов В.А., Фомина А.В., Торшин В.И., Зубаркина М.М. Перспективные направления развития программы «Здоровье» в РУДН..... 18

Материалы конференции

1. Абрамов А.Ю. Международное сотрудничество в сфере борьбы с распространением наркотических средств и психотропных веществ 22
2. Алексеев И.В. Региональные различия уровня жизни населения в Центральном Федеральном Округе 25
3. Алексеева С.Г. Система государственных социальных стандартов и ее значение 30
4. Аносов А.В., Пачгин И.В., Кича Д.И. Некоторые особенности здравоохранения территориальной агломерации мегаполиса 37
5. Афонин С.Н. Пути развития социальной сферы региона 41
6. Баянова Н.А. Влияние медико-социальной структуры участка на деятельность участкового врача..... 45
7. Биксолт А.М., Артемов В.В. Факторы, влияющие на табакокурение и потребление алкогольных напитков молодым населением 49
8. Боговская Е.А., Насырова А.Н. К вопросу о правосубъектности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь лицам с инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих 53
9. Бондарева Ю.А., Максименко Л.В. Риски вирусных гепатитов для медицинских работников (обзор) 58
10. Бреусов А.В., Лысенко И.Л., Чирков В.А. Мотивация персонала амбулаторного медицинского центра..... 64
11. Буллик А.В., Макарова Е.П. Современные аспекты управления учреждением здравоохранения 68

12. Васильев Ю.Л., Нагин Г.Т. Оценка мотивирующих факторов, влияющих на выбор средств гигиены полости рта	72
13. Васильева Т.П., Ратманов М.А., Сазанов В.В., Чумаков А.С., Магомедов А.Т., Уткин Е.Ю. Кадровый ресурс качества медицинской помощи	78
14. Воронцова К.О., Эдиев М.О, Пивень Е.А. Некоторые особенности сна студентов, проживающих в общежитиях РУДН	84
15. Габоян Я.С., Иваненко А.В., Максименко Л.В., Луговой В.Е. Регламентация деятельности медицинских сестер в обеспечении качества медицинской помощи	87
16. Гришина О.В. Изучение потребности в организации трансфузионного лечения	90
17. Дрожжина Н.А., Тишук А.Е. К вопросу о формировании здорового образа жизни школьников	94
18. Журавлев А.В., Кочубей А.В. Изучение организации активных посещений при оказании первичной медико-санитарной помощи	98
19. Застрожин М.С., Дрожжина Н.А. Исследование высокого уровня популярности энерджайзеров и субъективной реакции организма при их употреблении	101
20. Иваненко А.В., Пачгин И.В., Луговой В.Е., Габоян Я.С. Особенности государственного регулирования деятельности санитарно-эпидемиологической, медико-страховой и санаторно-курортной службы в современных условиях	104
21. Кабочкин А.А., Руднев А.О. Организационная структура и функции центра «Семья» г. Рязани	108
22. Каверина Е.В., Фомина А.В. К вопросу о заболеваемости псориазом	112
23. Келимханова С.Е., Сатаева Л.Г., Нуржанова А.П. Имобилизованные стоматологические пластины в терапии генерализованного пародонтита	116
24. Кирсанова А.А. Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в российской федерации за период январь-декабрь 2013 года	120

25. Кияшев Д.К., Тегизбаев Е.Т., Сатаева Л.Г., Чекотаева К.А., Келимханова С.Е., Досжанова Р., Сатыбалдиева Ш. Возможности новой институциональной экономической теории в совершенствовании социальных гарантий в области оказания лекарственной помощи населению	124
26. Коновалов О.Е., Шмелев И.А. Реализация профилактических программ в Самарской области	128
27. Куликова Н.Г., Зеленский В.А., Ткаченко А.С. Экономическое обоснование моделирования первичной, предотвратимой инвалидности и осложненного течения заболеваний у женщин в послеродовом периоде	132
28. Куликова Н.Г., Караков К.Г., Зеленский В.А., Копейкина О.В., Порфириадис М.П. Опыт оказания стоматологической помощи жителям, утратившим способность к самостоятельному передвижению	138
29. Лазарев В.Н., Рыжова Н.К. Инновационные подходы к организации системы родовспоможения в условиях мегаполиса (на примере г.Нижнего Новгорода)	145
30. Лысенко И.Л. Современная система организации первичной медико-санитарной помощи в городе Москве	151
31. Лысенко И.Л., Чирков В.А. Принципы маршрутизации пациентов в амбулаторном медицинском центре	156
32. Макарян А.С., Кича Д.И. Управленческие аспекты трендов неинфекционных заболеваний в глобальном подходе	160
33. Максименко Л.В., Бондарева Ю.А. Гигиеническая оценка труда работающих в операционных с точки зрения воздействия ингаляционных анестетиков	163
34. Максименко Л.В., Молдахметова Г.А., Кудрякова Д.Ф. Курение кальяна как предиктор болезней зубов и полости рта	169
35. Насырова А.Н., Боговская Е.А. Организационно-правовые вопросы оказания медицинской помощи иностранным гражданам	173
36. Пархоменко А.А., Еругина М.В. Исследование удовлетворенности амбулаторной медицинской помощью как компонента социальной эффективности реабилитации больных с инфарктом головного мозга	178
37. Пачгин И.В., Кича Д.И., Туаева А.А. Особенности карьерного роста менеджеров здравоохранения	183
38. Пивень Е.А., Пивень Н.П. Некоторые социально-гигиенические аспекты больных хроническими дерматозами	187

39. Пильщикова В.В. Опыт эпидемического картирования распространения наркомании в Краснодарском крае	190
40. Пильщикова В.В., Васильев Ю.А. Интерактивные технологии обучения как фактор повышения познавательной способности студентов	194
41. Позднякова М.А., Пасина О.Б. Организационные аспекты рисков невынашивания беременности	199
42. Рафеенко Т.В. Курение и беременность – понятия несовместимые	201
43. Реза М. Шалим, Туаева А.А. Особенности диагностики анемии в международных коллективах студентов	205
44. Рейхтман Т.В., Мошкова Л.В. Оценка доступности лекарственной помощи на различных этапах ее оказания	208
45. Руднев А.О. Медико-социальная и социально-психологическая помощь женщинам в кризисных ситуациях	214
46. Сазанова Г.Ю., Еругина М.В., Долгова Е.М., Войтешак А.А. Анализ выполнения лечебного компонента стандарта медицинской помощи больным стабильной стенокардией	217
47. Серёгин В.И. Оценка ресурсов службы медицинской профилактики (по материалам опроса).....	221
48. Слюсар О.И. Некоторые модели современного мирового здравоохранения	227
49. Сулейманова М.Г. Формирование сильной организационной культуры как основа эффективного управления развитием государственных предприятий	231
50. Суслин С.А. Медико-социологические аспекты совершенствования деятельности городской многопрофильной больницы	236
51. Таджиева А.В., Бхаттарай Хари, Нираула Милан. Характеристика питания в Непале	240
52. Таджиева А.В., Максименко Л.В., Коженова И.Л. Мотивация студентов по ведению здорового образа жизни	245
53. Таджиева А.В., Рысцова Е.О., Фам Чиеу Нам. Гигиенические аспекты аквакультуры Вьетнама	251
54. Тарараева Т.Ю. Факторы, влияющие на стоматологическую заболеваемость у военных пенсионного возраста	256
55. Туранский М.М., Успенская М.И. Санитарно-просветительный плакат 1918-1921 годов	261
56. Фомина В.П. Роль науки и образования в инновационном развитии Российской Федерации	265

57. Фомина В.П., Анзорова С.П. Высшая школа как институциональный субъект формирования культуры здоровья и здорового стиля жизни у обучающихся	275
58. Храмова Ю.В., Попова Н.М. Запрет на курение – законодательная инициатива, обуславливающая сохранение здоровья населения	280
59. Чепурной А.Г. Анализ заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в Рязанской области	285
60. Чирков В.А., Лысенко И.Л. Организация системы управления качеством медицинской организации	289
61. Чичильникова Х.А., Хачатрян Л.Р., Розовел А.В., Таджиева А.В. Оценка фактического пищевого рациона студентов	293
62. Щербина Н.А., Плахотная И.Ю., Щербина И.Н. Прогнозирование инфекционных осложнений у беременных с бактериальной инфекцией	297
63. Kicha D.I., Fomina A.V., Reza M. Shalim. Directions of the research of priority families in countries with unsatisfactory socio-economic conditions	303
64. Myrzabayeva N.A. Effect of acupuncture on the quality of life of patients with functional dyspepsia, associated with <i>Helicobacter pylori</i>	307
65. Sataeva L.G., Kelimhanova S.E., Chekotaeva K.A., Dosshanova R., Sakyieva Sh., Kabysheva N. Use of SWOT - analysis for the improvement of quality of the medicinal providing of patients cardiovascular diseases in republic of Kazakhstan	310

**Раздел
«ОБ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ
И УНИВЕРСИТЕТЕ»**

УДК 614.2

**ЮБИЛЕЙ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ,
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГИГИЕНЫ – 50-ЛЕТИЕ**

Фомина А.В.

*Российский университет дружбы народов, медицинский
факультет, кафедра общественного здоровья,
здравоохранения и гигиены, г. Москва*

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и гигиены (кафедры гигиены и организации здравоохранения УДН им. П. Лумумбы – в момент создания) была образована в 1964 г. в соответствии с приказом Ректора. Название кафедры говорит о том, что в связи с задачами преподавания медико-профилактических основ врачебной деятельности для студентов из стран Азии, Африки, Латинской Америки, а также отечественных студентов она включала 2 учебных предмета – 2 медицинские специальности: «Гигиена» и «Организация здравоохранения». Эта структура сохранена и до настоящего времени.

Первый выпуск врачей медицинского факультета УДН им. П. Лумумбы состоялся в 1966 г., в числе других кафедр выпускающей была и кафедра гигиены и организации здравоохранения.

В разные годы кафедрой заведовали авторитетные ученые и ведущие специалисты в области гигиены, общественного здоровья и здравоохранения.

Первым заведующим кафедрой стал Мигмар Александрович Пинигин, заслуженный деятель науки, д.м.н., профессор (1964-1970 гг.), в последующем кафедрой заведовали: Федор Галактионович Захаров, д.м.н., профессор (1970-1975 гг.), Ольга Васильевна Гринина, д.м.н., профессор, Почетный профессор РУДН (1975-1996 гг.), Дмитрий Иванович Кича, д.м.н., профессор (1996-2011 гг.), Анна Владимировна Фомина, д.фарм.н., профессор (2011 по наст. время).

В связи с тем, что в структуре кафедры объединены две научные и учебные дисциплины, научные исследования проводились как по проблемам общей гигиены, так и по проблемам общественного здоровья и практического здравоохранения.

В рамках направления «общая гигиена» проведено практическое и теоретическое изучение общегигиенических вопросов нормирования вредных веществ и механизмов их воздействия на здоровье человека в аспекте прогнозирования рисков для здоровья. В ходе многолетних острых и хронических экспериментов на лабораторных животных обоснованы и установлены гигиенические нормативы и ПДК некоторых вредных веществ в воздухе рабочей зоны и атмосферном воздухе, разработан и апробирован метод ускоренного математического прогнозирования параметров токсикометрии и гигиенических нормативов в группах структурно-родственных соединений. Таким образом, исследование токсического действия более 40 химических веществ позволило обосновать и установить ПДК в воздухе рабочей зоны (36 веществ) и атмосферном воздухе (6 веществ), защищенные на соответствующих проблемных комиссиях и утвержденные Минздравом как официально действующие гигиенические нормативы.

Направление «общественное здоровье и здравоохранение» включало проведение медико-социальных

исследований здоровья и условий жизни различных групп населения, семей и семейной медицины в России и за рубежом; анализ и оценку процессов развития здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи в связи с развитием рыночных отношений и страховой медицины.

Кафедра активно участвует в подготовке учебных и учебно-методических пособий, монографий, научных публикаций. За последние 10 лет (2004-2013 гг.) преподавателями кафедры было подготовлено и опубликовано 8 монографий, 3 сборника научных трудов, 26 учебных пособий, в том числе 4 – с грифом УМО медицинских и фармацевтических вузов России, 32 учебно-методических пособия, 185 статей в научных журналах (105 из них - в центральных рецензируемых журналах), 227 материалов конференций.

В настоящий момент на кафедре открыта подготовка в интернатуре, ординатуре, аспирантуре и докторантуре. На кафедре прошли обучение более 60 кандидатов и докторов наук.

В 2007 году на медицинском факультете РУДН был осуществлен первый набор студентов на специальность «Экономика и управление на предприятии (в здравоохранении)» по программе второго высшего образования. К настоящему времени по специальности прошли обучение и получили дипломы о высшем образовании 75 выпускников, среди которых граждане дальнего (Латвия, Кот-Д'Ивуар) и ближнего зарубежья (Белоруссия, Узбекистан), российские граждане из различных регионов страны (Москва, Смоленск, Ярославль, Ханты-Мансийск). В настоящее время продолжается подготовка специалистов в области управления здравоохранением в рамках бакалавриата по направлению «Менеджмент», профиль «Менеджмент в здравоохранении»

и магистратуры по направлению «Менеджмент», специализация «Менеджмент в здравоохранении».

Сотрудники кафедры активно участвуют со студентами во внеучебных мероприятиях, эта работа отмечена грамотами университета.

Задачи, поставленные перед кафедрой как структурной единицей медицинского факультета, - это, прежде всего, подготовка высококвалифицированных врачей для стран мира, способных участвовать в формировании здоровья населения своих стран, совершенствовать национальную систему здравоохранения, а также подготовка высококвалифицированных руководителей системы здравоохранения.

УДК 378.1

В КОНЦЕ ШЕСТИДЕСЯТЫХ (ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ)

Гурова А.И.

Российский университет дружбы народов, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и гигиены (1969-2010), г. Москва

Заведующий кафедрой (а по линии общественной работы – председатель профкома Университета) доцент Мигмар Александрович Пинигин пришел в Университет дружбы народов имени Патриса Лумубы из 2-го Московского медицинского института, создал кафедру гигиены и организации здравоохранения в 1964 году и, будучи очень внимательным к ходу учебного процесса, вел в то же время серьезную научно-исследовательскую работу. Преподавательский коллектив кафедры был представлен

доцентом-гигиенистом Наталией Петровной Алексеевой, доцентом Борисом Павловичем Писаревым (основным преподавателем разделов социальной гигиены и организации здравоохранения) и молодым ассистентом Владимиром Павловичем, проводившим лабораторные и семинарские занятия, как по общей, так и по социальной гигиене.

Университет дружбы народов был основан в 1960 году по инициативе Генерального секретаря ЦК КПСС Никиты Сергеевича Хрущёва. Возможно, что идею создать в СССР международный Университет для подготовки специалистов из развивающихся стран по наиболее востребованным направлениям науки и техники подала ему Президент Индии Индира Ганди.

Первоначально УДН занимал здание бывшего Генерального штаба на улице Орджоникидзе, где разместили основные кафедры шести факультетов: подготовительного, инженерного, естественных наук, сельскохозяйственного, историко-филологического, а с 1964 года - и медицинского. Помещений для занятий, а тем более для научной работы было недостаточно, но - "в тесноте, да не в обиде". Приходилось мириться с трудностями и ждать, поскольку в это время активно велось строительство целого городка УДН на юго-западе столицы. Как-то, обходя помещения кафедр в вечернее время, первый ректор УДН Сергей Васильевич Румянцев застал наших сотрудников, обследовавших подопытных животных, в единственной учебной комнате кафедры и сказал нам в утешение: "Потерпите. Все великие открытия делались под лестницей".

Основной контингент учащихся составляли студенты так называемых "развивающихся стран" или "стран 3-го мира". К 1-му миру относились, видимо, развитые капиталистические страны, ко 2-му - страны социалистического лагеря. У нас же преобладали студенты из стран Африки, Южной и Центральной Америки, Юго-

восточной Азии (Индии, Непала, Шри-Ланки), островов Мадагаскар, Маврикий и некоторых других плюс, естественно, молодежь из всех республик Советского Союза.

В первый же день сотрудники кафедры повели меня "на экскурсию" в столовую. Я была потрясена обилием и разнообразием блюд, учитывающих вкусы и предпочтения студентов разных стран и континентов: до десятка первых, вторых и десертных блюд. При столовой была "кофейня", где готовили прекрасный кофе, пользующийся большой популярностью среди студентов и сотрудников. Заведующая столовой А.В. Козина была настоящим энтузиастом своего дела.

Очень яркой и талантливой личностью был первый аспирант нашей кафедры Ашок Тхакер из Индии. Ашок говорил, что нигде в мире люди не чувствуют себя так спокойно и уверенно, как в СССР. "Во-первых, у вас стабильность: вы знаете, что никто самовольно вас не уволит и не снизит зарплату; во-вторых, всем в стране гарантированы бесплатное образование, вплоть до высшего, и бесплатная медицинская помощь любого уровня сложности. Это величайшие достижения социализма". По окончании обучения Ашок работал врачом в посольстве Индии в СССР и не забывал свою "Альма-матер": лет через 20 он вновь появился на кафедре с программой сотрудничества.

С первых дней Ректор и весь коллектив сотрудников сумели создать в Университете подлинный демократический настрой. В УДН царил особенная, непередаваемая атмосфера тесного единства и дружбы преподавателей, лаборантского состава и студентов, объединяемых общими целями и интересами. Мы все вместе создавали Наш Университет. Преподаватели вместе со студентами занимались благоустройством новой территории Университета и наведением порядка в студенческих

общежитиях; участвовали в мероприятиях, организуемых студенческими землячествами; присутствовали на свадьбах и днях рождения студентов. Существовавшая в Университете система кураторства очень сближала преподавателей и студентов. Приходилось решать и бытовые проблемы, возникавшие особенно часто у студентов-иностранцев в первый год обучения, и улаживать недоразумения, и участвовать в проведении национальных праздников стран приема. Вечерами в лекционной аудитории наши студенты проводили репетиции и устраивали концерты, где выступали в национальных костюмах, с национальными музыкальными инструментами.

Таким образом, первое десятилетие существования УДН стало периодом становления университета, а для нас (преподавателей) настоящей школой интернационализма и взаимопонимания со студентами. Этот уникальный дух взаимоуважения и сотрудничества десятки лет царит в РУДН и является уникальным социальным явлением.

УДК 61:331.108+37.035.8+372.8

**НАУЧНАЯ РАБОТА (ТОКСИКОЛОГО-
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ) КАФЕДРЫ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ГИГИЕНЫ РУДН**

Гурова А.И.

*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Первым заведующим кафедры гигиены и организации здравоохранения (так она тогда называлась) был Мигмар Александрович Пинигин - выпускник Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (1953 г.) и аспирантуры на кафедре общей и коммунальной гигиены того же института (1956 г.), а затем научный сотрудник Московского НИИ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана, ассистент и доцент кафедры гигиены 2-го Московского медицинского института. Мигмар Александрович заведовал кафедрой гигиены и организации здравоохранения УДН им. П. Лумумбы с 1964 по 1970 гг.

В те годы на кафедре под его непосредственным руководством и участии начались гигиенические экспериментальные исследования на лабораторных животных, целью которых была разработка методики гигиенического нормирования вредных химических примесей в атмосферном воздухе. В работе принимала активное участие доцент Наталья Петровна Алексеева и лаборанты кафедры. Отсутствие специального помещения для ингаляционных затравок животных вынуждало участников опытов проводить их в единственной учебной комнате кафедры по окончании занятий, а необходимость

последующего наблюдения за состоянием животных приводила к тому, что заведующий регулярно вечером вызывал такси, в котором Наталия Петровна увозила клетки с подопытными белыми мышками к себе домой.

Через пару лет Мигмар Александрович, уже перейдя от нас в НИИ гигиены им. Сысина на заведование отделом гигиены атмосферного воздуха, защитил докторскую диссертацию по ускоренному обоснованию ПДК вредных веществ в атмосферном воздухе населенных мест, используя выявленные им математические закономерности токсического действия ксенобиотиков на живой организм при интермиттирующем их вдыхании. Сегодня М.А. Пинигин доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заслуженный деятель науки и техники РФ и крупный специалист в области гигиены атмосферного воздуха.

Гигиениста М.А. Пинигина на посту заведующего кафедрой вскоре сменил заместитель председателя Всесоюзного общества Красного Креста, профессор Федор Галактионович Захаров, который читал студентам лекции по социальной гигиене и организации здравоохранения.

В те годы начался этап научных исследований по гигиеническому нормированию, выполненных в рамках хозяйственных договоров. Первой хоздоговорной темой кафедры стала оценка загрязненности воздуха района Капотня промышленными выбросами Московского нефтеперерабатывающего завода. Тема была выполнена в течение двух лет и послужила основой для принятых руководством завода мер по уменьшению загрязнения атмосферного воздуха района. А кафедра получила возможность приобрести затравочные камеры и аппаратуру для выполнения токсиколого-гигиенических исследований по договору, заключенному с Всесоюзным НИИ химических средств защиты растений (ВНИИХСЗР) для гигиенического

нормирования новых пестицидов и полупродуктов их производства в воздухе рабочей зоны.

В 1976 году кафедру возглавила д.м.н. профессор Ольга Васильевна Гринина. Коллектив кафедры пополнился молодыми и перспективными сотрудниками Н.А. Дрожжиной, Н.Я. Смоляр, М.И. Паначиной, Д.И. Кичей, Т.В. Важновой и другими. Пополнился и лаборантский состав кафедры. Это позволило подключить к токсиколого-гигиеническим опытам большее число сотрудников как нашей кафедры, так и привлечь специалистов медико-биологического профиля других кафедр медицинского факультета РУДН (биохимии, биологии, гистологии и патоморфологии).

Токсиколого-гигиенические исследования получили второе дыхание. Преподавание, общественная деятельность сочеталось с активными научными исследованиями: ставили эксперименты, писали научные статьи, готовили материалы для защиты в проблемной комиссии по ПДК. По материалам исследований Н.А. Дрожжиной и аспирантом А. Коньшиной под моим руководством (в последнем случае совместно с деканом медицинского факультета, заведующим кафедрой патофизиологии проф. Виктором Алексеевичем Фроловым) были защищены кандидатские диссертации по токсикологической проблематике.

Всего за 18-летний период наиболее интенсивной работы по токсиколого-гигиенической тематике нами были представлены в Секцию по ПДК проблемной комиссии АМН и Минздрава СССР «Научные основы гигиены труда и профзаболеваний» и утверждены в качестве общесоюзных нормативов научно обоснованные нашей группой величины ПДК в воздухе рабочей зоны для 36 химически вредных веществ (пестицидов и их полупродуктов). Для шести из них были обоснованы и представлены в соответствующие комиссии АМН СССР также ПДК в воздухе атмосферы населенных мест, а для двух – еще и ПДК в воде водоемов.

По материалам этих исследований сотрудниками кафедры было опубликовано в соавторстве более 90 статей в журналах "Гигиена и санитария", "Промышленная токсикология" и других, в т.ч. 2 - в научных журналах США. Материалы исследований использовались в лекциях, учебно-методических пособиях и при составлении ситуационных задач, которые предлагались студентам на лабораторных занятиях, переходных и государственных экзаменах.

Таким образом, история гигиенических исследований кафедры показывает, что даже небольшой коллектив людей с горящими сердцами, объединенных бескорыстной идеей творческой реализации в науке и преподавании студентам дисциплины Гигиена на этой основе может выполнить значительную и высококачественную работу, необходимую для эффективной подготовки кадров для здравоохранения стран мира.

УДК 614.2

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ» В РУДН

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

*Российский университет дружбы народов, медицинский
факультет, г. Москва*

Актуальность программы «Здоровье» обусловлена целым рядом факторов, основным из которых является приоритетное направление демографической политики - улучшение здоровья населения, в том числе молодежи как будущего общества. Опыт реализации программы РУДН

«Здоровье» позволил сформулировать основные направления ее реализации: «Диспансеризация студентов, профессорско-преподавательского состава и сотрудников»; «Адаптация и функциональные резервы здоровья»; «Репродуктивное здоровье»; «Пропаганда здорового образа жизни».

В рамках направления «Диспансеризация студентов, профессорско-преподавательского состава и сотрудников» была создана «Служба здоровья», обеспечивающая выполнение приказа Ректора о прохождении диспансеризации названными категориями. Организация медосмотров и контроль ее проведения возложена на Отдел охраны труда.

По направлению «Адаптация и функциональные резервы здоровья» проведено анкетирование студентов из разных климато-географических регионов для оценки состояния здоровья, особенностей конституции и степени их адаптации к условиям Университета (на контингенте студентов 1-2 курсов медицинского факультета). Было выявлено, что по поводу осложнений кариеса доминируют студенты из Африки. Это связано с тем, что африканские студенты имеют самую низкую электровозбудимость пульпы. Поэтому они, даже при глубоком кариесе, не испытывают столь сильной боли, как представители других регионов мира и своевременно не обращаются за стоматологической помощью, что приводит к развитию осложненных форм кариеса (пульпит и периодонтит). Студентов со здоровым пародонтом в группе из РФ было больше, чем среди представителей других регионов, а распространенность зубного камня у российских студентов меньше, чем у студентов из Африки и Центральной Азии. Необходимо отметить, что студенты из Латинской Америки имели наилучший показатель гигиенического состояния полости рта, а из Центральной Азии – наихудший (в сравнении с представителями из других регионов).

По направлению «Репродуктивное здоровье» наряду с консультациями и оказанием лечебно-диагностической помощи студенткам всех факультетов по вопросам репродуктивного здоровья, профилактики аборта и инфекций, передающихся половым путем, проводятся консультации сотрудниц РУДН старше 40 лет по вопросам их здоровья.

По направлению «Пропаганда здорового образа жизни» разработаны практико-ориентированные лекции для студентов всех факультетов по вопросам репродуктивного здоровья, профилактике различных заболеваний (инфекционных, нефрологических, опорно-двигательного аппарата, глаз), а также по общим основам и проблемам здорового образа жизни, питания и труда студентов, предупреждению вредных привычек среди студентов.

Для пропаганды здорового образа жизни среди студентов университета разработаны памятки: «Принципы рационального питания», «Правила здорового питания», «Избыточный вес», «Модные диеты». Обновлялась на сайте РУДН страница «Здоровый образ жизни». В программах ТВ РУДН и на плазменных панелях в холле главного здания транслировались видеоролики с социальной рекламой о вреде курения и употребления наркотиков. Осуществлена подготовка волонтеров (студентов-медиков) на базе медицинского факультета для работы со школьниками общеобразовательных учреждений Москвы по проблематике здоровьесбережения и формирования культуры здорового образа жизни.

В рамках программы «Здоровье» функционирует Информационно-аналитический центр, координирующий действия по анализу полученных в ходе диспансеризации данных, редактированию и согласованию разработки памяток для первокурсников РУДН, подготовленных учеными медицинского факультета: «Репродуктивное

здоровье», «Профилактика инфекционных заболеваний и вакцинация», «Профилактика урологических заболеваний в молодом возрасте», «Общие основы и проблемы здорового образа жизни, питания и труда студента», «Адаптационные механизмы организма студента к вузу и климату», «Образ жизни и заболевания глаз студента», «Предупреждение заболеваний опорно-двигательного аппарата студента», «Методы поддержания здоровых зубов», «Предупреждение вредных привычек среди студентов».

Таким образом, программа «Здоровье» позволяет реализовывать на практике здоровый образ жизни студентам, профессорско-преподавательскому составу и сотрудникам РУДН.

Раздел «МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ»

УДК 614.28

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В СФЕРЕ БОРЬБЫ С РАПРОСТРАНЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Абрамов А.Ю.

*Российский университет дружбы народов, медицинский
факультет, г. Москва*

Согласно Всемирному докладу о наркотиках 2012 года, масштабы незаконного потребления наркотических средств в мире составляют от 3,4 до 6,6% взрослого населения (лиц в возрасте 15-64 лет). В то же время примерно 10-13% потребителей наркотиков (около 27 млн. человек или 0,6% взрослого мирового населения) остаются проблемными наркоманами, учитывая, что наркозависимость и расстройства здоровья, связанные с употреблением наркотиков, распространенность ВИЧ (оцениваемая на уровне примерно 20%), гепатита С (46,7%) и гепатита В (14,6%) среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, продолжают усугублять глобальное бремя заболеваний. Приблизительно 1 из 100 случаев смерти среди взрослых связан с незаконным потреблением наркотиков. В докладе также отмечается, что мировые рынки кокаина, героина и каннабиса сократились или оставались устойчивыми, но при этом имеет место расширение масштабов производства опиоидов рецептурного отпуска и новых синтетических наркотиков и злоупотребления ими.

ООН решает глобальную проблему наркотиков на различных уровнях. Главным межправительственным органом, вырабатывающим политику и координирующим действия по контролю над наркотиками, является Комиссия по наркотическим средствам – функциональная комиссия ЭКОСОС. В состав комиссии входят 53 государства-члена, основными функциями комиссии является анализ проблем наркомании и незаконного оборота наркотиков в мировом масштабе и разработка предложений по усилению международного контроля над наркотиками, осуществление мониторинга международных договоров по контролю над наркотиками.

Под эгидой ООН принят ряд документов, содержащих требования по контролю над производством наркотических средств и проведению борьбы с незаконным оборотом наркотиков и распространением наркомании: Единая конвенция о наркотических средствах (1961), Конвенция о психотропных веществах (1971), Конвенции ООН по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ (1988).

Руководство деятельностью ООН по контролю над наркотиками обеспечивает Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК), образованное в 1997 г., объединившее Программу ООН по контролю над наркотиками (United Nations Drug Control Programme) и Центр по предупреждению международной преступности (Center for International Crime Prevention). По всему миру функционирует 21 региональное отделение, охватывая около 150 стран. ЮНОДК оказывает содействие в разработке новых международных документов, в том числе Конвенции ООН против транснациональной организованной преступности и трех протоколов к ней, вступивших в силу с сентября 2003 г., и Конвенции ООН против коррупции, вступившей в силу в декабре 2005 г.

Программа ООН по международному контролю над наркотиками и предупреждению преступности (ЮНДКП) обеспечивает просвещение в области опасности злоупотребления наркотическими веществами, поддерживает международные усилия в борьбе с незаконным изготовлением, оборотом наркотиков и связанной с этим преступностью, налаживает на национальном и международном уровнях сотрудничество по вопросам борьбы с наркотиками, обеспечивает информацию, анализ и услуги специалистов по связанным с оборотом наркотиков вопросам. Одним из направлений работы ЮНДКП является оказание помощи в разработке соответствующего законодательства и подготовке сотрудников судебных органов в соответствии с Программой правовой помощи.

Таким образом, в рамках контроля над наркотиками используется все более сбалансированный подход, ориентированный на развитие, безопасность, правосудие и здравоохранение и направленный на сокращение спроса на наркотики и их предложение, а также на пресечение незаконного оборота. Решение мировой проблемы наркотиков является совместной обязанностью государств, которая требует эффективного и широкого международного сотрудничества.

УДК 332

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ УРОВНЯ ЖИЗНИ
НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ
ОКРУГЕ**

Алексеев И.В.

*Российский университет дружбы народов, медицинский
факультет, г. Москва*

Высокий уровень жизни населения является важной составляющей благосостояния общества и свидетельствует о социальной и экономической привлекательности любого государства. В период развивающейся экономики, которая характерна для нашей страны, важным является процесс наблюдения за постоянно меняющимися показателями социального развития для составления общей картины происходящего. Особую роль в исследованиях социальной сферы занимает анализ уровня жизни населения, поскольку данный показатель позволяет получить достоверную картину социально-экономического развития страны в целом и ее отдельных регионов.

Центральный Федеральный Округ (ЦФО) занимает лидирующую позицию в общероссийском экономическом пространстве по основным социально-экономическим показателям. Важнейшими предпосылками развития хозяйства ЦФО являются выгодное экономико-географическое положение, производственный и научно-технический потенциал и развитая инфраструктура. В составе ЦФО имеется мощное ядро развития всего региона, такого как город федерального значения – г. Москва. Москва по многим показателям уровня жизни значительно опережает субъекты, входящие в состав ЦФО, и оказывает на них влияние, являясь крупнейшим центром науки, культуры,

образования, управления, промышленности, и поэтому занимает особое положение не только в ЦФО, но и в стране в целом.

Методика оценки социально-экономического развития регионов, используемая Министерством экономического развития и торговли, нацелена на создание интегрального индекса. В данной методике есть определенные содержательные проблемы: заниженный вес образования и здравоохранения, недостаточная обоснованность отбора показателей развития услуг и занятости [1]. В этой методике набор параметров и показателей обоснован структурно в отличие от других, где он чаще всего произволен.

Базисными показателями развития региона являются среднедушевой денежный доход, соотношение среднедушевого дохода и прожиточного минимума;

ЦФО расположен в центре европейской части России. В состав округа входят 18 субъектов Российской Федерации: город Москва, Московская, Брянская, Владимирская, Ивановская, Калужская, Костромская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тверская, Тульская, Ярославская, Белгородская, Воронежская, Липецкая, Курская и Тамбовская области. Центром округа является город Москва. Численность населения - 37,3 млн. человек, что составляет 25,5% жителей страны. По плотности населения округ занимает первое место среди федеральных округов (56,8 человека на 1 кв. километр) и относится к высокоурбанизированным регионам - почти три четверти населения проживает в 40 крупных городах [5].

В экономике ЦФО ведущее место занимает Московский регион (Москва и Московская область), обеспечивая 84% поступлений в федеральный бюджет.

Первую группу регионов с наиболее высоким уровнем жизни населения представляет Москва. Москва имеет наиболее высокую в Российской Федерации покупательную

способность населения. Это явилось результатом развития в столице наукоемкого и высокотехнологичного производства, институциональных преобразований форм собственности и развития малого и среднего бизнеса, сосредоточения финансового и торгового капитала и высококвалифицированных кадров, а также формирования эффективной производственной и социальной инфраструктуры рыночной экономики. Душевые доходы московского бюджета почти двукратно превышают средние по регионам страны. Москва является неоспоримым лидером по большинству показателей уровня жизни. Согласно Программе социальной политики Правительство Москвы считает приоритетами социального обеспечения денежные выплаты и льготы различным категориям населения; поддержку малообеспеченных семей; реализацию мер по стимулированию рождаемости и социальную поддержку семей с детьми; дальнейшее развитие сети учреждений социальной защиты для удовлетворения потребностей населения в социальных услугах. Таким образом, в столице нашей страны были созданы социально-экономические условия, наиболее благоприятные по сравнению с другими административными субъектами. Они позволяют распределять бедным такие потребительские ресурсы, которые обуславливают сравнительно низкую абсолютную бедность при высоком экономическом неравенстве и высоком (67,5%) - значительно большем, чем в целом по Российской Федерации - уровне благосостояния среднего и высокодоходного населения.

Во вторую группу регионов с высоким уровнем жизни населения входит Московская область. По развитости сектора услуг, особенно верхних его этажей, Подмосковье сильно уступает столице, что обусловлено использованием жителями области столичных торговых и других учреждений обслуживания. Близость к столице усилила ориентацию

жителей Подмосковья на столичный рынок труда, а также ускорила сдвиг в сторону третичного сектора и деиндустриализации структуры занятости.

Третья группа регионов со средним уровнем жизни населения представлена Воронежской, Липецкой и Ярославской областями. Эти области можно отнести к индустриально-развитым регионам, при этом Липецкая область отличается более высоким уровнем экономического развития благодаря экспортной металлургии. Липецкая область также характеризуется повышенной бюджетной обеспеченностью и социальной ориентацией бюджетных расходов. В области одна из самых низких среди регионов ЦФО стоимость жизни, обусловленная благоприятными агроклиматическими условиями и развитым агросектором, отсюда и очень низкий уровень бедности. Ярославская область, как и Липецкая, является весьма индустриально-развитым регионом и имеет преимущественно индустриальную структуру занятости.

В четвертую группу регионов с низким уровнем жизни населения входят Белгородская, Калужская, Курская, Рязанская, Смоленская, Тверская и Тульская области. Области непосредственно граничат с высокоразвитым Московским регионом, отсюда и некоторые общие черты. Относительная близость к столичной агломерации помогла населению приграничных районов областей найти более высокооплачиваемые рабочие места. Адаптация в форме трудовых миграций снизила напряженность на рынках труда части районов, а более высокая душевая обеспеченность социальными услугами дала формальное преимущество на фоне депопуляции и мелкозаселенности субъектов [2]. Вышеперечисленные регионы характеризуются слабым развитием малого бизнеса и низкой занятости в нем; замедленным переходом занятых в сектор услуг; дефицитом квалифицированной рабочей силы в привлекательных для

инвесторов районах; многократным отставанием заработной платы от московской, что приводит к вымыванию из областей наиболее мобильных и квалифицированных кадров; пониженным уровнем благоустройства жилищного фонда, что обуславливается преобладанием в системе расселения небольших городов и мелких сел.

Пятая группа регионов с наиболее низким уровнем жизни населения представлена Брянской, Владимирской, Ивановской, Костромской, Орловской и Тамбовской областями. Все перечисленные субъекты имеют общие проблемы. Так, замедление развития экономической сферы ведет к высокому уровню безработицы и более низким доходам населения; наблюдается постарение населения и снижение качества жизни - низкое долголетие, а пониженный уровень образования занятых не обеспечивает необходимой мобильности и конкурентоспособности работников. Владимирская и Ивановская область отличаются одними из самых низких показателей уровня жизни в ЦФО. Данная ситуация объясняется недостаточно развитой экономикой региона, низкими душевыми доходами и в целом наличием не самой развитой социальной сферы [3].

Литература

1. Болонин, А.И. Детерминанты формирования стратегий развития региональных социально-экономических систем в условиях отраслевой интеграции / А.И. Болонин, К.Д. Лайпанов // Микроэкономика. - 2013. - № 4.
2. Регионы России. Социально-экономические показатели. - Москва: Росстат, 2013.
3. Cfo-regions.ru [Электронный ресурс].

УДК 364

СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ

Алексеева С.Г.

*Московский государственный машиностроительный
университет, кафедра «Государственное и муниципальное
управление», г. Москва*

Общемировые тенденции развития, рост глобализации, усиление международной конкуренции, повышение значимости человеческих ресурсов в новой экономике, продолжение реформ в Российской Федерации, а также демографическая ситуация, которая представляет собой сдерживающий фактор для экономического роста экономики России – все это требует использования новых подходов к управлению социально-экономическим развитием страны. Социальная сфера является важнейшим объектом государственного регулирования и представляет собой совокупность отраслей, предприятий, организаций, формирующих образ и уровень жизни людей, к которой относят сферу образования, культуру и искусство, здравоохранение, физическую культуру и спорт, социальное обеспечение, жилищно-коммунальное хозяйство и в другие отрасли социальной сферы. На процесс государственного регулирования отраслей социальной сферы существенное влияние оказывают выбранные приоритеты развития, которые в формализованном виде содержатся в концепции человеческого развития.

За последние два десятилетия в силу трансформации отношений собственности произошло существенное снижение роли государства в экономике в целом, фактическое сокращение доли общественного сектора в

производстве социальных услуг и участия государства в социально-экономическом развитии российского общества. Последовательный рост реальных доходов населения привел к увеличению спроса на социальные блага и услуги, что, соответственно, вызвало рост сектора платных услуг, в том числе платного здравоохранения и образования. Однако это не решило всех проблем развития отраслей социальной сферы. В настоящее время по-прежнему ощущается острый дефицит качественных социальных услуг, предоставляемых населению. Решить данную проблему не представляется возможным без активного вмешательства государства, без разработки новых подходов к государственному регулированию отраслей социальной сферы и без комплексного, системного подхода.

Системный подход к государственному регулированию отраслей социальной сферы должен включать:

1) установление целей социально-экономического развития, в котором кроме государства должны участвовать представители бизнес-сообщества и негосударственных некоммерческих организаций;

2) согласование региональных предпочтений по вопросам социального развития с общенациональным уровнем целей;

3) выработку альтернативных способов и инструментов при осуществлении процесса государственного регулирования;

4) организацию процесса государственного регулирования;

5) требуемый объем ресурсов и механизмы их использования.

Кроме того, в настоящее время выявлены и признаны многими теоретиками и практиками социального управления факторы, сдерживающие возможности государственного регулирования в отраслях социальной сферы. Отсутствие

системности государственного стратегического планирования, взаимосвязи приоритетных национальных проектов с системой государственных стратегических планов и полноценной системы социальных стандартов, представляющих натуральные и стоимостные нормативы на социально значимые услуги, являются основными сдерживающими факторами. Очевидно, что основой дальнейшего развития социальной сферы как отрасли, социально-экономического развития страны и достижения цели любого демократического государства, каковым является Российская Федерация, повышения социальной защищённости, уровня и качества жизни является разработка системы социальных стандартов.

Социальный стандарт (СС) – это уровень гарантий предоставления общедоступных, бесплатных и льготизируемых социальных услуг, пособий и выплат, выражаемый в нормах и нормативах и обеспечиваемый за счет финансирования из консолидированного бюджета (федерального и других уровней бюджетов). Разработка системы СС как основы государственного регулирования социальной сферы должна обеспечить достижение стратегической цели, стоящей перед государством, а именно, достижение уровня экономического и социального развития, соответствующего статусу России как ведущей мировой державы XXI века, с привлекательным образом жизни, занимающей передовые позиции в реализации конституционных прав граждан. Для этого необходима разработка методологии установления СС на всех уровнях - федеральном, региональном, местном. При этом одним из ключевых пунктов данной программы должно стать положение о разграничении сфер ответственности между федеральным центром, субъектами и муниципалитетами по обеспечению соответствующих социальных стандартов.

Роль государства при регулировании социальной сферы как стратегического субъекта, задающего цели социального развития, в данном случае заключается в выполнении функции координатора по созданию системы СС, в определении стратегии социального развития, в формировании единого социального пространства, в разработке единого рамочного закона о СС и в установлении ряда обязательных СС для всех регионов, дифференцированных с учетом специфики российских регионов и федеральных округов [4].

Государство обязано взять на себя обязательства по обеспечению прожиточного минимума, который рассматривается как СС в сфере распределения доходов населения. Экономическими основами системы СС в России должны стать нормативно-правовая база на федеральном, региональном и местном уровнях власти и управления, регулирующая порядок формирования бюджетно-налогового механизма, и отраслевые социальные и финансовые нормы и нормативы, обеспечивающие практическое воплощение социальных гарантий общества перед гражданином в форме социальных стандартов. На региональном уровне должна быть сформирована основная часть СС, обеспечивающих предоставление социальных услуг. Практический переход к управлению социальной сферой и социальным развитием с помощью социальных стандартов должен быть выполнен с помощью специальной целевой программы.

Значимость СС и их влияние на социальный климат в стране определяются следующими эффектами. Во-первых, реально функционирующие на практике СС задают направление социального развития. Во-вторых, СС представляют своего рода цены на социальные услуги, распределяемые и (или) производимые организациями общественного сектора. В-третьих, в рамках межбюджетных отношений система СС в стране позволяет бюджетам

нижестоящих уровней обосновать потребности в ресурсах, необходимых для выполнения расходных обязательств, в случае если их доходные полномочия не соответствуют обязательствам. При этом бюджеты вышестоящих уровней, предоставляющие трансферты, в свою очередь обладают возможностью проверить необходимый объем средств, запрашиваемых нижестоящими звеньями бюджетной системы. В четвертых, государственные СС играют роль в формировании системы межбюджетных отношений и социальных гарантий государства. Становление системы СС необходимо для оценки эффективности бюджетных расходов и бюджетной обеспеченности, поскольку в этом случае задается нормативный уровень предоставления социальных услуг по месту непосредственного потребления и формируется возможность оценки фактического уровня социального развития в соответствии с целевыми ориентирами. Заданный через систему СС порядок распределения расходов по всем уровням бюджетной системы должен соответствовать социальным гарантиям государства и формировать основу для оценки доходов бюджета различных уровней власти и управления, обеспечивая ему доступ к соответствующим ресурсам.

Формирование государственных СС должно осуществляться, исходя из следующих основных принципов - безусловное соблюдение конституционных прав граждан; общедоступность обеспечения социальной защиты, бесплатных и частично платных услуг вне зависимости от социального статуса граждан, уровня дохода, пола, возраста и места жительства; целевое адресное подушное финансирование; обеспечение государственных СС из бюджетов всех уровней и внебюджетных фондов; прозрачность бюджетного и внебюджетного финансирования, обеспечения реализации государственных СС; ответственность государственной власти за применение

и соблюдение государственных СС; эффективность и экономичность использования финансовых, трудовых и материальных ресурсов; научное проектное и статистическое обеспечение; гласность и другие.

В настоящее время субъекты РФ устанавливают СС, исходя из своих финансовых возможностей. При этом задача федеральной власти - по возможности равномерно распределить бюджетные трансферты между регионами. Тем самым разрушена основа – нет единого государственного мерила качества жизни в России, а есть уровень отдельного региона. СС являются основой социальных гарантий, они отражают представления общества об уровне и качестве жизни. Совокупность этих представлений, выраженных в виде требований общества, и определяет стандарт жизни или социальный стандарт. Как известно, экономические ресурсы обладают свойством ограниченности, поэтому непосредственное претворение в жизнь социальных гарантий государства больше связано с понятием минимальных СС, нежели с СС в широком смысле. Именно минимальные СС характеризуют возможности государства по обеспечению всех граждан минимальным уровнем дохода, определенным уровнем образования, установленным набором услуг здравоохранения, а также по предоставлению всем гражданам жилья и т.д. Решение данных проблем, в особенности, проблемы обеспечения населения минимальным уровнем доходов и определенным уровнем социальных услуг, во многом связано с решением задачи по формированию единого социально-экономического пространства. Его формирование должно обеспечиваться в основном за счет четкого разграничения полномочий и обязательств центра, регионов и субъектов местного самоуправления. Функции (стабилизационная, распределения доходов и ресурсов), выполняемые государством в экономике, составляют основу разграничения

государственных полномочий и обязательств между уровнями бюджетной системы. Поэтому порядок формирования единого социально-экономического пространства коренным образом зависит от того, какая функция государства выполняется непосредственно за счет федерального центра, а какая децентрализована [4].

Обеспечение минимальных СС в сфере доходов населения и потребления им социально значимых услуг предполагает реализацию следующих концептуальных положений [2]: за федеральным бюджетом закрепляются обязательства по обеспечению населения доходом на уровне прожиточного минимума; за региональными бюджетами закрепляются обязательства по обеспечению населения минимальным набором социально значимых услуг; местные бюджеты могут предложить населению расширенный набор социально значимых услуг в дополнение к минимальному стандартному набору этих услуг, предоставляемому регионом.

В регионах, где среднедушевые доходы составляют наименьшую величину, необходимо доводить уровень доходов до среднероссийского значения путем осуществления наибольших финансовых затрат. В случае, когда региональные власти устанавливают минимальный уровень дохода в своем регионе, это приведет к еще большей региональной дифференциации по доходам и создаст препятствия для формирования единого социально-экономического пространства.

Литература

1. ФЗ №134-ФЗ «О прожиточном минимуме в Российской Федерации».
2. Спиридонов, С.П. Институциональные индикаторы качества жизни: Монография / С.П. Спиридонов, Е.В. Нижегородов, Б.И. Герасимов / под науч. ред. Б.И. Герасимова. - Тамбов: Изд-во ГОУ ВПО ТГТУ, 2010. - 136 с.

3. Статистика уровня жизни населения. Научная библиотека. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://christosocio.info/content/view/>.
4. Фомина, В.П. Иерархия целей государственного управления / В.П. Фомина, С.Г. Алексеева // Микроэкономика. - 2013. - № 1.

УДК 614.2

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ АГЛОМЕРАЦИИ МЕГАПОЛИСА

Аносов А.В.* , Пачгин И.В.* , Кича Д.И.**

**Государственное казенное учреждение Дирекция по
обеспечению деятельности государственных учреждений
здравоохранения Юго-западного административного
округа департамента здравоохранения г. Москвы ЮЗАО*

***Российский Университет дружбы народов,
медицинский факультет, г. Москва*

В управлении здравоохранением и общественным здоровьем наряду с принципиальными параметрами решающего характера важное значение имеют особенности, характерные для текущего времени [1,2,3]. Эти особенные характеристики отражены, прежде всего, в анализе и оценках жалоб и обращений граждан в аспекте условий здоровья и здравоохранения.

Так, в 2012 году в адрес здравоохранения одной из крупных агломераций мегаполиса – Юго-Западного административного округа (ЮЗАО) поступило различных обращений из различных источников 1 729 (в 2011 – 1816). По структуре причин обращений в динамическом подходе,

при этом, увеличилось число обращений по вопросам организации оказания медицинской помощи, что на 24%, больше, чем в 2011 году (834), чем в 2010 году (668).

Структура причин обращений включает примерно одного уровня вопросы оказания медицинской помощи населению и вопросы лекарственного обеспечения. Мониторинговый анализ последствий в виде результирующих решений этих обращений показал, что наряду с организационными мерами к руководителям лечебно-профилактических учреждений в этом году применены 130 мер дисциплинарного воздействия (например, объявлено 51 замечание, 79 выговоров).

В связи с тем, что в структуре письменных обращений граждан ведущую роль занимали неразрешенные на местах организационные вопросы, связанные с диагностикой и лечением, оказанием лекарственной помощи, качества медицинской помощи, медико-социальной экспертизы и прочее, в рамках контрольного мониторинга эффективности оказания медицинской помощи населению и льготного лекарственного обеспечения в 2012 году Дирекцией государственного казенного учреждения департамента здравоохранения (ГКУ ДЗ) ЮЗАО проведено 125 проверок в лечебно-профилактических учреждениях округа.

В каждом ЛПУ проведенное анкетирование, охватившее 2 895 чел., которое показало, что удовлетворены оказанием медицинской помощи 84% опрошенных. За несколько месяцев функционирования вновь организованных кабинетов по работе с обращениями граждан, обратилось 730 человек. В ГКУ ДЗ ЮЗАО работает «Горячая линия» по вопросам лекарственного обеспечения, в которую в 2012 году обратилось 982 чел. (в 2011 г. - 706 чел., в 2010 г. – 480 чел.). Заметно некоторое увеличение количества обращений, что свидетельствует о повышении информированности населения и доверия в плане положительного решения

возникшей проблемы. Дополнительно проводятся встречи с населением, систематически - с участием совместно Префекта ЮЗАО и представителей общественных организаций.

Наряду с этим, определены особенности медицинского обеспечения жителей крупной агломерации мегаполиса - ЮЗАО. Функционирует одна многопрофильная больница для взрослого населения (ГКБ№64) с утвержденной коечной мощностью 830 больничных коек. Нет детского стационара (ближайший стационар – Морозовская детская городская клиническая больница), функционирует 4 подстанции скорой и неотложной медицинской помощи (СиНМП) им. А.С. Пучкова.

К числу новых направлений связи с населением по совершенствованию здоровья и образа жизни в округе организованы и работают 8 центров здоровья преимущественно при ЛПУ, а также открыты два детских Центра здоровья при детских поликлиниках.

В связи с проведенной реорганизацией учреждений здравоохранения и созданием амбулаторных объединений, практически в каждый амбулаторный центр вошли Центры здоровья. В некоторых амбулаторных Центрах функционирует еще 3 Центра здоровья – в ДКЦ № 1, в филиале № 4 (ранее – ГП № 203) и в филиале № 5 (ранее – ГП № 205).

Для реализации комплексной городской программы «Столичное здравоохранение» в округе выполнен на 99-114 % план мероприятий по 7 подпрограммам по раннему выявлению заболеваний у населения округа.

Для выполнения целевой подпрограммы по раннему выявлению заболеваний сердечно-сосудистой системы в округе организованы 30 кабинетов доврачебного контроля округа, оснащенных необходимым оборудованием, в

которых в 2012 г. обследованы 109 918 чел. из числа взрослого населения.

Наблюдается рост количества посещений лечебно-профилактических учреждений (поликлиник): в 2012 г. увеличились на 86 117 посещений и составили 14 863,9 тыс. (2010 г. – 14 011,7, 2012 г. – 14 777,8) посещений в поликлиниках, включая профилактические. В рамках реализации национального проекта «Здоровье» с 2006 г. в округе проводится дополнительная диспансеризация работающих граждан. Только в 2012 году дополнительную диспансеризацию в городских поликлиниках ЮЗАО прошли 30 145 работающих граждан.

Литература

1. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение. – ВОЗ. –Копенгаген. –1998. – 40с.
2. Макарян, А.С. Модернизация управления здравоохранения в аспекте глобализации / А.С. Макарян, Д.И. Кича, А.В. Фомина // Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: Материалы научно-практической конференции с международным участием. 14-16 декабря 2011. г. – Москва, 2011. – С.136-137.
3. Попович, Л.Д. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.Х. Салахутдинова и др. Отв. ред. Шейман И.М., Шишкин С.В. –М.: Изд-во «Дело». – РАНХ. – 2010. – 232 с.

УДК 65.0 (075.4)

ПУТИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ РЕГИОНА

Афонин С.Н.

ОАО «Институт микроэкономики», г. Москва

В настоящее время можно утверждать, что одним из важнейших условий развития нашей страны является повышение жизненного уровня населения, состояние и качество жизни которого непосредственно связано с развитием социальной сферы. К социальной сфере относятся такие области деятельности, как здравоохранение и образование, жилищно-коммунальное хозяйство и бытовое обслуживание населения, пассажирский транспорт, связь по обслуживанию непроизводственной сферы и населения, торговлю и общественное питание, культуру, туризм, физическую культуру и спорт и другие.

Насколько эффективно реализуются названные направления социальной сферы в регионах России, можно оценить, проанализировав состояние и направления развития социальной сферы Московской области. По объему ВРП Московская область занимает третье место в РФ (4,7% от ВВП России). Регион занимает второе место в РФ по численности населения, область отличается высоким уровнем урбанизации, который составляет порядка 80%. В области наблюдается устойчивый рост населения, что происходит за счет притока мигрантов. Традиционно низким остается в Московской области уровень безработицы. Специфической особенностью региона является маятниковая трудовая миграция. Уровень благосостояния населения Московской области несколько выше среднероссийского, в то же время он почти вдвое ниже, чем в Москве. Для Московской области характерна высокая стоимость ряда

социально значимых товаров и услуг, в том числе жилье, коммунальные платежи и прочие услуги населению. Уровень поддержки малоимущих слоев населения в Московской области заметно отстает от показателей типичных для Москвы, что является источником социальной напряженности.

Перейдем непосредственно к наиболее важным в настоящее время проблемам социальной сферы региона. Так, в Подмосковье менее половины населения удовлетворены качеством медицины. В области достаточно высокая рождаемость, роддомов и перинатальных центров не хватает, 9000 женщин ежегодно рожают за пределами области. Еще одной важной проблемой здравоохранения в области является лечение сердечно-сосудистых заболеваний, от болезней сердца и сосудов в Московской области умирает людей на 40% больше, чем в Москве. В области только один сосудистый центр и пять отделений в клиниках. По онкологическим заболеваниям Московская область в 1,5 раза превышает среднероссийские показатели.

Состояние материально-технической базы физической культуры и спорта также вызывает нарекания. Пока обеспеченность бассейнами - 10%, а спортзалами - 25 %. Занятия спортом - это профилактика преступлений, наркомании. По данным статистики, там, где население обеспечено физкультурно-оздоровительными комплексами на 30% сокращается количество преступлений.

Московская область – один из лидеров по отходам. Только по официальным данным, на территории Московского региона ежегодно образуется около 10 млн тонн отходов. На законных основаниях в области работают 38 полигонов, а мусороперерабатывающего завода при этом нет ни одного. Очевидно, что через 3-4 года просто некуда будет девать отходы.

Правительство Московской области уделяет большое внимание анализу состояния и устранению проблем социальной сферы, выделяя значительные средства из регионального бюджета на их решение. Так, по данным Министерства финансов Московской области, основная часть расходов областного бюджета связана с обеспечением работы социальной сферы и с затратами на проведение социальной политики, в сумме данные статьи бюджета формируют две трети всех расходов. Следует отметить, что ежегодно социальные расходы бюджета области увеличиваются в зависимости от конкретной отрасли социальной инфраструктуры на 14-30%.

Одним из путей решения социальных проблем любого региона, в том числе и Московской области, можно назвать увеличение инвестиций в регион путем формирования благоприятного инвестиционного климата, привлечения частных инвестиций в экономику региона, содействия реализации инвестиционных проектов, определения оптимальных форм государственной поддержки для реализации инвестиционных проектов [2].

Важным направлением развития социальной сферы региона может быть взаимодействие государственного и частного капитала на принципах государственно-частного партнерства (ГЧП). О необходимости активного использования механизмов государственно-частного партнерства, позволяющих привлечь инвестиции и услуги частных компаний для решения государственных задач, говорил Президент Российской Федерации В.В.Путин в Бюджетном Послании Президента Российской Федерации о бюджетной политике в 2014-2016 годах [1].

По нашему мнению, преимущества применения принципов государственно-частного партнерства перевешивают его недостатки. Преимущества ГЧП можно разделить на три большие группы: финансовые,

организационные и социальные [3]. Все они имеют важное значение для развития и поддержки партнерства в регионе. В тоже время, хотелось бы отметить, что особое значение имеют социальные преимущества, которые призваны обеспечить качество, полноту и непрерывность предоставления услуг населению, проживающему на территории региона.

Следующим перспективным направлением развития социальной сферы является участие региона в реализации приоритетных национальных проектов на его территории. Так, например, Московская область активно участвует в следующих приоритетных национальных проектах «Здоровье», «Образование», «Доступное и комфортное жильё – гражданам России». Информация о ходе реализации мероприятий названных приоритетных национальных проектов в Московской области размещается на интернет-сайтах соответствующих Министерств.

Еще одним направлением развития социальной сферы региона является широкое применение программно-целевых методов управления. Государственные программы региона являются ключевым механизмом реализации социальной политики государства по улучшению состояния социальной сферы. В настоящее время в Подмосковье утверждены и действуют 16 государственных программ Московской области, из них 10 так или иначе непосредственно направлены на решение проблем социальных отраслей [4]. Это государственные программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья», «Культура Подмосковья» и др. Для успешной реализации названных программ, прежде всего, необходимо обеспечить взаимосвязь поставленных целей и бюджетных ограничений, их увязку с основными параметрами оказания государственных услуг, использование всего арсенала регулятивных инструментов.

Литература

1. Путин, В.В. Бюджетное Послание Президента Российской Федерации о бюджетной политике в 2014-2016 годах / В.В. Путин // Российская газета. 2013. - 13 июня.
2. Фирсова, А.А. Теория и методология инвестирования инновационной деятельности на основе государственно-частного партнерства / А.А. Фирсова. - Саратов: Изд-во СГУ, 2012. – 320 с.
3. Фомина, В.П. Государственно-частное партнерство и возможности его развития в регионах и муниципальных образованиях России / В.П. Фомина, С.Н. Афонин // Микроэкономика, 2013, №4. - С.83-87.
4. Официальный сайт Правительства Московской области — www.mosreg.ru.

УДК 614.212

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ УЧАСТКА НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

Баянова Н.А.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1, г. Оренбург

Нельзя согласиться с мнением о том, что организация здравоохранения России является «здравоохранением болезней», а не здравоохранением, которое направлено на профилактику, на стимулирование к здоровому образу жизни и активному долголетию [1]. Диспансеризация является достижением отечественного здравоохранения и Н.А. Семашко в 1928 году называл диспансеризацию лучшим методом профилактики [2]. За 85 лет в нашей стране накоплен огромный опыт организации диспансерного

наблюдения, который не утратил своей актуальности и в современных условиях, однако требует научно обоснованных преобразований и учета исторически накопленного опыта.

Цель нашего исследования: определение необходимости постоянного обновления данных медико-социальной структуры терапевтического участка при проведении диспансеризации.

Обновление данных медико-социальной структуры терапевтического участка влияет на все этапы проведения диспансеризации. На этапе медицинского осмотра огромное значение имеет структурная составляющая терапевтического участка, отражающего занятость населения, а именно, соотношение работающего и неработающего населения. От этого будет зависеть охват диспансеризации. К сожалению, формальный подход к диспансеризации, как со стороны медицинских работников, так и со стороны населения достаточно распространен. Направление поиска путей массовой информированности населения о диспансеризации широко обсуждается и носит неотъемлемый характер сопровождения мероприятий, связанных с диспансеризацией.

В процессе исследования, нами выделена группа лиц, имеющих ограничения жизнедеятельности и проживающих на терапевтическом участке, вопрос о которой в современных условиях организации диспансерного наблюдения остается не затронутым. Для лиц, признанных инвалидами, специалистами бюро Медико-социальной экспертизы, которые получают медицинскую услугу от территориально закрепленного участкового терапевта, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Возникает организационный вопрос ответственности за реализацию разработанного мероприятия (раздела медицинской реабилитации Индивидуальной программы

реабилитации) другим ведомством, который по стечению обстоятельств решается участковым терапевтом формально.

Эффективность динамического наблюдения оценивается другой службой – специалистами МСЭ, а в амбулаторно-поликлиническом звене колоссальный объем работы участкового терапевта с инвалидами не учитывается вообще, более того, он даже недостаточно регламентирован. Инвалид остается наедине с ИПР, особенно если инвалидность установлена без срока переосвидетельствования. Усиливает проблему варьируемый удельный вес инвалидов на терапевтических участках: по данным нашего пилотажного исследования - от 1,4% до 33,4%.

Объем нашего исследования охватывает 368 амбулаторно-поликлинических учреждений 35 районов и 7 городов, расположенных на территории Оренбургской области, в которых организовано обслуживание населения области по территориально-участковому принципу. В рамках запланированного исследования нами проведен сравнительный единовременный анализ медико-социальной структуры двух терапевтических участков, отличающиеся по своей территориальной расположенности и коммуникативной составляющей. Источником информации явилась Форма №030/у «Паспорт врачебного участка (терапевтического)».

Выбор участков (участки А и Б) основывался на принципиальной разнице в расположении относительно поликлиники (степень доступности медицинской помощи), условий и форм проживания населения, наличия частных медицинских организаций и центров и другие характеристики. Был рассчитан суммарный коэффициент нагрузки участкового врача, базовым компонентом которого являлась медико-социальная структура участка. Разница в основных показателях медико-социальной структуры участка

достигала двукратного превышения по преобладанию женщин пенсионного возраста (на участке А - 75,2% от лиц пенсионного возраста); доли неработающих женщин трудоспособного возраста (на участке А - 12,8% от всех женщин трудоспособного возраста); удельного веса инвалидов (на участке Б – 20,3% от всего населения участка); доля лиц одновременно имеющих федеральную и региональную льготу (на участке Б – 7,4% от всех лиц, для которых предусмотрена льгота) и др. Максимальная вариабельность отличий участков отмечена по удельному весу видов экономической деятельности (ОКВЭД) населения А и Б участков соответственно (М80 – 40,3% и 13,7%; N85.1-85.14 – 24,9% и 21,3%; О92 – 0,2% и 10,1%). Даже небольшая разница в количестве жителей территориальных участков (А – 1830 человек, Б – 1743 человек), по нашему мнению, также влияет на качество и эффективность диспансерного наблюдения, ослабляя или усиливая ее формальный подход к мероприятию и тем самым изменяя возможности участкового врача. Нами планируется разработать оценочные коэффициенты, которые способны идентифицировать деятельность каждого участкового специалиста в мониторинговом режиме и могут служить индикаторами для принятия организационных оперативных решений амбулаторно-поликлинической службы.

Результаты сравнения медико-социальной структуры терапевтических участков в зависимости от территориального расположения позволили высказать предположение о ее влиянии на деятельность участкового терапевта, в особенности на профилактический раздел работы – диспансеризацию. Максимально полное и достоверное владение информацией в мониторинговом режиме о медико-социальной структуре позволит освободить участкового врача от выполнения роли диспетчера, позволяя

разрабатывать и реализовывать мероприятия на донологическом этапе.

Литература

1. Здоровый образ жизни – основа профилактики// Медицинская газета от 1.11.2013. – №83. – С.5.
2. Демченкова, Г.З. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения / Г.З. Демченкова, М.Л. Полонский. – М.: Медицина, 1987. – С. 288.

УДК 613.846+ 614.3+342.9

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТАБАКОКУРЕНИЕ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ МОЛОДЫМ НАСЕЛЕНИЕМ

Биксолт А.М., Артемов В.В.

***ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова, кафедра
основ законодательства в здравоохранении, г. Москва***

С целью выявления причин курения табака и употребления алкогольных напитков среди молодежи проведено медико-социологическое исследование среди студентов, поступивших в ВУЗы (10 государственных бюджетных учреждений высшего профессионального образования) г. Москвы в 2012 г).

1 этап исследования проведен в 2012 году, в период действия Федерального Закона «Об ограничении курения табака» от 10.07.2001 № 87-ФЗ и Федерального закона от 22.11.1995 N171-ФЗ "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции", 2 этап - в

2014 г., после вступления в силу нового Федерального Закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23.02.2013 №15-ФЗ.

На каждом этапе опрошено по 406 чел. В 2012 году более трети опрошенных (125 (31%)) считали, что люди начинают курить и употреблять алкоголь из-за влияния неправильного образа жизни окружающих; более четверти опрошенных (106 (26%)) считают, что люди начинают курить и употреблять алкоголь под влиянием друзей. 162 (40%) опрошенных считали, что большинство людей не курят и не потребляют алкоголь из-за отрицательного отношения к курению в семье; 81 (20%) - что ведут здоровый образ жизни; 65 (16%) - из-за запрета в религии; 49 (12%) - что знают о вреде курения для организма, 32 (8%) - так как имеют личные убеждения против табакокурения и потребления алкоголя; 7 (2%) - так как зависят от отрицательного мнения окружающих к курению табака и алкоголя; 7 (2%) - из-за отрицательного отношения к табакокурению в обществе.

Результаты опроса московских студентов в 2012 г. показали, что основным сдерживающим от табакокурения и потребления алкоголя фактором лично для них были собственные убеждения против табакокурения (указали 138 (54%) опрошенных), на втором месте был фактор здорового образа жизни, как причина сдерживания от курения и потребления алкоголя, на третьем – семья. Запрет на курение и потребления алкоголя в стране, как фактор, влияющий на сдерживание табакокурения и потребления алкоголя, не отметил ни один из опрошенных в 2012 году московских студентов. Но при этом 252 из 406 (62%) опрошенных в 2012 году московских студентов считали, что в нашей стране необходимо ужесточить законодательную и административную базу в области табакокурения и

потребления алкоголя, 106 (26%) респондентов не считали необходимым ужесточать законодательство. Больше трети московских студентов, опрошенных в 2012 г. (138 из 406, 34%), поддержали полный запрет на табакокурение и потребления алкоголя в нашей стране.

На вопрос «Что, на Ваш взгляд, надо предпринять в обществе, чтобы снизить табакокурение и потребления алкоголя (возможно несколько вариантов ответов, но не более 3-х)?» 95 человек на 100 опрошенных в 2012 году считали, что необходимо развивать спорт и культуру; 77 - повысить цены на сигареты и алкоголь; 43 - ввести законодательный запрет на табакокурение и потребление алкоголя с мерами ответственности за нарушение запрета; 41 - усилить образование о вреде курения и потребления алкоголя в школах; 39 - оказывать поддержку семьям, в которых не курят и потребляют алкоголь; 2 - усилить влияние религии.

2 этап медико-социологического исследования проводился в 2014 году, после вступления в силу нового Федерального Закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23.02.2013 №15-ФЗ (опрошено 417 студентов московских ВУЗов).

225 (54%) опрошенных в 2014 году считают, что люди начинают курить из-за того, что курят члены семьи; 154 (37%) опрошенных считают, что люди начинают курить под влиянием друзей; 17 (4%) опрошенных считают, что люди курят из-за того, что отсутствует запрет в религии.

Результаты опроса студентов ВУЗов г. Москвы в 2014 году показали, что фактор запрета табакокурения в стране вышел на 2 место среди факторов сдерживания от табакокурения (указали 163 (39%) опрошенных). Напомним, что при опросе московских студентов в 2012 году запрет на курение в стране, как фактор, влияющий на сдерживание

табакокурения, не отметил ни один из опрошенных московских студентов.

183 (44%) опрошенных в 2014 году считают, что большинство людей не курят из-за отрицательного отношения к курению в семье.

Указывая на причины своего собственного отказа от табакокурения, 124 (56%) опрошенных в 2014 г. считают, что они не курят, так как члены их семьи против этого; 49 (22%) - что знают о вреде табакокурения; 22 (10%) – что существует законодательный запрет; 18 (8%) - что в их религии имеются запреты на курение. Следовательно, опрос студентов первого курса Московских ВУЗов в 2014 г. показал, что 22 (10%) опрошенных не курят из-за запрета на табакокурение в законодательстве.

204 (49%) студентов Московских ВУЗов, опрошенных в 2014 г., считали, что в нашей стране необходимо ужесточить законодательную и административную базу в области табакокурения; 167 (40%) - против таких мер. 171 из 417 (41%) московских студентов, опрошенных в 2014 г., поддержали полный запрет на табакокурение в нашей стране.

На вопрос «Что, на Ваш взгляд, надо предпринять в обществе, чтобы снизить табакокурение» (возможно несколько вариантов ответов, но не более 3-х) 99 чел. на 100 опрошенных в 2014 г. считают, что нужно ввести законодательный запрет на табакокурение с мерами ответственности за нарушение запрета; 94 - что необходимо повысить цены на сигареты; 50 человек - что необходимо усилить образование о вреде курения в школах; 49 - что нужно оказывать поддержку семьям, в которых не курят; 2 - что нужно усилить влияние религии; 2 - что необходимо развивать спорт и культуру. Итак, 99 человек на 100 опрошенных в 2014 г. считают, что нужно ввести законодательный запрет на табакокурение с мерами ответственности за нарушение запрета; в 2012 г. 95 человек

на 100 опрошенных считали, что необходимо развивать спорт и культуру.

Таким образом, фактор законодательного запрета табакокурения в стране, является сдерживающим от табакокурения фактором, при формировании государственной политики в данной сфере, необходимо учитывать и другие влияющие факторы.

УДК 614.254

**К ВОПРОСУ О ПРАВОСУБЪЕКТНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С
ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,
ПРЕДСТАВЛЯЮЩИМИ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ
ОКРУЖАЮЩИХ**

Боговская Е. А.*, Насырова А.Н.**

**ФГБОУ СПО МК РАМН, кафедра общественного
здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВПО РНИМУ им.
Пирогова, кафедра экономики здравоохранения, г. Москва*

***ФГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
кафедра медицинского права, г. Москва*

В соответствии с действующим законодательством медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Медицинская организация, как участник гражданских правоотношений, обладает правосубъектностью. В научной

литературе существует несколько мнений в отношении элементов, составляющих это понятие. Учитывая, то, что легально закрепленного определения "правосубъектность" на данный момент нет, в него, чаще всего, включают такие понятия, как правоспособность, дееспособность.

Правоспособность - способность субъекта иметь гражданские права и нести обязанности. Дееспособность представляет собой, способность субъекта своими действиями приобретать, осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности, а так же реализовывать их. Необходимо указать, что, у юридических лиц существует особый порядок реализации правосубъектности.

Учитывая данный аспект, медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь лицам с инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (ИЗОДО), на основании ст. 78 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" имеет право:

1) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи;

2) участвовать в оказании гражданам РФ медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования;

3) выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования;

5) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством РФ требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

Учитывая ст. 79 вышеуказанного документа, медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь лицам с ИЗОДО, обязана:

1) оказывать гражданам, с ИЗОДО, медицинскую помощь в экстренной форме;

2) организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи;

3) информировать граждан, о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

4) соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;

5) обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств;

6) предоставлять пациентам, с ИЗОДО, достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи,

эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

7) информировать граждан с данными заболеваниями, в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации;

8) обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ИЗОДО, в соответствии с трудовым законодательством РФ;

9) информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий;

10) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом;

11) вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

12) обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности;

13) проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий.

Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи, наряду с обязанностями, предусмотренными частью 1 ст.79 должны:

1) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

3) обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление;

4) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Нормативно-правовые акты

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) (части первая, вторая, третья и четвертая) [электронное издание]. - Система "ГАРАНТ", 2014 г.

2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [электронное издание] - Система "ГАРАНТ", 2014 г.

УДК 613.636

РИСКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (ОБЗОР)

Бондарева Ю.А., Максименко Л.В.

*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Среди факторов риска здоровью медицинских работников (МР) патогенные агенты крови имеют особое значение. Гемоконтактные вирусные гепатиты В, С и D составляют 6% в общей структуре внутрибольничных инфекций (ВБИ). Общую категорию риска представляет медперсонал госпиталей, выполняющий хирургические манипуляции и работающий с кровью в хирургических, гематологических, лабораторных и гемодиализных отделениях [2].

В 25-30% случаев укола острым инструментарием происходит заражение гепатитом В, а 5% случаев острого инфицирования приводят к хронической болезни. Уровень передачи гепатита С гораздо ниже, но именно этот вирус представляет особую опасность для работающих, поскольку, во-первых, против него нет вакцины, а, во-вторых, 50% случаев острой инфекции переходит в хроническую фазу [16].

В США только 4 хирурга при оказании медицинской помощи были заражены гепатитом В, однако эти случаи заражения сопровождались явными нарушениями инфекционного контроля [16].

Введение рутинной проверки доноров крови и пациентов гемодиализа на поверхностный антиген вируса ГВ (HBsAg) дало снижение доли HBsAg-позитивных пациентов,

в том числе среди МР от 2,6% до 0,5% с 1976 г. по 1982 г. [7]. Скрытая ВГВ-инфекция выявлена сотрудниками Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН у 0,56% МР [4].

В Воронежской области (2010 г.) 235 МР инфицированы вирусным гепатитом В (37,2 на 100 тыс. населения против 29,4 на 100 тыс. населения в общей популяции). От общего числа работающих с наличием маркеров ВГВ средний медицинский персонал составляет 50,5%, младший медицинский персонал – 28,2%, врачи – 21,4%. Заболеваемость 2010 г. представлена преимущественно скрытыми формами – носительством HBsAg. Из 15 впервые выявленных инфицированных вирусом гепатита В 4 представлены ранее привитыми МР. Показатели выявления инфицированных ВГВ МР стабильно высоки среди работающих в отделении гемодиализа, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии (0,5-2,8%). Среди МР отделений с множественными парентеральными вмешательствами, на станциях и отделениях скорой помощи маркеры ВГВ выявляются на уровне 0,4-0,72% [9].

В Хабаровском крае отмечался рост числа МР с впервые выявленным носительством HBsAg (33% в 2007 г. против 14,3% в 2006 г.) и а/т HCV - 24% против 9,2%), а уровень распространенности маркеров вирусных гепатитов превышал соответствующий уровень среди населения (по HBsAg 1,5% против 0,8%, по а/т HCV 4,3% против 2,3%) [10]

По результатам серологического мониторинга за напряженностью иммунитета против гепатита В высок удельный вес серонегативных (до 50%) среди лиц, у которых прошло 8-9 лет после иммунизации (дети 9-10 лет и медработники) [5]. Однако в Новосибирской области среди МР до 40 лет в настоящее время достигнут уровень эпидемического благополучия – не более 10%

серонегативных лиц с концентрацией антител до 10 МЕ/л, причем независимо от длительности периода после последней прививки [15].

Среди больных ХГС МР в Ровенской области (Украина), у которых выявлена РНК ВГС в плазме крови, больных женщин в 4,8 раза больше, чем мужчин, в других группах мужчины преобладают в 2,4 раза. Причем генотип 1b ВГС среди МР встречается достоверно чаще, чем в других группах риска (78,9% против 40,2%), а генотип 3a – реже (5,8% против 40,2%), что свидетельствует о разных путях передачи ВГС [13].

В Ростовской области из числа состоящих на диспансерном учете МР с маркерами вирусных гепатитов 74,5% выявлены при поступлении на работу [11]. По мнению исследователей именно успехи в профилактике заражения вирусными гепатитами в медицинских учреждениях отразились в снижении заболеваемости в области в целом в 1985-1985 гг.; в 2002-2011 гг. отмечены новые черты эпидемического процесса – растет заболеваемость хроническими гепатитами, но сокращается число первичных заражений вирусами гепатитов В и С, что свидетельствует о наличии скрытых источников, что требует изменений акцентов в организации надзора за ЛПО [12].

Среди лиц старше 50 лет и при отягощении анамнеза хронической патологией риск заражения ОВГ, в том числе ХВГВ, в связи с получением медицинской помощи резко возрастает [8]. Проведение манипуляций в ЛПУ (г. Таганрог) дает 10,41% заражения пациентов ОВГС [6]. В Ровенской области в 2007-2010 гг. доля лиц с ОГС, лечившихся в пределах инкубационного периода в медучреждениях, возросла до 16% против 6,2% в 2003-2006 гг., получавших стоматологическую помощь – 10,0% против 2,0%. Посттрансфузионный ОГС не выявлен [14]

В США с начала эпидемии СПИД 57 медицинских работников профессионально ВИЧ-инфицированы. Опубликовано 6 случаев профессионального заражения. При этом за исследуемое время не было ни одного случая передачи ВИЧ пациенту [16].

Принципиальными причинами инфицирования гемоконтактными инфекциями являются травматизация острым инструментарием и низкий уровень информирования МР о рисках и путях передачи инфекции.

В Африке (Нигерия) среди хирургов-стоматологов количество случаев нарушения кожных покровов велико, но степень предпринимаемых мер профилактики крайне низка [1]. Среди причин, лежащих в основе широко распространения внутрибольничных инфекций, лежит значительная доля фальсификатов дезинфицирующих средств и она превышает 12% фальсификатов фармакологических препаратов [3].

Дополнительные профессиональные риски здоровью работающих в операционных связаны с доступностью психоактивных веществ, злоупотребление которыми создает дополнительную уязвимость работающих в операционной к профессиональным вредностям, включая гемоконтактные инфекции [18].

Таким образом, инфекции, переносимые кровью, вызывают беспокойство относительно возможности заражения, а профилактические мероприятия по предупреждению или минимизации экспозиции хирургов кровью пациентов должны проводиться с особым вниманием и строгостью, поскольку нельзя исключать появления новых инфекционных кровь-обусловленных рисков [17].

Литература

1. Азодо, К.Ч. Риск заражения ВИЧ-инфекцией у хирургов-стоматологов Нигерии в профессиональной среде/ К.Ч. Азодо //

- Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – т.2, №2. – С.357-360.
2. Бадлеева, М.В. Роль медицинского персонала в профилактике внутрибольничных инфекций/ М.В. Бадлеева, А.Г. Мархаев, И.П. Убеева // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010. - №2(72). – С.124-128.
 3. Бойков, К.А. Фальсификаты больничных дезинфектантов и проблема ВБИ / К.А. Бойков // Медицинский алфавит. Эпидемиология и санитария. – 2010. – №4. – С.22-23.
 4. Гордейчук, И.В. Распространенность скрытой HBsAg-негативной ВГВ-инфекции/ И.В. Гордейчук, К.К. Кюрегян, А.А. Ганина и др. //Вирусные гепатиты; успехи и перспективы вакцинации. Эпидемиология хронических гепатитов. Актуальные вопросы частной эпидемиологии// Инфекция и иммунитет. – 2012. – т.2, №1-2. – С.437-438.
 5. Лукина, З.И. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом на территории Магаданской области/ З.И. Лукина, А.А Рубцова., С.А. Корсунская, В.Р. Саухат // там же. – С.450.
 6. Масляева, Г.В. Эпидемическая ситуация по вирусному гепатиту С в городе Таганроге Ростовской области/ Г.В. Масляева, Б.И. Марченко, Н.В. Миронова, Л.А. Дерябкина // там же. – С.452.
 7. Мукомолов, С.Л. Эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов В и С в отделениях гемодиализа в Санкт-Петербурге в современный период/ С.Л. Мукомолов, И.А. Левакова, Е.В. Синайская и др. // Инфекции и иммунитет. – 2011. – т.1, №2. – С.143-150.
 8. Осипова, Т.В. О возможных путях возникновения хронических вирусных гепатитов у лиц, старше 50 лет/ Т.В. Осипова, Т.Ю. Феклина, О.И. Дерябина и пр. // Вирусные гепатиты; успехи и перспективы вакцинации. Эпидемиология хронических гепатитов. Актуальные вопросы частной эпидемиологии// Инфекция и иммунитет. – 2012. – т.2, №1-2. – С.455.
 9. Ситник, Т.Н. Изучение инфицированности медицинских работников Воронежской области вирусным гепатитом В/ Т.Н. Ситник, Т.А. Мамчик, Н.П. Мамчик, Н.В. Габбасова // там же. – С.458-459.

10. Старухина, И.Н. Выработка стратегии инфекционной безопасности на основе изучения факторов риска заражения гемоконтактными инфекциями медицинского персонала в ЛПУ Хабаровского края/ И.Н. Старухина, О.Н. Мисак, А.В. Кузнецова и др. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2008. – №13. – С.175-179
11. Стахова, В.А. Организация работы по профилактике парентеральных вирусных гепатитов/ В.А. Стахова, Л.Х. Аблякимова// Вирусные гепатиты; успехи и перспективы вакцинации. Эпидемиология хронических гепатитов. Актуальные вопросы частной эпидемиологии// Инфекция и иммунитет. – 2012. – т.2, №1-2. – С.460.
12. Фильченкова, Т.А. Эпидемиологическая ситуация по парентеральным вирусным гепатитам в Ростовской области/ Т.А. Фильченкова, Е.В. Ковален, Е.А. Ненадская // там же. – С.463.
13. Хоронжевская, И.С. Изучение структуры генотипов вируса гепатита С на территории Ровенской области северо-западной части Украины/ И.С. Хоронжевская, Г.А. Мартынюк, Г.Н. Шевченко и др. // там же. – С.463-464.
14. Хоронжевская, И.С. Современная эпидемиологическая характеристика гепатита С на территории Ровенской области северо-западной части Украины/ И.С. Хоронжевская, Г.А. Мартынюк, Г.Н. Шевченко и др.// там же. – С.464.
15. Шульгина Н.И. Длительность и напряженность поствакцинального иммунитета у детей до 17 лет против гепатита В / Н.И. Шульгина // там же. - С.468
16. Fry, D.E. Hepatitis: risks for the surgeons / D.E. Fry // Am Surg. - 2000. – v.66(2). – P.178-83.
17. Fry, D.E. Occupational risks of blood exposure in operation room / D.E. Fry // Am Surg. – 2007. – v.73 (7). – P.637-46.
18. Ismail, S. Chemical dependency: an occupational hazard in the field of anesthesia. Review / S. Ismail// J Pak Med Assoc. – 2010. – v.60 (10). – P.857-60.

УДК 614

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА АМБУЛАТОРНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Бреусов А.В.*, Лысенко И.Л.*, Чирков В.А.**

***ГБУЗ ГП №180 Департамента здравоохранения,
г. Москва**

**** ГБУЗ КДЦ №6 Департамента здравоохранения,
г. Москва**

В рыночной экономике возрастает вклад каждого сотрудника в конечные результаты деятельности лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Готовность и желание сотрудников выполнять свою работу - важнейшие факторы повышения эффективности функционирования любой организации. Поэтому одной из главных задач для менеджеров здравоохранения является поиск эффективных методов и способов управления персоналом, способствующих активизации человеческого потенциала и повышению мотивации труда.

Под мотивацией понимают процесс, механизм, действия со стороны управленческого аппарата, побуждающие отдельного человека или коллектив к деятельности для достижения конкретных целей и результатов. В теории управления мотивация рассматривается как процесс формирования у сотрудников мотивов к труду для достижения целей организации [1].

Для отдельного работника мотивация - это совокупность движущих им сил (мотивов), которые побуждают его к эффективному, результативному, творческому труду. Мотивы, потребности и ценности каждого человека индивидуальны, они не могут быть абсолютно идентичными для какой-либо социальной группы

или для всех сотрудников в организации, поэтому руководителю важно уметь определять и учитывать индивидуальные мотивы и потребности для будущего развития организации. Мотивы имеют тенденцию меняться с ростом карьеры, иногда под влиянием внешних факторов и в связи с развитием и изменением личности. Поэтому одной из основных задач главного врача является постоянный анализ факторов, которые повышают эффективность работы человека и его удовлетворенность трудом.

Большинство главных врачей считают сегодня самым мощным мотивирующим фактором материальный стимул - деньги. Мы считаем, что сотрудник, который в качестве основной причины выбора места работы называет зарплату, легко управляемым в том случае, если учреждение платит ему максимальную зарплату. Чтобы быть уверенным в таком работнике, нужно предлагать ему премии, различного рода бонусы, повышение зарплаты, дополнительные выплаты за различные виды деятельности - т.е. акцентировать внимание на процессе зарабатывания денег.

Сотрудник, у которого интерес к материальной мотивации недостаточно силен, который больше заинтересован в творческом характере профессиональной деятельности, перестает работать эффективно при потере интереса к работе.

В случае, когда большое значение имеет не столько сумма вознаграждения, сколько восприятие сотрудником ее справедливости или несправедливости в соотношении с результатом труда, у работника возникает повышенное внимание к справедливости или несправедливости оплаты труда. Такой человек должен понимать причинно-следственные связи между результатами труда и его оплатой.

Проанализировав состояние данного вопроса более, чем в 30 лечебно-профилактических учреждениях города Москвы, мы пришли к выводу, что сегодня наиболее

перспективными можно считать следующие подходы к выплате вознаграждения: осуществление дифференцированных выплат персоналу ЛПУ по результатам работы каждого; использование единой системы вознаграждений для всех лечебно-профилактических учреждений территории. Кроме материального поощрения сегодня существует достаточное количество форм поощрения, не требующих значительных денежных затрат. Основными разновидностями нематериальной мотивации, которые реально может использовать руководитель любого уровня в здравоохранении, мы считаем:

- создание условий для интересной работы;
- публичное выражение признательности сотрудникам за результаты их работы;
- предоставление доступа к информации, которая в настоящий момент является ценным ресурсом, что помогает сотрудникам принимать верные решения и демонстрирует уважение и доверие менеджмента организации;
- возможность осуществления обратной связи (сотруднику важно знать, насколько ценит его руководитель, поэтому руководитель периодически должен интересоваться состоянием дел, проблемами, возникшими в работе);
- вовлечение сотрудников в процесс принятия решений, особенно тех, которые касаются их непосредственно;
- создание условий для самостоятельной творческой работы;
- коллективное проведение свободного времени;
- возможность предоставления гибкого графика, в том числе и при выполнении работы;
- повышение ответственности у сотрудников.

Бывает и так, что мотивация персонала со стороны руководителя приносит противоположные результаты - возникает так называемая демотивация [2, 3]. Как показывает наш опыт, основными ее причинами бывают: игнорирование

идей и инициативы сотрудников; нарушение негласных договоренностей; отсутствие изменений в статусе сотрудника; отсутствие видимых результатов работы, личного и профессионального роста; игнорирование каких-либо навыков сотрудника, которые он сам ценит; отсутствие признания достижений и результатов со стороны руководства и коллег.

Многие руководители ЛПУ разрабатывают комплексные программы мотивации персонала. Но эти программы чаще всего не учитывают особенностей каждого сотрудника, поэтому являются недостаточно эффективными. Основываясь на собственном практическом опыте, считаем, что пути улучшения мотивации труда можно объединить в пять относительно самостоятельных направлений [4]: материальное стимулирование; нематериальное стимулирование; совершенствование организации труда; вовлечение персонала в процесс управления; повышение качества сотрудников.

Таким образом, в новых социальных и экономических условиях реальную ценность для лечебно-профилактических учреждений представляет отлаженная, четко функционирующая система разносторонней мотивации персонала, способная гибко перестраиваться в связи с переходом на современные высокие медицинские и организационные технологии и требования рынка.

Литература

1. Алехина, О.Е. Стимулирование развития работников организации / О.Е. Алехина // Управление персоналом. – 2010 [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:edH2QWQ5YfIJ:www.asd-russia.ru/publishing/2._oczenka_i_stimulirovanie_personala/o.alexina._stimulirovanie_razvitiya_rabotnikov_organizacii+&cd=1&hl=ru&ct=clnk&gl=ru (дата обращения 01.03.2014).

2. Андреева, Т.Н. Почему уходят лучшие: проблема демотивации персонала / Т.Н. Андреева // Управление персоналом. - 2009. - №4.
3. Богданов, Ю.Н. Мотивация персонала/ Ю.Н. Богданов, Ю.В. Зорин и др. // Методы менеджмента качества. – 2011. – № 11.
4. Осипова, Э.В. Факторы мотивации персонала / Э.В. Осипова // Персонал-Микс, 2008. – № 6.

УДК 614.2

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Буллик А.В., Макарова Е.П.

Российский университет дружбы народов, г. Москва

В современных условиях одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является формирование новой системы управления. Управление организацией здравоохранения – сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом, как внутренних проблем организации, так и меняющейся социальной, экономической и политической ситуации. А в связи с усиливающейся конкуренцией, текущими процессами реформирования и глобализации, важным аспектом управления становится такое направление как инновационный менеджмент. В данной статье рассматриваются аспекты инновационного менеджмента в части развития инновационного потенциала медицинского учреждения.

К понятию «инновации» имеются различные подходы, в данной работе мы используем закрепленное в одобренной Постановлением Правительства РФ от 24 июля 1998г. № 832 Концепции инновационной политики Российской Федерации

на 1998-2000 годы понятие, когда под инновацией (нововведением) понимают конечный результат инновационной деятельности, получивший реализацию в виде нового или усовершенствованного продукта, реализуемого на рынке, нового или усовершенствованного технологического процесса, используемого в практической деятельности.

Совет при Президенте по модернизации экономики и инновационному развитию России отмечает, что качество жизни людей напрямую зависит от их доступа к современным медицинским технологиям, лекарственным препаратам и медицинской технике. Для решения этих задач планируется реализовать проекты, обеспечивающие производство наиболее востребованных лекарственных препаратов и медицинской техники на территории России. Кроме того, ставится задача организовать производство инновационных медицинских продуктов и выход российских производителей на новые рынки.

Для руководителя учреждения здравоохранения важно понимать, что с точки зрения инновационного менеджмента основные функции менеджмента (планирование, организация, оперативное управление, использование персонала, экономический контроль) должны быть ориентированы на стратегию развития, постоянные изменения внутри структуры и, вместе с тем, на адаптацию к окружающей среде. Важнейшей задачей руководителя становится развитие инновационного потенциала организации.

Под инновационным потенциалом организации понимается совокупность характеристик организации, определяющих ее способность к осуществлению деятельности по созданию и практическому использованию нововведений.

К элементам инновационного потенциала организации

относятся: материально-технические ресурсы; финансовые ресурсы; организационные ресурсы; кадровые ресурсы; социально-психологические факторы.

Для оценки инновационного потенциала организации могут быть использованы следующие показатели: научно-технический потенциал (численность сотрудников, имеющих научную степень, количество рациональных предложений на одного сотрудника, количество патентов и др.); показатели коммерциализации (доля новой продукции в общем объеме производимой продукции, количество лицензионных договоров и др.); продолжительность выполняемых работ (так называемая величина инновационного лага); характеристика инновационности управляющей системы (формы стимулирования инновационной деятельности на предприятии, участие в реализации инновационных проектов руководства, уровень свободы, предоставляемой участникам инновационной деятельности).

Очевидно, что для проведения инновационных процессов организация должна располагать не только денежными средствами и соответствующей материально-технической базой, но и сотрудниками, способными генерировать неординарные решения. Интеллектуальные ресурсы компании обеспечивают возможность выработки оригинальных идей, лежащих в основе любого инновационного процесса. Уровень интеллектуального потенциала организации определяет емкость «портфеля инновационных идей».

Главным фактором, отражающим инновационную активность фирмы и влияющим на интенсивность инновационных процессов на предприятии, является восприимчивость руководства к инновациям, что означает готовность к реализации изменений в хозяйственном механизме предприятия, склонность к риску. В данном аспекте важно повышение управленческой подготовки

руководства учреждением, планирование и развитие кадрового потенциала, например за счет обучения сотрудников на программах «Экономика и управление на предприятии (в здравоохранении)», например на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН.

В качестве примера организаций с высоким инновационным потенциалом приведем медицинские биотехнологические компании Индии. В целом, биотехнологический сектор в Индии оценивался в 2011 г. в 3 млрд. долларов, ежегодный рост доходов 18%. Основные причины роста – увеличение экспорта, рост национального производства, новые продуктовые инновации. Кроме того, прогнозируется и дальнейший рост сектора, на основе имеющихся ранних стадий открытия лекарств, предоставлении исследовательских услуг по контрактам (аутсортинг), производства материалов для клиник и развитие клиник. Для сотрудничества в сфере биотехнологий Индия считается привлекательным партнером по следующим причинам: благоприятный правовой режим по защите прав на патенты в рамках Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС); квалифицированный и хорошо подготовленный технический персонал; население 1,2 млрд. человек; наличие современных инновационных парков; биоразнообразие природных ресурсов.

Таким образом, выполнение государственных задач по развитию сферы здравоохранения предполагает консолидацию усилий государства, бизнеса и медицинских учреждений. Государство создает институциональные рамки, применяет меры финансовой, кредитной, научной и других политик. А современный руководитель учреждения здравоохранения отслеживает изменения внешней и внутренней среды, на основе анализа которых принимает управленческие решения в соответствии с современными

методологическими аспектами управления.

Литература

1. Гришин, В. Управление инновационной деятельностью в условиях модернизации национальной экономики / В.Гришин. – М.: Изд-во Дашков и Ко, 2012. – 368 с.
2. Кича, Д.И. Основы менеджмента в здравоохранении с точки зрения социальной медицины: Методическое пособие. Проект ЕС Темпус / Д.И. Кича, А.В. Фомина. - М.: ООО «Издательство Глосса-Пресс», 2010. – 75 с.
3. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. - М.: Профессионал, 2009. – 432 с.
4. Совет при Президенте по модернизации экономики и инновационному развитию России [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://i-russia.ru/medicine> (дата обращения 01.03.2014).
5. Рабочие материалы к Стратегии развития биотехнологической отрасли промышленности до 2020 года [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.cleandex.ru/articles/2010/04/27/biotechnology_world_market_analyze (дата обращения 01.03.2014).

УДК 616.31-08

ОЦЕНКА МОТИВИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Васильев Ю.Л., Нагин Г.Т.

***НОУ ВПО «Московский медицинский институт
«РЕАВИЗ, кафедра стоматологии, г. Москва***

По данным ВОЗ профилактика стоматологических заболеваний включает комплекс мероприятий по предупреждению возникновения и развития заболеваний

челюстно-лицевой области, предусматривающий внедрение системы общественных и индивидуальных комплексных предупредительных мер, направленных на создание условий, исключающих факторы риска возникновения стоматологических заболеваний. Однако эти мероприятия не всегда эффективны, поскольку для получения положительного результата необходимо еще и участие самого пациента, мотивация которого зависит от многих факторов.

Цель работы: исследование комплекса мотивирующих факторов выбора средств гигиены полости рта современным человеком.

Задачи исследования: провести анкетирование 2000 человек в школах, ВУЗах, колледжах; провести Интернет-опрос пользователей социальных сетей о степени информированности о средствах гигиены полости рта; оценить степень влияния цвета упаковки зубной пасты на субъективные ощущения.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач была создана оригинальная анкета, включающая вопросы и варианты ответов об используемых средствах гигиены полости рта, мотивации выбора и источниках информации о них. В анкетировании приняло участие 2000 человек в возрасте от 15 до 43 лет, в том числе студенты вузов и колледжей. Кроме того, были использованы Интернет-ресурсы. Влияние цвета упаковки на потребительский выбор оценивали путем использования разного цвета упаковки при одинаковом наполнителе.

Результаты исследований. Анализ опроса показал, что значимость информации в печатных СМИ снижалась обратно пропорционально возрасту, однако в группе 56-65 лет наблюдалось увеличение числа пациентов (18%), доверяющих этому источнику по сравнению с телевизионной и интернет-рекламой (9%). В отличие от условно-

недостовверных источников информации советам врача по мере старения прислушивается все больше и больше пациентов (рис. 1).

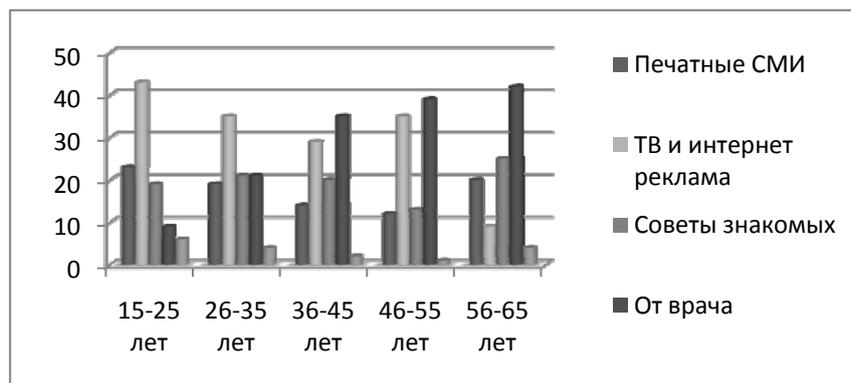


Рис 1. Обзор информационных источников о средствах гигиены полости рта

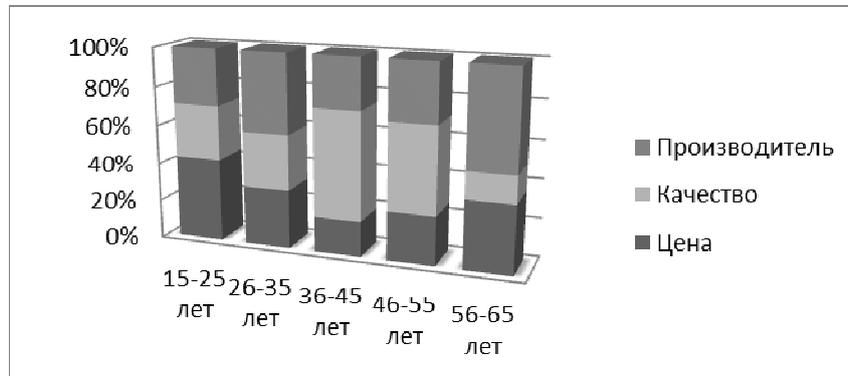


Рис. 2. Анализ влияния возраста на соотношение цена-качество-производитель средств гигиены полости рта

Анализируя влияние соотношение цена – качество - производитель средств гигиены полости рта на выбор пациента, мы установили, что молодые пациенты (15-25 лет)

чаще обращают внимание на стоимость (43%), чем на находящееся в почти равных соотношениях качество (28%) и производителя средств гигиены полости рта (29%) (рис 2).

Как видно из рис. 2, качество продукции имеет наибольший приоритет среди лиц 36-45 лет (56%), менее всего они ориентируются на цену товара (18%). Пациенты в возрасте 56-65 лет по сравнению с остальными опрошенными более всего предпочитают ориентироваться на производителя (51%), а также на цену (35%), уделяя меньшее внимание качеству средств гигиены полости рта (14%).

Как видно из рис. 3, профессиональные рекомендации врача-стоматолога относительно выбора средств гигиены полости рта превалировали над остальными критериями во всех возрастных группах, кроме группы пациентов 15-25 лет, в которой наибольшее значение имеет мнение родственников (49%), в то время как к рекомендациям врача-стоматолога прислушивалось лишь 20% опрошенных. В группах пациентов 45-55 и 56-65 лет отмечалось повышение показателя «занимаюсь самолечением» - 29% и 23% соответственно.

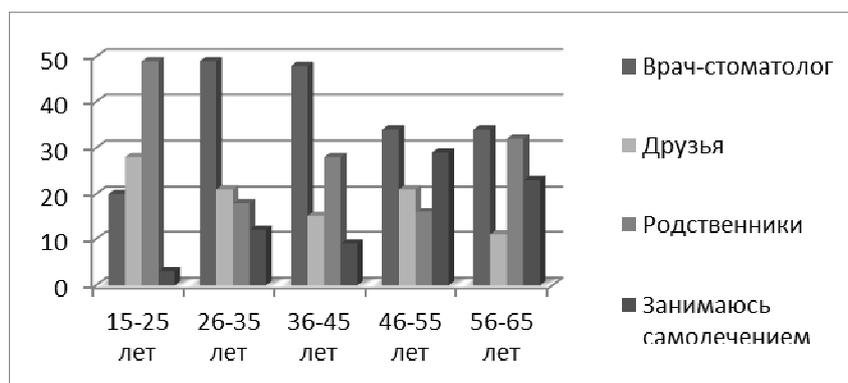


Рис. 3. Зависимость восприятия человеческого влияния на выбор средств гигиены полости рта от возраста пациента

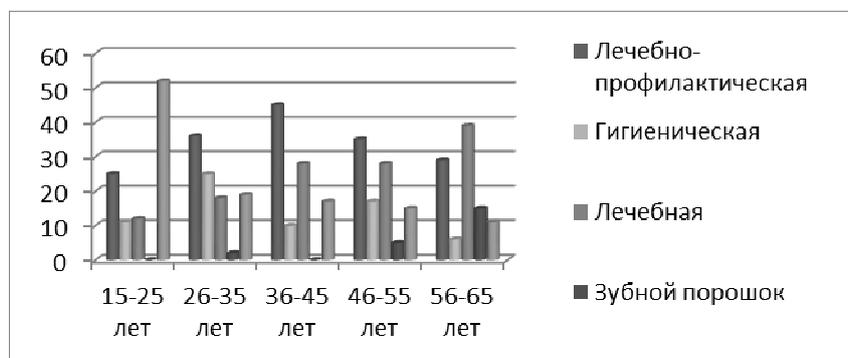


Рис. 4. Зависимость выбора типа чистящих средств гигиены полости рта (зубные пасты, порошок) от возраста

По вопросу предпочтений различных типов чистящих средств гигиены полости рта (лечебно-профилактические, лечебные, гигиенические зубные пасты, зубной порошок) выявлена обратная зависимость между возрастом пациентов и пунктом «не придаю значения». Так, в группе пациентов 15-25 лет не придают значения типу чистящих средств 52%, в то время, как в группе пациентов 56-65 лет - лишь 11% (рис.4).

Анализируя взаимосвязь между применением лечебно-профилактических и лечебных зубных паст, можно проследить несколько пиковых групп. Отмечается постепенное нарастание использования лечебно-профилактических зубных паст с возрастом до 36-45 лет, где данная категория зубных паст имела максимум (45%), и затем отмечен спад. Использование лечебных паст имеет прямую пропорцию с возрастом, и в группе пациентов 56-65 лет мы можем наблюдать высокий процент пользователей (39%) по сравнению с молодыми опрашиваемыми (12%). Применение зубного порошка не встретилось в анализе анкет пациентов групп возрастов 15-25 и 26-45 лет, однако у пациентов 56-65 лет этому пункту соответствовало 15%.

Выводы:

1. Рекомендациям врача по мере старения прислушивается большее число пациентов, что прямо пропорционально их возрасту.
2. Наибольший приоритет качеству средств гигиены полости рта отдают пациенты возраста 36-45 лет, менее всего уделяя внимание цене.
3. Доказана прямая связь между цветом упаковки и субъективным восприятием

Литература

1. Власов, В.В. Эпидемиология / В.В. Власов // М.: ГЭОТАР-медицина, 2004. – 430 с.
 2. Далматов, В.В. Применение методов математической статистики при проведении эпидемиологического анализа / В.В. Далматов, Р.Н. Готвальд, В.Л. Стасенко. – Омск, 2002. – 68 с.
 3. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие / Э.М. Кузьмина. – М.: Изд-во Поли Меди Пресс, 2001. – 216 с.
 4. Euba, A. Профилактика эффективна для здоровья полости рта/ A. Euba // Dental Forum. – 2006. – №2. – С. 20.
 5. Anusavice, K.J. Caries Risk assessment / K.J. Anusavice // Operative Dentistry. – 2001. – № 6. – P. 19 - 26.
- УДК 614.2:618:614.254

КАДРОВЫЙ РЕСУРС КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Васильева Т.П.*, **Ратманов М.А.****, **Сазанов В.В.*****,
Чумаков А.С.*, **Магомедов А.Т.******, **Уткин Е.Ю.*******
***ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт
материнства и детства им. В.Н.Городкова»
Минздравсоцразвития России, г. Иваново**
****Департамент здравоохранения Ивановской области,
г. Иваново**
***** НУЗ «Отделенческая поликлиника на станции
Сольвычегодск» ОАО «РЖД», Архангельская область,
г. Котлас**
****** НУЗ «Отделенческая больница на ст. Сосногорск СЖД
ОАО «РЖД», Республика Коми, г.Сосногорск**
******* , Региональная дирекция медицинского обеспечения
СЖД ОАО «РЖД», лечебно-профилактический отдел,
г. Ярославль**

Актуальность исследования определена, с одной стороны, тем, что в решении нынешних проблем общественного здравоохранения и обеспечении высококачественной медицинской помощи важная роль отводится медицинским работникам, а с другой – отсутствием научных работ, рассматривающих взаимосвязь потенциала медицинских работников с результативностью профессиональной деятельности и состоянием их здоровья.

Программа исследования включала пять этапов, реализованных в период 2003-2013 гг. В исследовании использован комплекс современных методов, в том числе экспертный, организационного эксперимента, психометрический, социологического опроса. Базой исследования явились 8 муниципальных, 2 государственных учреждения областного уровня, 3 учреждения частной

системы здравоохранения. Объектом исследования явился кадровый ресурс качества медицинской помощи, представлявший собой совокупность характеристик врача, являющихся факторами риска снижения качества медицинской помощи. Предметом исследования явилась территориальная организационно-функциональная модель управления потенциалом врачей, оцениваемым по степени соответствия фактической балльной оценки кадрового ресурса качества медицинской помощи у данного врача величине оптимальной оценки этого ресурса. Единицами наблюдения явились: врач, оказывающий медицинские услуги (507 чел.), случай оказания медицинских услуг (1022 сл.).

По данным анализа социально-гигиенической характеристики врачей выявлено, что 75% имели квалификационные категории, 100% - сертификат специалиста, 47% - стаж по специальности более 10 лет, 74% - возраст более 30 лет. С учетом этих данных коэффициент соответствия качества структуры кадров, рассчитанный по формуле, составил 0,84 в среднем, что соответствовало второй категории и свидетельствовало о высоком трудовом потенциале обследованных.

Выявлено, что интегральная оценка здоровья врачей по методике определения медико-биологического потенциала снижена на 29,6% относительно оптимального уровня, причем в большей степени за счет отклонения оценок таких параметров как резистентность организма к острым заболеваниям, отягощенность производственными факторами риска. В частности, установлено, что почти все врачи отметили наличие высокого эмоционального напряжения, каждый второй - физическое перенапряжение, отсутствие отдыха в выходные дни из-за дополнительного заработка, каждый третий - разногласия с руководством, каждый шестой - напряженные отношения с коллегами, каждый четвертый - работу по совместительству.

Эти данные свидетельствовали о наличии у значительной части врачей факторов риска, профилактика неблагоприятного действия которых требовала наличия определенных психологических характеристик врачей.

Выявлено, что уровень мотивации к охране собственного здоровья снижен у 77,7% опрошенных, что подтверждалось низким уровнем медицинской активности у значительной части обследованных.

Выявлено, что каждый пятый врач имел пониженный или повышенный уровень эмпатийности, определенной по методике И.М. Юсупова, 59,8% - завышение и занижение уровня коммуникабельности, по методике В.Ф. Ряховского, 4% - неэффективную тактику разрешения конфликта, определяемой по методике Томаса. Установлено, что 40,7% врачей имели высокий уровень мотивации к успешной трудовой деятельности, определяемой по методике Эллера.

По разработанной нами методике интегральной оценки уровня профессионального выгорания установлено, что полностью удовлетворены настоящей работой 13,6% врачей, остальные удовлетворены не в полной мере (60,2%) или не удовлетворены (26,2%). Считают выбор профессии ошибкой 9%, ходят на работу «без желания» - 46%, готовы сменить характер работы и специальность при возможности выбора - 43%, что свидетельствовало о наличии у значительной части врачей признаков профессионального выгорания. Выявлено, что в группе с высокой степенью признаков профессионального выгорания достоверно чаще, чем в группе с низкой степенью отмечается повышенный уровень эмпатийности, высокий уровень мотивации к успеху, использование неэффективных типов тактики выхода из конфликта ($p < 0,05$).

В группе с высокой результативностью деятельности (коэффициент достижения результата $> 0,9$) достоверно чаще, чем с низкой, регистрируется градация «нормальный»

уровень коммуникабельности, градация «сотрудничество» тактики выхода из конфликта, градация «нормальный» уровень эмпатии, градация «повышенный» уровень мотивации к успеху деятельности. Отмечено, что выполнение профессиональной деятельности с высокой результативностью на фоне низкой интегральной оценки психологического потенциала требует дополнительных затрат собственного здоровья, о чем свидетельствует достоверно большее снижение интегральной оценки медико-биологического потенциала здоровья этих врачей по сравнению с группой с высокой оценкой психологического потенциала ($p < 0,05$).

Из 35 исследованных факторов, связанных с состоянием внешней производственной и семейной среды, достоверное влияние на полноту реализации психологического потенциала врачей оказывают 40%, среди которых наибольший вес имеют материальная обеспеченность трудовой деятельности, благоприятный социально-психологический климат в учреждении, эффективность внутриучрежденческих коммуникаций, соблюдение нормативов нагрузки и устойчивое семейное положение. На полноту реализации психологического потенциала исследуемых факторов, связанных с характеристиками врачей, влияют 22%, из них наибольший вес имеют удовлетворенность работой, состояние здоровья, возраст и образ жизни.

Проведенный анализ выявил проблемность формирования потенциала у врачей в связи с выявленной высокой частотой таких блокирующих факторов внешнего порядка как плохая материально-техническая база учреждений здравоохранения, отсутствие условий для внедрения новых методик, недоступность новой медицинской литературы, плохие условия труда, несправедливая оплата труда, загруженность бумажной

работой, а также факторов внутреннего порядка: некоммуникабельность, инертность, неорганизованность, вспыльчивость, обидчивость, слабое здоровье, недостаточность обучения, отсутствие условий для снятия перенапряжения.

Полученные данные явились научным обоснованием направлений оптимизации управления этими факторами, определяющими полноту реализации потенциала врачей в процессе выполнения профессиональной деятельности: 1) совершенствование методических подходов оценки потенциала врача; 2) совершенствование медико-организационных подходов профилактики профессионального выгорания у врачей на основе оценки исходного психологического потенциала и медико-социальной характеристики; 3) совершенствование медико-организационных подходов развития и коррекции потенциала врачей.

Для реализации первого направления предложено использование разработанной нами методики интегральной оценки потенциала врачей, оказывающих медицинские услуги, включающая 7 параметров, алгоритм определения их фактических оценок и их полученные в ходе исследования базовые значения средних баллов, методика прогнозирования снижения реализации потенциала при оказании врачом медицинской помощи с использованием Шкалы прогноза, включающей 22 фактора и поддиапазоны риска.

Для реализации второго направления разработана методика интегральной оценки признаков профессионального выгорания, включающая 4 параметра, алгоритм ее определения и базовые значения их оценок. Для реализации третьего направления разработана территориальная организационно-функциональная модель управления формированием потенциала врачей и полнотой

его реализации, которая включает 4 блока: «Оптимизация информационного обеспечения формирования потенциала врачей», «Оптимизация технологий коррекции параметров потенциала», «Оптимизация учрежденческой организационной структуры формирования и контроля за полной реализацией потенциала при оказании медицинской помощи», «Оптимизация системы контроля качества управления формированием потенциала врачей, обеспечивающего повышение кадрового ресурса качества медицинской помощи».

Первый блок включает разработку и внедрение комплекта информационных материалов по повышению медицинской активности и мотивации врачей к успеху в сохранении здоровья, разработку и внедрение комплекта информационных материалов по повышению медицинской информированности о роли высокого потенциала в успешности деятельности и охране собственного здоровья, разработку и внедрение мониторинга эффективности управления улучшения потенциала.

Второй блок включает внедрение индивидуальных программ развития и саморазвития врачей, включающей консультации психолога, аутопсихотренинги, применение кабинета психологической разгрузки, проведение инновационной деятельности, обучение информационным технологиям. Третий блок включает создание внутриучрежденческого Центра качества медицинских кадров на базе отдела кадров, который организует взаимодействие психолога, социального работника методического кабинета, проведение тестирования врачей. Кроме того в третий блок входит функционирующий на территории Федеральный автоматизированный регистр «Медицинские кадры».

Апробация разработанных предложений обеспечила достижение медико-социальной эффективности за счет

повышения интегральной оценки потенциала специалистов, снижения признаков профессионального выгорания, повышения интегральной оценки медико-биологического потенциала, результативности деятельности.

Литература

1. Васильева, Т.П. Управление кадровым потенциалом учреждений здравоохранения (социально-гигиенические, социально-психологические, организационно-методические аспекты). Монография / Т.П. Васильева, В.З. Кучеренко., И.Г. Халецкий, Д.Л. Мушников, А.С. Чумаков. – М, 2005. – 230 с.

УДК 614.2 (075.8)

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СНА СТУДЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЩЕЖИТИЯХ РУДН

Воронцова К.О., Эдиев М.О, Пивень Е.А.
*Российский Университет Дружбы Народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Сон представляет собой обязательную и наиболее полноценную форму ежедневного отдыха. Его нехватка отражается на продуктивности умственного труда, психоэмоциональном состоянии и может привести к нервным расстройствам.

Цель работы: Оценить сон студентов, проживающих в общежитиях РУДН. Выявить особенности гигиены сна студентов, с учетом их пола и курса обучения; оценить влияние соседей на сон; понять отношение студентов ко сну, как составной части здорового образа жизни.

Материалы и методы: аналитический, научно-теоретический анализ источников литературы, анкетный опрос. Исследовано 30 юношей и 30 девушек, проживающих в общежитиях РУДН.

Результаты. В нашем исследовании приняли участие девушки, средний возраст которых составил 21,2 года, юноши - 21,4 года, т.е. преобладали студенты 4 курса. Для студента необходимо считать нормой длительность ночного сна 7,5-8 часов, а в нашем исследовании он составил у девушек в среднем 5,9 часов, у юношей - 5,8 часов. При этом девушки, которые спят по 6-8 часов, чувствуют себя бодрыми и активными, а для юношей оптимальная продолжительность сна - 6-9 часов. Для девушек сон более 8 часов приводит к вялости и раздражительности, также как сон для юношей менее 5 часов. Выявлено, что у студентов продолжительность сна 5-6 часов приводила к ухудшению самочувствия, вялости и сонливости.

Наиболее оптимальное время для отхода ко сну 22-23 часа. Но студенты чаще всего ложатся спать в интервале от 00 до 01 часа. Позже 2-х часов ночи ложатся спать девушки на 1,2 курсах, а юноши - на 3,4 курсах. А вот в 22 - 23 часа ложатся спать только первокурсники.

Как известно, завтрак необходим каждому человеку, т.к. с ним в организм должно поступить 30% суточной калорийности. 16,7 % юношей и 50 % девушек успевают позавтракать и привести себя в порядок, а 83,3 % юношей и 50 % девушек - не успевают. Установлено, что девушки встают раньше (за 30 мин или более часа до выхода из общежития), а юноши чаще всего просыпаются как можно ближе к моменту выхода.

Чтобы сон был продуктивным, человек должен полностью расслабиться, но это невозможно, если он чем-то озадачен, сидит перед компьютером, засыпает в душном помещении или с переполненным желудком.

Около 70% студентов ежедневно перед сном проводят у телевизора или с компьютером более 1 часа. Проветривают комнаты перед сном 33,3% девушек и 46,7% юношей. Чаще всего студенты употребляют пищу перед сном за 1–2 часа. Но у юношей присутствует тенденция к более позднему приему пищи, чем у девушек.

Ложатся и встают в одно и то же время 43,3% юношей и 50% девушек. Юноши чаще всего засыпают в течение получаса, а вот девушки - сразу. Из 30 девушек 13,3% засыпают плохо, у юношей такой проблемы нет. Установлено, что засыпание зависит от соседей больше для юношей, чем для девушек, при этом 20% юношей и 10% девушек ответили так при наличии 2 соседей и лишь 3,3% юношей и 6,7% девушек, живущих с 3 соседями.

На качество сна соседи влияют мало: 73,3% девушек и 63,3% юношей сказали, что соседи им не мешают спать.

Установлено, что 8,3% студентов считают, что сон не имеет значения для их здоровья. А 91,7% студентов уверены, что сон является важной составной частью здорового образа жизни.

Выводы. Из-за того, что студенты мало спят, поздно ложатся, проводят много времени с компьютером перед сном, не проветривают комнаты, употребляют пищу незадолго до сна, у многих появляются проблемы со сном.

Отсутствие полноценного сна влечет дальнейшее ухудшение самочувствия, снижение сопротивляемости организма, а значит и появление новых заболеваний. Кроме этого, при бессоннице ухудшается внимание, появляется раздражительность, нервозность, что накладывает отпечаток на взаимоотношения с друзьями, качество обучения. Причем у девушек (46,7%) проблемы более выражены, как со сном, так и с засыпанием, чем у юношей (26,7%). У девушек не только чаще бывает бессонница, но и причин для ее возникновения больше.

УДК 614.2

**РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОБЕСПЕЧЕНИИ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Габоян Я.С.*, Иваненко А.В., Максименко Л.В.*,
Луговой В.Е***.**

**Российский университет дружбы народов, кафедра
организации здравоохранения, лекарственного
обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФПК
МР, г. Москва,*

***ГУЗ ГКБ №15 департамента здравоохранения
г. Москвы,*

****Специализированный санаторий «Подлипки»,
Московская область*

Проблемы обеспечения и оценки качества медицинской помощи являются одними из приоритетных задач системы здравоохранения. Внедрение новых медицинских технологий и моделей организации медицинской помощи в сестринском процессе должны быть направлены на повышение качества. Средний медицинский персонал, принимая во внимание его многочисленность и наиболее тесный контакт с пациентами, играет немаловажную роль в обеспечении качества оказываемой медицинской помощи [1,3,4].

В приказе Минздрава России №4 от 2001 г. «Об отраслевой программе развития сестринского дела в Российской Федерации», сестринское дело определено как «важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и

приемлемой медицинской помощи». Программа предусматривает решение многих вопросов, одним из которых является «обеспечение высокого качества медицинской деятельности», которое достигается тщательным планированием сестринской помощи пациентам на всех этапах ее организации и эффективным контролем за реализацией этих планов. Учитывая вышеизложенное, к деятельности сестринского персонала предъявляются повышенные требования, с учетом которых осуществляется разработка новых подходов к повышению качества и оптимизации их труда. Мировой опыт показывает, что огромный потенциал повышения эффективности оказания медицинской помощи заложен в реформировании сестринского дела [2].

Контроль и оценка деятельности сестринского персонала, безусловно, является важнейшим элементом в процессе повышения качества оказываемой помощи. Проблемой является явно недостаточная теоретическая проработка процедуры контроля и оценки деятельности среднего медперсонала [3,4].

Наши аналитические оценки показывают, что традиционный контроль деятельности предполагает выявление уже свершившихся ошибок. Как правило, при его осуществлении не проводится глубокий анализ, направленный на выявление причинных факторов и организационных мероприятий по устранению причин возникновения ошибок. Поэтому создание эффективной модели контроля деятельности сестринского персонала занимает ключевое место в наших исследованиях. Модель основана на принципах систематического выявления и анализа отклонений и дефектов, принятия мер по их устранению. Разработанный механизм контроля помогает не маскировать, а собирать критически важную информацию.

Оценка деятельности сестринского персонала

необходима руководителю сестринского звена и конкретному специалисту для определения потребности в адекватных управленческих решениях, использовании возможностей повышения качества оказываемой помощи и успешной их реализации.

С этой целью нами был проведен анализ нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинских сестер, результаты изучения затрат рабочего времени палатной, процедурной и перевязочных медицинских сестер лечебных отделений больницы.

При проведении сравнительного анализа перечня сестринских манипуляций, выполняемых согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 19.08.1997 г. №249 с Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении (утверждена 12.07.2004 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ), установлен ряд несоответствий в отношении содержания деятельности специалистов по специальности «Сестринское дело» [1,3]. Так, в Номенклатуре отсутствует ряд манипуляций, отмеченных в Приказе Минздрава. Тем не менее, эти манипуляции выполняются медицинскими сестрами, и соответственно их выполнение также должно подвергаться контролю и оценке. Ряд манипуляций является составной частью других работ или услуг сестринского персонала. Например, предстерилизационная очистка шприцев, игл, инструментов; укладка в биксы перевязочного материала, одежды, белья хирургического персонала; пользование стерильным биксом; обеззараживание рук; накрытие стерильного стола, перечисленные в приказе как самостоятельные манипуляции, являются частью всех инвазивных манипуляций в Номенклатуре.

Результаты проведенного анализа возможностей контроля деятельности сестринского персонала находят отражения при принятии управленческих решений для

совершенствования лечебно-диагностического процесса в зоне ответственности медицинских сестер. Эти разработки приняты и внедряются в лечебно-реабилитационный процесс санатория и медицинских организаций в рамках медицинского страхования и учебного процесса.

Литература

1. Габоян, Я.С. Организация деятельности сестринского персонала в отделении сестринского ухода / Я.С. Габоян, О.В. Логвинова // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 7-9.
2. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение. –ВОЗ. –Копенгаген. –1998. – 40 с.
3. Плавунов, Н.Ф. Возможности повышения качества работы сестринской службы стационара / Н.Ф. Плавунов, Я.С. Габоян // Медицинская сестра. –2003. – № 1. – С. 34-35.
4. Фомина, А.В. Изучение затрат рабочего времени сестринского персонала отделений высокотехнологичной медицинской помощи / А.В. Фомина, Н.И. Мезенова, Д.И. Кича, А.Р. Белявский // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – №1. – 2010. – С.103-107.

УДК 614.2

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ ТРАНСФУЗИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гришина О.В.

***ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-
стоматологический университет имени А.И.
Евдокимова», г. Москва***

Одной из актуальных задач трансфузиологов в настоящее время является оптимизация гемотрансфузионной

тактики и обеспечение максимальной безопасности переливания донорских компонентов крови, что возможно при строгом соблюдении показаний к гемотрансфузиям, сокращении их количества и улучшении качества переливаемых компонентов крови.

В европейских странах гемотрансфузионной терапии придается большое значение, поскольку культура организации сопроводительной терапии в значительной степени характеризует уровень развития медицины в целом. К сожалению, до настоящего времени в Российской клинической медицине не выработана единая научно обоснованная тактика организации адекватной и максимально безопасной гемотрансфузионной поддержки больных. Поэтому исследование этой проблемы является актуальным направлением в хирургии.

Всего за изучаемый период времени (2009-2013 гг.) в отделении было проведено трансфузий эритроцитов 632 дозы, тромбоцитов 27 терапевтических доз в виде пула тромбоцитов, полученных от рандомизированных доноров и 17 терапевтических доз, полученных путем аппаратного тромбоцитафереза, свежемороженой плазмы (СЗП) 540 доз, 12 трансфузий цельной лимфы, 6 – лимфоцитной взвеси, 4 – жирной плазмы лимфы (панлипида), эритропоэтина, и антитромбина.

Было установлено, что в среднем для хирургического лечения больных потребности в эритроцитах составляют 53%. Для лечения септических больных используется 70% СЗП. Отмечено увеличение абсолютного количества перелитых компонентов в 2013 году по сравнению с 2009 г. Так, в 2013 г. отмечается увеличение потребности в ЭМ в целом в 1,3 раза по сравнению с 2009 г. с 94 доз до 122 доз. СЗП перелито в 2013 году в 1,23 раза больше, чем в 2009 году, а именно 121 дозу.

Более высокие уровни использования донорских компонентов крови проявились при выполнении травматичных оперативных вмешательств. Это обусловлено характером проводимых операций и их объемом. Так, в абдоминальной, торакальной хирургии, оперативном лечении опухолей печени и поджелудочной железы выполняются полостные операции высокой технической сложности. В гинекологии, хирургии опухолей молочной железы, заболеваний головы и шеи, верхних дыхательных путей, как правило, выполняются операции стандартного объема.

Стабильно высокие потребности в ЭМ отмечаются в абдоминальной хирургии 54 и 61 доза, при проведении операций на опорно-двигательном аппарате 148 и 263 дозы, абдоминальной онкологии 304 и 483 доз, гинекологии 261 и 280 доз в 2009 и 2013 гг. соответственно. Наряду с неуклонным ростом потребностей в донорских эритроцитах при этих же операциях наблюдается увеличение использования и СЗП. В то же время, при операциях на печени и поджелудочной железе отмечается стабильное потребление по абсолютному количеству перелитых компонентов.

В хирургии органов головы и шеи, а так же верхних дыхательных путей потребности в переливании эритроцитов стабильно низкие (менее 50 мл в пересчете на госпитализированного больного), а в хирургии молочной железы переливание донорских компонентов крови практически не используется. Кроме этого, в онкогинекологии отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение потребностей в СЗП и ЭМ, произошедшее за описываемый пятилетний период с 2009 по 2013 годы.

Самыми высокие потребности из года в год выявляются при лечении гемобластозов (более 60 % от общего количества эритроцитов, по сравнению с другими

химиотерапевтическими отделениями). Абсолютное количество компонентов растёт из года в год, но в пересчете на одного госпитализированного пациента количество эритроцитов несколько снизилось (хотя это различие статистически не достоверно $p < 0,5$).

С другой стороны, рост использования СЗП на каждого госпитализированного больного статистически достоверен — с 109,8 мл до 213, мл ($p < 0,05$).

Таким образом, при выполнении хирургических операций стандартного объема в онкогинекологии, хирургии печени и поджелудочной железы, операциях на органах шеи верхних дыхательных и пищеварительных путях за счет совершенствования хирургической техники и объективного пересмотра показаний к гемотрансфузиям произошло ощутимое снижение использования донорских компонентов крови. При операциях на органах грудной клетки, брюшной полости, удалении тазовых и забрюшинных онкологических новообразований, операциях на костях и суставах зачастую избежать трансфузий невозможно и они проводятся в значительных объемах. Особенно важно обеспечение донорскими компонентами крови для проведения лечения больных сепсисом при трансплантации гемопоэтической ткани.

УДК 614

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

Дрожжина Н.А., Тишук А.Е.
*Российский Университет Дружбы Народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Актуальность: В отношении состояния и динамики здоровья населения России в настоящее время особую тревогу вызывает то обстоятельство, что на фоне двукратного снижения по ряду причин в течение последних десятилетий численности родившихся происходит неуклонное снижение качественных показателей состояния здоровья детского населения. В силу исключительности развертывающихся событий и глубины поражения это имеет самые серьезные последствия для страны на уровне национальной безопасности во всех ее составляющих – политической, экономической и государственной.

В этой связи нами было проведено пробное социально-гигиеническое исследование с целью научного обоснования оздоровления детского населения школьного возраста как предшествующий этап комплексного социально-гигиенического исследования здоровья данного контингента населения в связи с условиями учебы и быта.

Материалы и методы исследования. Объектом изучения стали учащиеся одной из средних общеобразовательных школ Северного административного округа г. Москвы. По разработанной нами анкете опрашивались ученики 4-5 классов, как рубежа начального образования, 9-го класса, как получивших общее основное образование, и 11 класса, как завершивших программу общего среднего образования.

Исследованием была охвачена сплошная совокупность всех учащихся упомянутых классов данной школы. Опрос проводился строго на анонимной основе. В результате было собрано 59 полностью и правильно заполненных анкет. В ходе статистической обработки материала использовались современные электронные статистические программы.

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

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

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

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

Важно иметь в виду то обстоятельство, что именно в школьном возрасте закладываются те стереотипы, которые в дальнейшем определяют дальнейшую судьбу человека. Многие зависят от того обстоятельства, пройдет или нет подросток мимо укоренения привычки курения, склонности к употреблению алкоголя, сформируется ли у него стремление вести здоровый активный образ жизни. В нашем примере подавляющее большинство опрошенных старшеклассников ответили на вопрос о курении отрицательно. Нет оснований говорить и об увлечении школьной молодежью энергетическими напитками. Все опрошенные девушки учащиеся девятого класса и юноши учащиеся одиннадцатого класса отметили, что не употребляют их совсем. Таким же образом, подавляющее большинство старшеклассников отрицательно отнеслись к употреблению алкогольных напитков. Не употребляют их подавляющее большинство учащихся девятого и одиннадцатого класса. От 16,6% до 33,3% опрошенных ответили, что употребляют их редко, никто из опрошенных не заявил о частом употреблении. Еще более отрицательно отнеслись школьники старших классов к вопросу употребления энергетических напитков с содержанием алкоголя. Практически все однозначно заявили о том, что данный вид напитков для них не приемлем.

Физическая активность является неременным атрибутом гармоничного развития человека, что особенно важно для школьного возраста, когда организм только формируется. В то же время, полученные ответы дают основание полагать, что склонность к занятиям физкультурой отличается в зависимости от пола. Так, во всех возрастных группах заявили об однозначно положительном восприятии занятий физкультурой в школе почти все школьники мужского пола. Это достаточно резко контрастирует с ответами школьниц, среди которых

положительное отношение к школьным занятиям физкультурой имеет место у небольшой части ответивших. Отношение к внеклассным занятиям физической культурой опрошенных также является неоднородным. Основная масса школьников чаще не делает утреннюю зарядку вообще или делает ее редко. Наиболее активно занимаются в спортивных секциях и плавательных бассейнах юноши 9 и 11 классов. Немаловажным компонентом физической активности является участие в играх на открытых спортивных площадках во дворе или на территории школы.

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

Опыт предварительного изучения условий и образа жизни школьников положен нами в основу планируемого комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья данного контингента населения во взаимозависимости с широким спектром факторов.

УДК 614.2

**ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ АКТИВНЫХ
ПОСЕЩЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Журавлев А.В., Кочубей А.В.
*МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра общественного
здоровья и здравоохранения, г. Москва*

Организация медицинской помощи на дому играет важную роль в работе медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В объеме помощи, предоставляемой врачами-терапевтами городских поликлиник, почти треть приходится на помощь на дому. Правильная организация медицинской помощи на дому способствует повышению качества первичной медико-санитарной помощи, а также уменьшению непрофильной нагрузки на учреждения скорой и специализированной медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь на дому складывается из посещений, сделанных по вызову пациента (активный вызов) и по инициативе врача (активное посещение), а также патронажа.

С целью совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Москве запланирован рост активных посещений до 17% [1]. В рамках диссертационной работы проводится изучение организации активных посещений городскими поликлиниками города Москвы.

Учет активных посещений и проверка их выполнения осуществляется на основании ряда учетных форм. Во-первых, медицинских карт амбулаторного больного, куда врач вносит данные о состоянии здоровья пациента. Во-вторых, «Книги записи вызовов врачей на дом» (форма

031/у), которая ведется в регистратуре поликлиники. В-третьих, «Дневника работы врача поликлиники» (форма 039/у), на основании которого учитывается работа врачей всех специальностей, работающих в поликлиниках. Сведения об активных посещениях участковых врачей фиксируются в графе 20 «Дневника», на основании «Книги записей вызовов врачей на дом». Организация заполнения формы 039/у устанавливается распоряжением главного врача поликлиники [2].

Анализ отчетных форм о деятельности городских поликлиник Москвы (форма 30) показал, что по Москве в целом из общего числа посещений на дому активные посещения в 2011 году составили 23,64%, в 2012 году – 27,52%. Частота выполнения активных посещений в поликлиниках различна и колеблется в 2012 году от $15,51 \pm 0,14\%$ до $33,92 \pm 0,26\%$ от общего числа посещений на дому, в 2013 году от $14,52 \pm 0,14\%$ до $59,88 \pm 0,32\%$.

Вместе с тем, проверка сведений формы 30 по разделу 2 таблицы 2105 в городских поликлиниках САО Москвы обнаружила несоответствие представленных в отчете сведений записям учетных форм, где отражаются данные об активных посещениях.

Изучение организации и учета активных посещений в поликлиниках позволило выявить недостатки, основными из которых являются неправильное заполнение учетной формы 031/у, отсутствие записей об активном посещении в медицинской карте амбулаторного больного, отсутствие или неправильное заполнение учетной формы 039/у, отсутствие плана активных посещений, отсутствие распоряжения главного врача об организации заполнения формы 039/у, отсутствие документального подтверждения систематического внутреннего контроля выполнения активных посещений.

К наиболее частым ошибкам заполнения формы 031/у «Книга записи вызовов врачей на дом» относится отсутствие записей в графе 8 о том, является ли вызов первичным, повторным или активным посещением. Отсутствие записей не позволяет заполнить последующие учетные и отчетные формы. Также довольно часто в графе 8 делается запись «актив», однако в 100% подобных случаев поводом для посещения на дому является вызов пациентом врача на дом, т.е. активный вызов. Подобная халатность в заполнении «Книги записи вызовов врачей на дом» приводит к искажению сведений отчетных форм. «Дневники работы врача поликлиники» (форма 039/у) ведутся в нарушении инструкции по заполнению, а также не осуществляется внутренний контроль их заполнения, в том числе достоверности сведений.

Проблемы в организации выполнения и учета активных посещений в поликлиниках в частности обусловлены незнанием определения «активное посещение». Согласно данным анкетирования 303 врачей-терапевтов поликлиник Москвы менее половины респондентов относят к активным посещения на дому по инициативе врача. Около трети считают, что активными являются повторные, после активного вызова, посещения пациента на дому. Оставшаяся часть респондентов принимает за активное посещение любой визит врача на дом, независимо по вызову пациента он был сделан или по инициативе врача. Подобное расхождение во мнение можно объяснить нечетким определением активного посещения в нормативных правовых документах [2].

Выявленные на начальном этапе исследования данные свидетельствуют в пользу необходимости совершенствования работы по организации оказания первичной медико-санитарной помощи на дому.

Нормативно-правовые акты

1. Постановление правительства Москвы от 07.04.2011 г. №114-ПП «О программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2013 годы».
2. Приказ Минздрава СССР от 10.06.1983 № 710 «Об улучшении учета в лечебно-профилактических учреждениях посещений к врачам и средним медицинским работникам, профилактических осмотров и контингентов больных, состоящих под диспансерным наблюдением».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Положение об организации первичной медико-санитарной помощи».

УДК 613.2

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ
ПОПУЛЯРНОСТИ ЭНЕРДЖАЙЗЕРОВ И
СУБЪЕКТИВНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ ИХ
УПОТРЕБЛЕНИИ**

Застрожин М.С., Дрожжина Н.А.
*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

На основании анализа статистических данных, полученных в результате опроса школьников и студентов учебных заведений Российской Федерации, делается попытка определить гендерные различия в употреблении энергетических напитков среди молодежи.

Актуальность работы: Энергетические напитки, с момента их появления на рынке в 1997 году, продолжают набирать все большую популярность [3].

Даже в низких дозах (12,5–100 мг) кофеин способен улучшать настроение и когнитивные функции. Однако наряду с положительными эффектами, кофеин оказывает и пагубное влияние на организм. Было показано, что кофеин вызывает повышение диуреза и натрийуреза [5]. Большое потребление кофеина снижает чувствительность к инсулину, повышает артериальное давление [2]. Наблюдается возникновение нарушений в центральной нервной системе, сердечнососудистой системе, пищеварительной и выделительной системах [4]. На сегодняшний день также не определено и точных мотивов употребления энергетических напитков, хотя по некоторым данным основными причинами употребления энергетических напитков, являются стремление побороть усталость и улучшение ощущения эффекта алкоголя [1].

Цель работы: Выяснение причин столь высокой популярности энергетических напитков (ЭН) в молодежной среде и определение гендерные различия в употреблении энергетических напитков среди молодежи.

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

Результаты исследования. Как показали результаты анализа, 94,6% опрошенных (N=1302) в той или иной степени употребляют ЭН. Из них 17,7% опрошенных (N = 244) имеют опыт приема ЭН совместно с алкоголем. Количество опрошенных мужского пола, имевших опыт приема энергетических напитков совместно с алкоголем

(25,1%, N=171), в 2,5 раза больше аналогичной группы женского пола (10,5%, N=244). В качестве повода мужская группа чаще всего отмечала экзамены (31,2%, N=213) и спорт (26,7%, N=182), а женская - экзамены (61,4%, N=639). Ярких гендерных различий по данным остальных пунктов опроса не отмечалось.

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

В качестве повода к употреблению ЭН юноши и мужчины чаще всего отмечали экзамены и спорт, а девушки женщины - экзамены. Таким образом, учитывая специфическую уязвимость групп, необходимо предпринимать соответствующие профилактические меры для предотвращения злоупотребления энергетиками молодежью в период экзаменов, тяжелых физических и умственных нагрузок и занятий спортом.

Литература

1. Attila, S. Energy-drink consumption in college students and associated factors / S. Attila, B. Cakir // Nutrition. – 2011. – N27. – P.316–322.
2. Bichler, A. A combination of caffeine and taurine has not effect on short term memory but induces changes in heart rate and mean arterial blood pressure / A. Bichler, A. Swenson, M.A. Harris // Amino Acids. – 2006. – N31. – P.471-476.
3. Boyle, M. Monster on the loose / M. Boyle, V.D. Castillo // Fortune. – 2006. – v.154. – P.116-122.

4. Carrillo, J.A. Clinically significant pharmacokinetic interactions between dietary caffeine and medications / J.A. Carrillo, J. Benitez // Clin Pharmacokinet. – 2000. - N39. – P.127-153.
5. Smit, H.J. Mood and cognitive performance effects of "energy" drink constituents: caffeine, glucose and carbonation/ H.J. Smit, J.R. Cotton, S.C. Hughes, P.J. Rogers // Nutritional Neuroscience. – 2004. – N7. – P.127-139.

УДК 614.2

**ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО
РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНИТАРНО –
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ, МЕДИКО-СТРАХОВОЙ И
САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СЛУЖБЫ В
СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Иваненко А.В., Пачгин И.В., Луговой В.Е., Габоян Я.С.
*Кафедра организации здравоохранения, лекарственного
обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФПК МР
РУДН, г. Москва,
ОАО «Санаторий Подлипки», Московская область*

Политические, экономические и социальные изменения, произошедшие в стране в конце 19-го начале 20-го веков, активизировали усилия руководителей и специалистов здравоохранения по совершенствованию организационного построения и законодательного обеспечения жизненно важных систем поддержания здоровья. К таким системам, требующим первостепенного внимания со стороны государственного контроля следует отнести, прежде всего, санитарно-эпидемиологическую и санаторно-курортную службы. Ключевая роль принадлежит вновь созданной службе Обязательного медицинского

страхования граждан на предмет возникновения риска для здоровья, выполняющей государственное задание [2,3,4].

В рамках приоритетных процессов охраны здоровья и безопасности человека были приведены коренные реформы двух этих важнейших служб обеспечения здоровья и благополучия граждан. Это укладывается в стратегии модернизации здравоохранения, заложенные двумя государственными актами по Приоритетным национальным проектам: «Здоровье» и «Модернизация здравоохранения» [3,4].

Анализ деятельности сложившейся системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санаторно-курортного дела, системы обязательного медицинского страхования после проведенных реформ представляет чрезвычайную значимость для отработки методических и структурных основ их функционирования в новых условиях. Некоторые, но основные задачи служб заложены в «Положении о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека», Закона об обязательном медицинском страховании, приказах Минздрава России о работе санаторно-курортных организаций в новых условиях. Так Федеральная служба является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Это положение является ключевым компонентом, обосновывающим приоритеты государства в области регулирования процессов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Исполнителем государственного заказа и защитником государственных интересов является Руководитель

Федеральной службы – Главный санитарный врач, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством Российской Федерации. Указанные положения свидетельствуют о высоком уровне государственных интересов в области деятельности системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора и контроля.

Федеральная служба осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и иными организациями.

Исходя из статуса федерального государственного учреждения, центры гигиены и эпидемиологии осуществляют ряд важнейших функций государственного характера: ведут государственный учет неблагоприятных факторов среды обитания человека, в том числе заболеваний, оказывают широкий перечень возмездных работ и услуг, издают и распространяют методические, нормативные и иные документы.

По своей основной задаче, поставленной медико-социальными органами государства, санаторно-курортные учреждения должны обеспечивать потребности граждан в долечивании и реабилитации и соблюдать правила выполнения работ и оказания услуг.

Результат проведенного анализа о ходе реформ показал, что происходит дальнейшая отработка взаимодействия этих подсистем, системообразующие компоненты которых разрабатываются нами [1,2,3,4]. Полученные данные позволили дать обоснование государственного характера и единства составляющих обеспечения санитарно-эпидемиологического, санаторно-курортного и медико-страхового благополучия в рамках современных задач и преемственности работы подсистем.

Полученные экспертно-аналитические оценки показали, что уровень государственного регулирования процессов после реформы трансформировался, а основные принципы, отработанные на протяжении длительного исторического периода существования и развития государственной системы обеспечения потребностей граждан, остались.

Проведенная оценочная характеристика функций органов и учреждений новых органов и служб показала, что они находятся в соответствии с положениями Законодательства. Здесь четко прослеживаются на законодательном уровне принципы государственного регулирования путем законов, лицензий, финансирования и администрирования. Первыми задачами, стоящими перед новыми органами и учреждениями, - не потерять опыт по государственному характеру приоритетов.

Литература

1. Дерягин, Г.Б. Медицинское право / Г.Б. Дерягин, Д.И. Кича, О.Е. Коновалов. – М.: Изд.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и порядок. – 2010. – 239 с.
2. Кича, Д.И. Современные вызовы в сфере реабилитационного кластера здравоохранения / Д.И. Кича, А.С. Макарян, И.В. Пачгин, А.И. Романов. - Современные аспекты бальнеотерапевтических технологий в медицинской реабилитации: материалы международной конференции (Чешская Республика. 11-14 июня 2013 г.). – Прага –Марианские Лазне. – 2013. – С.65.
3. Макарян, А.С. Модернизация управления здравоохранения в аспекте глобализации / А.С. Макарян, Д.И. Кича, А.В. Фомина. Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: Материалы научно-практической конференции с международным участием. 14-16 декабря 2011. г. Москва. – С.136-137.
4. Попович, Л.Д. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.Х.

Салахутдинова и др. / Отв. ред.: Шейман И.М., Шишкин С.В. – М.:
Изд-во. «Дело». –РАНХ. – 2010. – 232с.

УДК 614

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ ЦЕНТРА «СЕМЬЯ» Г.РЯЗАНИ

Кабочкин А.А.*, Руднев А.О.**

****ФДПО ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, кафедра
общественного здоровья и здравоохранения, организации
сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения, г. Рязань***

*****ГБОУ ВПО ТГМА Минздрава России, кафедра
общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, г. Тверь***

Согласно «Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» Российская Федерация обязана «принимать все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин со стороны какого-либо лица, организации или предприятия», «принимать все соответствующие меры, включая законодательные, для изменения или отмены действующих законов, постановлений, обычаев и практики, которые представляют собой дискриминацию в отношении женщин».

Социальная реабилитация лиц, пострадавших в результате семейного насилия, осуществляется действующими во всех субъектах Российской Федерации учреждениями социального обслуживания семьи и детей.

Государственным бюджетным учреждением Рязанской области «Комплексный центр социального обслуживания населения «Семья»» проводится работа по оказанию

различных видов услуг, в том числе предоставление временного благоустроенного жилья, социально-психологической помощи женщинам, женщинам с детьми, иным категориям граждан, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

За 2013 год в Центр обратилось более 11 тыс. граждан, которым было оказано около более 82 тыс. социальных услуг.

Консультативно-диагностическое отделение:

- выявляет потребность в различных видах и формах социальной помощи;
- направляет в соответствующие функциональные подразделения Центра;
- предоставляет консультативную помощь по юридическим, социально-экономическим, психолого-педагогическим и иным вопросам, касающимся оформления мер социальной поддержки, пособий;
- оказывает психологическую помощь, в том числе экстренную, по общероссийскому детскому «Телефону доверия».

Отделение срочной социальной помощи семье и детям:

- оказывает срочную социальную помощь семьям с детьми, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- осуществляет патронаж семей, имеющих неблагоприятные психологические и социально-педагогические условия;
- изучает психологическую обстановку в семьях, составляет социально-психологический портрет семьи;
- проводит индивидуальную работу с подростками и молодежью по предупреждению и избавлению от вредных привычек, формированию ценностей создания семьи и рождения ребенка; социально-бытовое обслуживание семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

- организует семейные и детские праздники, спортивные соревнования;
- оказывает материальную помощь малообеспеченным семьям;
- оказывает помощь в уходе за детьми, другими нетрудоспособными или тяжело и длительно болеющими членами семьи; покупке и доставке на дом лекарственных средств.

Отделение помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации:

- осуществляет социальный патронаж женщин, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке;
- оказывает помощь женщинам в создании в семье взаимопонимания и уважения, благоприятного микроклимата, преодолении конфликтов и иных нарушений супружеских и внутрисемейных отношений;
- осуществляет организацию мероприятий по повышению стрессоустойчивости и психологической культуры женщин, в первую очередь в сфере межличностного, семейного и родительского общения;
- оказывает социально-психологическую помощь женщинам в адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни;
- предоставляет благоустроенное жилье на срок до 6 месяцев;
- оказывает психологическую, юридическую, педагогическую, социальную и иную помощь;
- организует питание и досуг.

Отделение временного проживания (социальная гостиница):

- предоставляет благоустроенное жилье приехавшим из муниципальных районов, городских округов Рязанской области:

- родителям, для обследования, лечения детей или освидетельствования (переосвидетельствования) их в учреждении медико-социальной экспертизы;

- одиноким беременным женщинам, для обследования и лечения;

- бывшим воспитанникам детских домов, попавшим в трудную жизненную ситуацию;

- организует питание и досуг граждан, проживающих в отделении.

Отделение реабилитации детей и подростков с ограниченными физическими и умственными возможностями осуществляет комплексную систему мероприятий по социальной реабилитации детей-инвалидов.

Отделение социальной помощи несовершеннолетним, совершившим правонарушения и преступления; несовершеннолетним, отбывшим наказание за совершение преступления, осуществляет мероприятия по профилактике правонарушений несовершеннолетних, в том числе повторных; по социальной адаптации, психологической реабилитации, содействию в трудоустройстве и организации досуга несовершеннолетних.

Отделение эстетики семьи осуществляет мероприятия по оказанию содействия и поддержке становления молодой семьи, возрождению семейных ценностей, формированию семейной культуры и традиций.

УДК 614.2

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ

Каверина Е.В., Фомина А.В.

Российский университет дружбы народов, медицинский факультет, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, г. Москва

В настоящее время заболевания кожи и подкожной клетчатки достаточно широко распространены среди населения мира. Данные заболевания существенно снижают качество жизни людей, их социальную активность и трудоспособность.

По данным обращаемости заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки среди населения Российской Федерации в 2011 г. составила 6 140,2 на 100 000 населения, что ниже, чем в предыдущие два года (табл.1). Дети более подвержены кожным патологиям, поскольку заболеваемость среди них в 2,1-2,2 раза выше по сравнению с взрослым населением [1].

Таблица 1
Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки среди населения РФ за 2009-2011 гг., на 100 000 населения (Мишина О.С. и соавт. 2013) [1]

Год	Общая			Первичная		
	Всего	Взрослые от 18 лет и старше	Дети 0-17 лет	Всего	Взрослые от 18 лет и старше	Дети 0-17 лет
2009	6318,7	5217,9	11222,2	4926,2	3982,6	9129,4
2010	6176,0	5073,7	11083,6	4835,7	3881,1	9085,6
2011	6140,2	5071,9	10888,1	4756,0	3820,7	8910,7

Псориаз, согласно данным разных источников, является наиболее частым хроническим заболеванием кожи. По

сведениям большинства авторов псориазом страдают от 0,6% до 5% населения. По данным международной организации «Европосо» в 2010 г. в мире было зарегистрировано 125 млн. человек с псориазом [3].

Мужчины и женщины болеют примерно в равной степени. Большинство заболевают до 30-летнего возраста: до 10 лет – 11,6%, до 20 лет – 46%, до 30 лет – 61,6%. По данным разных источников выделяют два пика заболеваемости: 16-22 года и 45-60 лет. [3] Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации имеет значительное различие (табл. 2 и табл.3).

Таблица 2
Заболеваемость псориазом в Российской Федерации
(2009-2011 гг.), на 100 000 населения [2]

Год	Всего	Дети 0-14 лет	Подростки 15-17 лет	Взрослые от 18 лет и старше
2009	70,5	28,8	118,2	76,0
2010	69,8	28,2	128,2	75,4
2011	69,6	28,0	126,7	75,2

Таблица 3
Распространенность псориаза в Российской Федерации
(2009-2011 гг.), на 100 000 населения [2]

Год	Всего	Дети 0-14 лет	Подростки 15-17 лет	Взрослые от 18 лет и старше
2009	211,9	71,0	300,6	233,8
2010	217,1	73,5	317,8	240,5
2011	217,4	72,5	320,0	240,5

В 2011 г. заболеваемость псориазом в Российской Федерации составила 69,6 на 100 000 населения, а распространенность - 217,4 на 100 000 населения. Уровни заболеваемости и распространенности псориаза значительно выше среди подростков и ниже среди детей до 14 лет.

Наблюдается рост распространенности псориаза за указанный период, но некоторое снижение заболеваемости среди всех изученных групп. Однако на фоне роста показателей распространенности псориаза охват больных диспансерным наблюдением снижается. Согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 18.12.2007 №780 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным псориазом» все больные псориазом должны быть под диспансерным наблюдением и регулярно посещать врача не менее 2 раз в год. Несмотря на это, показатель охвата диспансерным наблюдением больных псориазом составляет лишь 56,3% в 2011 г., по сравнению с 2010 г. – 57,1% [2].

У 30% больных псориазом впоследствии обнаруживается псориатический артрит, нередко ведущий к инвалидизации.

Среди больных псориатическим артритом можно выделить 5 категорий пациентов, страдающих:

- олигоартритом (22-37%),
- полиартритом (36-41%),
- артритом дистальных межфаланговых суставов (до 20%),
- спондилитом (7-23%),
- мутилирующим артритом (4%).

У 70% людей, страдающих псориатическим артритом, признаки артрита появились спустя 10 лет после появления кожных симптомов, у 10-15% признаки артрита предшествовали появлению кожной симптоматики и у 10-15% артрит и кожные проявления возникли одновременно [4].

Заключение. Болезнями кожи и подкожной клетчатки страдают преимущественно дети, а псориазом - подростки.

Несмотря на высокий уровень заболеваемости и распространенности псориаза, диспансерному наблюдению подвергается лишь немногим больше половины больных.

Литература

1. Мишина, О.С. Анализ заболеваемости псориазом и псориатическим артритом в Российской Федерации за 2009-2011 гг./ О.С. Мишина, А.С. Дворников, Е.В. Донцова // Доктор.Ру – 2013 г. – №4 (82). – с.52-55.
2. Знаменская, Л.Ф. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации./ Л.Ф. Знаменская, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова, А.А. Минеева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – №5 – с.20-29.
3. Клиническая дерматовенерология: руководство для врачей, в 2 т./ под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.2. – с.212-213.
4. Cawson, M.R. Systematic review, network meta-analysis and economic evaluation of biological therapy for the management of active psoriatic arthritis / Matthew Richard Cawson, Stephen Andrew Mitchell, Chris Knight, Henry Wildey, Dean Spurden, Alex Bird, Michelle Elaine Orme // BMC Musculoskeletal Disorders 2014, doi:10.1186/1471-2474-15-26.

УДК 615.322.547.913.629.488.32

**ИММОБИЛИЗОВАННЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ПЛАСТИНЫ В ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО
ПАРОДОНТИТА**

**Келимханова С.Е., Сатаева Л.Г., Нуржанова А.П.
Казахский национальный медицинский университет им.
С.Д. Асфендиарова, Казахстан, г. Алматы**

Актуальность темы: В настоящее время в стоматологии для лечения пародонтита применяется широкий спектр препаратов как растительного, так и синтетического происхождения. При этом чрезвычайно важна эффективность способа доставки лекарственного вещества в очаг патологии. Традиционно применяются следующие способы доставки: ирригации, ротовые ванночки, орошения, аппликации, инстилляци в виде повязок, введение лекарственных веществ в пародонтальные карманы в виде турунд, электрофореза и инъекции. Все перечисленные лекарственные формы и способы терапии имеют существенные недостатки. Полоскания, ирригации, ванночки и тому подобное малоэффективны, поскольку лекарственные препараты быстро вымываются из десневого кармана; аппликации в виде паст, гелей и повязок действуют в очаге максимально около 10-15 мин и по истечении этого времени в зубодесневом кармане остается лишь ничтожное количество введенных лекарственных веществ, а этого крайне недостаточно для полноценной эффективной терапии. Учитывая выше указанные факторы, считаем, что наиболее перспективными для местной терапии генерализованного пародонтита являются иммобилизационные стоматологические пластины с фитопрепаратами.

Целью исследования является создание высокоэффективных иммобилизационных стоматологических шин с фитопрепаратами, оказывающих комплексное воздействие на генерализованный пародонтит.

Материалы и методы исследования. Как лекарственная форма иммобилизационные стоматологические пластины представляют собой мягкие пластинки длиной от 30-50мм, шириной около 5 мм и толщиной около 2 мм. Такие размеры позволяют обеспечивать медикаментозное лечение сегмента или всей верхней и нижней челюсти наложением одной пластины. Основой для приготовления геля служит смесь желатина с глицерином, что придает лекарственной форме высокую пластичность и способность изгибаться по форме челюсти. Такая основа прочно фиксируется на слизистой за счет адгезивных свойств желатина, обеспечивает длительность действия и высокую степень высвобождения заключенных в основу лекарственных веществ. Отсутствие побочных и аллергических реакций позволяет использовать иммобилизационные стоматологические пластины в течение 3-5 часов при их применении днем, а также возможность использовать и в течение всей ночи при наложении перед сном. В связи с тем, что к лекарственным средствам, применяемым в стоматологии, предъявляются такие специфические требования, как антибактериальная, противовоспалительная активность, способность нормализовать обмен, улучшать кровообращение, усилить регенерацию тканей пародонта необходим поиск активных веществ, оказывающих комплексное воздействие. Всем этим требованиям отвечают фитокомпозиции из лекарственных растений. Фитопрепараты обладают преимуществом благодаря отсутствию у них токсичности, мягкому действию, возможности длительного приема на фоне высокой терапевтической активности. Среди них несомненным преимуществом обладают эфирные масла и углекислотные

экстракты эфирносов. Например, дезинфицирующее действие эфирного масла эвкалипта в 3 раза превосходит действие карболовой кислоты, но в отличие от последней нетоксично. Более выраженным комплексным фармакологическим действием обладают углекислотные экстракты эвкалипта потому, что наряду с эфирными маслами содержат весь комплекс БАВ (витамины, фитонциды, алкалоиды, фитогормоны, флаваноиды и пр.) в нативном и максимально концентрированном виде, что и обеспечивает суммарный бактерицидный, регенерирующий и противовоспалительный эффект. С целью усиления регенерирующего действия углекислотного экстракта в состав стоматологических пластин ввели масло облепиховое, что обеспечивает интенсификацию репаративных процессов, угнетенных при воспалительных заболеваниях пародонта, и снижает такие патогенетические факторы как венозный застой, гипоксия пародонтальных тканей и клеточная экссудация.

Технология изготовления достаточно проста и включает получение желатин-глицериновой основы в виде гелеобразной массы; введение в основу фитокомпозиата из углекислотного экстракта эвкалипта и масла облепихового; разлив полученной массы в формы; высушивание в сушильном шкафу до остаточной влажности 16% и разрезание полученной пластины на сегменты необходимого размера. Качество готовой лекарственной формы контролировали по следующим параметрам: описание, средняя масса, влажность, рН, подлинность и количественный состав.

Выводы: Полученные результаты показывают, что главным достоинством новой иммобилизационной стоматологической пластины являются простота применения, возможность длительного действия в очаге поражения, что позволяет проводить курс лечения в течение

3-5 часов при применении днем, а также возможность использования и в течение всей ночи при наложении перед сном.

Литература

1. Семкина, О.А. Мази, гели, линименты и кремы, содержащие фитопрепараты (обзор) / О.А. Семкина // Химико-фармацевтический журнал. - 2005. – Т. 39, № 7. – С. 30-36.
2. Рахимов, К.Д. Актуальные проблемы фармакологических исследований и технологии производства отечественных фитопрепаратов. Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов / К.Д. Рахимов // Лекарственные формы фитопрепаратов и их фармакологическое изучение. Технология промышленного производства. – Алматы: Ғылым, 2004.– Кн. 3. – С.9-16.
3. Государственная Фармакопея Республики Казахстан. - Алматы, 2009. – т.1.
4. Арзамасцев, Е.В. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ/ Е.В. Арзамасцев, Г.А. Гуськов, С.С. Либерман, и пр. – Москва, 2000. – С. 30-50.
5. Новые достижения в химии и химической технологии растительного сырья: материалы 3-ей Всероссийской конференции / Под ред. Н.Г. Базарновой, В.И. Маркина. – Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2007. – Кн.2. – 404 с.

УДК 614.2

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ
ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД ЯНВАРЬ-
ДЕКАБРЬ 2013 ГОДА**

Кирсанова А.А.

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, , кафедра
основ законодательства в здравоохранении; г. Москва*

Высокий уровень смертности при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП) является одной из острейших социально-экономических проблем. С 2008 г. по 2012 г. в Российской Федерации в результате ДТП погибло 140 106 человек [1].

За январь-декабрь 2013 года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий отмечалось в 45 субъектах Российской Федерации, наиболее высокий процент снижения показателя смертности: в Мурманской области – на 38,9%, в Магаданской области – на 37,5%, в Еврейской автономной области – на 36,0%, в Республике Алтай – на 35,6 %, в Кабардино-Балкарской Республике – на 26,2%, в Республике Ингушетия – на 21,7%, в Белгородской области – на 20,3%, в Новгородской области – на 18,3%, в Чеченской Республике – 18,2%, в Псковской области – на 18,0%.

Самые высокие показатели смертности от дорожно-транспортных происшествий в январе-декабре 2013 года зарегистрированы в Республике Тыва – 36,8 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2012 года – 38,2), в Ленинградской области – 28,6 на 100 тыс. населения (за

аналогичный период 2012 года – 29,7), в Республике Калмыкия – 26,7 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2012 года – 21,9), в Курганской области – 25,5 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2012 года – 25,8), в Карачаево-Черкесской Республике – 25,0 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2012 года – 23,8) [2].

Основными задачами обеспечения безопасности дорожного движения является снижение смертности, инвалидности и сроков временной утраты трудоспособности. Снижение аварийности и предупреждение травматизма являются главными мероприятиями, направленными на решение этих задач. Своевременное и эффективное оказание медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП способно существенно повлиять как на результаты лечения, так и на дальнейший исход полученных травм.

С 2008 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в регионах с наибольшими показателями смертности от дорожно-транспортных происшествий реализуются мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП. Приоритетными задачами программы являются оснащение оборудованием медицинских организаций субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, находящихся вдоль автомобильных трасс федерального значения, покупка реанимобилей для станций скорой помощи, центров медицины катастроф и федеральных учреждений здравоохранения, а также повышения уровня оказываемой медицинской помощи пострадавшим при ДТП за счет обучения, подготовки и переподготовки кадров.

Реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»

осуществлялась в 2013 году в соответствии с Правилами предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. №1143 и постановлением Правительства Российской Федерации от 12 октября 2013 г. №914, которым были внесены изменения в указанные Правила предоставления и распределения субсидий.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 октября 2013 г. № 2002-р были внесены изменения в распределение субсидий, предоставляемых в 2013 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, утвержденное распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. № 2541-р.

В 2013 году Министерством здравоохранения Российской Федерации были заключены 24 соглашения с субъектами Российской Федерации о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. По всем соглашениям субсидии перечислены из

федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на общую сумму 5 933 500 тыс. рублей [3].

В рамках мероприятий предусматривалось расширение зоны обслуживания федеральных автодорог травмоцентрами трех уровней, позволяющее обеспечить эффективную работу системы этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в зависимости от степени тяжести полученных травм и в максимально короткие сроки.

С учетом положений государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р (далее – Программа), в 2013 году был предусмотрен переход от трассового принципа формирования травмоцентров к региональному с охватом не только федеральных автомобильных дорог, но и дорог регионального и межмуниципального значения с твердым покрытием.

Реализация мероприятий Программы и региональных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации позволила согласно данным Росстата за период январь – декабрь 2013 года обеспечить снижение показателя смертности пострадавших от дорожно-транспортных происшествий на 0,7 % по сравнению с аналогичным периодом 2012 года. Предполагается, что реализация Программы позволит к 2020 году снизить смертность от ДТП до 10 случаев на 100 тыс. населения.

Следует подчеркнуть, что для улучшения ситуации помимо медицинских аспектов необходимо провести целый комплекс мероприятий по обеспечению безопасности дорожного движения, недопущению управлению автотранспортом нетрезвых лиц, введению жёсткой системы штрафов и наказаний, строительству и ремонту автодорог и т.д.

Литература:

1. Госавтоинспекция МВД России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.gibdd.ru/> (дата обращения 8.03.2014).
2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения 8.03.2014)..
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения 8.03.2014).

УДК: 614.27:001.8:36

**ВОЗМОЖНОСТИ НОВОЙ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ В
СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ГАРАНТИЙ
В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Кияшев Д.К., Тегизбаев Е.Т., Сатаева Л.Г., Чекотаева
К.А., Келимханова С.Е., Досжанова Р., Сатыбалдиева Ш.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра менеджмента и
маркетинга в здравоохранении и фармации, кафедра
технологии лекарств, модуль фармакогнозии и
токсикологической химии, Казахстан, г. Алматы
Казахско-российский университет, курс фармации,
г. Москва**

В каждой развитой стране мира имеются достаточные возможности для разработки оптимальной модели по качественному лекарственному обеспечению (ЛО), основанной на принципах справедливости и доступности лекарственной помощи.

Эффективность процесса ЛО определяется не только законами рынка, но и нормативно-законодательной базой, научно-методической основой, разработанной с учетом социально-ориентированной экономической политики государства. В Республике Казахстан (РК) проблемы, связанные с ЛО больных социально значимыми заболеваниями (СЗЗ), в настоящее время приходится решать в условиях ограниченного бюджетного финансирования, отсутствия систем ценообразования на лекарственные средства (ЛС), наличия огромного количества лекарств на фармацевтическом рынке и высоких цен на них [1-4].

Целью исследования явилось получение эффективной модели процесса ЛО больных СЗЗ. Результатом эффективной работы данной модели должна стать качественная государственная система гарантий ЛО.

Материалы для проведенного моделирования были получены путем проведения социологических исследований, анализа существующей нормативно-правовой базы в области ЛО и SWOT-анализа - метода стратегического планирования, заключающегося в выявлении факторов внутренней и внешней среды организации и разделении их на четыре категории: Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы).

Проведена оценка внешней макро- и микросреды процесса ЛО, социально-маркетинговые исследования, экспертные оценки ЛС.

Выявлены такие проблемы ЛО больных СЗЗ как отсутствие дифференцированного подхода к предоставлению бесплатного и льготного ЛО, учитывающего различия в половозрастных, нозологических, социально-экономических характеристиках пациентов, отсутствие прозрачности при проведении государственных тендеров по закупке ЛС и отсутствие эффективного механизма доведения ЛС до больных. Все это позволило

выделить ключевые моменты, на основе которых разработана комплексная организационно-институциональная модель совершенствования процесса ЛО больных СЗЗ в РК. Построенная нами модель состоит из входа в систему процесса ЛО, входящих в систему характеристик объектов, в том числе и в соответствии с институциональной теорией.

Модель включает оценку внешней макросреды, микросреды (контурный анализ, социологический анализ и др.) и внутренней среды процесса ЛО больных СЗЗ. В модели охарактеризована внешняя макросреда процесса ЛО больных СЗЗ с точки зрения доли ВВП, выделяемой на здравоохранение, ЛО, отмечен уровень заболеваемости по регионам РК.

Согласно предлагаемой нами модели должен проводиться анализ внутренней среды процесса ЛО больных с выделением наиболее проблемных регионов по уровню распространенности СЗЗ, инновационных разработок отечественных предприятий и научно-исследовательских институтов, современных и эффективных ЛС для лечения данных больных и наличие их в списках ЛС, отпускаемых на бесплатных и льготных условиях.

Реализация данной модели позволит поднять качество оказываемой лекарственной помощи населению через поэтапный анализ каждого входящего в модель блока и, по возможности, осуществления коррекции имеющихся в настоящий момент проблем. Большинство проанализированных нами объектов, влияющих на качество ЛО больных СЗЗ и входящих в предлагаемую нами модель, имеют высокую и среднюю степень риска, а, следовательно, для оптимального функционирования модели необходимо разрабатывать мероприятия, которые смогли бы способствовать снижению высоких рисков, связанных с качеством организации процесса оказания ЛО больным СЗЗ.

Для определения имеющихся возможностей совершенствования процесса ЛО охарактеризованы риски и разработаны шкалы рисков для объектов анализа, влияющих на качество ЛО больных СЗЗ и входящих в предлагаемую нами модель. Разработанные механизмы снижения рисков в процессе ЛО основаны на теориях институциональной экономики, как одного из наиболее перспективных методов исследования, - теории транзакционных издержек, контрактов, «принципала-агента», которые рассматривают процесс ЛО через анализ работы участников этого процесса (рыночных агентов).

Результаты. 1. Установлены факторы лекарственного обеспечения, имеющие различные уровни риска. Риски классифицированы по уровням как высокие, средние и низкие. Факторы с наибольшими рисками охарактеризованы. 2. Разработаны и предложены механизмы снижения рисков с использованием теории «принципала и агента», теории транзакционных издержек, теории контрактов и др. Данные механизмы отражены в модели. 3. Разработанные нами механизмы снижения рисков, характерных для процесса лекарственного обеспечения, призваны снижать роль человеческого фактора в процессе ЛО больных СЗЗ. 4. В настоящее время механизмы ответственности за низкое качество ЛО не отработаны.

Литература

1. Багирова, В.Л. Влияние реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан на распространенность социально значимых заболеваний и на адекватность лекарственного обеспечения больных данными заболеваниями / В.Л. Багирова, Е.А. Максимкина, Л.Г. Сатаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – №6. – С.33-37.

2. Багирова, В.Л. Анализ процесса лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в

Республике Казахстан/ В.Л. Багирова, Е.А. Максимкина, Л.Г. Сатаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 4. – С.51-54.

3. Багирова, В.Л. Анализ законодательства Республики Казахстан в области лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями / В.Л. Багирова, Л.Г. Сатаева // Фармацевтическая биоэтика. Материалы международной конференции. – Москва, 2007. – С. 34 - 36

4. Максимкина, Е.А. Программно-целевой подход к процессу лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в РК / Е.А. Максимкина, Л.Г. Сатаева // Фармация. – 2008. – №5. – С. 32-36.

УДК 614

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Коновалов О.Е.*, Шмелев И.А.**

**Российский университет дружбы народов,
кафедра общественного здоровья, здравоохранения и
гигиены, г. Москва*

***ФДПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, кафедра
общественного здоровья и здравоохранения, организации
сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения, г. Рязань*

В рамках реализации задачи «Обеспечение профилактики заболеваний у населения» реализуются: областная целевая программа «Формирование здорового образа жизни у населения Самарской области», проводятся комплексные профилактические мероприятия по снижению уровня заболеваемости неинфекционными болезнями на

основе динамического наблюдения за состоянием здоровья населения и факторами среды обитания; мероприятия по снижению заболеваемости инфекционными болезнями, в первую очередь наиболее массовыми и управляемыми инфекциями, и поддержанию статуса Российской Федерации как страны, свободной от полиомиелита; медико-санитарные мероприятия, направленные на спасение жизни, сохранение здоровья населения при авариях, катастрофах и других чрезвычайных ситуациях; широкомасштабные информационные кампании по формированию здорового образа жизни; реализованы такие социально-значимые проекты, как: «Молодежь выбирает здоровый образ жизни», «СПИД касается каждого!», «За здоровый образ жизни», «Молодежь за ЗОЖ», «Здоровое будущее России»; создана сеть Интернет-сайтов по проблемам профилактики заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

В Самарской области функционируют 16 центров здоровья. В 2011 году Центры здоровья посетили и получили комплексные услуги 110 747 человек (в том числе 17 743 ребенка), что в 1,8 раза больше, чем в 2010 году. Повторно обратились 3 551 человек (в том числе 307 детей). По фактам обращения признано здоровыми 21,1% взрослых и 26,5% детей, факторы риска развития заболеваний выявлены у 74,8% осмотренных, в том числе у 71,7% детей.

Основам здорового образа жизни в процессе обследования в центрах здоровья обучены 107 196 человек, в том числе 17 436 детей. В школах здоровья, функционирующих при центрах здоровья, обучено 14 027 человек (8 387 взрослых и 5 640 детей). Всего специалистами центров здоровья оказаны услуги 161 788 жителям Самарской области.

За 1 год в 2011 году по сравнению с 2010 годом достигнуто увеличение количества детей с первой и второй группами здоровья с 83,2 % до 83,6 % (+0,4%), в основном

обучающихся в государственных (муниципальных) общеобразовательных учреждениях. Положительная динамика связана с внедрением здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях Самарской области, оптимизацией работы по организации здорового питания и медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

Значение показателя «Количество лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями на 100 000 человек населения» в 2010 году составило 32 264 случая на 100 тысяч населения, в 2011 году – 32 207 случаев на 100 тысяч населения. Использование современных организационных медицинских технологий, программно-целевого планирования, направленного на достижение конкретных результатов, обеспечило в 2011 году положительную динамику значения показателя на +0,2 % к уровню 2010 года.

Распространенность случаев инфекционной заболеваемости на 100 000 человек населения в 2011 году составило 20 930, в 2010 году - 17 326,7 случаев на 100 тысяч населения. Низкое значение показателя в 2010 году было связано с отсутствием заболеваемости ОРВИ и гриппом благодаря двукратной иммунизации населения против сезонного и пандемического гриппа, а также за счет увеличения количества лабораторных исследований, проводимых в рамках Плана первоочередных мероприятий по снижению инфекционной заболеваемости населения Самарской области. Несмотря на отрицательную динамику значения показателя (снижение за отчетный период на 20,8%), его значение на 4% ниже среднесрочного значения показателя (21 734 случае на 100 тыс. населения).

Доля посещений врачей с профилактической целью к общему количеству посещений снизилась в 2011 году с 29,2% до 28,6%. Отрицательная динамика значения показателя (снижение за отчетный год на 2%) связана с

перераспределением потоков с целью оптимизации амбулаторной помощи пациентам (часть посещений с профилактической целью стала учитываться в центрах здоровья). Вместе с тем, в 2011 году в массовых профилактических мероприятиях приняли участие 59 547 человек вместо запланированных 40 000 человек, что на 48,9% больше запланированного количества.

Охват прививками детей в возрасте от 2 лет до 2 лет 11 месяцев 29 дней продолжает поддерживаться на высоком уровне, значение показателя составило в 2011 году - 99,2%, в 2010 году - 99,1% и превышает контрольное значение, установленное Федеральными нормативами (97%), и значение показателя по Российской Федерации (98,5%).

Охват населения прививками против гриппа также поддерживается на высоком уровне, значение показателя составило в 2011 году - 32,2%, в 2010 году - 45,9%. Отрицательная динамика показателя (снижение за отчетный год на 29,8%) года связана с применением в 2011 году новых технологий иммунизации населения против сезонного и пандемического гриппа.

УДК 615.83.03:173-084

**ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
МОДЕЛИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ,
ПРЕДОТВРАТИМОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И
ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У
ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Куликова Н. Г.*, Зеленский В.А., Ткаченко А.С.****

****Российский университет дружбы народов, кафедра
физиотерапии ФПК МР, г. Москва***

*****Ставропольский государственный медицинский
университет, кафедра общей стоматологии,
г. Ставрополь***

Здравоохранению любой страны приходится решать проблемы управления материально-финансовым и ресурсно-кадровым потенциалом на разных уровнях здравоохранения, в том числе личном, семейном, общенациональном, международном и общемировом. Управление здравоохранением, планирование объёмов и видов медицинской помощи выходит за рамки системы здравоохранения, глобализируя их в экономическую проблему в рамках международного сотрудничества [3].

В связи с этим моделирование прогнозов исходов заболеваний со стойкой утратой трудоспособности и трендовых показателей предотвратимой инвалидности, базируются на раннем выявлении осложненного течения заболеваний.

Учитывая то, что снижение уровня заболеваний и предотвратимой инвалидности у лиц трудоспособного возраста является приоритетом здравоохранения, обоснование экономического компонента проблемы не вызывает сомнений [2,3].

В значительной степени это относится к женщинам репродуктивного возраста, в том числе к пациенткам в послеродовом периоде, по причине возрастания у них потребности в стоматологической помощи. Отмечено, что в период беременности повышение стоматологической заболеваемости обусловлено не только изменениями, происходящими в организме женщины в целом, но и ухудшением состояния твердых тканей зубов, что связано с изменением микрофлоры полости рта, понижением резистентности эмали зуба к воздействию кислот. Во время беременности и в послеродовом периоде у 94,7% возникает потребность в терапевтической стоматологии; у 56,1% - в ортопедической; а у 2,2% беременных женщин – в экстренной хирургической помощи.

Вследствие особенностей течения стоматологических заболеваний у беременных женщин, их склонности к прогрессированию и обострению резко возрастает роль профилактических стоматологических мероприятий. Для достижения максимального эффекта необходима диспансеризация женщин в течение всего срока беременности и координация работы гинеколога и стоматолога, к которому женщина должна быть направлена при первом посещении женской консультации. Беременные и кормящие пациентки на стоматологическом приеме представляют особую группу риска в связи с необычной психофизиологической сущностью этих периодов жизни женщин.

Потребность в стоматологической помощи при беременности обусловлена несколькими обстоятельствами:

1. необходимостью плановой санации ротовой полости с целью сохранности общего здоровья матери и, тем самым, создания наиболее благоприятных условий для развития плода;

2. обращаемостью в связи со значительными изменениями в полости рта женщины, характерными для периода беременности и кормления;

3. возможностью обострения имевшихся ранее хронических одонтогенных очагов инфекции.

Так, по данным ряда авторов [1,3], при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет $91,4 \pm 0,7\%$, заболевания тканей пародонта встречаются в 90% случаев, поражение ранее интактных зубов (с преимущественным острым течением кариозного процесса) - у 38% беременных пациенток. У половины беременных и рожениц так называемые гингивиты беременных наблюдаются при нормальном течении уже на 2-3 месяце беременности [1].

Со второй половины беременности патологический процесс становится более выраженным и чаще протекает по типу диффузного катарального или гипертрофического гингивита, нередко появляются полипозные разрастания десны, эпулиды. По мере развития беременности пародонтопатии непрерывно прогрессируют, и только в послеродовом периоде клиническая картина улучшается. В отдаленные сроки (до 8 лет) гингивиты, возникшие во время беременности, приобретают хроническое течение [1].

Значительно более тяжело протекают поражения ротовой полости при токсикозах беременности. Так, например, при позднем токсикозе распространенность кариеса увеличивается до $94,0 \pm 1,2\%$ (причем интенсивность поражения зависит от тяжести течения токсикоза). Вторичный кариес, прогрессирование кариозного процесса, гиперестезия эмали встречается у 79 % беременных. При этом интенсивность прироста кариеса составляет 0,83. Клинической особенностью течения кариозного процесса, особенно при поздних токсикозах беременных, является острое течение, быстрое распространение не только по

периферии, но и в глубину – к пульпе зуба, что приводит в короткие сроки к развитию осложненного течения кариеса [1].

Планируя те или иные стоматологические вмешательства у беременной женщины, стоматолог должен знать, что характер репаративных процессов, ремоделирования костных структур челюстей и антибактериальной защиты существенно отличаются от общепризнанной нормы. Во-первых, при беременности развивается отрицательный баланс железа, в наибольшей степени обусловленный возрастанием потребностей в связи с наличием плода и плаценты, а у кормящих - расходом железа при кормлении. Во-вторых, в период беременности развивается дефицит кальция, особенно при первой беременности, не имеющий фатального значения в плане развития остеопении или остеопороза в дальнейшем, но отчетливо сказывающийся на состоянии твердых тканей зубов матери и процессов ремоделирования при нарушении целостности костных структур челюстей, а также гормональный и иммунный статус пациенток. Доказано, что иммунный статус беременных женщин отличается снижением числа и функций Т-и В-лимфоцитов, что вызывает осложненные проявления со стороны основных и сопутствующих заболеваний, выявление которых целесообразно проводить на ранних стадиях и не допускать их прогрессирование в послеродовом периоде (период кормления грудью, общения с младенцем и пр.). В этот период прием антибиотиков, других опасных для ребенка препаратов недопустим. Сниженный иммунный фон женщин в послеродовом периоде может обусловить развитие анафилактического шока, лекарственной интоксикации, причём в таких ситуациях, в которых обычно у пациенток не возникают [1].

По данным Yoshimura, касающихся случаев смерти беременных, связанных с использованием лекарственных препаратов, следует считать, что беременная женщина находится в предшоковом состоянии, потому что физиологические изменения в гемодинамике и гормональном статусе, а также усиленный метаболизм во время беременности могут вызвать развитие у неё гиперчувствительности к лекарственным препаратам. Таким образом, изменения психофизиологического статуса, различных видов гомеостаза (иммунного, гормонального, метаболического, обмена кальция и железа и др.) по мере развития беременности, а также в раннем послеродовом периоде являются факторами повышенной уязвимости женщины для проявления негативного воздействия любого вмешательства, в том числе и стоматологического.

Проведенный нами эпидемиологический и структурно-факторный анализ первичной инвалидности в условиях одного из субъектов РФ (Ставропольский край) убедительно показал актуальность и своевременность данной проблемы, в том числе с экономических позиций.

Рассчитаны и проанализированы показатели первичного выхода на инвалидность женщин репродуктивного и трудоспособного возраста по данным за 2013 год с учётом половозрастного распределения пациенток. Отмечено, что у женщин трудоспособного возраста всех возрастных подгрупп показатели первичного выхода на инвалидность выше, чем у мужчин соответствующего возраста: в 2 раза - у женщин 18-39 лет и в 2,6 раза - у женщин 45-54 лет. Установлено, что основными медико-социальными особенностями женщин трудоспособного возраста с первичной инвалидностью являются физический труд; средний уровень образования; потребность в медико-социальной защите; потребность в медицинской и профессиональной реабилитации.

Таким образом, при учёте общих статистических закономерностей и репрезентативности подбора обследуемых лиц с осложненным течением любой патологии (в том числе стоматологической) в условиях малорасходных выборочных исследований можно моделировать управление кадровыми, материальными и финансовыми ресурсами здравоохранения. Повышение роли экономической компоненты в профилактических мероприятиях, в том числе при первичной профилактике стоматологических заболеваний и их осложнений у женщин в послеродовом периоде будет способствовать снижению у них показателей первичной и предотвратимой инвалидности.

Выводы. Региональное демографическое оздоровление населения возможно не только за счет повышения рождаемости, но и за счет снижения тренда первичной, предотвратимой инвалидности и осложнений выявленных заболеваний у женщин репродуктивного возраста.

Литература:

1. Верховодова, О.В. Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи / О.В. Верховодова. – 2006. – № 12. – С. 4 - 15.
2. Кондракова Э.В. Предотвратимые потери здоровья – критерий деятельности муниципальных органов управления. Методические рекомендации / Э. В. Кондракова. – М., 2009. – 22 с.
3. Чавпецов, В.Ф. Экспертиза временной нетрудоспособности / В.Ф. Чавпецов, В.М. Колабутин, М.А. Карачецева, С.М. Михайлов // Зам. гл. врача. – 2009. – № 9. – С. 62 - 71.

УДК: 616.31-36.865 (470.063)

**ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ, УТРАТИВШИМ
СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ
ПЕРЕДВИЖЕНИЮ**

Куликова Н.Г.* , Карачков К.Г. , Зеленский В.А.***,
Копейкина О.В.****, Порфириадис М.П.*******

****Российский университет дружбы народов, кафедра
физиотерапии ФПК МР РУДН, г. Москва***

***** Ставропольский государственный медицинский
университет, кафедра терапевтической стоматологии,***

******Кафедра общей и детской стоматологии,
г. Ставрополь***

*******Департамент здравоохранения г. Ставрополя***

******** МАУЗ Стоматологическая поликлиника №1,
г. Ставрополь***

В порядке оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях в пункте 6 приложения к Приказу Министерства Здравоохранения РФ от 07.12.2011 №1496н в рамках скорой медицинской помощи, в том числе специализированной, неотложная стоматологическая помощь оказывается фельдшерскими и врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи (СМП). При оказании экстренной помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация. В данном документе нет чёткого алгоритма оказания стоматологической помощи утратившим способность к самостоятельному передвижению пациентам. Как показывает практический опыт, при оказании стоматологической помощи этой категории больных, не редко возникают общесоматические осложнения основного

(фонового) заболевания или развиваются постманипуляционные осложнения, отягощающие хроническую патологию. Какой должен быть порядок действий врача-стоматолога в таких случаях не ясно, по какой схеме должна осуществляться маршрутизация пациента и кто должен им оказывать экстренную медицинскую помощь, в том числе, куда должны доставляться такие больные? В настоящее время вопросов больше, чем ответов.

На протяжении десятков лет подобная категория больных получала стоматологическую помощь «на дому», с выездов врача стоматолога к пациентам по месту жительства, что было всегда сопряжено с риском для жизни, как пациента, так и врача из-за значительной удаленности многих адресов, проживающих в лесных и сельских зонах. При этом нарушались требования санитарно-эпидемического режима как, по транспортировке больного, так и по требованиям в оказании пациентам экстренной медицинской помощи. Следует также отметить отсутствие элементарных условий для выполнения манипуляций в соответствии с стандартами медицинской помощи. Необходимо подчеркнуть, что весь спектр ответственности, включающий юридическую, медико-психологическую, этическую и деонтологическую, вплоть до уголовной, по данному вопросу возлагается только на руководителя лечебно-профилактического учреждения стоматологического профиля. Исходя из этого, мы для города Ставрополя разработали порядок оказания стоматологической помощи людям, утратившим способность к самостоятельному передвижению. Управлением здравоохранения Департамента города Ставрополя был издан приказ «Об организации оказания стоматологической помощи жителям города Ставрополя, утратившим способность к самостоятельному передвижению» №377 от 29.07.2013. Министерство

здравоохранения Ставропольского края и КФОМС (Краевой Фонд обязательного медицинского страхования) на тарифносогласительной комиссии по утверждению перечня медицинских услуг населению Края в рамках Территориальной программы ОМС утвердили дополнительные услуги для лиц с ограниченными физическими возможностями, выставив в классификаторе следующий раздел: «Базовые тарифы на оплату стоматологической помощи, оказываемой за счет средств ОМС на территории Ставропольского края для лиц с ограниченными физическими возможностями» (табл. 1).

В рамках вышеуказанного распоряжения Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника №1» г. Ставрополя и Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи» г. Ставрополя заключили договор на транспортировку пациентов, утративших способность к самостоятельному передвижению, с расчетом стоимости одного часа транспортировки (в стоматологическую поликлинику и обратно), а также на оказание им экстренной стоматологической и стоматокорректирующей медицинской помощи с учётом случаев осложненного лечения. В указанный объём медицинской помощи также включили расчётные показатели стоимости одного часа медицинских услуг бригадой скорой медицинской помощи. Следует отметить, что наличие показаний для оказания стоматологической помощи определяет участковый врач территориального амбулаторно-поликлинического учреждения. При наличии жалоб стоматологического характера у больного утратившего, способность к самостоятельному передвижению, участковый врач отправляет информированное сообщение в стоматологическую поликлинику, к которой прикреплен

пациент, с последующим назначением, заведующим терапевтическим стоматологическим отделением требуемого объёма медицинской помощи.

Таблица 1

Порядок оказания стоматологической помощи пациентам с ограниченными возможностями

Коды	Дополнительные услуги	Стоимость по ОМС
В01.064.011	Прием (осмотр, консультация) врача стоматолога первичный, включая транспортировку пациента автотранспортом в сопровождении медицинского персонала	2 080,33
В01.065.005	Прием (осмотр, консультация) врача стоматолога-терапевта, включая транспортировку пациента автотранспортом в сопровождении медицинского персонала	2 080,33
В 01.067.007	Прием (осмотр, консультация) врача стоматолога-хирурга, включая транспортировку пациента автотранспортом в сопровождении медицинского персонала	2 080,33

Заместитель главного врача стоматологической поликлиники информирует по телефону о необходимости выполнения разработанного объёма медицинской помощи и даёт распоряжение о дате его оказания данному пациенту. При осмотре пациента врачом стоматологом устанавливается диагноз и разрабатывается стандарт оказания стоматологической медицинской помощи с учётом основного заболевания пациента. Таким образом, преемственность между участковым звеном и стоматологической поликлиникой обеспечивается совместной деятельностью врача участковой практики и

врачом стоматологом, а также руководителями указанных медицинских учреждений. Бригада скорой помощи осуществляет транспортировку пациента в стоматологическую поликлинику и обратно после выполненных манипуляций. Стоматологическая помощь пациентам в поликлинике оказывается вне очереди.

В случаях ухудшения общего состояния пациента при выполнении манипуляций стоматологического свойства или впоследствии, бригада СМП оказывает экстренную медицинскую помощь в установленном порядке и в дальнейшем самостоятельно принимает решение о маршрутизации больного. В остальных случаях, после окончания стоматологического приёма, пациент транспортируется домой.

Если стоматологическая помощь пациенту не может быть оказана в амбулаторных условиях ввиду характера основного заболевания, тяжести состояния пациента, необходимости проведения анестезирования для стоматологических манипуляций, врач стоматолог информирует об этом участкового врача амбулаторного учреждения, что сопровождается выдачей заключения о невозможности такого лечения на дому с обязательным указанием причины отказа. В такой ситуации, для оказания стоматологической помощи, пациент направляется на госпитализацию в челюстно-лицевое отделение «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №4» г. Ставрополя. Предварительно согласовывается дата госпитализации таких пациентов с руководством «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №4», оформляется направление на госпитализацию и пациенты госпитализируются в первоочередном порядке. Взаиморасчеты проводятся по окончании отчетного периода-месяца. МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи города Ставрополя» выставляет счет

стоматологической поликлинике согласно фактически исполненным вызовов. На основании представленных сведений, врач стоматологической поликлиники кодирует медицинскую услугу «Прием (осмотр, консультация) врача стоматолога первичный, включая транспортировку пациента санитарным автотранспортом в сопровождении медицинского персонала» и дальше все оказанные стоматологические услуги. Сформированные в стоматологической поликлинике медицинские реестры и общий счет выставляются страховой компании. После получения финансовых средств от страховой компании стоматологическая поликлиника проводит взаиморасчеты со «Станцией скорой медицинской помощи». Опыт внедрения в городе Ставрополе, данного порядка оказания стоматологической помощи людям, утратившим способность к самостоятельному передвижению, выявил некоторые шероховатости предлагаемой методологии. Медицинский персонал ЛПУ города без особого энтузиазма занимались не профильной патологией, пациенты, привыкшие к тому, что к ним приедет врач стоматолог на дом, не хотели ехать в поликлинику. И только после устранения этих и других непринципиальных моментов организационной несогласованности «порядок» начал работать. Общий успех такого порядка оказания специализированной, экстренной стоматологической помощи во много зависит от слаженной работы бригады СМП, которые предварительно готовят таких пациентов к приему у стоматолога, стабилизируют его общее состояние. В настоящее время с уверенностью можно констатировать, что разработанный и апробированный в городе Ставрополе, порядок оказания стоматологической помощи больным утратившим способность к самостоятельному передвижению, по настоящему обеспечил доступность медицинской помощи и придал легитимность и юридическую обоснованность её оказания страждущим и

обездоленным. Аналогичный порядок оказания стоматологической помощи больным утратившим способность к самостоятельному передвижению или инвалидам – детства, внедряется и для детского населения города Ставрополя. При этом при взаиморасчетах к утверждённым ранее, тарифно-согласительной комиссией Ставропольского края, дополнительным медицинским услугам применяется поправочный коэффициент 1,15.

Таким образом, оказание стоматологической помощи больным утратившим способность к самостоятельному передвижению остаётся весьма серьёзной проблемой практической стоматологии. В доступной литературе и регламентирующих деятельность стоматологической службы документах этому вопросу уделяется пока недостаточно внимания. При поиске путей решения этой проблемы, главным стоматологом г. Ставрополя и управлением здравоохранения г. Ставрополя, администрацией г. Ставрополя участия Краевого фонда обязательного медицинского страхования и Министерства здравоохранения Ставропольского края совместными усилиями был определён порядок оказания стоматологической помощи этой категории больных. Практический опыт реализации этого проекта представлен в данной статье.

Литература

1. Зеленский, В.А. Результаты психологического тестирования детей с врожденными пороками развития лица в динамике / В.А. Зеленский, С.И. Тарасова, М.Л. Беседина // Вестник СГУ. – 2004. – вып.37. – С. 67-72.
2. Зеленский, В.А. Пролонгированное наблюдение за изменениями психологического состояния членов семьи имеющих ребенка - инвалида детства / В.А. Зеленский, С.И. Тарасова, М.Л. Беседина // Вестник СГУ. – 2004. – вып.37. – С. 53-57.
3. Зеленский, В.А. К вопросу о диспансерном наблюдении детей и подростков со стоматологическими заболеваниями и

- зубочелюстными аномалиями развития / В.А. Зеленский, Н.Г. Куликова, А.Б. Оверченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – №3. – С.13-15.
4. Агранович, Н.В. Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста: состояние проблемы и пути решения / Н.В. Агранович, А.Я. Сохач // Стратегические вопросы мировой науки-2012. Сборник научных работ VIII международной конференции. - Медицина: наука и обучение, 2012, – т.24. – С.94-98.
5. Агранович, Н.В. Повышение качества жизни пожилых людей - пролонгирование их активного образа жизни/ Н.В. Агранович., О.В. Агранович, М.С. Кульнева //Архив внутренней медицины. – 2012. – №2. – С.65-68.
6. Порфириадис, М.П. Организация стоматологической помощи людям, утратившим способность к самостоятельному передвижению / М.П. Порфириадис , О.В. Копейкина, В.А. Зеленский, К.Г. Карakov, Инютинa Е.А. // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2013. – № 43. – С. 4.

УДК614.2

**ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ
СИСТЕМЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
МЕГАПОЛИСА (НА ПРИМЕРЕ Г. НИЖНЕГО
НОВГОРОДА)**

Лазарев В.Н., Рыжова Н.К.

***ГОБУ ВПО «Нижегородская государственная
медицинская академия», кафедра профилактической
медицины ФПКВ***

Решение проблемы репродуктивно-демографических процессов в популяции регионов и муниципальных образованиях в связи с системным демографическим

кризисом в Российской Федерации последних лет должно рассматриваться как актуальная медико-социальная задача. Репродуктивное здоровье населения является предметом государственного внимания, что стало причиной разработки «Концепции демографической политики в Российской Федерации на период до 2025 года», которая утверждена Указом Президента Российской Федерации от 09 октября 2007 года №1351. Острота проблемы заключается также в том, что материнская смертность, как наиболее важный фактор в системе репродуктивных потерь, негативно формирует низкий репродуктивный потенциал в обществе, и, следовательно, ограничивает возможности увеличения показателя рождаемости, как в настоящее время, так и в отдаленной перспективе.

Несмотря на имеющиеся установки на внедрение технологий, направленных на снижение материнской смертности, сегодня требуется разработка региональных мер в зависимости от сложившейся системы оказания акушерско-гинекологической помощи на территории.

Цель исследования: разработать комплекс приоритетных организационных мероприятий по сохранению репродуктивного здоровья женского населения и снижению показателя материнской смертности (МС).

В исследовании установлено снижение женской популяции на территории Нижнего Новгорода, в том числе фертильного возраста, и отсутствие пополнения репродуктивного потенциала города за счет уменьшения детского населения. Численность девочек, вступивших в репродуктивный период, в 2012 году уменьшился на 58% по сравнению с 2000 годом и на 51% за последние пять лет.

На фоне уменьшения репродуктивного потенциала высокую актуальность приобретает состояние здоровья беременных женщин. Экстрагенитальная патология в структуре заболеваемости беременных составляет 77,7% (за

последнее десятилетие отмечено увеличение ее доли на 17%).

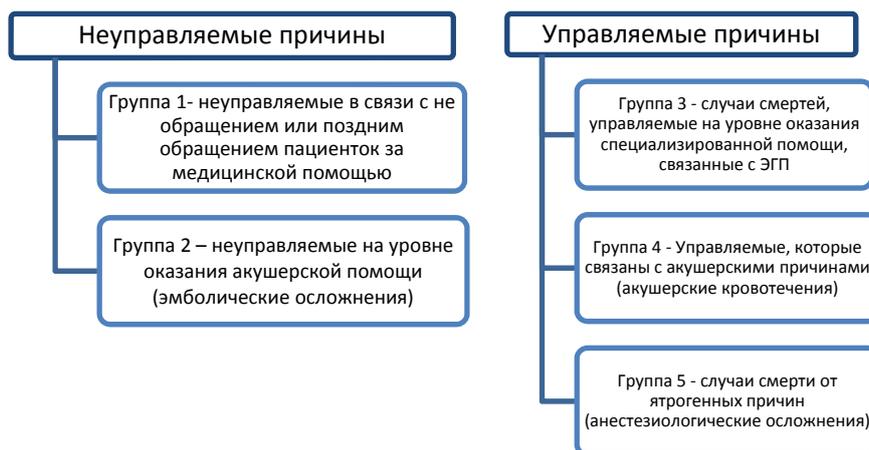


Рис. 1. Классификация причин материнской смертности в Нижнем Новгороде

В начале нашего исследования многолетняя динамика показателя МС в Нижнем Новгороде не имела устойчивой тенденции к снижению. В 2007 году наблюдалось трехкратное превышение уровня МС по РФ - 61,1 на 100 000 рожденных живыми. В период с 2000 по 2007 годы в структуре причин преобладали кровотечения (27%) и гестозы (13,5%), а уровень экстрагенитальной патологии достигал 29,7%.

С целью разработки комплекса мероприятий по снижению МС разработана классификация причин МС - выделены управляемые и неуправляемые (трудноуправляемые) группы случаев материнских потерь (рис.1.).

Установлено, что структура МС города состоит более чем на 30% из управляемых причин. В период с 2000 по 2005 годы в структуре причин МС преобладали кровотечения,

гестозы, септические осложнения, т.е. управляемые причины. В период с 2006 по 2011 годы возросла роль эмболических (на 46%), ятрогенных (на 48%) осложнений, которые являются трудноуправляемыми причинами. Особое место в структуре материнских потерь принадлежит экстрагенитальной патологии, которая достигла 73,6% в структуре косвенных причин и 28% всех причин МС.

Данный подход к классификации позволил определить стратегические направления по совершенствованию организации медицинской помощи на территории Нижнего Новгорода. Первым направлением явилась разработка комплекса организационно-методических мероприятий, направленных на улучшение показателей здоровья беременных женщин: к оказанию консультативно-диагностической помощи беременным, рожениц и родильниц был привлечен «институт» главных специалистов, введена новая форма консультативной помощи – акушерский консилиум, создана сеть специализированных консультативно-диагностических центров по нозологическим формам экстрагенитальной патологии.

Данные организационные формы организации помощи позволили осуществить следующие мероприятия: обосновать показания и противопоказания для пролонгирования беременности с профильной экстрагенитальной патологией; разработать принципы динамического наблюдения за беременными женщинами с учетом особенностей течения основного заболевания; подготавливать беременную к родам, определять оптимальную тактику и сроки родоразрешения.

К следующему направлению отнесены мероприятия, направленные на предотвращение летальных исходов по причине акушерских кровотечений. В рамках работы был определен комплекс мероприятий, направленных на повышение функциональных возможностей родовспомогательного учреждения. Так, внедрены

инновационные кровосберегающие технологии, разработана и внедрена система мониторинга родов, осложненных кровопотерей, проведено укрепление материально-технической базы, внедрены современные перинатальные технологии. В результате использования современных кровосберегающих технологий доля кровотечений, осложняющих родовой процесс, снизилась на 65% и развитие постгеморрагических анемий - на 30%.

Третьим стратегическим направлением по снижению материнских потерь явилось обеспечение медицинской помощи женщинам, находящимся в «критическом состоянии». Ввиду отсутствия на территории города дифференцированной многоуровневой системы родовспоможения в ходе исследования разработана организационная модель и на ее основе внедрен комплекс оказания urgentной помощи женщинам после окончания беременности, находящимся в «критическом» (близком к смерти) состоянии. При разработке организационной модели urgentной помощи были выполнены следующие мероприятия: определена база реанимационного отделения многопрофильного стационара; определены маршруты транспортировки пациенток из родовспомогательного учреждения в специализированное ОРИТ, с учетом логистики транспортных путей города и расположения учреждений родовспоможения; с целью сопровождения и организации интенсивной терапии в период транспортировки пациенток создана мобильная специализированная реанимационная бригада; при оказании специализированной реанимационной помощи женщинам, находящимся в «критическом состоянии» после окончания беременности, разработан алгоритм взаимодействия.

Таким образом, данный комплекс мероприятий позволил добиться снижения угрозы смерти женщины после окончания беременности, что привело к снижению уровня

материнской смертности. Разработанные и внедренные организационно-методологические подходы по созданию системы предупреждения материнских потерь в системе родовспоможения крупного города обусловили снижение в 2012 г. показателя материнской смертности до 5,3 (на 91%).

Литература

1. Шкарин, В.В. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России / В.В. Шкарин, Б.Т. Величковский, М.А. Позднякова – Н. Новгород: Изд. НГМА, 2006. – 159 с.
2. Шарапова, О.В. Анализ материнской смертности в Российской Федерации /О.В. Шарапова, Н.Г. Баклаенко, Л.П. Королева // Главврач. – 2008. – № 11. – С. 14-35.
3. Анализ причин материнской смертности: руководство для врачей/ Под ред. А.П. Милованова. – М.: МДВ, 2008. – 227 с.
4. Дубисская, Л.А. Репродуктивное здоровье семьи – проблемы, пути решения на региональном уровне /Л.А. Дубисская, Л.Б. Брагина, Е.А. Лялина// Вестник Ивановской медицинской академии. – 2005. – т. 10, прил. – С.20-22.
5. Кулаков, В.И. Пути снижения материнской смертности в Российской Федерации /В.И. Кулаков, О.Г. Фролова, З.З. Токова // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 2.

УДК 614

**СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В
ГОРОДЕ МОСКВЕ**

Лысенко И.Л.

*ГБУЗ «Городская поликлиника №180»
Департамента здравоохранения города Москвы*

В современных условиях главной движущей силой социально-экономического прогресса выступает инновационный процесс [3,5], заключающийся в постоянном совершенствовании управления отраслью, поиске новых организационных форм ее деятельности, развитии инфраструктуры и ресурсного обеспечения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), обеспечении достаточного количества подготовленных медицинских кадров [1]. В практическом здравоохранении этот процесс сдерживает недоразвитость организационных технологий по внедрению современных инструментов управления.

Несмотря на то, что количество врачей на душу населения в Российской Федерации больше, чем в странах Западной Европы, качество медицинской помощи, ее доступность и показатели здоровья населения в нашей стране значительно хуже, чем в большинстве развитых стран, что свидетельствует о низкой эффективности отечественной системы организации медицинской помощи, о неэффективном функционировании системы управления медицинскими организациями [4].

Для исправления сложившейся негативной ситуации в системе оказания первичной медико-санитарной помощи населению, с 2012 года по инициативе Правительства Москвы осуществляется реформирование системы

столичного здравоохранения. На первом этапе (2012-2013 гг.) осуществлен поэтапный переход на трехуровневую систему оказания населению города первичной медико-санитарной помощи, в основе которой лежат территориально-участковый и территориальный (закрепление за лечебно-диагностическими базами стационарных учреждений городских поликлиник в пределах административного округа) принципы. Вместо 400 самостоятельных городских поликлиник для взрослого населения города сегодня сформированы 46 Амбулаторных медицинских центров.

В целях обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи, преемственности на ее этапах, приближения к пациентам специализированных видов медицинской помощи, а также рационального использования имеющихся ресурсов организационно выделяются три уровня оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с функциональными задачами [4].

Первый уровень (первичный) - подразделения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в части обеспечения первичного приема населения и последующего диспансерного наблюдения. К данному уровню относятся филиалы Амбулаторных медицинских центров (бывшие самостоятельные городские поликлиники, реорганизованные путем присоединения).

Второй уровень (специализированный) - лечебно-профилактические учреждения, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, в том числе осуществляющие консультативно-диагностическое обеспечение прикрепленного по территориально-участковому принципу населения (консультативно-

диагностические центры и вновь сформированные Амбулаторные медицинские центры).

Третий уровень (специализированный консультативно-диагностический, в том числе высокотехнологичный) - лечебно-диагностические специализированные подразделения стационарных учреждений, на базе которых осуществляются консультативно-диагностические приемы, оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь жителям административного округа.

Созданное в ходе реорганизации государственное бюджетное учреждение здравоохранения – «Амбулаторный медицинский центр» (АМЦ) – единая организационно-правовая структура, имеющая 4-6 филиалов (бывших самостоятельных городских поликлиник), расположенная в нескольких зданиях, находящихся в доступной транспортной близости друг от друга, обеспечивающая первичной медико-санитарной помощью от 250 до 320 тысяч прикрепленного взрослого населения и создаваемая для решения единых целей и задач.

Территориально АМЦ – Городская поликлиника №180 с филиалами - расположен в двух районах Северо-Западного административного округа города Москвы – Митино и Строгино.

Численность прикрепленного населения – свыше 284,6 тысячи человек, общая мощность учреждения - 4280 посещений в смену, занимаемая площадь - 35489,8 м².

Амбулаторно - поликлиническими учреждениями I уровня в объединении являются 3 поликлиники, расположенные в микрорайоне Митино (№№ 180, 226, 229), и 2 поликлиники, расположенные в микрорайоне Строгино (№№ 96 и 181). Поликлиники расположены в двух соседних районах, имеющих удобное сообщение. Транспортная

доступность филиалов от головного учреждения АМЦ находится в пределах 10-35 минут.

Амбулаторно - поликлиническое учреждение II уровня – непосредственно Городская поликлиника №180 (бывший окружной консультативно-диагностический центр Северо-Западного Административного округа) ведёт специализированный приём по 32 врачебным специальностям и имеет хорошую оснащенность и укомплектованность кадрами врачей-специалистов.

Медицинскими учреждениями III уровня для амбулаторного объединения являются Городские клинические больницы № 52 и № 67 (ГКБ №52 и ГКБ №67), имеющие большой консультативно-диагностический и лечебный потенциал. Важнейшими направлениями деятельности вновь созданного объединения являются: укрепление материально-технической базы учреждения; укомплектование квалифицированными кадрами; оснащение современными диагностическими комплексами и оборудованием; организация и проведение мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения; проведение всеобщей диспансеризации населения; профилактика и формирование здорового образа жизни; дальнейшее развитие стационар замещающих технологий; перевод деятельности всех структурно-функциональных подразделений центра на работу в ЕМИАС; повышение доступности и качества оказываемой медицинской помощи населению микрорайонов Митино и Строгино за счет наиболее оптимального распределения потоков пациентов (маршрутизация) в зависимости от цели обращения за медицинской помощью.

Комплекс проведенных организационных мероприятий позволил добиться оптимизации использования медицинского оборудования и имущественного комплекса, повысить эффективность использования кадровых ресурсов,

качество оказания медицинской помощи, ориентировочно в 3 раза сократить сроки ее ожидания пациентами, оптимизировать распределение потоков пациентов при соблюдении принципов профилактики, комплексности и преемственности в их лечении.

Литература

1. Антикризисное управление: Учебник. 2-е изд., доп. и перераб. / Под ред. проф. Э.М. Короткова. - М.: ИНФРА-М, 2007. – 287 с.
2. Аширов, Д.А. Организационное поведение / Д.А. Аширов. Учебник. – М., 2006. – 360 с.
3. Кокуева, Ж.М. Управление персоналом наукоемких предприятий / Ж.М. Кокуева. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2011. – 122 с.
4. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 10 сентября 2012 г. N 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи».
5. Управление персоналом организации/ Под ред. А.Я. Кибанова. – М., 2005. – 638 с.

УДК 614

ПРИНЦИПЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ

Лысенко И.Л.*, Чирков В.А.**

**ГБУЗ «Городская поликлиника №180»*

Департамента здравоохранения г.Москвы

***ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр №6»*

Департамента здравоохранения г. Москвы

Важнейшим направлением реформирования системы организации оказания населению Москвы первичной медико-санитарной помощи на современном этапе является реорганизация государственных бюджетных учреждений здравоохранения (городских поликлиник, консультативно - диагностических центров) [1]. Реорганизация осуществляется путем присоединения четырех - пяти городских поликлиник к консультативно-диагностическому центру или к одной из крупных городских поликлиник административного округа города Москвы, имеющей достаточные материально-техническое оснащение и кадровые ресурсы. Создание амбулаторных медицинских центров осуществляется поэтапно с 2012 года на основании Постановления Правительства города Москвы №461-ПП от 4 октября 2011 года и приказа Департамента здравоохранения города Москвы «О реорганизации государственных бюджетных учреждений здравоохранения путем присоединения» [2]. Реорганизованное государственное бюджетное учреждение здравоохранения – «Амбулаторный медицинский центр» (АМЦ) – единая организационно-правовая структура, имеющая 4-6 филиалов (бывших самостоятельных городских поликлиник), расположенная в нескольких зданиях, находящихся в доступной транспортной

близости друг от друга, обеспечивающая первичной медико-санитарной помощью от 250 до 320 тысяч прикрепленного взрослого населения и создаваемая для решения единых целей и задач.

Исходя из целей и задач, стоящих перед системой московского здравоохранения, в результате проведенной реорганизации государственных бюджетных учреждений здравоохранения, оказание населению первичной медико-санитарной помощи осуществляется в трех уровнях: первый уровень – профилактический; второй уровень – специализированный амбулаторный; третий уровень – стационарный. Важнейшим разделом деятельности администрации вновь созданного объединения является наиболее оптимальное распределение потоков пациентов (маршрутизация) в зависимости от цели обращения за медицинской помощью.

При обращении пациента с профилактической целью:

➤ Обслуживание в поликлиниках 1 уровня:

- кабинет доврачебного приема (без записи в день обращения);

- отделение медицинской профилактики (без записи в день обращения, по предварительному графику – диспансеризация, профосмотры и пр.);

- центр здоровья ГБУЗ ГП№180 (без записи в день обращения);

- женская консультация - ГП №№ 229 и 181(по предварительной записи – срок ожидания 1-3 дня).

➤ При выявлении факторов риска развития неинфекционных заболеваний:

- динамическое наблюдение в Центре здоровья (назначается дата следующего наблюдения);

- динамическое наблюдение в отделениях медицинской профилактики по месту прикрепления (назначается дата следующего наблюдения);

- посещение занятий в соответствующих школах здоровья (назначается дата посещения школы).

➤ При выявлении подозрения на заболевание:

- направление к врачу-специалисту соответствующего профиля в поликлиники 1 уровня (выдается талон).

При обращении пациента по поводу заболевания на 1-ом уровне осуществляется:

1. Неотложная помощь:

➤ врачами-терапевтами участковыми в поликлинике в день обращения - через регистратуру или терминал;

➤ врачами-терапевтами участковыми через службу регистратуры «Вызов на дом» в день обращения;

➤ врачами отделений неотложной помощи в ГП №226 и ГП №96 в день обращения.

2. Плановая помощь:

➤ при записи на первичный приём через терминал к специалистам (участковый терапевт, отоларинголог, хирург, офтальмолог, уролог, стоматолог-терапевт, гинеколог);

(Дальнейшая маршрутизация пациента определяется лечащим врачом)

➤ при выдаче талона на приём к другим специалистам (кардиолог, эндокринолог, невролог, инфекционист и т.д.), работающим на первом уровне, врачами-специалистами, ведущими первичный приём, после осмотра и необходимого первичного обследования.

Время ожидания приёма специалистов 1 уровня от 1 до 5 дней.

Талоны на диагностические исследования, проводимые на 1 уровне, выдаются врачами, ведущими первичный приём. Талоны на повторный приём к врачам, осуществляющим первичный приём в поликлинике первого уровня, выдаются непосредственно врачом на приёме.

На втором уровне осуществляется: плановая консультативно-диагностическая помощь (в ГБУЗ ГП№180):

– в консультативном отделении (прием у пульмонолога, гематолога, гастроэнтеролога, проктолога, аллерголог-иммунолога, сердечно-сосудистого хирурга, онколога, колопроктолога, нефролога и др. по талонам, выданным на первичном приеме в поликлиниках 1 уровня);

– в специализированных отделениях на выделенных приёмах (паркинсонолога, эпилептолога, тиреоидолога, диабетолога, кардиолога-реабилитолога и пр.) по талонам, выданным на первичном приеме в поликлиниках 1 уровня).

Время ожидания пациентом приема врача-специалиста второго уровня составляет от 1 до 7 дней.

В последующем лечение и наблюдение за состоянием пациента осуществляет врач-терапевт участковый, врач-специалист первого или второго уровня.

На третьем уровне осуществляется плановая специализированная помощь, в том числе в условиях стационара и высокотехнологичная на базе ГКБ №52, №67, других ЛПУ, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (в соответствии со схемами маршрутизации по отдельным специальностям). Направление пациентов в учреждения третьего уровня осуществляется через диспетчерскую организационно-методического отдела ГБУЗ ГП№180 по специально выделенным телефонам в ГКБ №52 и ГКБ №67 через лиц, ответственных за плановую госпитализацию. Время ожидания плановой госпитализации не превышает 5-7 дней.

Введение системы маршрутизации пациентов позволило повысить доступность медицинской помощи для обслуживаемого населения в 3,1 раза, а время ожидания пациентами очереди на прием сократить также в среднем втрое.

Литература

1. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №38 от 20 января 2012 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы».
2. Приказ Департамента здравоохранения г.Москвы от 10 сентября 2012 г. N 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи».

УДК 614.2

УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕНДОВ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГЛОБАЛЬНОМ ПОДХОДЕ

Макарян А.С., Кича Д.И.

*Российский университет дружбы народов,
кафедра организации здравоохранения, лекарственного
обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФПК
МР, г. Москва*

В современных условиях чрезвычайно интерес представляет научный процесс оценки общих и частных характеристик состояния здравоохранения и здоровья граждан разных стран. Результаты реализации управленческих решений демонстрируют специалистам, преподавателям и научным работникам степень эффективности здравоохранения и возможность установления приоритетов развития.

Очевидно, что приоритетные цели управленческих решений и программ все чаще обращаются к развитию интегрированных стратегий в области профилактики и

лечения неинфекционных заболеваний (НИЗ). Действия направлены, если не на остановку заболеваемости, то хотя бы на ослабление ее экономических и социальных последствий [1,2,3].

Неинфекционные хронические, как правило, неспецифические заболевания, в настоящее время определяют основной прирост заболеваемости, смертности и инвалидности. Данные исследований, опыт и действия правительств разных стран показывают, что только лечебными мерами эту проблему решить невозможно [1]. Только профилактические меры, стоимость которых к тому же в десятки раз ниже лечебных, могут изменить ситуацию. В этом плане видится путь объединения усилий по охране здоровья и профилактике заболеваний и развития, так называемых, интеграционных процессов на уровне медицинских работников, медицинских организаций с вовлечением в эти процессы населения; усиления роли семьи в лечении и профилактике заболеваний, включая реабилитацию.

Перед организаторами здравоохранения разных стран в условиях разных социально-экономических систем и действующих разнообразных моделей здравоохранения, законодательства в области здравоохранения стоит задача формирования тактики и стратегий ответа на стоящие вызовы. Наши аналитические оценки показывают необходимо учета этих факторов и стратегий в направлении развития целевых специфических новаций в борьбе с НИЗ, ответ на которые целесообразно формировать с учетом глобального опыта. Медицинские и социальные технологии зависят от того, насколько государства взяли на себя заботу о здоровье граждан; насколько здравоохранение ощущает поддержку здоровья как ценности национальных интересов.

Структурные и технологические трансформации должны привести к интеграции на всех уровнях, однако такие технологии только начинают обосновываться [1,2].

Развитие программы интегрированной профилактики мы разрабатываем в сфере ориентации на семью, совершенствование диспансерного метода, также на уровне семьи, внедрение управленческих подходов и концепций в стратегию интеграции по удовлетворению медико-социальных потребностей семьи.

Как приоритетное направление ответов на эти вызовы признано формирование национальной интегрированной программы профилактики НИЗ, примером которой является CINDI в европейском регионе ВОЗ [3]. Принципы организации программы CINDI, основанные на факторной концепции профилактики НИЗ, подтверждают целесообразность ее реализации, но идут дальше - через интеграцию немедицинских секторов. Уже разработаны глобальные программы по борьбе с курением, утверждению здорового питания и образа жизни, для реализации приоритетной цели - снижения посредством этого преждевременной смертности от хронических неинфекционных болезней.

Таким образом, экспертные оценки в рамках наших исследований показывают, что менеджеры относят к приоритетам управленческие стратегии, основанные на комплексной оценке степени интеграции для эффективного управления НИЗ. Для этого необходимо развивать взаимодействие врачей в вопросах лечения и профилактики НИЗ, мотивации врачей и, что важно, пациентов и совершенствования управленческих решений по НИЗ. Анализ эффективности управленческих решений с как национальных позиций, так и интернациональных интересов общественного здоровья, базируется на выявлении эффективных изменений и трендов утраты

трудоспособности, заболеваемости и смертности по причине НИЗ. Программа CINDI демонстрирует такой подход, как механизм осуществления региональной стратегии "Здоровье для всех" [3].

Литература.

1. «О выполнении программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) в Республике Беларусь». Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 июня 1997 г. № 159.
2. Попович, Л.Д. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова и др. / Под ред. И.М. Шеймана и С.В. Шишкина. – М.: Изд. «Дело». РАНХ. –2010. – 232 с.
3. Leparski, E. Integrated Noncommunicable Diseases. Intervention Programme. Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation Procedures. CINDI Countrywide / E. Leparski, E. Nussel. – Berlin. Springer Verlag. – 1987. – 34 p.

УДК 613.634

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРУДА РАБОТАЮЩИХ В ОПЕРАЦИОННЫХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ АНЕСТЕТИКОВ

Максименко Л.В., Бондарева Ю.А.

*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г.Москва*

Факторы вредности, воздействующие на работающих в операционных, включают помимо прочих анестезирующие газы. В процессе операции создаются опасные концентрации применяемых ингаляционных анестетиков. Так, при средней

концентрации в воздухе операционной закиси азота N_2O 3,15 ppm и севорана 0,34 ppm в процессе хирургической операции к концу экспозиции в моче работающих обнаруживаются N_2O в количестве 4,85 мг/л и метаболита севорана – гексафторизопропанола в количестве 0,21 мг/л, что составляет 80% и 21% от пороговой величины, при этом в воздухе содержание севорана превышает или находится на экологическом уровне (0,05 ppm). В целом установлена корреляционная связь между экспозиционными уровнями галогенированных газов и уровнем гексафторизопропанола в моче, что требует внедрения мер профилактики [10].

При искусственном кровообращении севофлуран создает в воздухе среднюю экспозиционную концентрацию 4,68 ppm, не превышающую безопасного уровня, но при условии адекватной вентиляции помещения, эксплуатации приборов и очистки отходящих газов [3]. При отсутствии соответствующей инфраструктуры контроля и современного анестезиологического оборудования профессиональная экспозиция анестетиками представляет значительный риск [2,17].

Средняя концентрация ингаляционных анестетиков в педиатрической хирургии невысока (1,32 ppm), но кинетика распространения газа в помещении операционной, определяемая особенностями трудового процесса, показала крайнюю неоднородность концентрации, что требует стратификации риска для анестезиолога, хирургов и медсестер [22]. Рискованные ситуации с профессиональным воздействием отходов севофлурана имеют место и при общей анестезии в детской стоматологии, однако «двойная маск-система» дентального «high-volumes» отсоса (12 м³/час) снижает экспозицию отходами [14].

Отходы анестетических газов в производственных условиях проявляют генотоксичность, установленную на лимфоцитах периферической крови персонала [9]. In vitro

галогенированные анестетики (галотан, изофлуран, севофлуран, десфлуран) дозозависимо стимулируют повреждения ДНК лимфоцитов периферической крови, но в отношении сперматозоидов генотоксичность галотана не зависит от дозы, а генотоксический эффект десфлурана не проявляется [13].

Причем курение, алкоголь, пол, возраст и стаж не влияют на частоту повреждения хромосом, и только курение связано со средней длиной хвоста ДНК [7]. Показано, что частота хромосомных aberrаций (но не хроматидных обменов) и микроядер в большей степени наблюдается у женщин [19]. Одновременная экспозиция работающих ионизирующим излучением увеличивает частоту хромосомных aberrаций при положительной корреляционной связи со стажем работы, а сестринские хроматидные обмены и хромосомные aberrации чаще встречаются у курящих [15], хотя курение само является фактором, достоверно увеличивающим повреждения ДНК, и, следовательно, может выступать в роли триггера генотоксичности факторов труда [12].

Не вызывает сомнений зависимое от дозы окислительное повреждение ДНК закисью азота N_2O . Тем не менее, закись азота применяется для обезболивания родов и признается безопасным для матери и ребенка, но только при условии подачи в смеси с кислородом 1:1 и соблюдения техники безопасности. Закись азота широко применяется и в детской стоматологии, причем при комбинации с седативными средствами могут возникнуть потенциально серьезные побочные эффекты. В любом случае закись азота не является индифферентным веществом и требует администрирования и мониторинга [5,16,18,21].

Помимо генотоксичности хроническая профессиональная экспозиция анестетическими газами ведет к ингибированию апоптоза нейтрофилов; изменяет

гематохимические печеночные и почечные параметры, оказывает негативное воздействие на анатомические структуры, ответственные за восприятие высокочастотных звуков, проявляет нейротоксичность и вызывает рак; ведет к фертильности и негативно влияет на течение беременности. Однако имеются данные об отсутствии негативного воздействия анестезиологических газов на репродуктивную систему женщин. Тем не менее, экспозиция анестетическими газами работающих в операционных беременных и кормящих женщин должна расцениваться как фактор профессионального риска [1,4,6,8,11,20].

Литература

1. Allweiler, S.I. Inhalation anesthetics and the reproductive risk associated with occupational exposure among women working in veterinary anesthesia / S.I. Allweiler, L.R.Kogan // *Vet Anaesth Analg.* - 2013 May. – 40 (3). – P. 285-289. doi: 10.1111/vaa.12014.
2. Barker, J.P. Anesthetic pollution. Potential sources, their identification and control/ J.P. Barker, M.O. Abdelatti // *Anaesthesia.* – 1997. – 52 (11). – P. 1077-1083.
3. Blokker-Veldhuis, M.J. Occupational exposure to sevoflurane during cardiopulmonary bypass / M.J. Blokker-Veldhuis, P.M. Rutten, S.G. De Hert// *Perfusion.* – 2011. – 26 (5). – P. 383-389. doi: 10.1177/0267659111409971.
4. Boeckelmann, I. [Work strain by anaesthetic gas and surgical smoke due to tissue coagulation as well as safety measures in surgical operating rooms - what the surgeon needs to know] Review / I. Boeckelmann, S. Sammito, F. Meyer// *Zentralbl Chir.* – 2013. – 138 (1). – P. 94-103. doi: 10.1055/s-0032-1328179.
5. Brunick, A. Nitrous oxide and oxygen sedation: an update / A. Brunick, M. Clark // *Dent Assist.* - 2010. – 79 (4). – P. 22-34.
6. Caciari, T. Professional exposure to anaesthetic gases in health workers: estimate of some hepatic and renal tests/ T. Caciari, A. Capozzella, F. Tomei et al. // *Clin Ter.* – 2013. – 164 (1). – P.5-9. doi: 10.7417/CT.2013.1513.

7. Chandrasekhar, M. Evaluation of genetic damage in operating room personnel exposed to anaesthetic gases / M. Chandrasekhar, P.V. Rekhadevi, N. Sailaja, et al.// *Mutagenesis*/ - 2006. – v.21, I.4. - P.249-254.
8. Dosil Caamaño, A. [Anesthetic gases and nurses in operating room]. *Rev/ A. Dosil Caamaño, S. Dosil Caamaño// Enferm.* – 2011. - 34(4). – P.36-39.
9. El-Ebiary, A.A. Assessment of genotoxicity risk in operation room personnel by the alkaline comet assay/ A.A. El-Ebiary, A.A. Abuelfadl, N.I. Sarhan, M.M. Othman.// *Human and experimental toxicology.* – 2013. – v.32, N6. – P.563-570.
10. Fustinoni S. [Air and biomonitoring of occupational exposure to anesthetic gases in the health care workers of a large hospital in Milan]/ S. Fustinoni, R. Pasini, F. Strangi, et al.// *G Ital Med Lav Ergon.* – 2012. - 34(3). – P.278-279.
11. Giorgianni, C. Occupational exposure to anaesthetic gases and high-frequency audiometry / C. Giorgianni, S. Gangemi, M.G. Tanzariello, et al. // *Toxicol Ind Health.* - 2013 Jan 25. [Epub ahead of print].
12. Hoffman, H. The effect of smoking on DNA effects in the comet assay: a meta-analysis/ H. Hoffman, J. Hógel, G. Speit // *Mutagenesis.* – 2005. - 20 (6). - P.455-466.
13. Kaymak, C. Determination of DNA damage after exposure to inhalation anesthetics in human peripheral lymphocytes and sperm cells in vitro by comet assay/ C. Kaymak, E. Kadioglu, E. Coskun, H. Basar, M. Basar // *Human and experimental toxicology.* – 2012. – v.31, N12. – P.1207-1213.
14. Kurrek, M.M. Technical communication: the effect of the double mask on anesthetic waste gas levels during pediatric mask inductions in dental offices/ M.M. Kurrek, S.L. Dain, A. Kiss // *Anesth Analg.* – 2013. – 117 (1). – P. 43-46.
15. Lamberti, L. Chromosome analysis in operating room personal/ L. Lamberti, P. Bigatti, G. Artido, F. Armellino // *Mutagenesis.* – 1989. - 4 (2). – P. 95-97.
16. Levering, N.J. Current status of nitrous oxide as a behavior management practice routine in pediatric dentistry. Review / N.J. Levering, J.V.Welie // *J Dent Child (Chic).* – 2011. – 78 (1). – P.24-30.

17. Pałaszkiwicz, P. [Occupational exposure to inhalation anaesthetics in operating rooms in Poland. A survey]/ P. Pałaszkiwicz, R. Szulc // *Anestezjol Intens Ter.* – 2010. - 42(2). – P.60-64.
18. Rooks, J.P. Safety and risks of nitrous oxide labor analgesia: a review / J.P Rooks // *J Midwifery Women's Health.* – 2011. - 56(6). - 557-565. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00122.x.
19. Rozgaj, R. Preliminary study of cytogenetic damage in personnel exposed to anesthetic gases/ R. Rozgaj, V. Kašuba, A. Jazbec. // *Mutagenesis.* – 2001. - 16 (2). – P.139-143.
20. Tyther, R. Effects of chronic occupational exposure to anaesthetic gases on the rate of neutrophil apoptosis among anaesthetists/ R. Tyther, M. Halligan, J. Wang, et al.// *European Journal of Anaesthesiology.* 2002. – I.08. – P. 604-608.
21. Wrońska-Nofer, T. Oxidative DNA damage and oxidative stress in subjects occupationally exposed to nitrous oxide (N₂O)/ T. Wrońska-Nofer, J.R. Nofer, J. Jajte, et al.// *Mutat Res.* – 2012. – 731 (1-2). – P.58-63. doi: 10.1016/j.mrfmmm.
22. Zaffina, S. [Occupational exposure to sevoflurane in pediatric operating rooms: the multi-point sampling method for risk assessment] / S. Zaffina, V. Camisa, A. Poscia, et al.// *G Ital Med Lav Ergon.* - 2012. - 34(3). – P.266-268.

УДК: 616.12-008.331.1-06:616.1:615.225.2:159.9.018

КУРЕНИЕ КАЛЬЯНА КАК ПРЕДИКТОР БОЛЕЗНЕЙ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА

Максименко Л.В., Молдахметова Г.А., Кудрякова Д.Ф.
*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Курение кальяна – это относительно новое для средней полосы России и Москвы явление, пришедшее к нам с Ближнего Востока. С целью изучения его распространенности нами была опрошена выборка (n=70), на 90% состоящая из студентов медицинского факультета РУДН. Средний возраст студентов составляет 21 ± 3 лет.

Установлено, что потребляют алкоголь 51% студентов, из них 46% потребляют алкоголь крайне редко – около 1 раза в год, 37% - 1 раз в месяц, 12% - 1 раз в неделю и 5% (3 чел.) – ежедневно. Курят сигареты 25% студентов. Кальян курят или когда-либо курили 44% опрошенных (Т-тест $p=0,00$) (44% юношей и 38% девушек), причем среди студентов-медиков таких 47% (среди остальных курящие кальян отсутствуют). Установлено, что 5,7% признали ежедневное курение кальяна, 3% (2 чел.) – еженедельное, 17% - ежемесячное и 19% - ежегодное.

Сравнивая распространенность курения кальяна студентами РУДН с данными Андреевой Т.И. [1], полученными в лонгитюдных многолетних исследованиях, проведенных среди студентов в странах Ближнего Востоке, в Пакистане, США, Британии, в Украине и РФ (Казани), можно заключит, что курящие кальян студенты РУДН (44%) попадают в интервал между Британией (37,9%) и Пакистаном (53,6%). На предыдущей неделе к моменту

опроса кальян курили 8,6% студентов РУДН, что выше, чем в Пакистане (3,3%), в Казани (РФ) (3,5%), но приближается к уровню Ливана (9,3%). За предыдущий месяц курили кальян 25,7% студентов РУДН, что выше, чем среди студентов Пакистана (18,7%), но ниже, чем в США (30,6%), Киеве (39,7%) и значительно ниже, чем в Казани (52,3%). Отсюда видно, что студенты РУДН занимают промежуточное положение по распространенности курения кальяна среди стран мира, уступая студентам Казани.

Курение кальяна корреляционно связано с потреблением алкоголя (Спирмена $r=0,60$ $p<0,01$). Так, среди тех, кто в принципе потребляет алкоголь, курят кальян 72%, среди непьющих – 13% ($p=0,000000$). Среди курящих сигареты курят кальян 60%, среди некурящих – 35% ($p=0,084<0,1$).

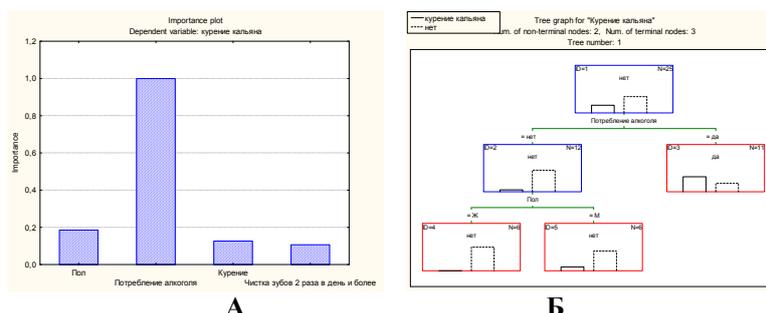


Рис. 1. Важность факторов (А) и дерево решений (Б) для курения кальяна среди студентов: медико-социальные характеристики (Data Mining, Statistica)

Для более глубокого понимания взаимосвязей курения кальяна проведено исследование методом интеллектуального анализа данных Data Mining, в основу которого положена концепция паттернов, отражающих фрагменты многоаспектных взаимоотношений в данных и играющих ведущую роль в областях со сложной системной

организацией. Теория, лежащая в основе деревьев решений, обеспечивает очень удобный и естественный путь оценки важности переменных [2]. График, отражающий «важность» исследованных переменных после первичной «очистки», (Importance plot) показывает, что курение кальяна сочетается в первую очередь с явлением того же порядка - потреблением алкоголя, а для некурящих – с полом. Чистка зубов 2 раза в день, а таких 76%, (ежедневно чистят зубы все респонденты) и курение сигарет имеют гораздо меньшую связь с курением кальяна.

Связь частоты курения кальяна и кариеса зубов, кровоточивости десен и наличия зубных бляшек приведена на рис. 2. По результатам ранжирования стоматологических проявлений патологии при частом курении кальяна Data Mining позволяет установить ряд переменных по важности: 1) наличие зубных бляшек, 2) наличие кариеса зубов, 3) наличие кровоточивости десен.

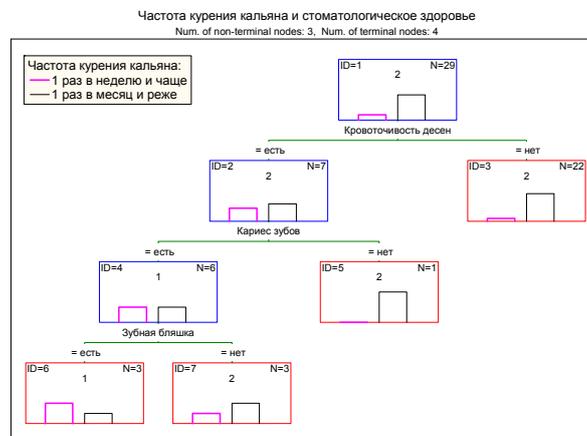


Рис. 2. Дерево решений для частоты курения кальяна и показателей стоматологического нездоровья студентов (Data Mining Statistica)

Для сравнения Data Mining-исследование связи стоматологического здоровья и курения сигарет показало,

что единственной стоматологической патологией, связанной с частым курением сигарет (1 раз в неделю и чаще), является кариес зубов. Ежедневное и ежедневное потребление алкоголя обуславливает в первую очередь наличие кровоточивости десен, затем кариеса зубов и в последнюю очередь - наличие зубных бляшек.

Логический анализ связи частоты потребления алкоголя, курения сигарет и кальяна с состоянием зубов и полости представлен в виде схемы (рис. 3).

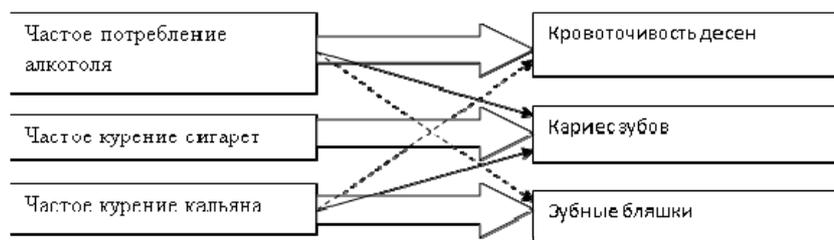


Рис. 3. Взаимосвязь стоматологического здоровья студентов и элементов нездорового стиля жизни

Таким образом, частота курения кальяна связана с частотой потребления алкоголя. Курение кальяна пополнило список предикторов (из числа элементов стиля жизни) стоматологического нездоровья. Установлено, что частота курения кальяна среди студентов определяет в первую очередь наличие зубных бляшек и в меньшей степени кариес зубов и кровоточивость десен. Объединение частого потребления алкоголя, курения сигарет и кальяна дает представление об их взаимосвязи и позволяет формировать научный базис для разработки мероприятий по сохранению стоматологического здоровья студентов.

Литература

1. Андреева, Т.И. Распространенность курения кальяна среди студентов в России и Украине является угрожающей / Т.И.

Андреева // Контроль над табаком и общественное здоровье в Восточной Европе . – Изд-во Андреева Татьяна Ильинична, 2012. – т.2, №S1. – С.51.

2. Nisbet, R. Handbook of Statistical Analysis and Data Mining Applications / R. Nisbet, J. Elder IV, G. Miner. – Academic Press, 2009. – 860 p.

УДК 614.254

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ

Насырова А.Н.*, Боговская Е.А.**

***ФГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра
медицинского права, г. Москва**

**** ФГБОУ СПО МК РАМН, кафедра общественного
здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВПО РНИМУ им.
Пирогова, кафедра экономики здравоохранения, г. Москва**

Право на охрану здоровья является одним из наиболее важных, жизнеобеспечивающих прав человека независимо от его гражданства, пола, расы, нации и других статутных особенностей человека. Реальное обеспечение прав и законных интересов граждан (в том числе иностранных) в сфере охраны здоровья важная социальная и политическая задача любого цивилизованного государства [1,2].

Организацию надлежащего исполнения обязанности по оказанию медицинской помощи иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, и созданию нормативно-правовой базы по данной проблеме, должна обеспечить Российская Федерация, в лице уполномоченных органов

государственной власти, согласно многочисленным международным правовым актам, договорам и соглашениям.

Конституция РФ в п. 3 ст. 62 закрепила равенство прав иностранных граждан и граждан РФ, в том числе права на охрану здоровья и медицинскую помощь, кроме случаев, установленных федеральным законом или международным договором Российской Федерации. Особенностью правовых основ медицинского обеспечения иностранных граждан в РФ, является то, что нормы действующего законодательства максимально уравнивают права и обязанности иностранных граждан с правами и обязанностями граждан Российской Федерации.

Федеральный закон ФЗ №115-ФЗ от 25 июля 2002 г. «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», поясняет, кто же является иностранным гражданином, а кто лицом без гражданства:

- иностранный гражданин - физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и имеющее доказательства наличия гражданства (подданства) иностранного государства;

- лицо без гражданства - физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательств наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

Согласно п.3 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" «право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации».

Согласно постановлению правительства РФ от 6 марта 2013 г. №186 "Об утверждении Правил оказания

медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации" «медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временно проживающим) или постоянно проживающим в Российской Федерации, оказывается медицинскими и иными осуществляющими медицинскую деятельность организациями независимо от их организационно-правовой формы, а также индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность».

В системе медицинского страхования существует перечень минимальных медицинских услуг, оказываемых застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации (Приказ Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. №315 "О минимальном перечне медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования застрахованным иностранным гражданам, временно находящимся в Российской Федерации").

В данный перечень входят:

а) медицинская помощь, оказываемую станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;

б) медицинская помощь в амбулаторных и стационарных медицинских учреждениях при внезапном расстройстве здоровья и несчастных случаях в объеме, необходимом для устранения угрозы жизни пациента и (или) снятия острой боли;

в) транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, включая медицинское сопровождение (медицинская бригада, врач, медицинская сестра), с места заболевания (происшествия) в медицинское учреждение;

г) посмертная репатриация (транспортировка) останков.

В экстренной форме оказывается медицинская помощь при состояниях, представляющих угрозу жизни. Наличие угрожающих жизни состояний, является главным критерием

экстренной медицинской помощи, они отражены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

В соответствии с данным приказом:

«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее - угрожающее жизни состояние)».

Состояния, представляющие угрозу жизни, не могут быть компенсированы организмом самостоятельно и обычно заканчиваются смертью.

Именно при этих состояниях медицинские организации в соответствии с п.1. ст. 79 обязаны оказывать медицинскую помощь (независимо от того, являются ли нуждающиеся в такой помощи гражданами РФ или нет, застрахованными в системе ОМС или нет).

В рамках скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинская помощь иностранным гражданам оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.2013 №388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи".

Выбор медицинской организации для доставки пациента при осуществлении медицинской эвакуации производится исходя из тяжести состояния пациента, минимальной транспортной доступности до места расположения медицинской организации и профиля медицинской организации, куда будет доставляться пациент.

Медицинская помощь не может быть оказана гражданам иностранных государств за плату, только в следующих случаях:

- при оказании экстренной медицинской помощи;
- гражданам иностранных государств, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- если это предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Анализ вышеперечисленных нормативно-правовых актов, регулирующих порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, позволяет сделать вывод о недостаточности правовых механизмов реализации иностранными гражданами права на охрану здоровья и медицинскую помощь. В связи с этим необходимо принятие отраслевого нормативно-правового акта, конкретизирующего объем медицинской помощи, что приведет к улучшению качества и доступности оказания медицинских услуг иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

Нормативно-правовые акты

1. Федеральный закон от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29 ноября 2010г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Постановление Правительства РФ от 6 марта 2013 г. N 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

Литература

1. Сергеев, Ю.Д. Медицинское право (учебник в 3-х томах)/ Ю.Д. Сергеев. – М., Геотар Медиа, 2008. – 777 с.

УДК 616.831-005.8-08-039.57:303.425.6(045)

**ИССЛЕДОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ КАК
КОМПОНЕНТА СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Пархоменко А.А., Еругина М.В.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, г. Саратов

Традиционно при оценке эффективности здравоохранения учитываются три основных ее компонента: медицинский, экономический и социальный. Выделяют два основных уровня социальной эффективности: общество в целом и конкретный больной. В отношении конкретного больного социальная эффективность – это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью.

Оценка удовлетворенности медицинской помощью является в настоящее время краеугольным камнем в системе оценки качества медицинской помощи в целом. Изучение мнения потребителей медицинских услуг осуществляется как в амбулаторных, так и стационарных медицинских организациях, как в научных, так и в практических целях для принятия управленческих решений. Однако в большинстве

случаев анализ удовлетворенности пациентов проводится без учета клинической картины заболевания, для всех нозологических единиц одновременно.

В связи с вышеизложенным по причине широкой распространенности инсультов в РФ (350-400 тыс. случаев в год) и значительной роли поликлинических организаций в реабилитации лиц, их перенесших (более 80% больных), представляется необходимым исследование удовлетворенности больных с инфарктом головного мозга амбулаторной медицинской помощью. Ишемический инсульт выбран как объект изучения в связи с высокой долей в общей структуре инсультов (80-85%). Геморрагический инсульт явился критерием исключения больных из исследования в связи с особенностями клинической картины и системы оказания медицинской помощи.

Целью исследования явилась разработка мероприятий для повышения удовлетворенности амбулаторной медицинской помощью больных с инфарктом головного мозга. Для чего были решены следующие задачи: оценка уровня удовлетворенности амбулаторной медицинской помощью, выявление факторов, на него влияющих, и причин неудовлетворенности.

Всего в исследование было включено 90 больных, перенесших инфаркт головного мозга, верифицированный методами нейровизуализации (КТ/МРТ). Отбор больных проводился случайным образом. Опрос проводился в ранний восстановительный период (в пределах 6 месяцев с момента развития инфаркта головного мозга).

Среди лиц, вошедших в выборочную совокупность, мужчины составили 51,1%, лица трудоспособного возраста - 28,9%. Большинство больных (84,4%) перенесли инфаркт головного мозга в бассейне сонных артерий, остальные (15,6%) - в вертебро-базиллярном бассейне. Данное распределение соответствует литературным данным и

позволяет говорить о типичности выборочной совокупности. Средний возраст больных – $65,2 \pm 3,2$ лет.

Средний балл удовлетворенности амбулаторной медицинской помощью больных с ИГМ составил $5,1 \pm 1,2$ балла (по 10-бальной шкале). Лишь 27% респондентов удовлетворены амбулаторной медицинской помощью полностью. Крайний уровень недовольства высказали такое же количество респондентов (рис.1).

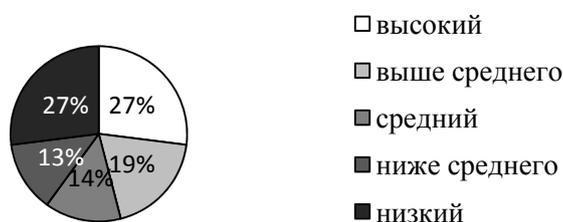


Рис. 1. Уровень удовлетворенности амбулаторной медицинской помощью при инфаркте головного мозга

Среди причин недовольности медицинской помощью ведущими были вопросы организации лечебного процесса (утрача медицинской документации, нерациональная маршрутизация пациентов в ЛПУ, нехватка кадров – указали 24,5% респондентов), отношение медицинского персонала (невнимательное, негативное – 20% респондентов), лишь 8,9% опрошенных пожаловались на неэффективность проводимого лечения.

Результаты анализа корреляционной зависимости и статистически значимых различий между уровнем удовлетворенности, традиционно оцениваемыми факторами (возраст, пол, доступность медицинской помощи и др.) и факторами, характеризующими данную конкретную группу пациентов (объективная балльная оценка неврологического статуса, особенности течения заболевания, степень восстановления нарушений) представлены в табл. 1. Для

оценки значимости статистических различий в группах применялись непараметрические критерии (Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова, Розенбаума).

Таблица 1

Влияние факторов на удовлетворенность амбулаторной медицинской помощью при инфаркте головного мозга

	Сила корреляционной связи с уровнем удовлетворенности		Статистическая значимость различий в группах
Возраст (лет)	$\rho = - 0,04$	Пол (мужчины/женщины)	$p > 0,05$
Субъективная эффективность лечения (% восстановления здоровья, по мнению пациента)	$\rho = - 0,18$	Доступность медицинской помощи (возможность посетить поликлинику – да/нет)	$p > 0,05$
Объективное состояние нервной системы (бальная оценка неврологического статуса)	$\rho = - 0,06$	Комплаэнтность (Приверженность к лечению – да/нет)	$p > 0,05$

Таким образом, выявлен средний уровень удовлетворенности больных с инфарктом головного мозга амбулаторной медицинской помощью. Организация медицинского процесса в условиях поликлиники влияет на уровень удовлетворенности в большей степени, нежели эффективность проводимого лечения и состояние пациентов. Необходимо проведение мероприятий по рациональной маршрутизации потоков больных с учетом приоритета их

интересов, налаживание четкой системы учета движения медицинской документации (электронный документооборот), обучение медицинских работников психологии общения с пациентами.

Литература

1. Вишняков, Н.И. Анализ социально-гигиенической характеристики больных с ОНМК, госпитализированных в отделения восстановительного лечения и их мнения о качестве и доступности такой помощи / Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Д.И. Рейнштейн // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – №52 – С.53-55.
2. Национальный стандарт Российской Федерации Менеджмент организации. Удовлетворенность потребителя. Руководство по управлению претензиями в организациях. ГОСТ Р ИСО 10002-2007 – М. : Изд-во стандартов, 2004. – 141 с.
3. Светличная, Т.Г. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по данным социологического опроса) / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, А.В. Кудрявцев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 3. – С.18-21.

УДК 614.2

ОСОБЕННОСТИ КАРЬЕРНОГО РОСТА МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пачгин И.В.*, **Кича Д.И.****, **Туаева А.А.*****
**Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Кемеровской области,
г. Кемерово*

*** Российский Университет дружбы народов, кафедра
организации здравоохранения, лекарственного
обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФПК
МР, г. Москва*

**** Российский Университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Принятые менеджерами здравоохранения решения в современных условиях оказывают значительное влияние на работу медицинских организаций и персонала, здоровье пациентов. От корректности и эффективности принятых решений зависит социально-экономическое благополучие и карьерный рост по служебной лестнице самих менеджеров.

Предшествующий опыт работы менеджера здравоохранения оказывает существенное влияние на результаты и эффективность его работы, на приведенные параметры активности [1,2,3,4,5].

С целью изучения специфических особенностей карьерного роста менеджеров здравоохранения и эффективности их потенциального профессионального роста нами была разработана анкета. Предполагается распространение этой анкеты среди слушателей системы последиplomного образования в здравоохранении.

Карьерный рост многие определяют как расширение области своего влияния. Логично предположить, что чем шире влияние личности на работу организации, тем выше удовлетворенность, ответственность и заработная плата. Ввиду этого для удержания на высокой карьерной позиции менеджера требуется постоянное совершенствование знаний и навыков путем «обучения через всю жизнь». С другой стороны, как следует из результатов исследований [2,3,4,5], если нет карьерного роста, не будет и расширения влияния на организацию и персонал.

Область менеджмента характеризуется тем, что управление «большими» организациями и процессами построено по принципам иерархии, т.е. подчинение многих одному. Чем выше позиция по иерархии, тем более значимое влияние личности на организацию и персонал, на контрагентов внешней среды, значимее социальный статус.

Начиная разрабатывать статистические документы для сбора информации по теме настоящего фрагмента исследования, была необходимость изучить проблему карьерного роста с позиций мотиваций начинающих менеджеров здравоохранения. Только разработанный и тщательно продуманный план в достижении желаемой карьеры повысит шанс на успешное продвижение. В этом принципиально важно откровенно провести самоанализ своих способностей, мотивов, желаний, ориентаций и выбора направления профессиональной деятельности на протяжении жизни, т.н. «карьерный план» или «программа достижения цели». Образование - только первая ступень в реализации этого плана, далее играют роль возможности и способности для развития финансовых, профессиональных и иных компетенций. При этом только постоянный самоанализ и объективная оценка своих карьерных компетенций может создать базис для карьерного развития, а мотивационная

активность к профессиональному росту позволит добиваться успеха в карьере.

Первичная переподготовка и сертификационные циклы на кафедрах и факультетах дополнительного профессионального образования являются важной составляющей для повышения компетенций менеджеров здравоохранения, начиная с врачебных и сестринских позиций.

Наши кафедры предлагают специальные программы бакалавриата и магистратуры, MBA в области менеджмента в здравоохранении. Целевая направленность подготовки и обучения специалиста-менеджера здравоохранения ориентирована на повышение знаний и приобретение профессиональной компетентности. Не вдаваясь в детали этого понятия, следует заметить, что специалисты в профессиональную компетентность включают знания и опыт, практические навыки и интуицию, личностные качества и способности, которые относятся к сфере профессиональной деятельности, дают возможность действовать ответственно и самостоятельно. В целом, профессиональная компетентность менеджера здравоохранения проявляется в успешном решении определенного типа профессиональных задач по совершенствованию здравоохранения и общественного здоровья [1, с. 47].

В итоге, при самооценке молодой специалист должен опираться не на отдельный набор профессиональных знаний и навыков, а на слияние ряда ключевых качеств личности со знаниями, умениями, навыками и высокой мотивацией на творческую работу, тем самым оценивается уровень карьерной компетентности.

Наработать необходимый уровень компетентности в короткие сроки является стратегической задачей развивающегося специалиста – менеджера здравоохранения.

Получены предварительные результаты оценок эффективности управленческой деятельности руководителей разных звеньев системы здравоохранения, обучающихся по программам первичной переподготовки и сертификации «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Вопросы анкеты отражают основные проблемы карьерного роста по следующим блокам: Образование; Работа; Семья и жизнь; Мотивации и Другое. В некоторых случаях самозаполнение анкет сопровождалось интервьюированием респондентов – слушателей циклов переподготовки, для углубленного раскрытия вопросов мотиваций.

Литература

1. Янченко И.В. Карьерные возможности цифрового поколения / И.В. Янченко / Молодой ученый. — 2012. — №11. — С. 503-507.
2. <http://habrahabr.ru/post/209668/>
3. <http://www.moluch.ru/archive/46/5565/>
4. http://abc.vvsu.ru/Books/karjera_molodogo_spetsialista_upp/page0003.asp
5. <http://belenko.imicor.ru/razvitie-karery/>

УДК 614.2 (075.8)

**НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ
ДЕРМАТОЗАМИ**

Пивень Е.А.*, Пивень Н.П.**

** Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г.Москва*

***Филиал «Раменский» МНПЦДК ДЗ, г.Москва*

Кожные заболевания являются одними из распространенных заболеваний человека и представляют серьезную социальную, экономическую, гуманитарную и медицинскую проблему. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с различными формами хронических дерматозов, увеличивается заболеваемость псориазом, атопическим дерматитом, экземой. Широкая распространенность и тенденция роста хронических дерматозов у населения, а также тесная связь между данной патологией и общим состоянием здоровья, зависимость ее от многих социально-гигиенических, медико-биологических и других факторов, ставит заболеваемость населения псориазом, атопическим дерматитом и экземой в ряд актуальных проблем современного здравоохранения. Решение данной проблемы требует анализа причин возникновения подобных заболеваний и совершенствования профилактической и лечебной работы.

Нами был проведен анализ социально-гигиенической характеристики больных хроническими дерматозами на основании изучения выборочной совокупности объемом 420 человек, по 140 больных атопическим дерматитом, псориазом и экземой взрослого населения, находящихся под

наблюдением филиала «Раменский» МНПЦДК ДЗМ по специально разработанной программе.

Установлено, что средний возраст больных атопическим дерматитом составлял $25,6 \pm 6,36$ года, для больных псориазом и экземой – $44,3 \pm 7,36$ и $41,6 \pm 6,74$ соответственно ($P=0,95$). В браке состояли 21,4% больных атопическим дерматитом, 47,8% больных псориазом и 54,3% - экземой. Основную долю больных атопическим дерматитом (55,7%) составляли учащиеся. Рабочие и служащие соответственно составляли 24,3% и 15%. Основная доля больных псориазом и экземой представлена рабочими (44,3% и 47,8%) и служащими (32,9% и 36,4% соответственно). При изучении образовательного уровня выявлено, что наибольшая доля больных атопическим дерматитом (67,1%) имела незаконченное среднее и общее среднее образование, а при псориазе и экземе – среднее специальное и высшее образование (59,3% и 56,4% соответственно).

Социально-экономический статус семьи играет важную роль в ее формировании, стабильности и влиянии на здоровье ее членов. Условия жизни дерматологических больных напрямую связаны с их материальным положением. При изучении материальной обеспеченности больных хроническими дерматозами, которая проводилась по их субъективной оценке, более половины (60 – 80%) оценили свое материальное положение как удовлетворительное, при этом подавляющее большинство пациентов имели сопутствующую соматическую патологию.

Довольно значительная часть пациентов имела целый ряд неблагоприятных факторов на производстве. Так, каждый 3-й – 5-й из них работал посменно, в ночное время или сутками; 26,4 – 35% больных работали более 8 часов в сутки, а около 5% - без выходных дней. Не было вредных производственных факторов только у 37,8% больных

атопическим дерматитом, 26,4% и 19,3% больных псориазом и экземой соответственно.

Ежедневные прогулки на свежем воздухе проводили 89,3% больных атопическим дерматитом, 70,7 % больных псориазом и 65,7% больных экземой. Не занимались спортом 32,2% больных атопическим дерматитом, 45,7% больных псориазом и 51,4% больных экземой. Преимущественно отдыхали на море только 27,9% больных атопическим дерматитом, 19,3% и 14,3% больных псориазом и экземой соответственно. 60,7 – 63,6% больных хроническими дерматозами не соблюдали диету. Часто курили 41,4% больных атопическим дерматитом, 57,1% больных псориазом и 54,3% больных экземой. Несколько раз в месяц и более употребляют спиртные напитки 43,6% больных атопическим дерматитом, 73,5% больных псориазом и 78,6% больных экземой, несмотря на то, что по данным целого ряда авторов алкоголь является отягощающим фактором и способствует генерализации кожного процесса.

Отягощенный семейный аллергологический анамнез выявлен у 88,6% больных атопическим дерматитом, 84,3% больных псориазом и у 73,6% больных экземой. Без сопутствующей патологии доля больных хроническими дерматозами составляла только 10,7-13,6%, а с двумя и более заболеваниями – 15-19,3%. Анализ самооценки физического здоровья показал, что 30,8-32,2% больных оценили свое здоровье как плохое.

Неблагоприятный психологический климат в семье отмечался у $\frac{1}{4}$ всех больных. В нервном напряжении большую часть времени пребывали 47,9% больных атопическим дерматитом, 42,1% больных псориазом и 35,7% больных экземой. Доля женщин, пребывавших большую часть времени в состоянии нервно-психического напряжения была на 7% больше, чем у мужчин.

На основании комплексного изучения больных хроническими дерматозами показано, что они формируются под воздействием сложной иерархии факторов. Доказана зависимость заболеваемости хроническими дерматозами от целого ряда социально-гигиенических условий и образа жизни, производственных, медико-биологических и психологических факторов. В целом наши данные подтверждают положение о том, что потребность больных хроническими дерматозами в медико-социальной помощи оценивается целым рядом показателей, а эффективность реабилитации будет во многом зависеть от социально-гигиенических характеристик пациента.

УДК 616.89-008.441.33-036.22(470.620)

ОПЫТ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Пильщикова В.В.

*Кубанский государственный медицинский университет,
кафедра общественного здоровья, здравоохранения и
истории медицины, г. Краснодар*

Масштаб распространения наркомании в настоящее время представляет собой серьезную угрозу здоровью не только нынешнего, но и будущих поколений. Очевидно, что в этих условиях чрезвычайно необходимой становится реализация, как на федеральном, так и на региональном уровнях, комплекса мер противодействия немедицинскому потреблению наркотических веществ. Однако научный подход к разработке подобного рода программ невозможен

без знания эпидемиологической характеристики сложившейся наркологической ситуации.

Несмотря на известные проблемы полноты и корректности официальной наркологической статистики, показатели учтенной заболеваемости, особенно рассматриваемые в динамике, все же позволяют получить достаточно объективное представление об основных региональных особенностях распространения наркомании.

Целью настоящего исследования явился сравнительный картографический анализ показателей заболеваемости и распространенности потребления наркотических веществ, проведенный за период 2007-2012 гг. по контингенту больных с синдромом зависимости от наркотиков (диспансерная группа наблюдения).

Установлено, что в 2007 г. на территории края достаточно четко определялись три зоны наиболее высокого уровня заболеваемости наркоманией - восточная, приморская и центральная. Причем если первые две зоны были обусловлены, главным образом, действием внешних факторов (ввоз наркотических веществ из среднеазиатского и ближневосточного регионов), то формирование третьей вызвано преимущественно внутренними факторами (незаконное культивирование наркосодержащих растений и изготовление наркотических веществ).

К 2013 г. произошло существенное изменение территориального распределения частоты впервые выявленной наркомании: зона наибольшего уровня заболеваемости сместилась в северные районы края, что обусловлено активизацией наркотрафика из Украины. Параллельно продолжали сохраняться высокими показатели заболеваемости в приморской зоне, которая теперь, прежде всего, охватила район Большого Сочи.

Выбор г. Сочи столицей Зимних Олимпийских игр обусловил кратный рост количества задействованных в

строительном, транспортном и обслуживающем комплексах лиц из числа наемных рабочих – граждан Турции, Закавказья и Средней Азии, то есть стран, являющихся традиционными потребителями наркотических средств.

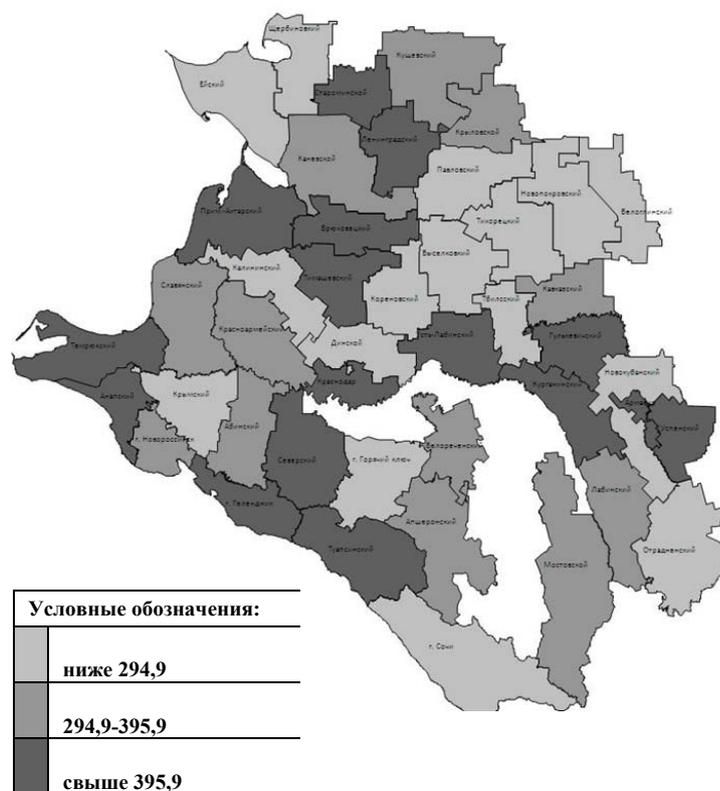


Рис. 1. Классификация административных территорий Краснодарского края по уровню распространенности наркомании (синдром зависимости) в 2007-2012 гг. (на 100 тыс. населения, оба пола)

Напротив, анализ дифференциации показателей распространенности наркомании по территории края не выявил каких-либо существенных изменений в ее динамике, что свидетельствует об относительной устойчивости источников поступления наркотических веществ. Как в начале, так и в конце рассматриваемого периода на территории края определялись три основные зоны с уровнем распространенности наркомании, значительно превышающем средние показатели по Краснодарскому краю (рис. 1):

I. Северо-западная зона, обусловленная, с одной стороны, наличием «украинского» маршрута, который обеспечивает доставку наркотических веществ морским и автомобильным транспортом, а с другой, традиционным для этих районов края промышленным возделыванием конопли, а также незаконными посевами наркосодержащих растений.

II. Приморская зона, связанная с существованием «абхазского» маршрута поступления в край наркотических веществ через КПП «Псоу», а также с наличием морского пути ввоза наркотиков через порты г. Новороссийска и г. Туапсе. Активное развитие морской торговой инфраструктуры Черноморского побережья делает его привлекательным для традиционных импортеров наркотического сырья (Афганистан, Иран, Турция) с целью организации наркотрафика. Развитая курортная инфраструктура способствует созданию дополнительных рынков сбыта наркотических веществ в период курортного сезона.

III. Юго-восточная зона, формирование которой вызвано доставкой в край наркотических веществ из региона Средней Азии, республик Северного Кавказа и Закавказья, а также с территориями государств Юго-восточной Азии (Китай, Таиланд) через Ставропольский край.

Следует отметить, что первые две зоны отличаются относительно большим постоянством и активностью, которые обусловлены двусторонним характером транспортировки растительных и синтетических наркотических препаратов, реализуемой «украинским» и «абхазским» маршрутами. Более того, судя по динамике районных показателей заболеваемости наркоманией, в последние годы данные маршруты являются доминирующими путями поступления наркотических веществ на территорию края.

Таким образом, использование эпидемиологического картирования значительно расширяет возможности изучения процессов формирования наркоситуации, позволяя получить более полную картину территориальной дифференциации уровней потребления наркотических веществ.

УДК 61:378.]-057.87

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ

Пильщикова В.В., Васильев Ю.А.

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины,
г. Краснодар*

Одной из серьезных проблем образовательного процесса является недостаточность профессиональных

знаний [1,2,3], когда не только студенты, но даже интерны и ординаторы, прошедшие государственную итоговую аттестацию, испытывают затруднения в общении, диалоге с пациентами и коллегами, при анализе и разборе клинических случаев. Известно, что наиболее эффективным способом формирования, пополнения и совершенствования профессиональных знаний и умений является индивидуальная активная познавательная деятельность [4,5].

Информационно - коммуникативная среда, в которой находится современная молодёжь, создаёт все условия для активного использования компьютерных средств и технологий в процессе обучения. При этом преподаватель помогает студенту ориентироваться в потоках информации, творчески к ней относиться, решать поставленные перед ним теоретические и практические задачи, стимулируя формирование у него системного клинического мышления. Результативность самостоятельного освоения материала зависит от методически грамотного управления умением обучаемого самостоятельно оценивать, перерабатывать, обобщать и использовать предоставленную ему специальную информацию.

На кафедре общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины КубГМУ, наряду с традиционными методами, разрабатываются и апробируются в учебном процессе новые интерактивные формы обучения. Так, на семинарах по дисциплине «история медицины» с 2013-2014 учебного года применяется игровая технология составления студентами учебных кроссвордов.

Кроссворд – игра-задача, в которой различные фигуры из рядов клеток, заполняются перекрещивающимися словами со значениями, соответствующими теме занятия. Это и своеобразная самопроверка, и занимательный тест, который тренирует память, расширяет кругозор, способствует развитию сообразительности. Обучающая и организующая

роль кроссвордов заключается в том, что они позволяют процесс усвоения новых знаний осуществлять в непринужденной игровой форме, при которой у студентов появляется неформальный интерес к работе с тематической литературой, учебными пособиями, кибер-источниками, а положительные эмоции, возникающие у студентов в процессе интерактивного составления кроссвордов, способствуют предупреждению перегрузки. В то же время данная технология позволяет реализовать принцип индивидуализации обучения и дифференцированного подхода к студентам, выявляя уже на начальном этапе профессиональной подготовки тех, кто активно стремится к творческой деятельности.

Процесс составления кроссвордов базируется на широком использовании предварительно подготовленных реферативных и презентационных материалов, учебных тематических фильмов как по традиционным дидактическим модулям, входящим в состав учебно-методического комплекса данной дисциплины, так и по темам, актуальным для изучения региональных аспектов истории медицины и здравоохранения. Разработанная шкала баллов позволяет достаточно адекватно оценить качество составленных студентами кроссвордов с учетом заданных преподавателем параметров (время, объём, грамотность, аккуратность).

С целью изучения влияния рассматриваемой формы обучения на результативность усвоения учебного материала и познавательную способность студентов нами проведен сравнительный анализ уровня успеваемости студентов по дисциплине «история медицины» за осенний семестр 2013-2014 учебного года в двух исследуемых группах.

Первая (экспериментальная) группа включала студентов, которые на семинарах регулярно составляли учебные кроссворды. В нее вошли студенты II курса лечебного факультета (348 человек) и I курса

фармацевтического факультета (30 человек), у которых изучение дисциплины «история медицины», согласно ФГОС-3, осуществляется в течение осеннего семестра. «Контрольную» группу обучающихся традиционными методами составили остальные студенты этих же факультетов (соответственно 115 и 47 человек).

Согласно полученным результатам, по итогам семестра средний балл в «экспериментальной» группе составил 4,1, в «контрольной» - 3,5 ($p < 0,001$). Параллельно проведенный анализ данных рейтинговой системы оценки успеваемости студентов по дисциплине «история медицины» выявил достоверно значимое превышение удельного веса студентов «экспериментальной» группы, имеющих отличные и хорошие показатели успеваемости (соответственно 48,2% и 19,7%), против аналогичной доли студентов в группе «контроля» (32,1% и 0,3%, $p < 0,001$).

Немаловажным представляется и тот факт, что заложенный в данной форме обучения игровой принцип не только максимально персонализирует образовательный процесс, давая студентам возможность демонстрировать свой интеллектуальный и творческий потенциал, но и повышает чувствительность каждого участника к эмоциональным реакциям своих коллег и межличностным явлениям, позволяя в полной мере прочувствовать механизм командной деятельности.

Таким образом, результаты использования интерактивной технологии составления студентами учебных кроссвордов в курсе истории медицины позволяют судить о перспективности ее более широкого внедрения. Первый опыт применения данной формы обучения убедительно свидетельствует о ее возможностях достаточно активно развивать у студентов такие качества, как креативность, гибкость и оригинальность мышления, стимулировать потребность в совершенствовании студентами своей

познавательной, коммуникативной и психологической компетентности, повышать их интеллектуальную самостоятельность и уверенность в себе.

Литература

1. Берденникова, Н.Г. Организационное и методическое обеспечение учебного процесса в вузе: учебно-методическое пособие/ Н.Г. Берденникова, В.И. Меденцев, Н.И. Панов.- СПб: Д.А.Р.К., 2006. – 208 с.
2. Занина, Л.В. Научно-методическое обеспечение реформирования педагогического образования 90-х гг./ Л.В. Занина - Ростов н/Д, 2001. – 212 с.
3. Концепция модификации российского образования на период до 2010 года. – М., 2002.
4. Павловская, О.А. Ролевые игры как средство повышения качества обучения студентов / О.А. Павловская, И.К. Севастьянова // Современные проблемы науки и образования. – Москва-Краснодар, 2006. – № 12, прил. 1. – С. 75-76.
5. Решетова, Е.Н. Роль интерактивных технологий при формировании инструментальных и личностных компетенций современного икт-специалиста / Е.Н. Решетова // Информационные технологии в науке, образовании, телекоммуникации и бизнес. Материалы XXXIV Международной конференции и дискуссионного научного клуба. Приложение к журналу «Открытое образование». – Украина, Крым, Ялта –Гурзуф, 2007. – С. 288.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РИСКОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Позднякова М.А.*, Пасина О.Б.**

*** ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная
медицинская академия Минздравсоцразвития России»,
кафедра профилактической медицины,
г. Нижний Новгород**

**** НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Горький
ОАО РЖД**

Нами изучена динамика показателей невынашивания беременности в учреждениях родовспоможения Нижегородской области, а также некоторые виды рисков невынашивания. В основу исследования положены материалы официального издания Нижегородского медицинского информационно-аналитического Центра МЗ региона за 2008-2012 гг.. Динамика показателей невынашивания беременности (и в том числе преждевременных родов) по региону характеризуется тем, что уровень невынашиваемости беременности за пять лет увеличился с 8,6% в 2008 году до 9,9% в 2012 году (или на 15,1%). При этом доля преждевременных родов возросла с 3,8% в 2008 году до 5,8% в 2012 году (или на 52,6%). На этом фоне несколько снизился показатель самопроизвольных выкидышей с 4,8.% в 2008 году до 4,1% - в 2012 году. Данная ситуация может рассматриваться как весьма критическая, поскольку негативная тенденция проходит на фоне реализации мероприятий приоритетного национального проекта (ПНП) по модернизации отрасли здравоохранения в целом и системы родовспоможения, в частности.

Вместе с тем, следует отметить, что динамика показателей рисков экстрагенитальной патологии беременных, имеющих большое значение в развитии

невынашиваемости, получила за последние годы негативный тренд. Отмечается существенное увеличение показателя заболеваемости беременных женщин болезнями системы кровообращения с 11,2 на 100 беременных от числа закончивших беременность родами в 2008 году до 13,5 – в 2012 году (или на 20,5%). Аналогичная ситуация характерна и для такой патологии, как анемия беременных. Если в целом по Российской Федерации наметилась устойчивая тенденция снижения показателя, то в Нижегородской области отмечается неустойчивая во времени кривая с общим направлением к росту показателя с 37,9 в 2008 году до 39,0 – в 2012 году (по РФ в 2011 году 34,1 на 100 беременных).

Настораживает также тенденция устойчивого роста числа родов посредством Кесарева сечения с 173,4 на 1000 родов в 2008 году до 211,0 – в 2012 году. Данное явление следует расценивать как следствие тактики ведения родов на фоне возросшего числа беременных группы высокого акушерского и перинатального рисков, существенно снижающих возможности родоразрешения через естественные пути.

При этом возникает вероятность развития последующих рисков невынашивания беременности вследствие развития спаечных и рубцовых изменений в органах малого таза женщины. Так, характеризуя проблему прогнозирования невынашиваемости при абдоминальном родоразрешении, И.Н. Коротких и Э.В. Ходасевич отмечают, что "...основную часть женщин, которым производится Кесарево сечение, составляют беременные высокого «риска» с соматической и акушерской патологией, рубцом на матке и, следовательно, нуждающихся в адекватной и эффективной реабилитации" [6].

При оценке адаптационного потенциала беременных на основе определённых показателей авторами сформированы группы «риска» после интегрального анализа 37 факторов

«риска». При этом 64,2% общего числа обследованных женщин принадлежали к группе высокого риска, 35,8% - к группе среднего риска, а по данным балльного прогноза с низким уровнем риска не оказалось ни одной беременной.

В целом проблема выявления и управления рисками невынашивания беременности нуждается в дальнейшем исследовании с применением методов донозологического скринингового обследования беременных для идентификации и прогнозирования акушерских и перинатальных рисков в форме экстрагенитальной и гинекологической патологии.

УДК 616-01/09

КУРЕНИЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ – ПОНЯТИЯ НЕСОВМЕСТИМЫЕ

Рафеенко Т.В.

*Научный руководитель: доц. к.б.н. Дрожжина Н.А
Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва.*

В настоящее время курение не является редкостью, а, наоборот, стало представлять огромную угрозу для здоровья населения большинства стран мира. Наиболее жестко встает вопрос относительно женского населения, так как непосредственно женщины играют главную роль в зачатии, вынашивании, кормлении ребенка на начальных этапах его жизни. [3, С. 13-14].

Никто не возьмется спорить, что курение вредно любой молодой женщине. Но когда она находится в положении –

наносимый никотином ущерб несоизмеримо возрастает. Все ядовитые вещества проникают к ребенку сквозь плаценту. Причем ни стаж, ни количество выкуриваемых сигарет особой роли не играет – для этого достаточно одной затяжки. Фактически, плод курит вместе с мамой. Вот только наносимый вред несопоставим: концентрация всех этих веществ в организме ребенка гораздо выше, чем в крови у матери! [2, С. 114 - 276].

Цель: выявление причин курения женщиной с целью доказательства несовместимости курения с женским организмом. Проведено 2 эксперимента: 1: методом анкетирования. В нем участвовали 126 курящих беременных женщин в возрасте от 19-35 лет. Им были предложены различные вопросы такие, как: «Зачем вы курите? Вы понимаете, что наносите вред вашему будущему малышу? Влияют ли сигареты на ваше самочувствие? Что вас беспокоит после курения? Смогли бы отказаться от сигарет ради здоровья будущего малыша? Результаты: на вопрос: «Зачем вы курите?»- 75%-по привычке;16%- на фоне волнения, стресса; 9%-боязнь отказаться, т.к. считают, что нанесут вред малышу; 2. «Вы понимаете, что наносите вред вашему будущему малышу?»- 85%- конечно; 12%-нет; 3%-наверно, да ; 3. «Влияют ли сигареты на ваше самочувствие»- 52% - да; 40% - нет, я себя чувствую также; 8% -иногда. 4. «Что вас беспокоит после курения» - 48%- тошнота; 30%-головокружение; 11%- учащение СС; 9%- кашель; 2%-диарея.5.» Смогли бы отказаться от сигарет ради здоровья будущего малыша?» - 42%-да, но нет желания; 30% -нет; 16%-да, но не на долгий период; 12%-да.

К сожалению, данные статистики показывают, что курение вошло в нашу жизнь, как что-то обыденное, необходимое. Проводив анкетирование, я смотрела реакцию девушек, женщин на мои вопросы, и ни одна из них не

задумалась о том, что в ближайшем будущем она станет мамой, и каково будет её будущему малышу.

Во втором эксперименте участвовали 200 курящих беременных женщин, в возрасте от 22-38 лет. Я наблюдала, как протекает беременность, как проходят роды, как развивается малыш в первый год после рождения. Вот результаты: 45% - недоношенность плода и меньший вес новорождённого; 12% - патологии при родах; 2% - мертворождение; 10% - патологии при развитии уже рождённого ребёнка. Только 31% женщин родили здоровых малышей, но не факт, что курение не даст о себе знать при развитии малыша в будущем.

Большинство женщин знают, что курение очень вредно во время беременности, но так как находятся под никотиновой зависимостью, не могут отказать себе в этой привычке. Женский организм намного больше подвержен негативному влиянию курения именно потому, что женщина – это будущая мама, с более тонкой системой организма, подстроенной под вынашивание плода. Курение может легко сломить эту систему, в результате чего может развиваться нездоровый, неполноценный ребенок, у которого может не быть нормального будущего. Рождение здорового ребенка возможно только в том случае, если он не курит вместе с мамой. И сможете ли вы бросить убивающую его и вас привычку, будет зависеть исключительно от того, насколько вы заинтересованы в рождении здорового малыша [1, С. 43 – 237]. Курение- это глобальная проблема и решать ее нужно всем вместе. Я хотела бы дать несколько рекомендаций по ее решению:

1. Пропаганда здорового образа жизни и мерах по ограничению курения табака;
2. Пропаганда знаний о вреде курения в учебных учреждениях и в учреждениях здравоохранения;
3. Штрафы за курение;

4. Увеличить цены на табачную продукцию;
5. Ужесточить контроль со стороны государства за продажей табачной продукции беременным женщинам;
6. В женской консультации организовать просмотр фильмов о вреде курения (женщина должна сама видеть к чему приводят последствия курения);
7. Организовать анонимные кабинеты в женской консультации. Только все вместе, общими силами мы можем попытаться освободить женщин от этой зависимости.

Милые женщины, будущие и настоящие матери, берегите себя и своих уже рожденных или еще неродившихся малышей! Это то единственное, что, действительно, стоит оставить в этом мире как продолжение себя и что наполняет нашу жизнь смыслом! Сигарету в гроб не положишь и не увековечишь ее как память о себе!

Литература

1. Брайзер, Д. Как бросить курить / Д. Брайзер. – М.: Диалектика, 2006. – С.43-237.
2. Домашний доктор для женщин/ Под редакцией Ярошенко Н. – Лондон: РWP, 2005. – С. 114, 131, 211. 276.
3. Казьмин, В. Д. Хочу бросить курить! Это проще, чем вы думаете!/ В.Д. Казьмин. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – С. 13-56.

УДК 616.155.194.8+616.152.72-074

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ В МЕЖДУНАРОДНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ СТУДЕНТОВ

Реза М. Шалим, Туаева А.А.

*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Проблема анемии ставит важные задачи перед исследователями в международных коллективах, в которых наблюдается высокий уровень выявляемости различных форм анемии. Это могут быть железодефицитные анемии, гемоглобинопатии, которые включены в число важнейших медицинских проблем Всемирной организацией здравоохранения. Особенно велико значение гемоглобинопатии среди студентов из стран жаркого климата, многие из которых являются странами - приема студентов в РУДН. В течение 30 лет на базе поликлиники № 25 департамента здравоохранения г. Москвы проводилось исследование студентов на наличие гемоглобинопатии. Обследовано более 10 000 студентов, выявлено 500 лиц с серповидно-клеточной патологией. Большинство обследованных имела HbAS (серповидно-клеточную аномалию); кроме того было отмечено сочетание HbS с другими аномальными гемоглобинами (HbC, D, OArab), а также HbS с талассемией [1].

Поскольку РУДН является международно ориентированным вузом, в нем обучаются студенты из более 140 стран мира. Это ставит перед поликлиникой №25 департамента здравоохранения г. Москвы, обслуживающей РУДН, серьезные лечебно-диагностические задачи. При изучении распространённости анемии в студенческой среде необходимо принимать во внимание страну происхождения

студента, географические условия проживания до прибытия в РУДН, национальные особенности и клиническое течение заболевания.

Проявления болезни у студентов могут быть связаны с патологическим процессом, служащим источником кровотечения, наличием анемии, сидеропении с нарушением функций органов в результате уменьшения активности железосодержащих ферментов. Возможна атрофия слизистой языка, пищевода, желудка и кишечника. При постепенном развитии анемии, как это бывает в случае длительного пребывания студента в непривычных условиях, в результате дезадаптации жалобы могут возникать сразу или длительно отсутствовать. Чаще всего у таких студентов снижается толерантность к физической и учебной нагрузке. Характерная триада жалоб больных анемией (утомляемость, возбудимость, головные боли), возможно, связана не столько со снижением гемоглобина, сколько с дефицитом железосодержащих ферментов [2,3,4].

В этом направлении мы проводим исследования анемии среди студентов в аспекте особенностей диагностики. Это включает уровень гемоглобина (Hb), средний объем эритроцитов (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) и концентрация гемоглобина (MCHC).

Данный фрагмент исследования содержит результаты обследования 32 студентов в возрасте от 19-28 лет, из них российские студенты составили 66%, с целью определения распространенности и классификации анемии по цветовому показателю и по степени тяжести заболевания.

Результаты. Общая распространенность анемии (Hb<120 г/л) составила 81%, из них 77% - легкая степень тяжести (содержание Hb 90-120 г/л), остальные (23%) - средняя степень тяжести анемии (содержание Hb 70-90 г/л). Случаев с тяжелой анемией (содержание Hb ниже 70 г/л) не выявлено.

У 19% исследуемых выявлен железодефицитный эритропоэз: при уровне гемоглобина в пределах нормы (содержание Hb 120-160 г/л) содержание железа в сыворотке понижено (меньше 12 мкмоль/л).

Около 92% выявленных случаев были представлены микроцитарной анемией (MCV<80). Случаев макроцитарной анемии (MCV>96) не обнаружено.

Среди всех исследуемых студенты из Африки составили 19% (анемия и железодефицитный эритропоэз выявлены в 50% случаев); студенты из Азии составили 16% (анемия выявлена в 100 % случаев); из Европы – 66% (из них анемия – 85,7 %, железодефицитный эритропоэз - 14,3%).

Основной причиной анемии и железодефицитных состояний среди студентов может быть их неприспособленность к жизни в условиях полного самообслуживания, несоблюдение режима питания в условиях загруженности на занятиях или неправильного распорядка дня. В поликлинике №25 проводятся ежегодные профилактические осмотры студентов для своевременного выявления случаев с различными заболеваниями, в том числе и железодефицитные состояния.

Результаты показали, что анемия и железодефицитные состояния являются проблемой здоровья для студентов РУДН, при этом чаще встречается микроцитарная железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Это требует дальнейшего изучения на большей выборке здоровых студентов.

Литература

1. Юшкова, Н.М., Абдулвахаб С. Гемоглобинопатии среди студентов РУДН и наблюдение за взрослым больным из Танзании, страдающим серповидно-клеточной анемией (hbss) / Н.М. Юшкова, С. Абдулвахаб // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина– 2008. – N4. – С.106-108.

2. Conrad, M. E. Iron Overloading Disorders and Iron Regulation / M. E. Conrad // Seminars in Hematology. - W.B. Saunders Company, 1998. - v 35, №1. - P.1-4.
3. Sultan, A.H. Anemia among female college students attending the University of Sharjah, UAE: prevalence and classification / A.H. Sultan // J Egypt Public Health Assoc. - 2007. - 82 (3-4). - P. 261-71.
4. Моисеев, В.С. Внутренние болезни с основами доказательной медицины. Руководство для врачей / В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава. - М: ГЕОТАР-Медиа, 2010. - С. 762-763.

УДК 615.1

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Рейхтман Т.В., Мошкова Л.В.

*Российский университет дружбы народов, кафедра
технологии получения лекарств и организации
фармацевтического дела ФПК МР, г. Москва*

Для оценки доступности лекарственной помощи, предоставляемой на различных этапах (стационар, поликлиника), было изучено мнение фармацевтических работников и пациентов. С этой целью было проведено анкетирование 40 фармацевтических работников московских аптек. В обработку включены 40 анкет.

В исследовании участвовали представители различных организаций: 5,6% - научных и образовательных организаций; 44,4% - розничной торговли лекарственными препаратами (ЛП); 33,3% - оптовой торговли ЛП; 5,6% - больничных аптек; 11,1% - органов управления здравоохранением. Стаж работы до 10 лет выявлен у 27,8%

респондентов, более 10 лет – у 72,2%. Большинство опрошенных (83%) работают в небольших фармацевтических организациях с числом специалистов не более 20. Среднее специальное образование имели 22,2% опрошенных, высшее – 77,8%.

Результаты. Основным вопросом социологического опроса являлось установление уровня осведомленности респондентов о реализуемых в Российской Федерации мерах государственной поддержки граждан в части предоставления ЛП. Проведенное анкетирование показало, что большинство респондентов (94%) не знают о предоставлении ЛП в рамках набора социальных услуг за счет финансовых средств федерального бюджета, а также о предоставлении дорогостоящих ЛП для лечения отдельных заболеваний. Выявлен низкий уровень знаний о ЛП в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС), в том числе о ЛП, включенных в стандарты медицинской помощи (89%). При этом у респондентов не выявлено статистически значимых различий в зависимости от уровня их образования.

Соответственно, в большинстве случаев оценить эффективность лекарственной помощи по указанным направлениям фармацевтические работники не могли. Только 27,8% респондентов внесли предложения о предоставлении большего объема информации о возможностях системы ОМС в вопросах лекарственной помощи.

Наиболее высоко специалисты оценивают лекарственную помощь в рамках реализации целевых программ для лечения и профилактики туберкулеза и сахарного диабета. Более 22% опрошенных оценивают их эффективность более чем на 50%.

Для лечения онкологических заболеваний располагали знаниями о лекарственной помощи 61% опрошенных и только 27,8% специалистов оценили эффективность

лекарственной помощи в данном случае на уровне менее 50%.

Самыми узнаваемыми перечнями ЛП среди фармацевтических работников являются Перечень минимального ассортимента для фармацевтических организаций (знают 22%) и Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (знают 77,8%).

На вопрос «Что мешает специалистам в повседневной работе в аптеке?» респонденты ответили:

- отсутствие взаимодействия с врачами поликлиник;
- обилие различных приказов и писем регламентирующего характера, вносящих изменения в порядок работы;
- высокая цена на ЛП, что вызывает негативное отношение потребителей к специалистам.

Установлено, что 22,2% респондентов связывают снижение доступности ЛП с отсутствием выписки рецептов в поликлиниках.

Следующий вопрос анкеты был направлен на выяснение удовлетворения информационных потребностей фармацевтических работников (рис. 1).

Для улучшения качества оказываемой лекарственной помощи респонденты высказали следующие предложения: организовать цикл телепередач о фармации для постоянного освещения новостей и проблем отрасли; необходим специализированный сайт в сети Интернет; систематически организовывать тренинги и обучение для повышения профессионального уровня.

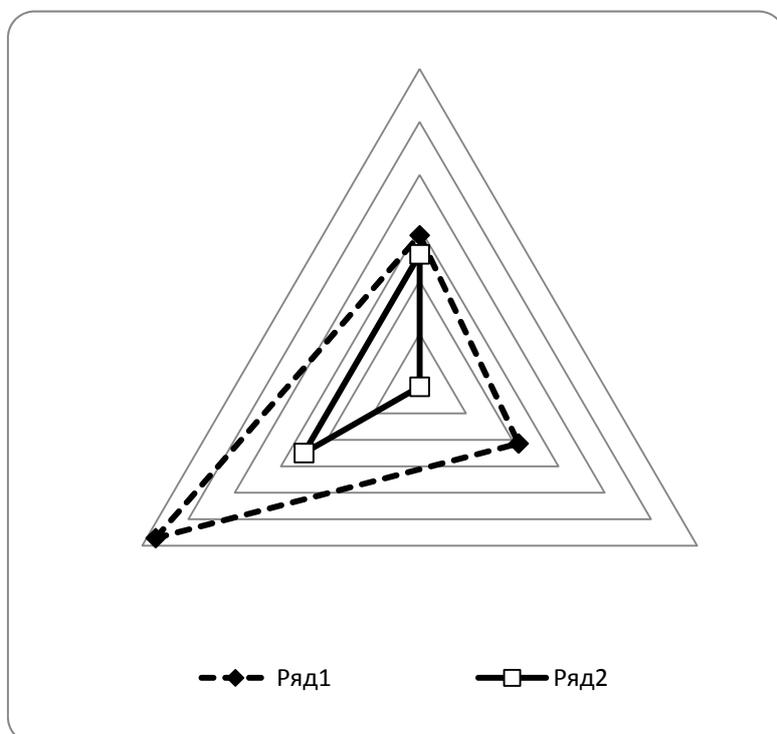


Рис. 1. Ответы респондентов о доступности информации и о предложениях по повышению удовлетворения информационной потребности

Обозначение: ряд 1—специалисты с высшим образованием, ряд 2—со средним

Исследовалось мнение 22 пациентов о лекарственной помощи на различных этапах ее оказания. Работающих было 77,3%, горожан - 82%. Среди них по возрастным группам респонденты распределены следующим образом: 25% в возрасте от 18 до 35 лет и 75% - от 36 до 60 лет. Среди них мужчин 18,2%, женщин 72,8%; с высшим образованием 55,6%. Среднемесячный доход более 20 тысяч рублей в месяц выявлен у большинства опрошенных (86,4%).

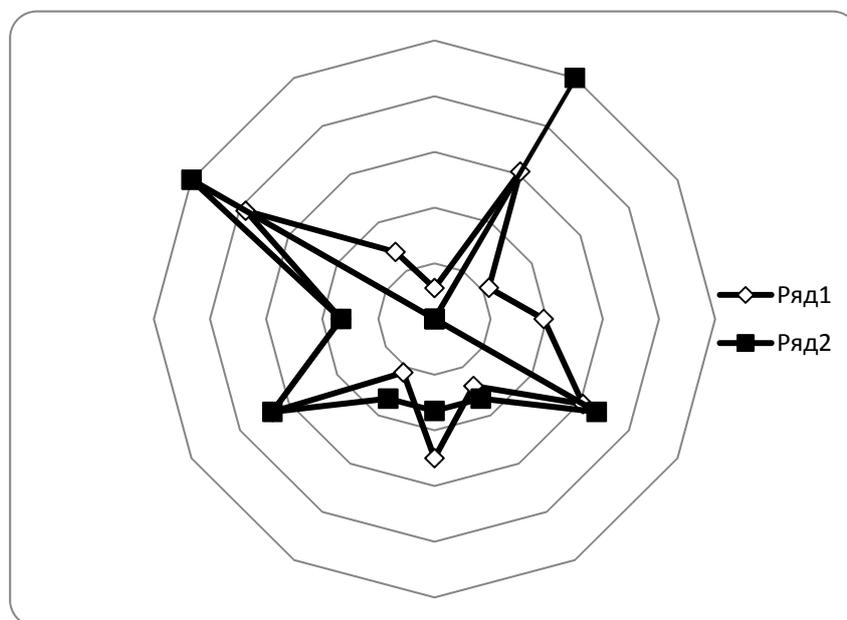


Рис. 2. Ответы респондентов на различные вопросы о доступности лекарственной помощи на различных этапах ее оказания
 Обозначение: ряд 1–работающие граждане, ряд 2– неработающие граждане

Одним из главных вопросов исследования был вопрос об уровне расходов, связанных с необходимостью приобретения ЛП за счет собственных финансовых средств. Анализ ответов показал, что независимо от уровня образования и уровня дохода пациенты несут значительные расходы на покупку ЛП. Более половины респондентов (55%) покупают до 50% наименований ЛП и около 25% респондентов покупают более 50% наименований ЛП. У большинства респондентов (85%) расходы собственных средств на покупку ЛП при лечении в поликлинике составляют до 10% от их дохода, только 15% респондентов тратят более 20%.

Анализ показал низкую осведомленность пациентов о гарантиях предоставления ЛП в системе ОМС: ничего не

знают о ЛП, предоставляемых для лечения в стационаре, 75%, узнают о ЛП от врачей 35%. Необходимо отметить, что 66,7% респондентов оценивают назначения ЛП врачами в стационаре положительно (рис.2). В проведенных ранее исследованиях Н.Б. Ростовской и Н.О. Карабинцевой обосновывалась необходимость введения должностей провизоров-консультантов, информаторов в различных медицинских организациях [1,2]. Данный подход остается актуальным и на современном этапе, как для фармацевтических работников, так и для пациентов.

Литература

1. Ростова, Н.Б. Результаты изучения организации процесса лекарственного обеспечения и внедрения формулярной системы в медицинских учреждениях / Н.Б. Ростова //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1-2. – С.30-34.
2. Карабинцева, Н.О. Теоретические и методические основы фармацевтической помощи больным с профессиональными заболеваниями: на примере Новосибирской области: автореф. дис. д-ра фарм. наук:15.00.01 / Н.О. Карабинцева. – М., 2009. – 46 с.

УДК 614

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В
КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Руднев А.О.

*ГБОУ ВПО ТГМА Минздрава России, кафедра
общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, г. Тверь*

При оценочном исследовании Совета Европы (2006) установлено, что на всей территории европейских стран 20-25% женщин, по меньшей мере, один раз в жизни, подвергались физическому насилию, а свыше 10% были жертвами сексуального насилия. Большинство актов насилия в отношении женщин совершалось мужчинами из их непосредственного социального окружения.

По данным Департамента охраны общественного порядка МВД России, насилие в той или иной форме имеет место почти в каждой четвертой семье; ежегодно около 14 тысяч женщин погибает от рук мужей или других близких [2].

Все учреждения социального обслуживания предоставляют услуги женщинам, находящимся в ситуации семейного насилия. Виды помощи определены Национальным стандартом «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. ГОСТ Р 52143-2003» (утверждено постановлением Госстандарта РФ от 24.11.2003 №327-ст).

Стандарт распространяется на социальные услуги, предоставляемые населению государственными, муниципальными и иных форм собственности учреждениями социального обслуживания, а также гражданами,

занимающимися предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица, и устанавливает основные виды социальных услуг, предоставляемых гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, и требования к порядку и условиям оказания этих услуг.

Социальные услуги предусматривают помощь и всестороннюю поддержку женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и, в зависимости от их назначения, подразделяют на следующие основные виды [4]:

- социально-бытовые (направленные на поддержание жизнедеятельности граждан в быту);

- социально-медицинские (направленные на поддержание и улучшение здоровья граждан);

- социально-психологические (предусматривающие коррекцию психологического состояния граждан для их адаптации в среде обитания/обществе);

- социально-педагогические (направленные на профилактику отклонений в поведении и аномалий личного развития клиентов социальных служб, формирование у них позитивных интересов, в том числе в сфере досуга, организацию их досуга, оказание содействия в семейном воспитании детей);

- социально-экономические (направленные на поддержание и улучшение жизненного уровня);

- социально-правовые (направленные на поддержание или изменение правового статуса, оказание юридической помощи, защиту законных прав и интересов граждан)

В Российской Федерации специализированную помощь в кризисных ситуациях оказывают 21 кризисный центр для женщин, 2 кризисных центра для мужчин, 120 кризисных отделений для женщин, являющихся структурными подразделениями учреждений социального обслуживания

семьи и детей различного типа, а также 23 социальные гостиницы для женщин с несовершеннолетними детьми.

В них предоставляются психологические, юридические, медицинские, педагогические, социально-бытовые услуги женщинам [1,3]:

- подвергшимся психофизическому насилию;
- одиноким матерям с несовершеннолетними детьми;
- беременным, в том числе несовершеннолетним и одиноким;
- находящимся в предразводной и послеразводной ситуации;
- находящимся в конфликте с семьей;
- находящимся в отпуске по уходу за ребенком;
- самостоятельно проживающим выпускницам детских домов и школ-интернатов;
- девочкам-подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

В кризисных центрах работают психологи, психотерапевты, детские психологи, социальные педагоги. В ряде кризисных центров для приобретения женщинами экономической самостоятельности им предоставляется возможность (за счет внебюджетных средств) овладения новыми профессиями, или повышения квалификации по уже имеющейся специальности. Юристы кризисных центров осуществляют юридическое сопровождение, помогают готовить документы в правоохранительные и судебные органы, в службу судебных приставов, представляют интересы жертвы в суде.

Стационары дневного пребывания осуществляют консультирование, юридическое сопровождение женщин, находящихся в кризисно ситуации, методическую поддержку муниципальных специалистов, поддерживают «телефоны доверия».

Литература

1. Алексеева, Л.С. Социальная гостиница – структурное подразделение Центра социальной помощи семье и детям: Методические рекомендации по организации деятельности / Л.С. Алексеева. – М., 2002. – 95 с.
2. Официальный сайт МВД РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.mvd.ru.
3. Серова, Е.А. Отдел по проблемам женщин и детей, переживших насилие в семье – важное подразделение центра социальной защиты / Е.А. Серова, Л.С. Галян // Работник социальной службы. - 2003. - №3. – С. 31–36.
4. Стар, Б. Насилие в семье / Б. Стар // Энциклопедия социальной работы. – М., 2008. – Том 2. - 232 с.

УДК 616.12-009.72-021.387-08:[61:006.4](045)

**АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО
КОМПОНЕНТА СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ**

**Сазанова Г.Ю., Еругина М.В., Долгова Е.М.,
Войтешак А.А.**

*Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, кафедра организации
здравоохранения, общественного здоровья и медицинского
права, г. Саратов*

Оказание плановой медицинской помощи взрослому населению при болезнях системы кровообращения федеральными учреждениями и учреждениями субъектов Российской Федерации регулируются Порядком оказания медицинской помощи этой категории больных,

утвержденным Приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. №918н. Данный Приказ регламентирует оказание кардиологической помощи в рамках первичной, скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь пациентам со стабильной стенокардией в стационарных условиях оказывается в соответствии со стандартом, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №288 от 20 апреля 2007 г.

Цель работы – проведение сравнительной оценки фактического выполнения лечебного компонента стандарта стационарной медицинской помощи больным со стабильной стенокардией.

Материалы и методы. Для проведения анализа выполнения стандарта стационарной медицинской помощи больным со стабильной стенокардией были разработаны оригинальные карты выкопировки данных из медицинской документации стационарных больных (ф.003У) с вышеуказанной нозологией, находящихся на лечении в медицинских организациях муниципального, городского, областного и федерального подчинения в 2012-2013 годах, что позволило оценить степень выполнения лечебного компонента стандарта на разных этапах оказания медицинской помощи.

Оценка степени выполнения лечебного компонента стандарта проводилась по данным первичной медицинской документации путем определения доли фактического применения лечебных процедур от рекомендованной в стандарте кратности. В работе применялись методы контент-анализа, аналитический, статистический. При обработке карт использовались программные средства MS EXCEL, которые включали в себя построение и анализ частотных распределений показателей. Заявленный объем выборки позволяет оценить предельную (максимальную) ошибку для

любой вычисляемой доли в $\pm 2,5\%$ для каждой из трех подвыборок, и в $\pm 1,4\%$ для выборки в целом.

Нами была обработана 1 271 карта стационарного больного со стабильной стенокардией, из них 447 пациентов (35%) получали медицинскую помощь в центральных районных больницах, 417 (33%) – в городских медицинских организациях, 407 (32%) – в учреждениях областного и федерального подчинения

Результаты. Из 77 параметров лечебного компонента с частотой применения, рекомендованной стандартом, в ЦРБ были выполнены 20 (26%), в городских больницах – 24 (31,2%), в областных и федеральных больницах – 21 параметр (27,2%). Не выполняются в ЦРБ 37 параметров (48%), в городских больницах – 31 параметр (40%), в федеральных и областных медицинских организациях – 9 параметров (12%)

С рекомендованной кратностью 1,0 должны выполняться 49 параметров. Однако в ЦРБ выполняется только 20 (41%), в городских больницах – 24 (49%), в областных и федеральных медицинских организациях – 21 параметр (43%). К ним относится: осмотр пациента, сбор жалоб, анамнеза, визуальное исследование, назначение лечебно-оздоровительного режима, лекарственной, диетической терапии, взятие крови из пальца и периферической вены, регистрация и расшифровка данных электро-кардиографического исследования, выполнение общего анализа крови и мочи. Остальные параметры выполняются с частотой применения 0,01 – 0,9.

Ни в одной медицинской организации не выполнялись эхокардиография трехмерная, с фармакологической нагрузкой, чреспищеводная, изотопная ангиография, динамическая нефросцинтиография, дуплексное сканирование вен, ультразвуковая доплерография вен. В ЦРБ и городских больницах не использовали катетеризацию

кубитальной и других периферических вен, уход за сосудистым катетером, эластическую компрессию нижних конечностей, ЭКГ с физическими упражнениями, коронарографию, баллонную вазодилатацию, установку стента в сосуд, анастомоз на коронарные сосуды, анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение), исследование ретикулоцитов в крови, исследование дыхательных объемов при медикаментозной провокации, дуплексное сканирование артерий, сцинтиграфию миокарда, компьютерную томографию сердца, ядерно-магнитную резонансную томографию сердца, электроимпульсную терапию при патологии сердца и перикарда, лечебную физкультуру при заболеваниях сердца и перикарда. Вышеперечисленные параметры применялись только в медицинских организациях областного и федерального подчинения. Следует отметить, что в областных и федеральных медицинских организациях ряд параметров выполнялись с кратностью, превышающей рекомендованную. Так, пациенты осматривались сердечно-сосудистым хирургом, анестезиологом, неврологом в 1,3-2 раза чаще, чем требовалось по стандарту. Коронарографию провели 233 больным вместо 204 при рекомендованной кратности применения 0,5.

Выводы. На всех уровнях оказания медицинской помощи отмечается нерациональное использование ресурсов здравоохранения. Несоблюдение рекомендованной стандартом кратности выполнения лечебных процедур больным стабильной стенокардией свидетельствует о необходимости более углубленного исследования целесообразности применения рекомендованного объема лечебных параметров и проведения дифференциации стандарта для медицинских организаций районного, городского и регионального уровней.

УДК 616 – 084
О - 931

ОЦЕНКА РЕСУРСОВ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОПРОСА)

Серёгин В.И.

*Государственное казенное медицинское
профилактическое учреждение здравоохранения
«Рязанский областной центр медицинской
профилактики»
г. Рязань*

Введение. В вопросах сохранения и укрепления здоровья населения организация службы медицинской профилактики играет первостепенную роль, так как заболеваемость и смертность населения связаны, по мнению отечественных и зарубежных экспертов, с организацией и качеством профилактической медицинской помощи. Вместе с тем, усилия государственных медицинских организаций по улучшению региональных показателей здоровья населения ограничены материальными ресурсами, штатами, их заполняемостью и подготовкой медицинского персонала [1,2,3].

Поэтому актуальной проблемой в общем комплексе мер является оценка ресурсов службы медицинской профилактики и выбор приоритетов в разработке организационной модели профилактики неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) государственных медицинских организаций (ГМО) в целях улучшения региональных показателей здоровья населения Рязанской области, в том числе сформулированных в долгосрочных целевых программах.

Особую актуальность этим вопросам придаёт стартовавшая в России с 2013 года масштабная диспансеризация населения.

В этой связи, целью настоящего исследования является анализ текущей ситуации, оценка потребностей и научное обоснование мер в выборе приоритетов при разработке и алгоритма реализации профилактики НИЗ в первичном звене здравоохранения ГМО по данным опроса.

Материалы и методы. Во втором квартале 2013 года было организовано и проведено анкетирование главных врачей ГМО и их заместителей, медицинского персонала терапевтического профиля ПМСП. Всего опрошено 14 главных врачей, 48 заместителей главных врачей и 63 медицинских работника кабинетов и отделений медицинской профилактики. Объем статистически обоснованной выборки составил 125 респондентов.

Анкета для опроса главных врачей и их заместителей была составлена с учетом участия служб ПМСП не только в реализации долгосрочных целевых программ, но и диспансеризации. Оценивались материальные ресурсы, финансы, штаты их заполняемость, подготовка медицинского персонала, информационная, организационная работа и т. д.

Анкета для медицинского персонала терапевтического профиля была в целом ориентирована на выявление их профессиональной подготовленности, отношения к профилактике и объема проводимой профилактической работы. Анализировались также собственные показатели факторов риска (далее - ФР) медицинского персонала, а также информированность о них.

Результаты и их обсуждение.

1. Результаты опроса руководителей ГМО по проблемам организации профилактики неинфекционных заболеваний в системе ПМСП.

В анализ включены 62 анкеты, заполненные главными врачами (22,6 %) и их заместителями (77,4 %). 16,5% анкет из анализа исключены в связи с неточностями их заполнения.

Средний возраст анкетированных составил $44 \pm 7,7$ лет; из них 47 женщин, 37 мужчин. Все имели специальность по диплому - лечебное дело, и сертификат специалиста (у 81 из 84, 96%).

Из наиболее частых причин обращаемости в кабинеты и отделения профилактики (рис.1) указывались: диспансеризация 1 этап (39%), диспансеризация 2 этап (51%), направление участковых врачей вне диспансеризации (30%), реже направление врачей специалистов (12%) и самостоятельное обращение (6%). Таким образом, отделения и кабинеты медицинской профилактики активно участвуют в 1 и особенно 2 этапе диспансеризации. В сумме 80% обращений в кабинеты медицинской профилактики обеспечиваются диспансеризацией.

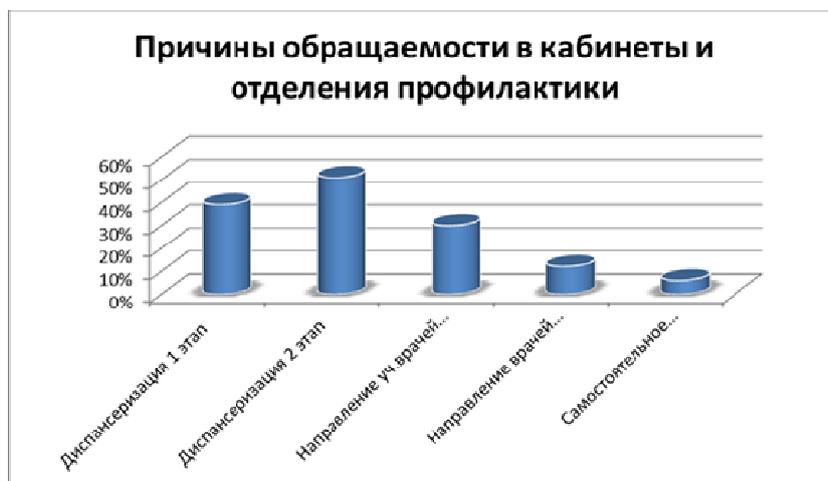


Рис. 1. Частота причин обращаемости в кабинеты и отделения профилактики (%) (по мнению администрации ГМО)

При оценке ресурсов администрация учреждений чаще всего указывала на недостаточность штатов – 72,6%, кадров – 77,4%, помещений – 64,5% и оснащений – 69%.

2. Опрос медицинских работников кабинетов (отделений) медицинской профилактики. Средний возраст врачей отделений и кабинетов профилактики составил $54,7 \pm 8,0$ лет. В основном в сфере профилактики в системе ПМСП преобладают лица более старшей возрастной группы и женского пола.

Причины обращения указываются те же, что и руководителями медицинских организаций, но реже указывают на 2 этап диспансеризации и направление лечащих врачей вне диспансеризации, чаще (в 3 раза) - на профилактические осмотры ($p < 0,05$), в 2 раза ($p < 0,05$) - направление специалистов и в 4,5 - самостоятельное обращение ($p < 0,01$).

Исследование информированности врачей свидетельствует о полном понимании практически всех вопросов, связанных с вредом курения для здоровья:

86% ответили положительно на вопрос о том, что пассивное курение также вредно для здоровья;

83% - что курение матери причина смерти младенцев, беременные должны бросить курить;

83% - отказ от курения снижает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Тем не менее, 12,7% сотрудников не учитывают сопоставимую вредность курения легких сигарет, а 33,3% считают, что одномоментный отказ от курения вреден для здоровья.

Вместе с тем, 87% респондентов поддерживают запрет курения на рабочих и в общественных местах, так как считают, что эта мера способствует улучшению здоровья сотрудников.

Более половины (56%) курящих респондентов не курят во всем учреждении, а 13% курят в отведенных местах. 52,7% ответили, что в их медицинской организации действует система информирования о правилах в учреждении относительно курения для сотрудников и пациентов.

Меньшую осведомленность проявили врачи в вопросах, связанных с питанием и физической активностью.

Правильно ответили на все вопросы 27,0% респондентов. Нормальный уровень АД отметили 93,7%, уровень сахара - 90,5%, если считать показатели и 5,5 ммоль/л, и 6,1 ммоль/л, нормальный уровень ХС - 11,1% опрошенных (при учете и пограничного уровня в 6,2 ммоль/л), нормальный индекс массы тела - 27,0% опрошенных. Небольшая доля опрошенных (11,1%) ошибочно считают повышенным лишь индекс 30 и более, что соответствует не избыточной массе тела, а ожирению.

Выводы.

Результаты проведенного опроса выявили наряду с недоукомплектованностью кадров структурных подразделений медицинской профилактики достаточную ориентированность государственных медицинских организаций на профилактику неинфекционных заболеваний.

Структурные подразделения медицинской профилактики в процессе проведения диспансеризации должны больше уделять внимания углубленному профилактическому консультированию и коррекции факторов риска.

Исследование информированности врачей свидетельствует о полном понимании практически всех вопросов, связанных с курением. Меньшую осведомленность проявили врачи в вопросах, связанных с питанием и физической активностью, что ставит вопрос о необходимости обучения медицинского персонала

структурных подразделений медицинской профилактики ГМО в режиме постоянно действующих семинаров, круглых столов на базе регионального центра медицинской профилактики.

Литература:

1. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Исполнительное резюме [Электронный ресурс] // WHO/NMH/CHP/11.1 Всемирная организация здравоохранения, 2011. - Режим доступа: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_ru.pdf (дата обращения: 15.12.2013).
2. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. [Электронный ресурс] // Европейская министерская конференция ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. 4 декабря 2013. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/236191/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Rus.pdf (дата обращения: 11.02.2014).
3. Job satisfaction and retention of health-care providers in Afghanistan and Malawi/ Linda Fogarty, Young Mi Kim, Hee-Soon Juon, Hannah Tappis, Jin Won Noh, Partamin Zainullah and Aleisha Rozario1/ URL:<http://www.human-resources-health.com/content/12/1/11> (Дата обращения: 11.03.2014).

УДК 351.77

НЕКОТОРЫЕ МОДЕЛИ СОВРЕМЕННОГО МИРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Слюсар О.И.

*НОУ ВПО «Московский медицинский институт
«РЕАВИЗ», факультет повышения квалификации и
профессиональной переподготовки, г.Москва*

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленные на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае заболевания.

Существующие мировые системы здравоохранения сводят к основным трем базовым моделям:

1. Государственно-бюджетная, финансируемая преимущественно (до 90%) из бюджетных источников (Англия, Дания, Ирландия, Португалия, Испания).

2. Социально-страховая, финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства (Франция, Бельгия, Австрия, Япония, Германия).

3. Рыночная или частная (США, Израиль, Южная Корея).

С экономической точки зрения модели здравоохранения подразделяются на группы:

1. Частное здравоохранение с прямой формой оплаты медицинской помощи (оплачивает сам потребитель), с опосредованной (страховой) формой оплаты

2. Общественное здравоохранение: с прямой формой оплаты (оплачивает государство), с опосредованной (страховой) формой оплаты.

При частном здравоохранении возможно использование государственных медицинских учреждений, когда оплата медицинской помощи, предоставляемой государственными медицинскими учреждениями, осуществляется самими пациентами. С другой стороны, общественное здравоохранение не обязательно должно базироваться только на системе государственных медицинских учреждений, возможно заключение государством договоров с частными медицинскими учреждениями.

В работе Л.Н. Шолпо представлен развернутый вариант классификации моделей здравоохранения.

- Универсалистская модель (Англия, Ирландия). Национальная система здравоохранения, финансируемая в значительной части за счет общего налогообложения. Медицинское обслуживание осуществляется в государственных медицинских учреждениях (больницах) наемными служащими либо привлеченными по контракту работниками. Бюджет Британского здравоохранения формируется в основном из налоговых поступлений: 78% субсидии государства, 10% взносы предпринимателей, 3,8% страховые взносы граждан, 8,2% прямые доплаты граждан.

- Континентальная модель (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург) – финансирование посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов, которые составляют примерно $\frac{3}{4}$ совокупных расходов на здравоохранение. В Германии в бюджет здравоохранения 73% финансовых ресурсов поступают из государственных источников, 11% из личных средств граждан, 16% средства частного страхования. Ежемесячный

страховой взнос составляет в среднем 12,8% от фонда оплаты труда. Этот взнос выплачивается равными долями работающими и работодателями. Страховые взносы за пенсионеров вносятся пенсионным страхованием и самими пенсионерами. Страхование безработных осуществляется федеративным ведомством по трудоустройству. Такой подход к финансированию здравоохранения как в Германии может эффективно функционировать только в стране с высоким уровнем национального дохода.

- Южная модель (Испания, Португалия, Греция и частично Италия) - финансирование системы здравоохранения в значительной степени за счет взносов из фондов занятости. Медицинское обслуживание осуществляется государственными и частными медицинскими учреждениями.

- Скандинавская модель (Швеция, Финляндия и Дания) - финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется в основном за счет подоходного налога (взимаемого как на национальном, так и на местном уровне), причем размер выплачиваемых пособий напрямую зависит от заработка. Медицинские услуги оказываются как государственными, так и частными ЛПУ.

Финансирование здравоохранения в развитых странах:

- субсидии государства 71%
- взносы предпринимателей 18,4%
- страховые взносы граждан 2%
- прямые доплаты граждан 8,6%.

Шведская модель здравоохранения признана одной из самых лучших в мире. Она предполагает не только доступность и высокое качество медицинского обслуживания, но и создание равных для всех предпосылок в сохранении здоровья. Значительную долю расходов на медицинскую помощь несет государство, однако около 10% услуг оплачивает само население. При покупке лекарств,

назначенных врачом, медицинская страховка возвращает пациенту от 50 до 100% расходов.

- Преимущественно частная модель (США) – финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется за счет частных и, в значительной меньшей степени, государственных источников, причем оказание медицинской помощи осуществляется частными производителями медицинских услуг.

- Модель, используемая в странах с переходной экономикой (страны Восточной Европы, некоторые страны СНГ, включая Россию) - финансирование, сочетающее элементы государственной и страховой медицины; постепенное внедрение института оказания платных медицинских услуг.

В России в настоящее время существует три финансовые модели здравоохранения: Государственное здравоохранение (в виде формирований федерального и регионального фондов ОМС), система ДМС и оплата населением платных медицинских услуг.

Выполнение Национального проекта «Здоровье» несколько изменило ситуацию в наиболее нуждающихся в реорганизации и финансировании подотраслях здравоохранения. Это привело к улучшению демографического процесса в стране, увеличило объем оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет строительства новых центров высоких медицинских технологий и подготовки высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала для этих центров.

При этом главной задачей реформирования российского здравоохранения является обеспечение хорошего качества лечебных услуг на основе выбора пациентами врачей и лечебных учреждений, а также внедрения эффективных методов медицинской помощи.

УДК 351

**ФОРМИРОВАНИЕ СИЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ
КУЛЬТУРЫ КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОГО
УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ПРЕДПРИЯТИЙ**

Сулейманова М.Г.

***ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный
технический университет», кафедра маркетинга и
бизнеса, г.Махачкала***

Управление деятельностью не может быть успешным, если управление людьми осуществляется непрофессионально. Успешная деятельность государственного предприятия зависит от высокой результативности совместного труда занятых в ней работников, от их квалификации, профессиональной подготовки и уровня образования, от того, насколько условия труда и быта благоприятствуют удовлетворению материальных, социальных и духовных потребностей людей, разностороннему развитию личности, гуманизации труда [1].

Ушли в прошлое времена, когда производство можно было развивать за счет людей. Во-первых, современная экономика требует сложной рабочей силы, высококвалифицированных работников, а их труд – достойной оплаты. Во-вторых, доходы населения формируют платежеспособный спрос, а последний - главный двигатель роста в рыночной экономике. Повышение благосостояния, таким образом, - не только результат, но и абсолютно необходимая предпосылка экономического роста.

Управление повсюду сопровождает деятельность человека. И всякая деятельность человека нуждается в управлении, собственно благодаря управлению оказывается

возможной эта деятельность. Следовательно, чем лучше осуществляется управление, тем выше вероятность успеха. От управления зависит реальность предвидения результата, четкость и согласованность действий людей, а так же заинтересованность человека – участника совместного труда в общем, результате.

Таким образом, исходные предпосылки современной стратегии управления государственным предприятием сводятся к следующему: ставка делается на творческого, самореализующегося человека; предприятие рассматривается как живой организм, состоящий из людей, объединенных совместными ценностями; организации должно быть присуще постоянное обновление, нацеленное на приспособление к внешним факторам, главным из которых является потребитель услуг.

Повышение эффективности управления государственным предприятием практически невозможно осуществить без изменения организационной культуры. Западные специалисты в области менеджмента уделяют чрезвычайно серьезное внимание этим вопросам, считая, что именно уровень и сила организационной культуры в основном и определяют эффективность функционирования организации.

Организационная культура представляет собой так называемый «невидимый фактор» в управлении, «питательную среду» для менеджмента. Сильная роль «невидимого фактора» наиболее ярко видна из достижений японского менеджмента. Именно акцентирование повышенного внимания к формированию организационной культуры предприятия со стороны японских предпринимателей и менеджеров привело их к возможности выхода за достаточно короткий период времени после Второй мировой войны на передовые позиции в мировой экономике. Под организационной культурой понимается

сложная композиция важных предположений и установок, принимаемых и разделяемых членами коллектива. Стержнем ее является философия бизнеса (менеджмента), включающая философию маркетинга, а также ценностные ориентации, верования, ожидания, нормы и систему традиций, обрядов, ритуалов, лежащих в основе отношений и взаимодействий как внутри предприятия, так и за его пределами.

Концептуальные подходы к формированию организационных культур управления базируются на анализе лучших результатов японского, американского и западноевропейского менеджмента с адаптацией их опыта к условиям российского общества.

В стратегическом управлении выделяются три уровня:

1) стратегический уровень управления (высшее руководство и группы специалистов, решающие стратегические вопросы, ответственные за развитие организации);

2) тактический уровень управления (руководители функциональных подразделений и группы специалистов, решающие тактические вопросы);

3) оперативный уровень управления (руководители линейных подразделений, специалисты и рабочие, обеспечивающие выполнение текущих плановых заданий и получение прибыли).

Для организационной культуры стратегического уровня управления, ответственного за будущее организации, функционирующей в условиях быстрых изменений во внешней среде и высокой степени ее неопределенности, преимущественными ориентациями являются:

- стратегическая ориентация, обеспечивающая преобладание управленческих воздействий на сохранение конкурентоспособности организации в будущем;

- инновационная ориентация, которая определяет непрерывный поиск и внедрение перспективных ноу-хау во всех сферах деятельности;

- децентрализованная ориентация – предоставление нижестоящим руководителям и их подразделениям определенной степени свободы в принятии решений по выполнению плановых заданий (делегирование полномочий);

- предпринимательская ориентация, при которой поощряется предприимчивость руководителей и всех сотрудников,

- гуманитарная ориентация, устанавливающая приоритетность личности в организации;

- открытые коммуникационные ориентации, проповедующие гласность системы управления, возможность эффективного делового общения между руководителем любого ранга и подчиненным;

- демократическая ориентация, приветствующая демократический стиль взаимоотношений, привлечение подчиненных к принятию решений, компетентную консультацию;

- лидерская ориентация, определяющая, что в сегодняшних условиях только лидеры способны рисковать, брать на себя ответственность, принимать решения и вести за собой коллективы;

- групповая ориентация, исходящая из того, что групповая или командная работа при наличии лидера, общих ценностей и целей, сплоченности, сработанности и профессионализма членов команды на любом уровне управления дает синергетический эффект, успешно решает сложные проблемы, генерирует и воплощает в жизнь «прорывные» идеи. Особенно важна результативная командная работа на верхнем уровне управления, от которой

зависит выработка концепции и стратегии бизнеса, обеспечивающие его выживаемость в будущем.

Современные тенденции в экономике, связанные с научно-техническим прогрессом, ужесточением конкуренции, необходимостью повышения гибкости и мобильности производства, возрастающими требованиями к профессионализму работников, повышением их культурного и интеллектуального уровня, требуют соответствующего пересмотра управленческих ориентаций руководителей.

К их числу относятся повышение оперативного уровня управления в сторону гуманизации и демократизации организационной культуры управления, привлечение работников к принятию решений, вовлечение их в процесс улучшения качества работы на каждом рабочем месте и в подразделениях, обеспечение роста инициативы работников и их предприимчивости.

Литература

1. Удальцова, М.В. Социология управления / М.В. Удальцова. – М.: ИНФРА-М, Новосибирск: НГАЭнУ, 2008.
2. Психология профессиональной деятельности кадров государственной службы / Под ред. А.А. Деркача, В. Г. Зазыкина. — М.: РАГС, 2007.
3. Черкасова, С.А. Повышение эффективности управления предприятиями сферы услуг на основе современных социальных технологий [монография]/ С.А. Черкасова, М.Г. Сулейманова, Т.В. Якубов / Под общ. редакцией проф. В.Ю. Колыванова. – Махачкала: Изд-во ФОРМАТ, 2010.
4. Эренберг, Р.Д. Современная экономика труда: Теория и государственная политика / Р.Д. Эренберг, Р.С. Смит. – М.: Экономика, 2008.

УДК 614.253.1:301.085:616–051

**МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Суслин С.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, г. Самара

В настоящее время отмечается рост числа медико-социологических исследований в здравоохранении, которые эффективны как в оценке состояния здоровья, ухода, обследования, лечения и обращаемости за медицинской помощью, так и при изучении различных аспектов деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников.

С целью изучения мнений врачей городской многопрофильной больницы о состоянии здоровья и организации здравоохранения в ходе сплошного медико-социологического обследования было проанкетировано 278 врачей Новокуйбышевской центральной городской больницы (НЦГБ) Самарской области.

Значительное большинство респондентов (65,1%) представлено женщинами. Средний возраст медицинских работников составляет $46,8 \pm 0,5$ года (мужчин – $46,7 \pm 1,2$ года; женщин – $46,9 \pm 0,6$ года). Почти каждый четвертый врач (22,7%) - пенсионер по возрасту, 8,3% сотрудников относится к лицам 60 лет и старше. Отмечается сравнительно низкая доля медицинских работников молодого (до 29 лет) возраста (10,1%).

Средняя продолжительность периода трудовой деятельности медицинских работников составляет $20,1 \pm 0,4$ лет. Почти половина респондентов (46,5%) трудится в здравоохранении города свыше 20 лет, в то же время лишь 9,5% опрошенных имеет стаж работы менее пяти лет. Низкая доля персонала, работающего в стационаре непродолжительное время, свидетельствует об относительно небольшом притоке молодых специалистов в здравоохранение города и о постепенном старении кадров.

Материальное состояние врачей существенно не отличается от достатка их пациентов: 11,9% медицинских работников оценивают свое материальное состояние как хорошее, 64,7% - как удовлетворительное и 23,4% - как неудовлетворительное.

Самооценка здоровья врачей Новокуйбышевской многопрофильной больницы в целом удовлетворительная (средняя оценка 3,1 балла). Большинство врачей оценивает свое здоровье удовлетворительно (75,4%), значительно меньше – хорошо (17,2%), плохо – 5,7% и только 1,8% респондентов дает отличную оценку.

По данным опроса, около половины врачебного персонала (50,4%) считает, что ситуация в здравоохранении города за последние три года осталась без изменений. Более четверти сотрудников (28,8%) отмечает улучшение, каждый десятый (9,7%) - ухудшение ситуации и столько же (11,1%) не определились с ответом.

Основными причинами недостаточного динамичного развития системы здравоохранения, по мнению врачей, являются недостаточное финансовое обеспечение здравоохранения; что отражается на уровне оплаты труда медицинских работников, оттоке кадров. Также велика стоимость лекарственных средств.

К положительным факторам развития здравоохранения врачи относят проведение национального проекта, пилотного

проекта, модернизации отрасли, что позволяет повысить оснащенность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) медицинским оборудованием, внедрить систему дифференцированной оплаты труда, повысить уровень заработной платы работникам.

Вместе с тем, врачи отмечают ряд недостатков, влияющих на оказание медицинской помощи: высокую стоимость лекарств (80,9% ответов); фактические недостаточные объемы бесплатной медицинской помощи населению (60,1%); отсутствие моральной и материальной заинтересованности медицинских работников (52,9%); недостаточное внимание к здравоохранению со стороны органов местного самоуправления (25,2%), невысокое качество медицинского обслуживания (18,0%).

Подавляющее большинство респондентов (82,0%) удовлетворительно оценивают качество медицинского обслуживания в НЦГБ. Каждый восьмой медицинский работник (12,6%) характеризует качество медицинской помощи как хорошее, 4,0% - как неудовлетворительное, 1,4% - как отличное. При переводе ответов врачей в баллы по пятибалльной шкале средняя оценка качества медицинской помощи составляет 3,11 баллов, то есть близка к удовлетворительному значению.

К основным недостаткам качества оказания медицинской помощи респонденты относят недостаточную лечебно-диагностическую базу (32,4% ответов), недостаточное материально-техническое состояние (29,9%), отсутствие необходимых специалистов (28,1%). На качество медицинского обслуживания также влияют ограничение направлений пациентов на лечебно-диагностическую помощь в другие ЛПУ, находящиеся за пределами города (25,2%), необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи (24,1%), недостаточная квалификация

(7,9%) и невнимательное отношение медицинских работников к пациентам (7,2%).

По результатам исследования, три четверти опрошенных врачей (74,8%) выступают за сохранение имеющегося коечного фонда, величина которого достигла, по их мнению, оптимальных значений. Только каждый шестой респондент (16,5%) высказывается за увеличение числа коек в НЦГБ, остальные респонденты (8,7%) считают, что численность коечного фонда можно сократить, при этом увеличить интенсивность лечебно-диагностического процесса в стационаре.

При оценке путей реформирования здравоохранения в масштабах страны более половины опрошенных врачей (54,7%) поддерживают усиление государственного присутствия в здравоохранении. Обращает внимание, что достаточно много врачей (18,0%) хотят более широкого использования платных услуг и развития частного сектора здравоохранения. К сторонникам системы медицинского страхования относятся 20,9% медицинских работников, а остальные врачи (6,4%) затрудняются дать определенный ответ.

По мнению врачей к современным способам совершенствования организации медицинской помощи в условиях муниципального здравоохранения относятся повышение материальной заинтересованности медицинских работников в собственном труде (так считают 95% врачей). Данный результат не удивителен в условиях формирования рыночных отношений во всех сферах деятельности, в том числе и здравоохранения. Еще одним способом совершенствования здравоохранения является установление взаимосвязи между заработком и результатами труда (66,2%). Повышение эффективности управления здравоохранением (51,1%) также имеет существенное значение.

Таким образом, результаты социологического исследования деятельности врачей городской многопрофильной больницы во многом закрепляют современные организационные процессы, реализуемые в условиях региональной системы здравоохранения.

УДК 612.391.4+(5-031)

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕПАЛА

Таджиева А.В., Бхаттарай Хари, Нираула Милан
*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Непал располагается в Южной Азии между Индией и Китаем, причем более 40% территории расположено на высоте 3 000 м. Площадь Непала составляет 140 800 км² с высокой плотностью населения (199 чел./км²) [2]. Политическое реформирование страны с середины 1990-х годов по 2006 год негативно отразилось на благополучии населения. Так, по индексу развития человеческого потенциала в 2011 году Непал занимал 157 место из 187 стран мира, а более половины населения (54%) живет менее чем на 1,25 долл. США в день [2].

Однако предпринятые меры в экономической сфере в настоящее время привели к формированию позитивного инвестиционного климата и созданию новых рабочих мест. Отмечен определенный рост внутреннего валового продукта (ВВП) с 3,8% в 2010-2011 году до 4,6% в 2011-2012 году [2].

Прирост уровня населения в 2013 г. составил +1,15% с 26,2 млн. до 27,8 млн., причем почти половина представлена экономически трудоспособным населением (12,9 млн.), а на долю сельского населения приходится 81,8% [1]. Однако несмотря на увеличение ВВП Непал остается страной с медленно растущей экономикой.

Сельское хозяйство как основа экономики дает 38% ВВП, причем в нем занято три четверти трудоспособного населения [1]. Однако развитию отрасли препятствует относительно низкая производительность по сравнению с другими странами региона и ограниченный доступ земельных ресурсов, поскольку в Непале как в преимущественно горной стране обрабатываемые земли занимают всего пятую часть территории [4].

Отсутствие дорог, слабо развитая инфраструктура транспорта, связи и энергетики, недостаточный доступ к международным рынкам и дорогим кредитам препятствуют внедрению современных технологий в развитие хозяйств, в результате чего производители полагаются на традиционное сельское хозяйство, которое пока обеспечивает внутренние потребности страны.

Калорийность суточного рациона населения Непала в среднем составляет 2 536 ккал при отсутствии существенной разницы между городскими и сельскими районами. Потребление белков составляет менее 50 г. в сутки, из них белков животного происхождения - 9 г. Потребление жиров - в 1,2 раза выше (рис. 1).

Основными продуктами производства остаются рис (5,1 млн. тонн), кукуруза (2,1 млн. т.), сахарный тростник (2,9 млн. т.), пшеница (1,8 млн. т.) и овощи (3,3 млн. т.) [3].

В ранжированном ряду продуктов по калорийности на душу населения Непала в день первый животный продукт (а именно, мясо птицы) занимает 8-е место и обеспечивает всего 55 ккал/сут. Лидирующие позиции по

энергообеспечению населения страны заняты зерновыми культурами, например, рис - 760 ккал/сут., кукуруза - 426 ккал/сут., пшеница - 356 ккал/сут. [3].

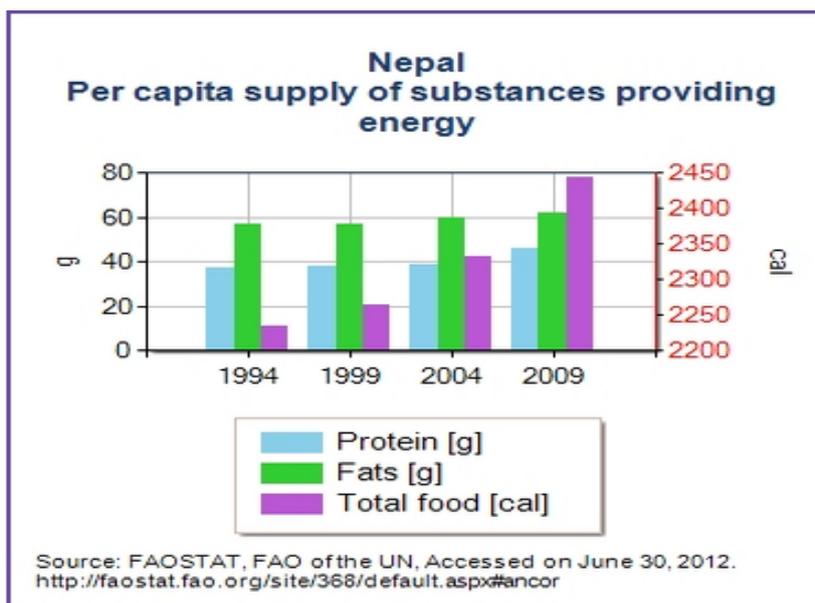
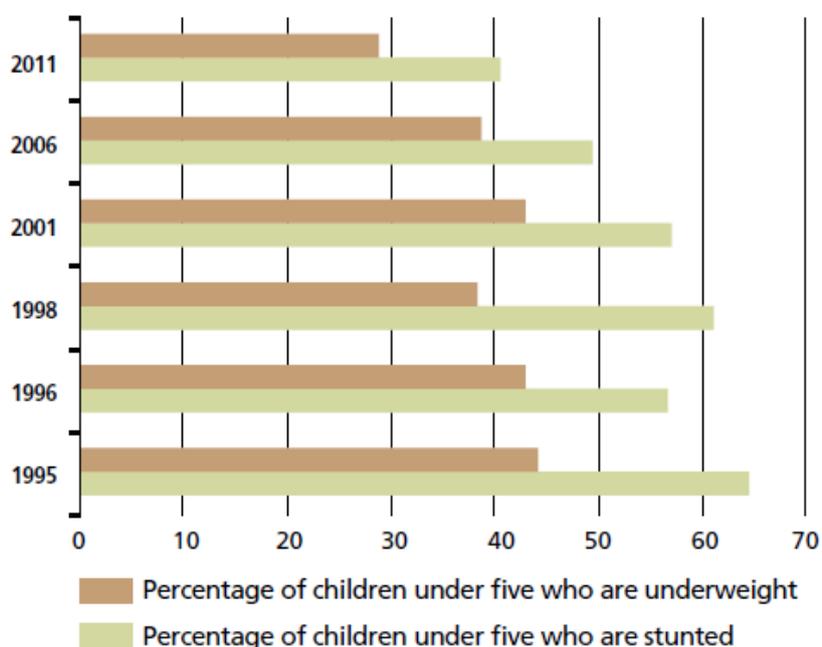


Рис. 1 Потребление белков и жиров на душу населения Непала (FAOSTAT, 2014).

Несмотря на крайне малую долю продуктов животного происхождения в рационе питания населения Непал за последние годы добился больших успехов в борьбе с голодом. Недоедание сократилось с 25,4% в 1990-1992 гг. до 16,0% в 2011-2013 гг. В период с 1995 по 2011 год распространенность недостатка веса у детей снизилась с 44% до 29%, задержка роста - с 64% до 40% (рис. 2) [3,4].

Несмотря на позитивные тенденции в настоящее время в стране почти четверть взрослого населения (24,4%) страдает хроническим энергодефицитом (индекс массы тела ниже 18,5); 27,4% всего населения – йоддефицитом; 42,4%

беременных женщин и 48,4% детей в возрасте до 5 лет – анемией [1,3]. Недоедание в стране вызвано, главным образом, бедностью населения. Так, в 2010 году уровень бедности варьировался от 9% городского населения в регионе Hills до 42% сельского населения в регионе Mountains [4]. Причем, уровень бедности, очевидно, связан с долей детей с недостаточной массой тела: таких детей в сельских районах больше, чем в городских [1].



Sources: FAO (left); WHO, and Ministry of Health and Population of Nepal, 2012 (right).

Рис 2. Диаграмма недостатка веса и задержки роста у детей в Непале с 1995 г по 2012 г.

Обследование домохозяйств показало, что экономические и физические ограничения в доступе к пище имеют многие из них. Так, квинтиль беднейших домохозяйств составляет 47% [1].

Кроме того, 12% населения не имеет доступа к качественной питьевой воде и 65% - к улучшенным санитарным условиям (улучшенные санитарные условия доступны только в некоторых больших городах) [5].

Таким образом, многие семьи не в состоянии приобрести достаточного количества продовольствия для удовлетворения их минимальных потребностей. Борьба с недоеданием ставит большие задачи для государства как в краткосрочной перспективе (путем социальной защиты населения), так и в долгосрочной перспективе (структурное развитие страны), а также принятием политических мер.

Литература

1. Положение дел в области продовольствия и сельского хозяйства 2010-2011. [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.fao.org/icatalog/inter-e.htm Food and Agriculture Organization of the United Nation/ Women in Agriculture Closing the gender gap for development (22.02.14, Ч.3, стр.100, 121, 135) (дата обращения 05.03.2014).
2. Census. gov. Country Rank. Countries and Areas Ranked by Population: 2013. U.S. Department of Commerce (2013) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki> (дата обращения 10.03.2014).
3. FAOSTAT, FAO of the UN, Accessed on February 7, 2014 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://faostat.fao.org/site/567/default.aspx#ancor> (дата обращения 05.03.2014).
4. The State of Food Insecurity in the World. FAO, IFAD and WFP. The State of Food Insecurity in the World 2013. The multiple dimensions of food security. – Rome: FAO, 2013. – 33 p.
5. World Health Organization (WHO).V8_1 - 8_2. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://apps.who.int/ghodata>. December 20th, 2013. (дата обращения 10.03.2014).

УДК 612.8-06:613.85

МОТИВАЦИЯ СТУДЕНТОВ ПО ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Таджиева А.В., Максименко Л.В., Коженова И.Л.
*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Приоритетной задачей здравоохранения является сохранение здоровья трудового потенциала страны и формирование у населения ценностных ориентаций по отношению к собственному здоровью [3]. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) в среде студенческой молодежи представляется главным условием их физического, духовного и интеллектуального развития. Понятие «здоровый образ жизни» включает в себя способ жизнедеятельности, формирующий человека как субъекта творческого, активного, мотивированного на самосовершенствование и самореализацию, сохранение и укрепление здоровья, формирование нравственных установок и потребностей, исключающих вредные привычки. Образ жизни можно назвать здоровым лишь в том случае, когда человек сам осознает, что лично он отвечает за свое здоровье и определяет для себя иерархию мотивов, которые будут побуждать его к ведению здорового образа жизни. Здоровье студентов, как интеллектуального потенциала страны, в последние годы привлекает все большее внимание ученых, врачей и педагогов [1].

Студенчество представляет собой целевую социальную группу, основная функция которой – приобретение выбранного профессионального статуса. Понятие статус включает «не только приобретаемые во время учебы знания

и навыки, но и внешний вид, стереотипы поведения, образа жизни. С этих позиций здоровье студентов рассматривается как единственное безальтернативное условие приобретения профессионального статуса. Обеспечение оптимальных условий для учебы, труда, досуга, быта, способствующих завершению формирования здорового организма и сохранению здоровья, - важнейшая задача, а приобщение к здоровому образу жизни как норме гигиенического поведения – путь к ее решению» [2].

По данным ВОЗ в России курят 43,9 миллиона взрослых, из них 60,2% – мужчины и 21,7% – женщины [4]. Согласно исследованиям, проведенным в ряде вузов страны, 48% опрошенных студентов употребляют алкогольные напитки, 17% студентов курят ежедневно, а 21% – редко, причем с возрастом увеличивается число выкуренных сигарет, достигающее 10-20 в день [4].

Но на фоне пропаганды вреда табакокурения всплывает еще одно достаточно серьезное и социально небезопасное явление – в качестве замены сигареты нелегально пропагандируется и активно внедряется насвай (нас). На рынок насвай поступает в форме маленьких «шариков» или «палочек», пластичной массы или порошка грязно-зелёного цвета. В странах Центральной Азии насвай является видом некурительного табачного изделия и продается на базарах с лотков вместе с россыпью сигарет и семечками. В Индии и Непале продается аналогичный продукт под названием «gutka» - вид жевательной смеси «бетель» с добавлением табака [5]. Насвай представляет собой сильно действующий комплекс, в который входят измельченные листья табака, гашеная известь, конопляное масло, некоторые виды водорослей и другие компоненты. При кустарном изготовлении насвая в качестве щёлочи вместо гашеной извести может применяться зола растений, а иногда куриный помет, что ощелачивает среду в полости рта и увеличивает

всасываемость никотина в кровь через слизистую оболочку рта. В состав насвая входит более 2000 химических веществ, среди которых около 30 алкалоидов – производных никотина, оказывающих токсический эффект и вызывающих привыкание и зависимость, а так же ряд веществ с канцерогенной активностью.

Последствия использования насвая на здоровье ужасающи: формируются язвы и раковые опухоли мягких тканей в полости рта и на губах, развивается пародонтоз, что ведет к полной потере зубов. Биологический эффект насвая основан на расслабляющем действии, и зачастую жевание насвая заменяет курение сигарет, но вызывает никотиновую зависимость при потреблении в течение 10-15 дней по 2-3 порции в день, а при частом и длительном употреблении - психологическую зависимость. При отсутствии приема насвая в течение 5-7 часов потребитель ощущает синдром отмены. Проглоченная слюна с растворёнными компонентами насвая может вызвать диспепсические расстройства в виде тошноты, рвоты и поноса. По данным онкологического центра Узбекистана 78% больных раком ротовой полости и гортани употребляли насвай [5]. По оценке таможенных служб оборот насвая в России начался с 20 тонн, завезенных из Казахстана в Астраханскую область в начале девяностых, а в 2005 г. всего за первое полугодие составил 155 тонн.

В связи со значительным увеличением в последние годы численности студентов из стран Центральной Азии нами проведено анкетирование студентов медицинского факультета с целью выявления не только потребления алкоголя и курения сигарет, но и потребления насвая в студенческой среде, а так же уровня информированности о вреде его потребления среди студентов и членов их семей.

Результаты. Положительной чертой мультикультурной студенческой среды международно ориентированного вуза

является тот факт, что имеется значительная прослойка в студенческой среде, составляющая одну пятую выборки (19%), никогда не пробовавших алкогольные напитки. Плюс к этому еще четверть респондентов (24%) пробовали алкоголь только 1 раз в жизни. Итого 43% из выборки практически не употребляет алкоголь. Однако более половины (57%) его употребляют с разной частотой. Частота потребления содержащих алкоголь напитков один раз в месяц выявлена у 39%, один раз в неделю - у 18% респондентов.

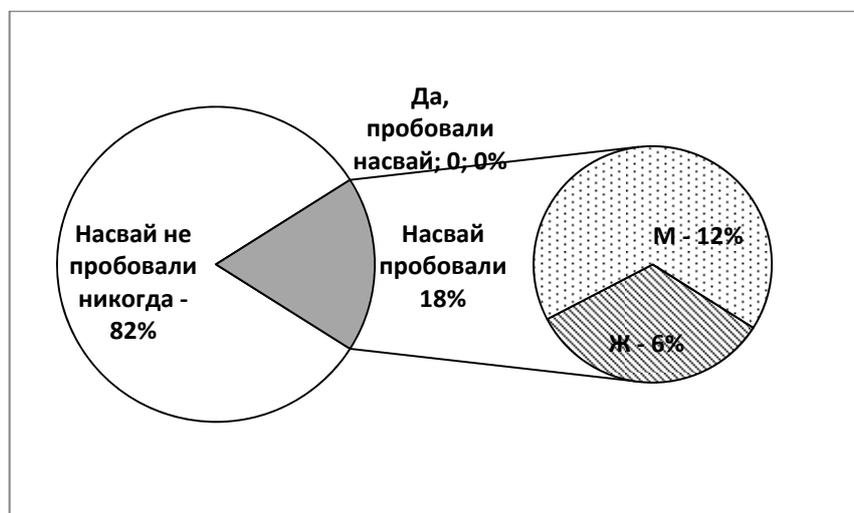


Рис. 1. Распространенность потребления насвая среди студентов
 Обозначение: М – лица мужского пола, Ж – лица женского пола.

Установлено, что среди студентов доля курящих составляет 22%, что совпадает с полученными нами ранее данными, причем курит каждая 8-я девушка и каждый 10-й юноша. Однако парадоксальность ситуации заключается в том, что одобряют эту привычку лишь 1-2%, что свидетельствует об осознании молодыми людьми вредного влияния курения на здоровье. Необходимо отметить, что

именно действующая государственная политика, проводимая в Российской Федерации по данному вопросу, сопровождающаяся обсуждением и принятием Проектов закона о запрещении курения в местах общего пользования и активной работой средств массовой информации, оказала влияние на формирование негативного отношения большинства опрошенных студентов к курению. Идея об эффективности законодательного запрета курения в общественных местах в соответствии с рекомендацией ВОЗ по созданию зон, свободных от курения, не нова и не ограничивается формированием мотиваций, но и подтверждается улучшением здоровья населения, например, значительным снижением числа преждевременных родов и случаев госпитализации по причине астмы [6].

Ни один из опрошенных не признал, что потребляет насвай регулярно, однако 18% отметили, что хотя бы один раз в жизни пробовали его, из них 33% девушки и 67% юноши (рис. 1). Сочетанность курения сигарет и приобщения к потреблению насвая (хотя бы в виде пробы) выявлена среди 35% курящих студентов. В контрольной группе 14-15-летних подростков (россияне) доля пробовавших алкоголь составила 18%, а степень осведомленности о вреде курения и употребления насвая - 80%. На этом фоне старшее поколение значительно отстает: родители студентов-россиян никогда не слышали о существовании насвая. Большинство студентов считают, что одной из действующих мер для борьбы с употреблением насвая является запрет на распространение (70%), запрет на применение в общественных местах (55%).

Усилить мотивацию студентов на здоровый образ жизни возможно посредством активного санитарного просвещения, запрета курения на территории вуза, а так же внедрения программ мониторинга физического здоровья и физического развития, который может определяться как система мероприятий, направленных на наблюдение, анализ,

оценку и прогноз состояния физического здоровья и физического развития всех участников образовательного процесса.

Литература

1. Ирхин, В.Н. Функции здоровье ориентированной педагогической системы университета/ В.Н.Ирхин// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: гуманитарные науки. – 2010. – № 77. – С.177-184.
2. Малейченко, Е.А. Формирование установок на здоровый образ жизни в профессиональной подготовке студентов-юристов: Автореф. канд.мед.наук / Е.А. Малейченко. – Волгоград, 2007. – С. 13-14.
3. Михайлова, Л.А. Формирование правосознания студентов вуза по отношению к здоровому образу жизни и антитабачной политике / Л.А. Михайлова, Е.В. Штарк // Здоровье, здоровый образ жизни, экология. Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №4. – С. 39-42.
4. Нестеров, И.А. Факторы, влияющие на формирование здорового образа жизни студентов / И.А. Нестеров// Вестник университета российской академии образования. – 2010. – №5. – С.29-31.
5. Пац, Н.В. Информированность различных групп населения о рисках для здоровья, обусловленных использованием насвая/ Н.В. Пац, И.Ф. Балеико // Журнал ГрГМУ. – 2010. – №1. – С.89-90.
6. Been JV, Nurmatov UB, Cox B, et al. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2014;doi:10.1016/S0140-6736(14)60082-9.

УДК 612.391 +(5-031)

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АКВАКУЛЬТУРЫ ВЬЕТНАМА

Таджиева А.В., Рысцова Е.О., Фам Чиену Нам
*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

Вьетнам находится в восточной части полуострова Индокитай. Его площадь составляет 331 052 км². Горы и холмы занимают более 3/4 территории, однако имеется плотная гидрографическая сеть (2 360 рек, 16 речных бассейнов, размер которых превышает 2 000 км²). Крупнейшими бассейнами пресноводных и водно-болотных угодий являются бассейны Меконга и Красной реки (Тай Бин), которые покрывают 45% территории страны. Доступ к улучшенному водоснабжению имеет 99% городского и 92% сельского населения (2011 г.) [4]. Однако почти 60% водных ресурсов формируются за пределами страны, что делает страну зависимой от решения проблем водных ресурсов в странах, расположенных в верховьях рек, обеспечивающих Вьетнам водой (общая площадь всех международных бассейнов внутри и за пределами Вьетнама составляет около 1,2 млн. км²) [2].

Благодаря рыночным реформам за последние десятилетия Вьетнам добился высоких темпов развития экономики (средний годовой прирост ВВП - 7,5%). Сельское хозяйство Вьетнама формирует основу экономики, а его доля ВВП - 21%. Общая численность экономически активного населения составляет около 47,54 млн. человек (в том числе 50,6% женщин), из которых 29,3 млн. заняты в сельском хозяйстве (49% женщин). Сельское хозяйство, играя важную

роль в социально-экономическом развитии страны, в борьбе с нищетой и в обеспечении продовольственной безопасности, в свою очередь обостряет проблемы сохранения окружающей среды.

Производство риса, кофе, каучуконосов, хлопка, чая, сахара дают доход около 150 млн. долларов в год, из них 70% формируется за счет экспорта перца, сои, кешью, сахарного тростника, арахиса и мяса птицы.

Важной статьёй дохода государства являются рыба и морепродукты за счет вылова рыбы и аквакультуры, то есть возделывания, разведения и выращивания водных организмов в естественных и искусственных водоёмах, а также на специально созданных морских плантациях. За 15 лет с 1995 г. производство рыбы и аквакультур возросло в 3,5 раза, в том числе во внутренних водоемах – в 2 раза, в море – в 2,2 раза (табл. 1).

Таблица 1
Вылов рыбы и развитие аквакультуры во Вьетнаме

Водоёмы	Производство (тыс. тонн)			
	1995	2000	2005	2010
Всего	1466	2122	3425	5093
в том числе:				
Внутренние водоёмы	95	210	197	194
Море	990	1413	1791	2227

Экспорт рыбы и морепродуктов дает доход 5 109 млн. долларов, и этот показатель ежегодно увеличивается [1].

Калорийность суточного рациона населения Вьетнама в среднем составляет 2 650 ккал, потребление белков - 75 гр. в сутки на душу населения (из них 29 гр. животного происхождения), жиров – на 20% больше (рис. 1).

В списке основных продуктов потребления населения Вьетнама первое место занимает рис (1390 ккал/сут.), мясо (342 ккал/сут.) и зерновые (108 ккал/сут.) [3].

С точки зрения пищевого статуса населения установлено, что распространенность недоедания составляет 9%. Среди детей до 5 лет недостаток массы тела выявлен в среднем у 20,2% (причем распространённость недостатка массы тела в сельских районах в 2 раза выше, чем в городах), а распространенность дефицита витамина А – у 12% [1, 5].

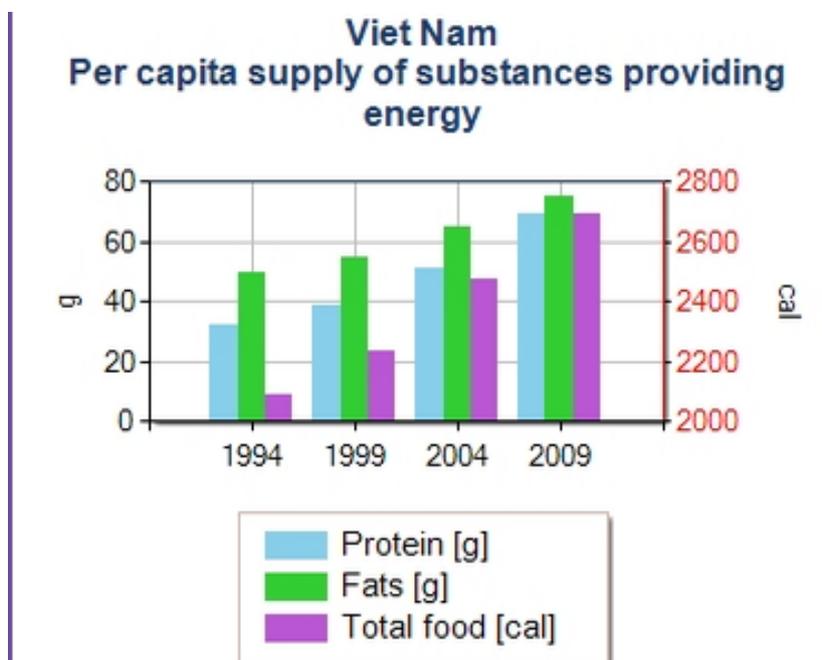


Рис. 1. Потребление белков и жиров на душу населения Вьетнама (FAOSTAT, 2014).

Интенсификация производства рыбы и аквакультур могли бы внести вклад в ликвидацию недоедания населения Вьетнама и в первую очередь детей. Аквакультура зависит от продуктивности конкретного водоема, а также от структур и

средств, обеспечивающих искусственное разведение, в том числе от достаточного внесения удобрений и кормов. Поэтому объемы выращенной рыбы и аквакультуры, в конечном счете, определяются технологиями выращивания и условиями окружающей среды. Загрязнение водных ресурсов отрицательно сказывается на рентабельности такого производства, продуктивности и безопасности населения при использовании аквакультур в пищу. Загрязнения водоемов Вьетнама представляют собой продукты жизнедеятельности человека (доступа к улучшенным санитарным условиям не имеют 25% населения), что приводит к эвтрофикации. Ведущими контаминантами химической природы являются тяжелые металлы и полихлордифенилы (PCBs) [4].

Уровень загрязнения поверхностных, подземных и прибрежных вод продолжает расти. В 2003 году общее количество сточных вод составило 1100 млн.м³/год, очищенные - 250млн млн.м³/год, из которых 70% (175 млн.м³) с повторным использованием. Реки городских районов Ханой, Хошимин, Хайфон, Хайзыонг, Бак Жанг, Хюэ, Дананг, Куангнам, Донг Най загрязнены неочищенными производственными сточными водами. В провинции Южный Ки ежедневные сточные сливы составляют 137 000 м³, содержащих около 93 тонны отходов [3]. В Ханое общая сумма сточных вод достигает 300 000-400 000 м³/сут. В тоже время системами очистки сточных вод оборудованы только 36 из 400 производственных объектов и 5 из 31 больницы. При этом септические отходы, составляющие 1 200 м³/день, сбрасываются в прилегающие каналы и озера в пределах города, превращая их в эпидемически опасные канализационные стоки. В промышленных районах Тэм Луонга, Хошимина сточные воды бумажно-целлюлозных и текстильных комбинатов достигают 500 000 м³/сут. Они характеризуются рН=9-11, химической потребностью в кислороде на уровне 700 мг/л,

биологической потребностью - 50-200 мг/л. Содержание некоторых химических соединений превышает национальные стандарты качества воды класса А: аммиака - в 74 раз, цианистых соединений - в 8,4 раза, соединений серы - в 4,2 раза.

Быстрая урбанизация и индустриализация прибрежных зон, расширение прибрежного туризма, функционирование порта и развитие морского транспорта, увеличение разливов нефти (например, 900 м³ нефти попало в воды прибрежной зоны Ba Ria-Vung Tau) способствуют ухудшению качества воды в прибрежных зонах.

Изменение климата также оказывает влияние на аквакультурное производство за счет изменения сезонности типов погоды, увеличения уровня океана, потепления и роста числа чрезвычайных ситуаций, приводящих к непредсказуемым последствиям. При этом следует учитывать, что в большинстве случаев аквакультурным производством занимаются в пресноводных водоемах или в морских прибрежных акваториях, которые чувствительны к климатическим изменениям.

Неконтролируемый морской лов в узкой прибрежной полосе уже привел к снижению добычи в этой отрасли.

Таким образом, развитие аквакультуры является важным социально-экономическим показателем в производстве продуктов питания, прибыли и обеспечения занятости населения. Однако климатические изменения и загрязнение окружающей среды негативно влияют на развитие аквакультурной отрасли и безопасность продукции.

Литература

1. Food and Agriculture organization of the united nations. Generated: 25 Mar 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fao.org/nr/aquastat> (дата обращения 29.03.2014).
2. Government of Viet Nam. 2005. Report on Vietnam land use for five years 2006-2010 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://>

[http://www.fao.org/countryprofiles/index/ru/? iso3 =VNM](http://www.fao.org/countryprofiles/index/ru/?iso3=VNM) (дата обращения 21.03.2014).

3. AQUQSTAT, FAO of the UN, Accessed on February 2011. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fao.org/nr/water/aquastat/irrigationmap/VNM/index.stm> (дата обращения 28.03. 2014).

4. The State of Food Insecurity in the World. FAO, IFAD and WFP. The State of Food Insecurity in the World 2013. The multiple dimensions of food security. - Rome, FAO, 2013. - 33 p.

5. Положение дел в области продовольствия и сельского хозяйства 2010-2011: Food and Agriculture Organization of the United Nation/ Women in Agriculture Closing the gender gap for development [электронный ресурс]. – Режим доступа: www.fao.org/icatalog/inter-e.htm (Ч.3. – С.99, 120, 134) (дата обращения 05.03.2014).

УДК 614.212

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ВОЕННЫХ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Тарараева Т.Ю.

*Российский университет дружбы народов,
кафедра общественного здоровья, здравоохранения и
гигиены, г. Москва*

В Российской Федерации, как и во всех развитых странах мира, происходит интенсивное старение населения, и продолжение этой тенденции прогнозируется до середины двадцать первого века.

Ожидается, что будет происходить значительный рост доли населения пожилого возраста, особенно старше 85 лет.

Этому способствуют многие факторы, в том числе прогресс науки и здравоохранения, позволяющие осуществлять борьбу с тяжелыми соматическими заболеваниями, приводящими к преждевременному старению и смерти людей. Только за последние годы в Российской Федерации доля лиц пожилого и старческого возраста превысила 40%. Все это выдвигает на передний план проблему нормального жизнеобеспечения указанной категории лиц, совершенствования всех видов их медицинского и в том числе стоматологического обеспечения (В.К. Леонтьев, 2004).

С возрастом, как правило, отмечается прогрессирующее ухудшение качества жизни, что связано, в том числе, с ухудшением состояния зубочелюстного аппарата. Однако по данным М.З. Каплан (2008), С.А. Никифорова (2007), С.М. Никольского (2007) финансирование стоматологического обслуживания пенсионеров недостаточно.

Стоматологическая заболеваемость и потребность в стоматологической помощи военных пенсионного возраста имеют особенности. Это связано с более ранним выходом на пенсию офицеров по достижении предельного возраста пребывания на военной службе, с их пребыванием во время военной службы в разных регионах страны, недостаточным уровнем оказания стоматологической помощи по месту службы.

По данным эпидемиологического исследования, проведенного на базе ЛПУ Минобороны России в 2006 году, в ходе которого были обследованы 1030 военных пенсионеров в возрастных группах от 35 лет и старше, распространенность кариеса равнялась 100% во всех возрастных группах. Показатель интенсивности кариеса (КПУ) увеличивался с возрастом за счет количества удаленных зубов.

По данным вышеупомянутого исследования, распространенность признаков патологии пародонта составила 95%. Гигиена полости рта у 74% пенсионеров оценена как плохая и, как показали материалы исследования, одной из причин плохой гигиены полости рта у пенсионеров является недостаточный уход за зубами. Что касается наличия дефектов зубных рядов и потребности в протезировании, то сочетание дефектов зубных рядов нижней и верхней челюсти выявлено у 71% обследованных, в зубном протезировании вследствие дефектов зубных рядов или полного отсутствия зубов нуждались 40% обследованных.

Таким образом, результаты данного эпидемиологического обследования демонстрируют высокий уровень поражения военных пенсионного возраста болезнями зубов и тканей пародонта.

При обследовании 300 пенсионеров Министерства обороны России, наблюдающихся в ФГУ «12 Лечебно-Диагностический Центр Минобороны России», которые до достижения ими пенсионного возраста проходили военную службу в офицерском составе различных военных округов, жалобы стоматологического характера предъявили 80,4%. Несмотря на наличие жалоб 19% не обращались к стоматологу в течение года и более. Недостаточная мотивация к сохранению стоматологического здоровья проявляется в распространенности курения. Число курящих с возрастом уменьшается незначительно. Выявлена недостаточная гигиена полости рта.

При сравнении КПУ у служивших в разных военных округах наиболее высокий КПУ отмечается у пенсионеров Южного и Дальневосточного округов (соответственно 29,6 и 28,19), наименьшая интенсивность кариеса встречается в Центральном округе (25,25).

Уровень стоматологической помощи пенсионерам МО, в соответствии с классификацией П.А. Леуса, находится ниже удовлетворительного (в среднем 39,3%).

При сравнении показателей стоматологического статуса у пенсионеров МО 45-60 лет и идентичной возрастной группы штатских сотрудников МВО установлено, что интенсивность кариеса у пенсионеров МО заметно выше: 25,4 и 17,4 соответственно. Запломбированные зубы у военных пенсионеров в структуре КПУ соответствуют количеству 5,34, а у штатских сотрудников 7,6 (в 1,4 раз больше). Удаленные же зубы у пенсионеров МО составляют 10,42, а у штатских сотрудников 7,2, то есть в 1,5 раза меньше.

Структурный анализ показателя интенсивности кариозного процесса (КПУ) у пенсионеров МО показал, что показатель числа удаленных зубов (У) выше, чем у штатских сотрудников, что свидетельствует о преобладании у пенсионеров МО хирургического метода лечения осложненного кариеса (пульпит, периодонтит). Такая высокая активность хирургического лечения осложненного кариеса приводит к развитию деформаций зубного ряда, аномалиям положения зубов, заболеваниям пародонта в результате повышенной жевательной нагрузки на сохранившиеся зубы, артропатий и заболевания желудочно-кишечного тракта.

Анализ результатов протезирования показал, что зубные протезы изготовлены для 50% пенсионеров МО и 46% штатских сотрудников. При этом структура предшествующего протезирования в указанных группах отличается. Полные съемные протезы у штатских сотрудников встречаются в 2 раза реже, частичные съемные – 1,7 раз реже. В то же время мостовидные протезы и восстановительные коронки, показанные к изготовлению при

большой сохранности зубных рядов, чаще встречаются у штатских сотрудников (в 1,5 и 1,4 раза соответственно).

В ходе проведенного нами исследования при опросе (анкетировании) 50 военных пенсионного возраста, обратившихся за медицинской помощью в филиал 6 ФГКУ 3 ЦВКГ, жалобы стоматологического характера предъявило 100% опрошенных, из них около 60% обратилось с целью протезирования, в связи с потерей зубов.

Около 60% опрошенных отметили, что впервые проблемы со здоровьем (в том числе зубов и полости рта) появились во время службы. Около 73% опрошенных отмечают определенные проблемы при получении стоматологической помощи, из них 40% испытывают финансовые затруднения, а треть (33%) не удовлетворены качеством получаемой помощи.

При оценке качества государственной (в рамках ОМС) стоматологической помощи около 40% опрошенных остались недовольны, а около 35% оценили его как удовлетворительное. При этом около 80% респондентов отметили, что государственной стоматологической помощи не хватает достойного финансирования.

УДК 614

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНЫЙ ПЛАКАТ 1918-1921 ГОДОВ

Туранский М. М., Успенская М. И.
*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

В первые годы после установления советской власти государство и коммунистическая партия уделяли большое внимание развитию советского здравоохранения. В марте 1919 года на VIII съезде РКП(б) была принята программа партии, в которой определялись основные задачи и пути развития. Ведущую роль занимало профилактическое направление, и в числе приоритетных задач медицинской службы была борьба с социальными болезнями. Важнейшее место в деле «окультуривания масс» принадлежало санитарному просвещению.

Важность санитарно-просветительной работы была особо оговорена в докладе Н. А. Семашко «Основные задачи советской медицины на местах» на Всероссийском съезде Медико-санитарных отделов Советов в Москве 16 – 19 июня 1918 г. [3]

Перед Народным комиссариатом здравоохранения в эпоху Гражданской войны в первую очередь стояли задачи профилактики и борьбы с эпидемиями. Об этом, свидетельствуют первые декреты Наркомздрава: о мероприятиях по борьбе с сыпным тифом (28 января 1919 г.), о мерах борьбы с эпидемиями (10 апреля 1919 г.), об обязательном оспопрививании (10 апреля 1919 г.), о снабжении бактериологических институтов и лабораторий необходимыми для их работы материалами и инвентарём (10

апреля 1919 г.), о санитарной охране жилищ (18 июня 1919 г.), о борьбе с сыпным тифом на Восточном и Туркестанском фронтах (5 ноября 1919 г.), об обеспечении Красной армии и гражданского населения мылом (30 декабря 1919 г.), о санитарно-пропускных пунктах на вокзалах г. Москвы (13 мая 1920 г.), об обеспечении населения Республики банями (30 сентября 1920 г.) и многие другие. [4]

Форпостом санитарного просвещения стали Дома санитарного просвещения, подведомственные Наркомздраву. В инструкции по реализации плана санитарно-просветительной работы основными формами проведения предлагались проведение лекций и бесед; организация вечеров вопросов и ответов; выпуск стенгазет; оборудование выставок и уголков здоровья в амбулаториях, избах-читальнях и красных уголках; организация кружков санитарной грамоты и первой помощи; организация конкурсов и соревнований на лучшее проведение санитарно-просветительной работы; организация декадников чистоты и борьбы с заразными болезнями, участие в культ- и санпоходах. Этот период характеризуется массовым выпуском листовок, лозунгов, плакатов, проведением бесед: «Как бороться с сыпным тифом», «Чистота и здоровье», «Какую пользу приносят предохранительные прививки», «Насекомые – враги человека», «Неделя чистоты», «Банная неделя», «Недели очистки» и другие кампании по борьбе с эпидемиями сыпного тифа, холеры, которые мобилизовали в широчайших размерах самодеятельность трудящихся в области здравоохранения [5].

В работе выдающегося искусствоведа и библиографа Б.С. Бутник-Сиверского «Советский плакат эпохи гражданской войны» (закончена в 1941 г., впервые опубликована лишь в 1960 г.) даётся указание на 228 различных плакатов, содержание которых имеет отношение к проблемам здравоохранения. Плакатная продукция в то

время выпускалась в издательствах порядка 450 военных и штатных организаций тиражами от 1 000 до 100 000 экземпляров, т.е. распространялась по всей Республике. [1]



Рис. 1. Художник неизвестен. 1920 г. Рис. 2. Черемных М.М. 1921 г.

На первый план в годы гражданской войны выходит санитарно-просветительный плакат, посвященный вопросам профилактики заразных болезней, а не медицинский учебный плакат. Вопросы санитарной пропаганды рассматриваются как вопросы политические, содержание плакатов апеллирует к гражданскому самосознанию. Заразную болезнь называют вражеской армией, призывы «Все к оружию!» и «Все на прививки!» следуют друг за другом. Санитарно-просветительный плакат напоминает скорее плакат военный.

Тексты плакатов нередко содержат стихотворную подтекстовку и достаточно подробную историческую справку о заболевании, уже в прозе. Неопрятный человек на этих плакатах представлен врагом общества [1].

В статье рассматриваются два примера. Плакат 1 (рис. 1) перекликается со словами В. И. Ленина, произнесенными на VII Всероссийском съезде Советов: «Товарищи, всё внимание этому вопросу. Или вши победят социализм, или

социализм победит вшей!»¹ После победы над «белогвардейскими паразитами» борьба с сыпным тифом становится всенародным делом. Основные противоэпидемические меры видны на плакате – в нижней трети рисунка мужчину щедро поливают водой из ведра, ещё два человека заняты стиркой белья, на заднем плане стоит санитарный врач. Плакат 2 (рис.2) изображает последствия оспы – слепоту и рубцовые дефекты кожи на лице, которых можно избежать с помощью оспопрививания. Ситуация с оспой обострилась задолго до войны, ещё в 1891 г. ежегодно заболело около 100 тысяч человек. Однако именно в 1919 г. декретом, подписанным В. И. Лениным, началась централизованная кампания по борьбе с оспой, благодаря которой в 1937 г. оспа в СССР была полностью ликвидирована. Данный плакат относится к серии «Окна РОСТА» – специфической форме массового агитационного искусства, впервые появившейся в 1919 г. Простота и выразительность рисунка дополнены в «Окнах РОСТА» лаконичными подписями, создание этих плакатов – результат сотрудничества известнейших художников и поэтов того времени (В. В. Маяковский, создавал как рисунки, так и подписи к «Окнам РОСТА»). [5]

Разносторонняя санитарно-просветительная работа проводимая медицинскими работниками и всей общественностью дала значительные результаты. Резко была снижена смертность, заметно сократилась заболеваемость социально опасными болезнями, повысилась рождаемость населения.

Литература

¹ Ленин В. И. Полн. собр. соч. – Т. 39. – 5-е изд. – М.: Политиздат, 1996. – С. 410.

1. Бутник-Сиверский Б. С. Советский плакат эпохи гражданской войны, 1918-1921. – М.: Изд-во Всесоюзной книжной палаты, 1960. – С. 16-21, 100-102, 504-525.
2. Ленин В. И. Полн. собр. соч. – Т. 39. – 5-е изд. – М.: Политиздат, 1996. – С. 410.
3. Семашко Н. А. Избранные произведения. – М.: Гос. изд. мед. лит., 1954. – С. 134.
4. Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Т. С. Сорокина. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – С. 496-508.
5. Большая советская энциклопедия. – Электрон. текстовые данные.–М.: Большая российская энциклопедия., 2001.
6. [Электронный ресурс] <http://fotki.yandex.ru/users/vordringen/view/559144/?page=81>; [http:// chron.eduhmao.ru/img_12_2.html](http://chron.eduhmao.ru/img_12_2.html)

УДК 378

РОЛЬ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ В ИННОВАЦИОННОМ РАЗВИТИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Фомина В.П.

***ФГБОУ ВПО «Московский государственный
машиностроительный университет», кафедра
«Государственное и муниципальное управление»***

Сегодня принимается как аксиома, что экономическое развитие России уже немислимо без создания эффективной национальной инновационной системы. Предметом дискуссии являются лишь возможные пути перевода экономики на инновационный путь развития. Одни из основных направлений инновационного развития РФ - это образование и наука. Объективная потребность инновационного развития, становления инновационной экономики требуют разработки новой концепции подготовки

кадров и ролевых функций науки в национальной инновационной системе.

В сентябре 2011 года президиумом Правительства РФ был одобрен проект Стратегии инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года «Инновационная Россия 2020».

Инновационная Россия 2020 призвана «ответить на стоящие перед Россией вызовы и угрозы в сфере инновационного развития за счет выстраивания четкой системы целей, приоритетов и инструментов государственной инновационной политики».

Таблица 1
Финансовые параметры реализации Стратегии

	Направление	2010 г.	2012 г.	2020 г.
1	Внутренние затраты на исследования и разработки, % ВВП	1,32	1,4-1,6	2,4
2	Государственные расходы на исследования и разработки гражданского назначения, % ВВП	0,88	0,9	1,1
3	Внутренние затраты на образование	4,8	5,5-5,7	6,5-7,0
4	Государственные расходы на образование, % ВВП	4,0	5,2	5,5-6

В рамках реализации этой стратегий заложены основы действующей национальной инновационной системы, предприняты существенные усилия по развитию сектора исследований и разработок, формирования развитой инновационной инфраструктуры, модернизации экономики на основе технологических инноваций (табл. 1).

Основные тенденции инновационного развития представлены: повысить инновационную активность и

эффективность работы компаний; создать конкурентную среду, стимулирующую использование инноваций; обеспечить эффективное расходование государственных средств на НИОКР.

Таблица 2
Отдельные статьи бюджетных расходов, необходимых для
реализации стратегии инновационного характера образования
(млрд. руб.)

	Инновационный характер образования	2010	2012	2020
1	Финансирование исследовательских и федеральных университетов	16,0	16,0	25,0
2	Финансирование развития инновационной инфраструктуры вузов (постановление Правительства Российской Федерации №219)	3,0	3,0	5,0
3	Предоставление на конкурсной основе поддержки учреждений общего образования, внедряющих инновационные программы	-	2,0	12,0
4	Введение дополнительных надбавок к оплате труда преподавателей вузов, ведущих глобально конкурентоспособную исследовательскую деятельность	-	2,0	5,0
5	Государственный план подготовки управленческих кадров для организаций народного хозяйства	0,159	0,188	1,5
6	Реализация программы подготовки управленческих кадров в сфере образования	-	0,2	0,4
7	Расширение механизмов поддержки научно-технического творчества молодежи, дополнительного образования школьников	-	1,5	4,5
8	Запуск программы популяризации научной и инновационной деятельности	-	0,3	0,9

Ключевой проблемой является в целом низкий спрос на инновации в российской экономике. Ни частный, ни государственный сектор не проявляют достаточной заинтересованности во внедрении инноваций. Уровень инновационной активности предприятий значительно уступает показателям стран-лидеров в этой сфере. Расходы на НИОКР в 2010 году в России оцениваются в 1,04% ВВП, против 1,43% ВВП в Китае, и 2,3% в странах ОЭСР, 2,77% ВВП в США, 3,44% ВВП в Японии.

Ключевыми задачами в сфере образования являются развитие системы непрерывного образования; стимулирование получения навыков инновационного предпринимательства и инновационной активности молодежи; повышение престижа инновационной деятельности; инновационный характер образования [5].

Указанные меры будут реализованы за счет поддержки региональных комплексных проектов модернизации образования в рамках Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы и стратегии «Инновационная Россия 2020». Основные статьи расходов, для реализации стратегии инновационного характера образования представлены в таблице 2.

Очевидно, что в системе, где государство играет главную роль, наука находится на втором плане и выступает как «вспомогательный элемент».

Рольевые функции и основные задачи эффективной науки в национальной инновационной системе, предлагаемые Стратегией «Инновационная Россия 2020»:

- создание механизмов коммерциализации интеллектуальной собственности, созданной до введения IV части Гражданского кодекса Российской Федерации, установление переходного периода в 1 год для государства в целях закрепления необходимых ему прав на РИД с последующей заявительной «приватизацией» всех остальных РИД в

интересах авторов и, в последующем, иных заинтересованных лиц («интеллектуальная амнистия»);

- разработка и принятие государственной программы «Развитие науки и технологий»

- снятие законодательных ограничений на привлечение на руководящие должности в науке и высшем образовании (том числе, ректоров) иностранных граждан;

- принятие решения о возможности создания дополнительных фондов по модели РФФИ и РГНФ, в том числе, ориентированных на финансирование исследований по приоритетным направлениям и тематикам;

- формирование среднесрочных (пятилетних) программ развития государственных организаций науки и высшего образования;

- проведение процедуры комплексной оценки качества и результативности (аудита) организаций государственного сектора исследований и разработок;

- новый формат ежегодного доклада об эффективности системы государственной поддержки инноваций, а также сектора исследований и разработок – с данными по финансированию, основными темами, достигнутыми результатами (с конкретными показателями), сравнением с зарубежными странами, обобщенной оценкой уровня научных исследований в сравнении с зарубежными странами по ключевым научно-технологическим направлениям;

- изменение механизмов контроля за использованием средств исследовательских грантов - отказ от финансового контроля за использованием выделяемых средств и минимизация содержательной отчетности. Основным критерием целевого использования средств станет, прежде всего, публикация результатов исследований в международно признанных научных журналах и/или получение патентов;

- пересмотр статуса «наукограда» - сокращение числа, увеличение поддержки, увязка присвоения статуса не только

с наличием высококлассного научного учреждения, но и с активностью региональных и муниципальных властей в формировании региональной инновационной системы, к динамике развития инновационного бизнеса и т.д.;

- принятие программы специальных грантов на институциональное оформление новых исследовательских центров на базе научных подразделений, получивших высокие оценки в ходе аудита деятельности организаций;

- введение позиции «Федеральных научных сотрудников» / «Федеральных профессоров», с индивидуальными профессорскими ставками, оплачиваемыми на мировом или близком к мировому уровню, сроком до 7 лет;

- реализация программы подготовки научных и преподавательских кадров в ведущих зарубежных университетах, предусматривающей ежегодное направление 5000 молодых российских специалистов в аспирантуры и 1000 молодых специалистов в магистратуры ведущих зарубежных университетов;

- переход к формированию единой системы госзаказа на фундаментальные исследования, включающей в себя как конкурсные механизмы, так и средства на институциональное развитие (вместо формирования отдельных программ фундаментальных исследований для академий наук и финансирования неакадемических институтов);

- пилотная программа по целевому привлечению на руководящие посты в научно-исследовательских и федеральных университетах специалистов, обладающих опытом руководящей работы в ведущих зарубежных вузах;

- завершение процесса формирования ядра научных кадров высшей квалификации, имеющих позицию «федерального профессора/научного сотрудника» на основе проведения экспертизы результативности и уровня научной работы и аттестации;

- завершение формирования «опорной» сети центров компетенций в науке, включающей ГНЦ и НИЦ нового типа, а также иные ведущие научные организации, национальные исследовательские университеты;
- перевод государственного финансирования науки в основном на конкурсную основу (доля государственного финансирования на конкурсной основе – 90%).

При этом к ключевым задачам, которые планируется реализовать в рамках стратегии, относятся: разработка и принятие государственной программы «Развитие науки и технологий»; формирование среднесрочных (пятилетних) программ развития государственных организаций науки и высшего образования; проведение процедуры комплексной оценки качества и результативности (аудита) организаций государственного сектора исследований и разработок; реализация программы подготовки научных и преподавательских кадров в ведущих зарубежных университетах и перевод государственного финансирования науки в основном на конкурсную основу.

Ключевым инструментом государственной политики в сфере науки будут долгосрочные государственные научно-технические приоритеты. основополагающим принципом при определении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники будут максимальная прозрачность и публичность этой процедуры. Приоритетные направления развития науки, технологий и техники будут формулироваться на основании результатов регулярного научного аудита российских исследовательских организаций и прогнозов развития науки и технологий в мире.

В Инновационной России - 2020 предполагается «создание отрасли генерации знаний, способной проводить прорывные фундаментальные и прикладные исследования по актуальным для мировой экономики и науки и

приоритетным для России направлениям, востребованным и российскими, и международными компаниями».

Как известно, перестроить действующий механизм исследований и разработок в соответствии с вновь возникающими тенденциями, порой невозможно в краткие сроки, поскольку громадную роль играет уже существующая специализация национального человеческого ресурса, а процессы переобучения имеющегося потенциала либо требуют достаточно длительного времени, либо невозможны и нерациональны. Возникающие новые перспективные сферы деятельности в науке могут быть освоены достаточно быстро, только в том случае, если это позволяет сделать квалификация и опыт работы существующего корпуса исследователей.

Для возврата России «в число ведущих мировых держав» предлагается использовать в качестве платформы вузы и национальные исследовательские центры, находящиеся непосредственно в государственном управлении; провести структурную модернизацию сектора генерации знаний, стержнем которой является «расчистка науки от нежизнеспособных организаций с перераспределением финансирования с неэффективных направлений на перспективные и обновление управленческих кадров».

Одна из ключевых стратегических задач, которые необходимо решить в период реализации Стратегии состоит в восстановлении нормального процесса воспроизводства кадрового потенциала науки, который в значительной степени оказался разрушенным в последние десятилетия. Этот процесс включает механизмы выявления талантливой молодежи на всех этапах образования, начиная с максимально ранних; создание сквозной системы подготовки и повышения квалификации студентов, аспирантов и молодых исследователей; внедрение эффективных

механизмов передачи научных знаний и опыта и, в конечном счете, обеспечение преемственности в развитии научных школ и плавной смены поколений исследователей без потери накопленного потенциала [4].

Решение этой задачи предполагает реализацию следующих мер:

- создание благоприятных условий и стимулов для прихода в науку талантливой молодежи, склонной к исследовательской работе;
- закрепление способных молодых исследователей в науке, в том числе, создание условий, снижающих стимулы к выезду таких исследователей на постоянное место жительства за рубеж без введения каких-либо административных барьеров для мобильности научных кадров;
- поддержка как сохранившихся, так возникающих новых научных школ, объединяющих исследователей разных поколений;
- дальнейшая интеграция академической и вузовской науки, создание в области фундаментальных и поисковых прикладных исследований единого университетско-академического комплекса, характеризующегося высокой внутренней мобильностью между научными образовательными организациями, более широкой практикой совмещения преподавательской и исследовательской деятельности.
- отработка и внедрение новых моделей аспирантского обучения с ориентацией на наилучшие мировые практики, в том числе, включение в программу аспирантского обучения компонента, предусматривающего аудиторные занятия по специальности;
- привлечение к подготовке аспирантов в научно-исследовательских университетах ведущих российских и зарубежных ученых, включая привлечение их к управлению такими программами, а также привлечение ведущих

зарубежных университетов в качестве партнеров в реализации таких программ.

Комплекс мер по повышению качества кадрового потенциала науки будет базироваться на систематизации и переосмыслении богатого российского и советского опыта и опыта ведущих мировых научных держав.

Эффективность исследовательских и научно-образовательных организаций в значительной мере зависит от качества управленческих кадров и технологий менеджмента в этой сфере. На обеспечение динамичного развития науки будет направлено формирование практики ротации управленческих кадров в исследовательских и образовательных организациях, а также обеспечение своевременной подготовки нового поколения руководителей.

Реализовать сценарий развития науки и выход России в лидеры ведущих научно-технических секторах и фундаментальных исследованиях сложно, так как проект стратегии представляет собой продолжение проводившейся на протяжении последнего десятилетия политики стимулирования инновационной активности. Реализация поставленных задач служит основой для инновационного развития РФ.

Литература

1. Голиченко, О.Г. Модернизация и реформирование инновационной стратегии России: проблемы и решения / О.Г. Голиченко // Вопросы экономики. – 2010. - №8.
2. Голиченко, О.Г. Основные факторы развития национальной инновационной системы: уроки для России / О.Г. Голиченко. - М.: Наука, 2011.
3. Министерство экономического развития Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.economy.gov.ru.
4. Фомина, В.П. Высшее образование – составляющая инновационного развития. Научное обозрение. Серия 1 / В.П.

Фомина, С.Г. Алексеева // Экономика и право. – 2010. - № 5. – С.17-34.

5. Фомина, В.П. Проблемы и пути формирования инновационного образования в России. Научное обозрение. Серия 1 / В.П. Фомина, С.Г. Алексеева // Экономика и право. – 2011. - №1. – С.47-54.

УДК 373.037

ВЫСШАЯ ШКОЛА КАК ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ СУБЪЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО СТИЛЯ ЖИЗНИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ

Фомина В.П., Анзорова С.П.

*Институт экономики и управления Университета
машиностроения (МАМИ), кафедра «Государственное и
муниципальное управление», г. Москва*

Динамичный характер образовательной среды, активное реформирование высшей школы в соответствии с «Национальной доктриной образования в Российской Федерации до 2025 года» диктует все новые требования к профессиональному потенциалу будущих специалистов. Существенные изменения в социально-политической и экономической жизни нашего общества предъявляют качественно новые требования к воспитанию современного человека. Социальным заказом общества и высшей школы становится подготовка не только истинных профессионалов – будущих специалистов и деловых людей, готовых интеллектуально и физически реализовать себя в условиях изменяющегося мира, но и ориентированных на сохранение и поддержание здоровья. Поэтому очевидна потребность в формировании нового, основанного на идее сохранения

здоровья, сознания человека, общества, государства, что, в свою очередь, требует подбора средств, содержания, организационных форм, обеспечивающих ценность желаемых изменений в образовательном процессе. Одним из главных лимитирующих факторов эффективности образовательного процесса в вузе в условиях высокой психолого-педагогической интенсивности становится фактор здоровья обучающихся. Актуальность проблемы здоровьесбережения в образовательном процессе вуза определяется, прежде всего, ухудшением в последние десятилетия состояния здоровья обучающихся. Данное явление ассоциируется с рядом объективных и субъективных причин: низким экономическим уровнем жизни большей части студентов; условиями учебной деятельности, отсутствием механизма стимулирования культуры ЗОЖ обучающихся; снижением интереса студентов к гармонии духовного и физического начала в личности и др. Решение ее должно осуществляться в рамках всех предметных дисциплин высшей школы. Одной из важных проблем в современном обществе является неспособность выпускников вузов быстро адаптироваться в условиях рыночной экономики.

Образовательный процесс в вузе характеризуется стремлением к усовершенствованию учебных занятий, творческому поиску и внедрению авторских программ и новых педагогических технологий и моделей, однако, можно отметить отсутствие контроля и учета изменений в состоянии здоровья студентов. Это еще одна, важная проблема, связанная с ухудшением здоровья студентов, вызвана информационной перегрузкой и неблагоприятным воздействием гиподинамии из-за недостатка времени, а в большинстве случаев, из-за нежелания найти время на занятия физическими упражнениями и спортом.

Анализ существующей литературы позволяет сделать вывод, что в настоящее время слабо исследованы педагогические технологии, обеспечивающие организацию учебно-воспитательного процесса в высшей школе по формированию здоровьесберегающих компетенций будущих специалистов, а это свидетельствует о том, что современный вуз пока еще не готов выполнить одну из общественных задач - растить здоровое поколение.

Современный человек живет в быстро меняющемся социальном мире, поэтому важна ответственность государства за жизнь и здоровье каждого члена общества, что отмечено в Конституции РФ, основах законодательства РФ «Об охране здоровья граждан», Законе РФ «Об образовании». Возрастает роль каждого человека как регулятора своего здоровья, так как здоровье появляется вместе с человеком и вместе с ним изменяется. Для управления своим состоянием здоровья каждый человек должен иметь необходимые знания, уметь использовать способы укрепления и сохранения своего здоровья.

Здоровье выступает основой жизнедеятельности человека, представляет собой сложный многоуровневый феномен, включающий в себя физиологический, психический, социальный и педагогический компоненты. По мнению И.И. Брехмана, формирование у человека индивидуального способа здорового образа жизни является приоритетной задачей педагогической науки.

Отличительные для 21 века изменения в характере образования — в его направленности, целях, содержании — все более явно ориентируют его на «свободное развитие человека», на творческую инициативу, самостоятельность обучаемых, конкурентоспособность, мобильность будущих профессионалов. Однако, происходящие в мире и России изменения в области целей образования, соотносимые, в частности, с глобальной задачей обеспечения вхождения

человека в социальный мир, его продуктивной адаптации в этом мире, вызывают необходимость постановки вопроса обеспечения образованием более полного, личностно и социально-интегрированного результата.

В качестве общего определения такого интегрального социально-личностно-поведенческого феномена как результата образования в совокупности мотивационно-ценностных, когнитивных составляющих и выступило понятие «компетенция/компетентность». Вопрос о компетенциях стал предметом обсуждения во всем мире. Особенно актуальной является эта проблема сейчас в связи с модернизацией Российского образования. Зимняя И.А. выделяет 10 основных компетенций (видов). Из них первое - это компетенции, относящиеся к самому человеку как личности, субъекту деятельности, общения: о компетенции здоровьесбережения: знание и соблюдение норм здорового образа жизни, знание опасности курения, алкоголизма, наркомании, СПИДа; знание и соблюдение правил личной гигиены, обихода; физическая культура человека, свобода и ответственность выбора образа жизни.

При диагностике качества образования будущих специалистов большое внимание стало уделяться оценке эффективности здоровьесберегающей деятельности, основными компонентами которой являются: 1. Ценность (ценностью и главной целью здоровьесберегающего образования является уровень здоровья у студентов и их педагогов); 2. Система, (реализация здоровьесберегающего образования в системе, включающей в себя нормативно-правовое регулирование здоровьесберегающей деятельности, создание организационных структур, осуществляющих управление этой деятельностью в программно-целевом режиме); 3. Результат (сформированность у студентов – будущих выпускников компетенции здоровьесбережения; учитывая всеобъемлющий характер здоровьесберегающей

компетенции, формирование которой проходит практически через все дисциплины вуза, затрагивает внеучебную деятельность, касается всех сфер жизни человека, её стоит классифицировать как ключевую).

Проблема сохранения и целенаправленного формирования здоровьесберегающего образа жизни будущих специалистов, исключительно значима и актуальна, так как от состояния здоровья человека зависит уровень экономики, качество жизни людей, национальная безопасность. Именно поэтому перед вузом, стоит задача подготовки будущих специалистов по вопросам укрепления физического и психического здоровья, овладения каждым из них определенным минимумом знаний, умений, необходимых для оптимизации личного здоровья и, гармоничного развития. Очевидно, что от сформированности у будущих профессионалов в рамках учебно-воспитательного процесса вуза модели поведения будет зависеть последующая их деятельность по преобразованию личного здоровья, сохранения его потенциала.

Система образования является одной из наиболее важных структур, которая закладывает основы здоровьесберегающего образа жизни, тем самым, способствуя сохранению психического, физического и нравственного здоровья молодого поколения, выпускников – специалистов, соответственно, и нации в целом.

Литература

1. «Национальная доктрина образования в Российской Федерации» Постановление Правительства РФ от 04.10.2000 N 751
2. Афанаскина, М.С. Культура здоровья студентов как одна из компетенций будущего специалиста / М.С. Афанаскина, О.В. Афанаскина, В.М. Рябов // Методист, 2009. - №3. - С. 46-49.
3. Здоровьесберегающее обучение и воспитание/ Под научной редакцией Андреева В.И./ Казань: Центр инновационных технологий, 2009. - с. 267.

4. Зеер, Э.Ф. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход / Э.Ф. Зеер, А.М. Павлова, Э.Э. Сыйанюк. - М.: МПСИ, 2009. - с. 49.
5. Зеер, Э.Ф. Психолого-дидактические конструкты качества профессионального образования / Э.Ф. Зеер // Образование и наука, 2010. - № 2.
6. Зеер, Э.Ф. Ключевые квалификации и компетенции в личноно ориентированном профессиональном образовании / Э.Ф. Зеер // Образование и наука, 2010. - № 3.

ЗАПРЕТ НА КУРЕНИЕ – ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ИНИЦИАТИВА, ОБУСЛАВЛИВАЮЩАЯ СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Храмова Ю.В., Попова Н.М.
***ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская
академия», кафедра общественного здоровья и
здравоохранения***

Стратегия охраны здоровья рассматривается и реализуется британскими правительствами как первостепенная, приоритетная программа внутренней политики. Среди факторов, обуславливающих состояние здоровья населения, наиболее значимым является образ жизни. Активная пропаганда здорового образа жизни в Великобритании в полной мере проявила себя в установлении запрета на курение в общественных местах (Health Act, 2006).

Первопроходцем в установлении запрета на курение в общественных местах выступила Шотландия. 26 марта 2006 года вступил в силу “Закон о запрете курения, охране здоровья и социальных гарантиях” (Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act). “Закон”, запретивший

употребление табачных изделий в закрытых или большей частью закрытых рабочих и общественных помещениях, сделал исключение для домов престарелых, хосписов, оффшорных сооружений и подводных лодок, разрешив курение в этих учреждениях в специально отведенных местах. Нарушившие закон курильщики могут быть оштрафованы на сумму 50 фунтов стерлингов (ф.ст.), а руководитель подразделения, не сумевший обеспечить выполнение закона на подведомственной территории, – на сумму 200 ф.ст. (около 350 долл.) [4].

Уэльс стал вторым регионом в Великобритании после Шотландии, установившим запрет на курение в общественных местах. Закон о запрете курения, опубликованный Национальной Ассамблеей Уэльса 28 ноября 2006 года, вступил в силу 2 апреля 2007 года (Smoke-free-Premises etc. (Wales) Regulations).

В Северной Ирландии закон о запрете курения вступил в силу 30 апреля 2007 года (Smoking (Northern Ireland) Order). В Англии закон о запрете курения действует с 1 июля 2007 года. Нарушители закона подвергаются крупным денежным штрафам. Курильщик, употребляющий табак в неположенном месте, может быть оштрафован на сумму от 30 до 200 ф.ст., а руководителю компании или учреждения, допустившему курение, грозит штраф до 2,5 тыс. ф.ст.

Первой страной в мире, установившей полный запрет на курение во всех общественных местах, является Ирландия. Закон о запрете курения в общественных местах вступил в силу в Ирландской Республике 29 марта 2004 года. Финляндия первой в Европе запустила программу по полному отказу от курения. Согласно планам правительства, к 2040 году Финляндия станет исключительно некурящей страной. На данный момент среди стран ЕС полный запрет на курение в общественных местах, включая рестораны и бары, также введен в Болгарии (2010) и Испании (2011). В

других странах ЕС приняты ограничительные меры на употребление табачных изделий в общественных учреждениях, призванные защитить население от пассивного курения. Курение в общественных местах разрешено лишь в специально изолированных помещениях, зонах, хорошо проветриваемых или обеспеченных системами вентиляции.

В Европейском Союзе ежегодно от болезней, вызванных потреблением табака, по разным оценкам умирают от 500 до 650 тыс. человек, что составляет приблизительно 15% всех смертей. В среднем среди европейцев в возрасте 15 лет и старше распространенность курения в 2009 году составила 31% (25% европейцев курили ежедневно, 6% – нерегулярно). Примечательно, что процент курящего населения в ЕС снижается: в 2002 году число курильщиков равнялось 39% [1].

Для Соединенного Королевства также характерна тенденция уменьшения числа курящих граждан. Так, количество взрослых курильщиков англичан с 1980 года по 2009 год уменьшилось с 39% до 21%. В 2009 году курильщики англичане в среднем выкуривали 13,1 сигарет в день: мужчины – 13,9, женщины – 12,4 сигарет в день. Согласно статистическим данным 2010 года, 27% учеников британской средней школы, по крайней мере, однажды пробовали сигарету, 5% учеников являются регулярными курильщиками (не менее 1 сигареты в неделю). Девочки оказались в большей степени склонны к курению: 9% девочек признались в том, что последний раз употребляли сигарету на прошлой неделе по сравнению с 6% мальчиков [5].

Закон о запрете курения нашел поддержку среди граждан Соединенного Королевства. Согласно опросу общественного мнения, 80% шотландцев одобрили установление полного запрета на курение еще до принятия данного закона. 20 % не употребляющих табак англичан, признались в том, что они чаще стали посещать кафе,

рестораны и бары. Согласно исследованию шотландских медиков, установление запрета на курение в общественных местах привело к уменьшению числа госпитализаций с диагнозом острой сердечной недостаточности. Так, количество госпитализаций среди постоянных курильщиков уменьшилось на 14%, среди некурящих и бросивших курить граждан – на 21% и 19% соответственно. Общее сокращение численности госпитализаций с диагнозом острой сердечной недостаточности составило 17%. До введения в регионе закона о запрете курения количество госпитализаций с таким диагнозом увеличивалось на 3% в год [3]. Согласно другому исследованию шотландских ученых, у детей, защищенных от воздействия табачного дыма, улучшается общее состояние здоровья, снижается степень риска приобретения болезней дыхательных путей. До принятия закона о запрете курения в Шотландии число детей, поступающих в больницы с приступами астмы, ежегодно увеличивалось на 5,2%. После вступления в силу данного закона последовало уменьшение количества обращений на 18,2% в год [2].

Вопрос о праве медицинских учреждений отказывать курящим людям в хирургической операции в случае их нежелания освободиться от пагубной привычки обсуждается достаточно широко в Великобритании. Врачи объясняют свою позицию тем, что курение приводит к побочным послеоперационным эффектам, что в свою очередь существенно увеличивает стоимость лечения. На лечение болезней, связанных с курением, страна ежегодно тратит 1,7 млрд. ф.ст. Приблизительно 1,5 млн. англичан в возрасте от 35 лет и старше госпитализируются с диагнозом заболевания, которое, возможно, сопряжено с курением. Ограничительные меры по потреблению табака способствуют снижению факторов риска хронической патологии.

Литература

1. В Европейском Союзе распространенность курения продолжает снижаться [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.google.com/hostednews/afp/article> (дата обращения 01.03.2014).
2. Запрет курения спасает детей от астмы [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.zabolel.net/2700-zapret-kureniya-spasaet-detej-ot-astmy.html> (дата обращения 01.03.2014).
3. Запрет на курение в общественных местах действует [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://hnb.com.ua/news/s-zdorovie-zapret_na_kurenie_v_obshchestvennykh_mestakh_deystvuet-950 (дата обращения 01.03.2014).
4. Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act, 2005 [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.opsi.gov.uk/legislation/scotland/acts2005/20050013.htm> (дата обращения 01.03.2014).
5. Statistics on Smoking: England. [NS] report [Электронный ресурс] // The NHS Information Centre, Lifestyles Statistics. – 2011. – 16 August. – URL: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/health-and-lifestyles/smoking/statistics-on-smoking-england-2011> (дата обращения 01.03.2014).

УДК 614.1:312

А 64

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ
БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Чепурной А.Г.

***ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной
гигиены и организации здравоохранения ФДПО,
г. Рязань***

Основными причинами смерти на современном этапе являются болезни эндогенного характера, связанные с нарушением деятельности важнейших систем человеческого организма [3,5]. Социально-гигиеническое значение болезней системы кровообращения (БСК) определяется не столько частотой распространения, сколько их тяжестью. Эти болезни занимают первое место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе и в России. В нашей стране болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности [1,5]. Не снижающийся рост заболеваемости и смертности населения от БСК является одним из важных факторов формирования неблагоприятной демографической ситуации в стране. Общество несет значительные людские потери и экономический ущерб [5]. По данным Росстата, в Российской Федерации на долю болезней системы кровообращения в 2012 г. приходилось более половины всех случаев смерти - 55,4%.

Следует отметить, что за последние 10 лет доля БСК в структуре смертности населения Рязанской области практически не изменилась, составляя более 50% всех случаев смерти. При этом, более чем в 90% случаев смерть от БСК обусловлена ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда. В Рязанской области в 2012 г., по сравнению с 2005 г., отмечается, хотя и незначительное, увеличение доли болезней системы кровообращения с 55,8% до 57,2% (на 2,5%), но они, по-прежнему, продолжают занимать лидирующее место в структуре причин смерти населения. Кроме того, областной показатель превышает общероссийский на 3,3%.

Динамика смертности от БСК повторяла общую тенденцию к росту показателей Российской Федерации с 2000 г. по 2005 г. с последующим небольшим снижением в 2006-2012 гг., однако с некоторыми, порой существенными, особенностями. Во-первых, показатели смертности в Рязанской области за 2000-2012 гг. были, в среднем в 1,3 раза выше, чем по стране, а рост коэффициентов до 2005 г. в 1,5 раза превышал рост общероссийских ($p < 0,05$). При этом в 2005 г. уровень смертности от БСК в области был на 24,6% выше, чем в Российской Федерации. Во-вторых, если снижение смертности от болезней системы кровообращения в области в 2012 г. относительно 2000 г. составило 12,0% (с 1 065,2 до 937,3 на 100 000 населения), то в целом по России – 13,3% (с 849,4 до 737,1 на 100 000 населения). В-третьих, уровень смертности трудоспособного населения Рязанской области от класса болезней системы кровообращения за 2011-2012 гг., в среднем, на 15,6% выше, чем аналогичные коэффициенты в Российской Федерации (соответственно, 218,0 и 206,8 на 100000 лиц трудоспособного возраста и 188,7 и 178,6 на 100000 лиц трудоспособного возраста).

При современном уровне развития медицины (за исключением случаев несовместимых с жизнью) исходы

заболеваний во многом зависят от эффективности деятельности системы здравоохранения, в том числе уровня квалификации медицинских работников, качества деятельности медицинских учреждений, оказывающих помощь населению и доступности этой помощи [2,4]. По данным ряда авторов, в тех странах, где достигнуты реальные позитивные сдвиги в снижении смертности населения, не только менялось поведение населения, но и реально менялась деятельность системы здравоохранения, ее активность в отношении внедрения в массовую практику эффективных новых технологий лечения болезней. Как отмечают эксперты ВОЗ необходимость улучшения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями, не требует доказательств [2,4].

За анализируемый период отмечается выраженная тенденция к росту первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК), как в России (темп среднего прироста = +6,8%), так и в Рязанской области (темп среднего прироста = +5,7%). Однако регистрируемые в области показатели заболеваемости БСК были несколько ниже, чем, в целом по России, в том числе и средний уровень заболеваемости – 21,2 и 20,4 на 1 000 населения, соответственно в Российской Федерации и Рязанской области. При этом заболеваемость болезнями системы кровообращения, с начала анализируемого периода по 2012 г., продолжала увеличиваться достаточно высокими темпами – в среднем на 8,1% в год (с 16,7 до 23,3 на 1 000 населения) – с относительным ростом в 39,5% за 2000-2012 гг.

Таким образом, анализ заболеваемости и смертности БСК в Рязанской области позволяет выявить их особенности, что предполагает разработку комплекса медико-организационных и медико-социальных мер на всей территории региона.

Литература

1. Антипова, С.И. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления [Текст]/ С.И. Антипова, В.В. Антипов // Медицинские новости. – 2011. – №12. – С. 37-43.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г. [Электронный ресурс] // ЕРБ ВОЗ, Европейская база данных. - Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-helth-report-2012> (дата обращения 20.07.2013).
3. Медведева, О.В. Реализация региональной семейной политики: медико-социальный и медико-демографический аспекты [Текст] / О.В. Медведева, О.Е. Коновалов. - Рязань: ООО Акварель-Т, 2010 -145 с.
4. Современные проблемы медицинского обеспечения больных с кардиологическими заболеваниями (по результатам проекта «Получение статистической информации о качестве и доступности медицинской помощи больным кардиологического профиля») [Электронный ресурс] // РОССТАТ. - Режим доступа: http://www/gks.ru/free_doc/2010/demo/kardio.doc (дата обращения 15.09.2013).
5. Шальнова, С. А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России/ Шальнова С. А. [и др.] [Текст]// Российский кардиологический журнал. - 2012. - № 5 (97). - С.6-11.

УДК 614

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Чирков В.А.*, Лысенко И.Л.**

*** ГБУЗ КДЦ №6 Департамента здравоохранения
г. Москвы**

****ГБУЗ ГП №180 Департамента здравоохранения
г. Москвы**

Основной потребностью современного управления и главным фактором его эффективности является профессионализм, который в свою очередь, определяется подготовкой специалистов, способных предвидеть, своевременно распознавать и успешно решать все проблемы развития [1].

Современное здравоохранение для реализации своей основной цели - повышения социальной ценности медицинской помощи также нуждается в современной методологии управления. Современные методы управления качеством медицинской помощи представляют собой адаптированную к здравоохранению модель непрерывного повышения качества, разработанную W.E. Deming (1986), который в своей книге «Выход из кризиса» сформулировал 14 основополагающих принципов управления [2]. Это - постоянство цели (для руководителя); новая философия (полный отказ от традиционных методов управления); исключение массового инспекционного контроля; закупка только качественного оборудования; непрерывное улучшение каждого из процессов; постоянная подготовка и переподготовка кадров; учреждение «лидерства» как основной формы управления в противовес коллективным формам; исключение наказания и страха как способа

взаимоотношений между руководителем и персоналом; устранение барьеров в работе между подразделениями; отказ от лозунгов и призывов; отказ от произвольных стандартов в пользу стандартов, разработанных на основе глубокого научного анализа и большого опыта работы специалистов; обеспечение возможности работникам гордиться результатами своего труда; поощрение стремления к образованию; непоколебимая приверженность делу повышения качества у руководства.

Для обеспечения единого подхода к действующей постоянно и непрерывно системе управления качеством медицинской помощи, повышения доступности медицинской помощи населению и качества ее оказания с 2010 г. в ГБУЗ КДЦ №6 на функциональной основе действует отдел качества. Многопрофильное специализированное лечебно-профилактическое учреждение – ГБУЗ КДЦ №6 г. Москвы, состоящее из четырех филиалов, более, чем пятидесяти структурных подразделений и работающее одновременно как амбулаторно-поликлиническое учреждение и оказывающее помощь на базе развернутых на 130 коек дневных стационаров, имеет общий блок диагностических и вспомогательных подразделений. Ежегодно выполняется свыше 12 800 тыс. посещений к врачам амбулаторного центра, лечение на базе дневных стационаров получают свыше 4 тыс. пациентов.

Для координации действий персонала по совершенствованию управления качеством и улучшения преемственности между подразделениями АМЦ, повышения результативности, обеспечения удовлетворенности пациентов, создания условий максимальной реализации способностей каждого работника и коллектива центра в целом, а также с целью разработки, внедрения, поддержания в рабочем состоянии в соответствии с установленными требованиями Российских и международных стандартов

системы менеджмента качества (ГОСТ Р ИСО 9001-2001 и МС ИСО 9001:2000) в 2010 г. создано новое подразделение АМЦ «Отдел менеджмента качества». В составе команды руководителей центра выделен заведующий отделом менеджмента качества медицинской помощи.

Главные задачи ОМК: поэтапная разработка, внедрение, реализация принципов системы менеджмента качества (СМК), а также поддержание системы менеджмента качества медицинской организации в рабочем состоянии с постоянным улучшением; вовлечение управленческого персонала АМЦ, специалистов и сотрудников в инновационный процесс улучшения деятельности на основе принципов и методов менеджмента качества; популяризация и осуществление идей, методов и моделей менеджмента качества; повышение эффективности и результативности труда в сфере оказания медицинских услуг с оптимизацией затрат.

Отдел менеджмента качества обеспечивает совместно с другими службами и подразделениями АМЦ необходимую работу по организации мониторинга показателей качества деятельности центра, его подразделений и их анализу. При этом используются современные методы и технические средства.

ОМК выполняет коммуникативную и информационную функцию, которая включает:

- 1) оказание помощи заместителям главного врача, заведующим отделениями и сотрудникам в реализации их инновационного и творческого потенциала на основе СМК, вовлечение в процесс повышения качества деятельности сотрудников всех категорий;

- 2) предоставление отчетов по качеству основной деятельности главному врачу и заведующим филиалов, оказание методической помощи структурным

подразделениям в подготовке аналогичных отчетов, обработке и анализе их данных;

3) распространение информации об опыте центра, других ЛПУ России и зарубежных клиник по вопросам менеджмента качества и качества медицинской деятельности;

4) организация профессиональной подготовки в области менеджмента качества работников отдела и уполномоченных по качеству, их переподготовка;

5) планирование, оказание помощи и контроль повышения квалификации руководителей АМЦ в области менеджмента качества.

Оптимизация основных показателей деятельности АМЦ – результат деятельности вновь созданного отдела. За последний год улучшилась доступность медицинской помощи для пациентов в клинических подразделениях, и сократились сроки ее ожидания.

Функционирование системы менеджмента качества АМЦ поддерживается путём проведения внутренних аудитов, реализации корректирующих и предупреждающих действий, анализа со стороны руководства, регулярного повышения квалификации персонала на базе ведущих Российских и зарубежных клиник.

Таким образом, с учетом практического опыта работы АМЦ в данной области, можно сделать вывод, что для совершенствования системы управления качеством деятельности современной медицинской организации целесообразно выделять специальное подразделение, которое будет координировать эту работу.

Литература

1. Антикризисное управление: Учебник. – 2-е изд., доп. и перераб./ Под ред. проф. Э.М. Короткова. – М.: ИНФРА-М, 2007. – С.46-51.

2. Deming, W. E. Out of the Crisis/ W.E. Deming. - Cambridge, MA 02139: MIT Press, 1986. – 507 p.

УДК 371.7

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИЩЕВОГО РАЦИОНА СТУДЕНТОВ

**Чичильникова Х.А., Хачатрян Л.Р., Розовел А.В.,
Таджиева А.В.**

*Российский университет дружбы народов, кафедра
общественного здоровья, здравоохранения и гигиены,
г. Москва*

В Основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения определена цель – сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, обусловленных неполноценным и несбалансированным питанием [1].

Цель исследования выявить рациональность и сбалансированность питания, несоответствия между фактическим потреблением пищевых веществ и физиологическими нормами потребления.

Оценку пищевого рациона (пилотный вариант) проводили среди студентов очной формы обучения медицинского факультета специальности «Стоматология» 3 курса методом анкетирования. Объем выборки участников составил 20 человек (12 девушек и 8 юношей в возрасте до 25 лет), из них половина проживают в общежитии, остальные - в семьях.

Установлено, что пищевой рацион 60% студентов не покрывает их суточных энерготрат, 10% - избыточен. У 30% студентов, проживающих в общежитии, отмечается дефицит

основных питательных веществ. Менее половины студентов (40%) ведут, по их мнению, здоровый образ жизни. Однако в выборке выявлены лица с вредными привычками (курение признали 30%, употребление слабоалкогольных напитков – 20%).

Установлено, что для режима питания студентов характерно нерациональное распределение суточного рациона в динамике дня. Время последнего приема пищи у 30% студентов было в 21–22 часа. У трети студентов интервал между приемами пищи составляет от 8 до 10 часов. Распределение калорийности в течение дня (завтрак - 25%, обед – 35%; ужин – 40%) так же не соответствует гигиеническим требованиям.

В рационах преобладает углеводно-жировая пища, причем превалируют животные жиры на фоне недостатка растительных жиров, и простые углеводы при недостатке белков животного происхождения и пищевых волокон. Установлено, что потребление круп и макаронных изделий составляет от 133% до 155%, а кондитерских изделий - от 138% до 160% относительно рекомендуемой нормы потребления. При этом дефицит белковой пищи значительно варьирует в зависимости от пола: у лиц мужского пола - 15-20%, женского – до 50%. Углеводная часть рациона в 2,9 раз ниже нормы у 40% респондентов, что является показателем качественной неполноценности питания студентов.

В исследованных рационах питания выявлен дефицит витамина С у 60%, витамина В₁ - 50%, витамина А - 50% опрошенных.

Одним из важных показателей питания с точки зрения профилактики кариеса зубов является соответствие потребления фторидов физиологическим нормам. «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ» (МР 2.3.1.2432-08) впервые устанавливают рекомендуемую

физиологическую потребность для взрослых во фторе на уровне 4 мг/сутки. Ориентировочно около 1/3 фторидов поступает в организм с пищей, 2/3 – с питьевой водой. При этом среднее содержание фтора в питьевой воде РФ ниже оптимальной, равной 1 мг/л (70% населения живет в условиях недостатка фтора, 1-3% - в условиях его избытка). Фторирование питьевой воды в регионах фтордефицита при централизованном водоснабжении поддерживается многими гигиенистами, Американской стоматологической ассоциацией (ADA), Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Международной ассоциацией стоматологических исследований (IADR) [5, 6]. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает эффективность использования фторсодержащих зубных паст и жидкостей для полоскания рта [7]. При этом резорбция фтора в пищеварительном тракте зависит от фторсодержащего соединения (неорганическое, органическое и др.), его агрегатного состояния, растворимости и диссоциации; количества поступающего фтора; вида и количества сопровождающих (с водой или пищей) соединений; особенностей питания; физиологического состояния организма и возраста. Резорбция фторидов из воды, содержащей растворенные соли фтора, оценивается в среднем на уровне 93-97%, из пищи - 60-80%.

Установлено, что содержание фторидов в рационах питания студентов составляет 1,9-3,4 мг/сутки. Поступление фторидов из пищи в случае рационов студентов и с учетом уровня резорбции составляет от 1,1-1,5 мг до 2,0-2,7 мг в сутки. При физиологической потребности в 4 мг фтора в сутки с водой должно поступать от 2,9 мг до 1,3 мг. Следовательно, студент должен выпивать в сутки от 2,9 л до 1,3 л питьевой воды с оптимальным содержанием фтора 1 мг/л. Как видно, верхняя граница водопотребления (2,9 л/сут.) для компенсации недостатка фтора в пище в условиях

умеренного климата и недостаточной физической активности студентов избыточна даже при оптимуме содержания фтора в воде.

Таким образом, гигиеническая оценка рациона питания студентов показала, что суточный рацион студента не соответствует принципам рационального и сбалансированного питания, отличается однообразием потребляемых продуктов питания и нуждается в индивидуальной корректировке, в том числе увеличением объема потребляемой воды [2-4].

Литература:

1. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 г. (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р)
2. Антипова, Л.В. Проектирование индивидуализированных рационов питания студентов на основе комплексного анализа компонентного состава тела и пищевого статуса / Л.В. Антипова, М.Е. Успенская, Е.А. Рассадников, Н.И. Беляева, А.В. Борисова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2012. - №1. - С.119.
3. Исаева, И.Н. Питание и некоторые показатели пищевого статуса студентов / И.Н. Исаева, Г.В. Возженникова, В.И. Горбунов, А.М. Шутов, А.С. Верушкина // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2011. - №2. - С.108-112.
4. Жижин, К.С. Проблемы пищевого статуса студентов колледжа / К.С. Жижин //Materials of conferences Modern High Technologies.- 2012. - №7. - С. 20.
5. Голдовская-Перистая, Л.Ф. Содержание йода и фтора в воде централизованных систем питьевого водоснабжения Белгородской области / Л.Ф. Голдовская-Перистая, В.А. Перистый, А.А. Шапошников, Е.А. Денисов //Научные Ведомости. Серия Естественные науки. - 2010. - № 9 (80). - Выпуск 11. - С. 124-130.
6. American Dental Association ADA World [электронный ресурс]. Режим доступа:

http://www.ada.org/sections/advocacy/pdfs/fluoridation_statement_ten_authorities.pdf. (Дата обращения 12.12.2013).

7. World Health Organization (WHO). V8: [электронный ресурс]: <http://apps.who.int/ghodata> (Дата обращения 15.12.2013).

УДК 618.36 – 091:618.39 – 021.3

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Щербина Н.А., Плахотная И.Ю., Щербина И.Н.
*Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1,
г. Харьков, Украина*

Среди основных проблем современной медицинской науки важное место занимает высокая инфекционная заболеваемость в акушерстве и гинекологии. Бактериальный вагиноз (БВ), как проявление влагалищного дисбиоза, оказывает отрицательное влияние на течение беременности и исходы родоразрешения [1]. Неоспоримым является факт зависимости БВ и самопроизвольных аборт, преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, внутриутробного инфицирования плода, а также послеродовых гнойно-септических осложнений [3, 5]. Одним из основных критериев диагноза БВ, являются клинические и лабораторные признаки – критерий R. Amsel (1983): гомогенные выделения из влагалища при отсутствии признаков воспаления, наличие «ключевых клеток» при микроскопии нативных мазков из влагалища, рН

вагинального отделяемого $>4,5$ и положительный аминный тест (неприятный «рыбный» запах влагалищных выделений до и/или после добавления 10% раствора КОН). Невысокая чувствительность критериев R. Amsel, невозможность проведения этиологической диагностики с учетом вида и обсемененности микробного спектра влагалищного биотопа и наличие бессимптомных форм БВ заставляет искать другие методы и критерии подтверждения диагноза БВ [4].

Наиболее перспективным методом диагностики БВ на современном этапе является использование ПЦР в реальном времени, что позволяет получать как качественную, так и количественную оценку влагалищного микробиоценоза и проводить адекватную этиотропную терапию дисбиоза. На основе этого метода работает современная диагностическая система «Фемофлор» производства компании «НПО «ДНК-Технология» (РФ) [2].

Материалы и методы. При взятии на учет по беременности диагностика БВ проводилась в соответствии с клиническим протоколом. Под нашим наблюдением находилось 30 беременных. При обследовании беременных по критериям R. Amsel и проведении обследования видового и количественного состава микрофлоры влагалища методом ПЦР в реальном времени («Фемофлор»), были выделены 20 беременных с БВ (основная группа) и 10 беременных с отсутствием подтверждения БВ (контрольная группа). Обследование проводилось в динамике беременности по триместрам. Видовой состав микрофлоры был выделен в отдельные микробные спектры: индигенная микрофлора (ИМ) представлена *Lactobacillus* spp., факультативная анаэробная микрофлора (ФАМ) – семейством *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., облигатно-анаэробные микроорганизмы (ОАМ) – *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Eubacterium* spp., *Sneathia* spp., *Leptotrichia* spp., *Megasphaera* spp., *Veilonella* spp.,

Lachnobacterium spp., *Clostridium* spp., *Mobiluncus* spp., *Corynebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Atopobium* *vaginae*, а также определялись *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma* spp. и *Candida* spp.

В ходе микробиологического скрининга из основной группы были выделены в I триместре 8 беременных с выраженным дисбиозом, которым назначался пероральный пробиотик вагисан, в состав которого входят уникальные штаммы *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14, обладающие более высокими адгезивными свойствами в отношении вагинальных эпителиоцитов в сравнении с известными пробиотиками кишечного происхождения. Курс перорального лечения пробиотиком составлял 14 дней – по капсуле 2 раза в день. Остальным 12 беременным с умеренным дисбиозом во II триместре, согласно действующему клиническому протоколу, проводилось лечение БВ свечами далацин или мелагин по 100 мг в течение 3 дней в комбинации с вагисаном в течение 14 дней. Контрольное обследование производили через 14 дней после лечения.

С учетом предстоящих родов и возможности активизации инфекции в течение 5-7 дней до ожидаемого срока родов вводили вагинальные свечи гексикон по 1 свече ежедневно или инстилляции 0,05% раствора хлоргексидина.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования основной группы было установлено, что умеренный дисбаланс встречался в 82,8% случаях, а тяжелый – в 17,2%. Сравнительный анализ по критериям R. Amsel (1983) и микробиологической картине методом ПЦР выявил, что у беременных с подтвержденным БВ гомогенные выделения из влагалища при отсутствии признаков воспаления встречались в 62,0% случаев, положительный аминный тест – в 53,0%, наличие «ключевых клеток» при микроскопии

нативных мазков из влагалища – в 85,0%, а pH вагинального отделяемого $>4,5$ – в 89,0%.

Для основной группы этиологическими факторами в развитии БВ являлось достоверное снижение обсемененности родовых путей *Lactobacillus* spp. и увеличение количественного состава облигатных анаэробов и *Mycoplasma* spp.

Обсемененность микроорганизмами в исследуемых группах существенно была различна в группах. У беременных с БВ количество *Lactobacillus* spp. было снижено менее $Lg 7$ КОЕ/мл, обсемененность микроорганизмами семейства *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp. в группах не отличалась, а количество облигатных анаэробов, представленных *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Eubacterium* spp., *Sneathia* spp., *Leptotrichia* spp., *Megasphaera* spp., *Veillonella* spp., *Lachnobacterium* spp., *Clostridium* spp., *Mobiluncus* spp., *Corynebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Atopobium vaginae*, существенно возрастало - более $Lg 5-6$ КОЕ/мл при одновременном увеличении количества *Mycoplasma* spp.

В основу шкалы прогнозирования развития вагинального дисбаланса у беременных исследуемой группы предложены следующие предикторы: низкое содержание лактобактерий ($<Lg 5-6$ КОЕ/мл), анаэробный тип дисбаланса и количественные характеристики его микробного спектра ($>Lg 4-5$ КОЕ/мл).

После применения пробиотика вагисан у 12 беременных в I триместре с выраженным дисбиозом было установлено, что микробиологическая картина по типам обсемененности существенно улучшилась: нормобиоз отмечен в 84% случаях, дисбаланс умеренный – в 16% при отсутствии тяжелого дисбаланса.

Значимо повышалось количество *Lactobacillus* spp. с $Lg 4,25 \pm 0,79$ КОЕ/мл до $Lg 5,80 \pm 0,70$ КОЕ/мл ($p < 0,05$) при

одновременном снижении ОАМ с $Lg 6,21 \pm 0,35$ КОЕ/мл до $Lg 4,90 \pm 0,42$ КОЕ/мл ($p < 0,05$). Не отмечены достоверные различия в группе ФАМ, *Mycoplasma spp.* и *Candida spp.*

Во II-III триместрах беременности после применения предложенной коррекции влагалищного микробиоценоза у беременных основной группы нормоциноз был отмечен в 50%, дисбаланс умеренный – 35% и дисбаланс выраженный – 15%. Беременным с выраженным дисбалансом вновь назначались антианаэробные препараты и пробиотики по указанному курсу.

Родили самостоятельно 18 беременных основной группы с продолжительностью родов $13,05 \pm 1,75$ часов и средней кровопотерей $277,3 \pm 16,2$ мл. Кесарево сечение в нижнем сегменте выполнено у 2-х беременных (дистресс плода, рубец на матке, ЭКО). Родились 20 живых новорожденных (двойня после ЭКО) со средней оценкой по шкале Апгар $7,5 \pm 0,2$ балла. Анализируя массу детей при рождении, было отмечено рождение в основной группе в 2,8% случаев маловесных детей (2000-2499 г).

Все беременные контрольной группы родили самостоятельно. Родилось 20 живых новорожденных, со средней оценкой по шкале Апгар $8,2 \pm 0,5$. При рождении детей с массой менее 2500 г отмечено не было. Послеродовые гнойно-септические заболевания в исследуемых группах отсутствовали.

Выводы:

1. Критерии R. Amsel (1983) являются хорошим скрининговым тестом для диагностики БВ у беременных, но этиологическую диагностику определяет видовая и количественная характеристика влага-лищного содержимого, полученная методом ПЦР в реальном времени («Фемофлор»).

2. Предикторами прогноза инфекционных и перинатальных осложнений являются анаэробный или смешанный тип влагалищного дисбаланса.

3. Применение пробиотиков у беременных с БВ в I триместре беременности эффективно повышает обсемененность родовых путей *Lactobacillus spp.* и снижает количество облигатных анаэробов.

4. Предложенная схема активной профилактики инфекционных и перинатальных осложнений при БВ у беременных (раннее назначение пробиотиков, антианаэробные препараты + пробиотики и санация родовых путей перед родами) позволяет улучшить исходы родоразрешения и течение послеродового периода.

Дальнейшие исследования будут посвящены выяснению эффективности этиологической диагностики БВ с учетом исходов родоразрешения и обоснования раннего назначения пробиотиков в целях профилактики осложнений беременности, родов и перинатальных заболеваний.

Литература

1. Крыжановская, М.В. Бактериоскопическая картина влагалищных выделений у женщин с преждевременными родами в анамнезе и дискомфортом в нижних половых путях / М.В. Крыжановская, А.А. Ермаченко, О.Н. Долгошапка // Збірник наук. праць Асоціації Акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2011. – С. 495–497.
2. Сидорова, И.С. Бактериальный вагиноз / И. С. Сидорова, И. О. Макаров // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – № 6. – С. 50–54.
3. Koumfns, E.H. Bacterial vaginosis / E.H. Koumfns, L.E. Markowitz, V. Hogan // Clin. Infect. Dis. – 2002. – Vol.15, S.2. – P. 152–172.
4. Amsel, R. Nonspecific vaginitis; diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations / R. Amsel, P. A. Totten, C. A. Spiegel [et al.] // Am. J. Med. – 1983. – Vol. 74. – P. 14–22.

5. Reid, G. The potential for probiotics to prevent bacterial vaginosis and preterm labor / G. Reid, A. Bocking // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 189. – P. 1202–1208.

УДК 616.155.194.8+616.152.72-074

**DIRECTIONS OF THE RESEARCH OF PRIORITY
FAMILIES IN COUNTRIES WITH UNSATISFACTORY
SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS**

Kicha D.I., Fomina A.V., Reza M. Shalim
*Peoples' Friendship University of Russia, Department of health
care and hygiene, Moscow*

At different stages of development of Department of Public Health, Health Organization and Hygiene in PFUR various actual challenges and problems of scientific and educational plan have been posed and solved. Since coming to the Department of Health Organization and Hygiene in 1975 of Professor O.V. Grinina intense socio-hygienic studies of families have been conducted. By postgraduates were investigated various groups of families: young families, with many children, with young children, children born with a large body mass, families with children with disabilities, students' families and others. In different regions of the former USSR family studies were conducted according to methods of the Department, proposals and recommendations to improve the health of different groups of families and to organize medical and social care have been developed.

In the 80s with participation and later under the leadership of D.I. Kicha begun to explore the family as a patient of primary health and social care, the family as an object of influence of

general practitioners / family physicians. According to the results of this research D.I. Kicha has passed Doctor of Science defense on theme of the study of health of family as a patient group, as a small biosocial group, as dynamically evolving system. These results were the basis for the development of family medicine in the former Soviet Union and Russia, and for the training programs of family physicians / general practitioners. [2].

Contents of the family research allow selecting the system components, which became a positive factor in the development of primary health care to the population on the principles of general (family) practice. Development and improvement of methods of medical and social research of family health have become especially significant due to the formation of the insurance, market field of medical activity, due to increasing social and economic processes of differentiation in society. Under their influence, the organization and technology of health and social care have changed, as well as the family characteristics: structure, functioning, family life cycle.

In addition to the continuing increase of nuclear families in the proportion there has been more subtle structural differentiation of structure, development stages and functions of the family. A number of families with economically independent mother and child, with a young mother and her child has increased, also a number of elderly people living alone and neglected (abandoned) children has been growing, the period of childbearing function of women and families has been reduced, medical function and function of education and socialization of children have modified.

Based on the results of Family Research for countries with unsatisfactory levels of socio-economic development, the concept of the family, "the family of heavy medical and social risk" has been introduced in the number of objects of research. These families are usually referred to "priority families" by the health, social and economic parameters, because of the requirement of

special medical and social supervision. For the organization of medical and social research of priority families in unsatisfactory socio-economic and hygienic conditions we have identified the following groups of priority families: families with disabled or sick members, refugee families, the unemployed, the poor, families with elderly members, families with a low educational level of parents, families with low-skilled labor parents, childless families, families with young or elderly mother, families with infants, families with teenagers, families with children of different ages, etc. [1,2].

These regularities play a crucial role in wellness, preventive work of general practitioners (family physicians) and other doctors with families. On the other hand we should look for causes of the pathology in the lifestyle of the family, social and hygienic characteristics of the family, to find out the role of the family in the treatment, rehabilitation, prevention of disease.

To the priority families with special needs in the health and social care, and depending on the actual opportunities of the institutions belong [2]:

By medico-biological parameters: families with a disabled child from birth; families where one or both parents suffer from chronic disease; families where there were cases of miscarriage, premature birth and stillbirth, where children were born with low or high mass, frequent abortions in anamnesis, complications during pregnancy and delivery; families in which there were children with perinatal pathology, death of a child in the neonatal period much and often ill family.

By socio-demographic parameters: families with many children; young mother and a child; families with extramarital children; families-migrants; large traditional families.

By socio-hygienic parameters: low-income families, families with poor housing; families in which mothers have a low educational level; with adverse and heavy conditions of industrial activity and character of labor of parents; families with low

quality of maternal child care; families with harmful habits; family with elements of an unhealthy lifestyle, risk factors.

The research of priority families in countries with unsatisfactory socio-economic conditions are based on a research in a developing country located in South Asia – Bangladesh. The population of Bangladesh is approximately 160 million people. 44.3 % of the population lives below the poverty line, inadequate health, education, and social security services, low employment and at high risk from natural disasters, particularly flooding. The WHO's global estimate predicts approximately 10% of all people (16 million) have a disability of one kind or another. Among the persons with disabilities percentage share of different types of impairments are hearing 18.6 %, visual 32.2 %, speech 3.9 %, physical 27.8 %, intellectual 6.7 % and multiple 10.7 %.

68.9 % disabled person met with doctor for their respective problem. Only 42 % attained some improvements through receiving treatments and the rest observed no change even after receiving treatment of some sort. Only 3.2 % responded that their treatment cost is bared by the government organizations. Economic difficulties are lying in the basis of lack of medical treatment and visits to doctors.

People are not much aware of the disability programs; only those families who have disabled person know or deal such programs. 96.8 % of people don't know if taken any measures the authorities or bodies of local self-government, members of Parliament or Ministers for the prevention of disability [3,4].

According to the above classification of the priority families, in Bangladesh there are all types of priority families.

Family is a complex and multidimensional system object, so it should be the subject of special study in the framework of social health research. The family is a dynamic entity that does not stop to transform and change the function throughout the life cycle. Based on our data and other studies showing an association of family health and "priority" will be given information to

primary care services (PCS) to plan the treatment and prevention and to differentiate families by health groups.

Literature

1. Grinina, O.V. Family-doctor-nurse / O.V. Grinina, D.I. Kicha, S.M. Stepanova. – M.: PFUR. 1996. – 124 p. (rus.).
2. Kicha, D.I. Health and family need of medical and social care / D.I. Kicha. – M: PFUR. - 1993. – 67 p. (rus.) .
3. Zaharov, F.G. Basic hygiene problems Health Organization of developing countries / F.G. Zaharov, O.P. Schepin, N.P. Alekseeva, A.I. Gurova, A.S. Hromov, O.A. Aleksandrov, O.E. Gorlova, A.A. Rozov, E.P. Kutuzova, Z.A. Belova, A.L. Sokolova, T.A. Kobahideo, V.M. Koelitin, V.M. Kan. - M. 1976 - 159 p. (rus.) .
4. WHO [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BGD> (Дата обращения 02.02.2014).

УДК 616.3-008-085.814.1:615.849.19:615.849.11

EFFECT OF ACUPUNCTURE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA, ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI

Myrzabayeva N.A.

***Kazakh National Medical University n.a. S.D.Asfendiyarov
Kazakhstan, Almaty,***

Significant distribution of functional dyspepsia (FD) and Helicobacter pylori infection is an urgent issue to date. This combination creates difficulties in the timely diagnosis because of their mutual influence on the clinical presentation and course, weighing them and thereby complicating the selection of an appropriate comprehensive treatment. FD associated with

Helicobacter pylori is accompanied by a variety of clinical manifestations, which determines the need to find alternative methods to treat them with the aim of improving the quality of life (QL) of patients. It is known that an increase in QL depends on improving the overall condition of patients – namely, control and relief of symptoms and is commensurate with the unit meet their treatment outcomes.

The aim of our study was to investigate the influence of acupuncture (AP) on QL in patients with FD associated with *Helicobacter pylori*.

We observed 44 patients aged from 16 to 45. Before and after treatment, along with the clinical examination of patients, conducted laboratory and instrumental studies including esophagogastroduodenoscopy with biopsy of gastric mucosa followed by morphological assessment of biopsy, identification of *Helicobacter pylori*, a computer pH meter electrogastrography, X-ray, cardiointervalography. QL was measured using the International SF-36 (The MOS-SF36-Item Short Form Health Survey) to 8 scales, as well as specialized gastroenterology questionnaire Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS).

Patients of the main group (26) were appointed as recommended eradication therapy Maastricht consensus-3 and additionally performed auriculopuncture: two points on one session to the main point (AR 18,17) for 30 min, and the remaining additional points (AR 22, 28, 51, 55, 87) for 10-12 min. Simultaneously performed with a scanning laser beam therapy to the projection of the 4 cm, a painful point spot for 4 minutes×solar plexus, scan width 4 cm on the paravertebral area Th5-Th8, scan width 6 cm, impacted duration - 7 minutes and EHF-puncture (eextremely high frequencies) carried to distant points of general validity GI 4, GI 11, E36, C7, TR5, MC6, RP6, RP9, F2, F3, the exposure time in each case was individual and was 10-20 minutes per point. The total exposure time per procedure from 20 to 40 minutes. Course of treatment was 10 to

15 procedures. Control group consisted of 18 examinees who received depending on the clinical variant of FD symptomatic treatment and eradication therapy.

QL in patients with FD, associated with *Helicobacter pylori* has been reduced almost all indicators. In these patients were significantly reduced subjective parameters emotional state, social activity, and accordingly, the overall health status indicators. Noticeable differences in the assessment of QL in these patients identified on the scales role emotional functioning (RE), role physical functioning (RF), social functioning (SF), pain (BP) and the perception of general health (MH). SF-36 questionnaire allowed us to estimate the degree of physical limitations (PF) and mental health (MH), but GSRSS questionnaire identified specific factors that contributed to the decline of QL. In our study, they had such as abdominal pain syndrome (AP), dyspeptic syndrome (IS), reflux syndrome (RS). In addition, they considered themselves to FD patients, associated with *Helicobacter pylori* restriction of daily activities was associated with decreased emotional state and psychological reactions to the presence of symptoms, which was manifested by irritability, anxiety, depressed mood, and anxiety. Such indicators scales as BP, RP and VT depended on role emotional functioning (RE). Severity of the patient's psychological reaction depended on his personal qualities, the perception of the disease, and the characteristics of the clinical manifestations and impact of AP on symptoms. In applying the AP patients showed improvement of overall health, mood, emotional background, decrease pain and dyspeptic syndromes, the settlement function of the autonomic nervous system. Elimination of clinically relevant symptoms and *Helicobacter pylori* with improved QL, recovery of the morpho-functional violations occurred by the end of treatment. When comparing QL in patients with FD, associated with *Helicobacter pylori* had used AP along with symptomatic treatment, in contrast to patients who did not apply the AP obtained statistically

significant differences ($p < 0,05$) on the scale RE, RF, SF, BP, MH, namely, as a result of AP had improved QL relevant scales.

УДК: 614.27:001.8:36

**USE OF SWOT -ANALYSIS FOR THE IMPROVEMENT
OF QUALITY OF THE MEDICINAL PROVIDING OF
PATIENTS CARDIOVASCULAR DISEASES IN
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

*Sataeva L.G., Kelimhanova S.E., Chekotaeva K.A, Dosshanova
R., Sakyieva Sh., Kabysheva N.*

*Kazakh National Medical University by S. Asfendiyarov,
Department of Management and Economics of Pharmacy,
Almaty*

The aim of the article was to conduct the analysis of Legislation of qualificatory the medicinal providing of patients cardiovascular diseases in new economic terms in Republic of Kazakhstan and to offer the mechanisms of improvement of this process. A research object_were normatively-legal acts according to that conducted vacation of medicinal facilities in Republic of Kazakhstan on the free and favorable terms to the patients by cardiovascular diseases (CVD). Presently medicinal facilities, examined by the state as strategic products rendering the indirect affecting maintenance of national safety of the state and improvement of quality of life of population [3]. In the market conditions of one of the most actual problems for a healthcare the problem of providing of favorable categories of population becomes by medications and financing of their favorable medicinal providing [1, 4, 5]. In Kazakhstan the high level of

cardiovascular diseases, that testifies that the medicinal providing falls behind from the necessities of society in the improvement of quality of life and does not provide the decline of direct and alternative social expenses, is marked in the last few years. A legislative base provides constitutional rights and guarantees of citizens, is the determinative of functioning and development of the system of healthcare, social defense and medicinal providing of data of patients [1-5].

Research methodology. The basic method of research was a content-analysis of legislative base, SWOT-analysis, regulating the process of presentation of medicinal help, logic analysis. Materials were got by realization of analysis, existent normatively-legal base in area of medicinal providing.

Research results and discussion. The medicinal providing of patients is examined as a presence of normatively-legal base, envisaging all aspects related to providing of medicinal help to the certain category of sick citizens of Republic of Kazakhstan. It was conducted by us SWOT is an analysis of legislative base on the medicinal providing of this category of patients, that allowed most full to distinguish strengths and weaknesses, possibilities and threats, present presently in the legislative base of Republic of Kazakhstan. As a result SWOT-analysis of formal norms, regulative the process of providing of medicinal help to the patients cardiovascular diseases in Republic of Kazakhstan and terms of their realization, we set (Strong side) strengths (Weak side) and weaknesses, possibilities (Opportunity), and also threat (Treats) in providing of medicinal help to these patients in PK (table. 1).

Results of analysis of both strong and weak parties in the legal providing of process curative organization patients CVD testify about expedience of development to the scientifically reasonable model of the most rational system of the medicinal providing, allowing to regulate social problems, create more clear legal institute on the basis of constitutional rights for citizens.

Table 1

SWOT is an analysis of normatively-legal base of process of curative organization of patients with cardiovascular diseases in Republic of Kazakhstan in new economic terms

<p>Strong parties of formal norms of process of the medicinal providing of patients CVD in Republic of Kazakhstan (Strong side) :</p>	<p>Weak parties of process of the medicinal providing of patients CVD in Republic of Kazakhstan (Weak side):</p>
<ul style="list-style-type: none"> • it is a presence of normatively-legal acts, different levels of providing a grant in the necessary volume of medicinal help on the basis of the Constitutional guarantees of Republic of Kazakhstan, and also control from the side of the state after the process of the medicinal providing of this category of citizens; • it is harmonization of formal norms with international requirements; • position at the presence of the specialized organs (Committee of Pharmacy Republic of Kazakhstan, departments of the medicinal providing at Departments health protections accountable for the process of providing of medicinal help to the indicated patients), regulative the process of curative organization, including patients; • are the formally envisaged procedures of competitive selection of suppliers of medicinal facilities 	<ul style="list-style-type: none"> • it is restrictive character of assortment of curative facilities released free of charge and on the favourable terms for this category of patients and subjectivity of his forming; • it is absence of differentiation of responsibility for execution of obligations of process of curative organization; • it is absence of procedure of adjustment of formal norms; • -possibility of getting is not provided for nothing or on the favourable terms of curative facilities for treatment of concomitant diseases (at combinational infections); • it is absence of mechanism of leading to of curative facilities to the patients at ambulatory vacation (especially for persons, carrying the heart attack of myocardium, stroke); • it is a high degree of corrupted at the purchase of medicinal facilities due to the state budget • it is absence of documents of complex character, in that there is an analysis of risks arising up during execution of legislative acts
<p>Possibilities in the improvement of the medicinal providing of patients CVD in Republic of Kazakhstan (Opportunity):</p>	<p>Threats to the process of the medicinal providing of patients CVD in Republic of Kazakhstan (Treats) :</p>

<ul style="list-style-type: none"> • it is a presence of the legislatively envisaged advantages for perspective development of enterprises of domestic pharmaceutical industry; • are tendencies to the improvement of financing of industry; • it is perfection of control mechanism after vacation of free curative facilities for patients in ambulatory terms; • it is establishment of price threshold at the purchase of curative facilities for more rational use of the financial resources distinguished by the state; • it is forming of lists of curative facilities for treatment on the basis of principles of evidential medicine; • it is creation of banks of standards of treatment of separate nosologies of CVD • it is using of scientific potential of researchers for forming of the programs complex to curative organization 	<ul style="list-style-type: none"> • it is dependence of curative organization of patients on a size republican and local the budgets distinguished on the purchase of necessary curative facilities; • it is weakening of control after free vacation of curative facilities an out-patient; • it is strengthening of inflationary processes and price advance on curative facilities at tender purchases; • it is blowing off tender purchases and absence of curative facilities in curative establishments in necessary moment; • are possible price of tender purchases changes; • it is the inefficient use of curative facilities for treatment of patients CVD • it is subzero quality of the rendered medicinal help of this category of patients; • it is entering in the Lists of the medicinal facilities released on the free terms of ineffective and off-grade medications
---	---

Thus, the analysis of internal forces and weaknesses of legislative base assists development of model of the most rational medicinal providing of patients cardiovascular diseases and optimal adjusting of social problems, to creation of clear legal institute on the basis of constitutional rights for the citizens of our country. An estimation of possibilities and threats on probability of their offensive can be by us presented as follows. By basic threats in further perfection of the medicinal providing of patients of this category we get a threat are weakening of control of vacation after the medicinal facilities released on the free and favourable terms(the greatest degree of probability of offensive of this situation), and also the inefficient use of medications(high probability). By basic possibilities_for the further improvement of quality of the rendered medicinal help we get forming of lists of curative facilities for treatment on the basis of principles of evidential medicine (there are all pre-conditions for creation of these lists) and use of scientific potential of researchers at forming of the programs of the complex medicinal providing (also there are pre-conditions). The degree of strong influences on each other of possibilities and threats of process of the medicinal

providing is obvious, so than less possibilities of improvement of situation with the medicinal providing for patients CVD management organs will use by a health protection, the more threats will come true. It was set during an analysis, that the amount of weak parties in the process of the medicinal providing of these patients today exceeds strong parties, that does not assist the decline of morbidity of patients this nosology in Republic of Kazakhstan.

Conclusions: Thus, as SWOT- showed an analysis and content-analysis of normatively-legal documents for perfection of the medicinal providing of data of patients it is necessary: In the field of management activity: creation of effective structure of management at state level, namely to toughen control after free vacation of medications and their rational use; correct choice of management strategy optimal on this period; planning, development of public policy in area of providing medicinal facilities of patients these diseases, development of more effectively working normative base (the mechanisms of decline of risk of nonperformance of legislative acts must offer). In the field of organizationally-methodical activity: creation and development of structure, accountable for organization of the medicinal providing of patients cardiovascular diseases, determination of order and character of cooperation between Government of Republic of Kazakhstan, Ministry of Health of Republic of Kazakhstan and this structure. In the field of practical activity: Cooperation of management organs medicinal providing with doctors, engaging in treatment of these diseases and for joint development of standard formulars for treatment of cardiovascular diseases most full answering criteria a "cost is efficiency".

All of it must assist creation of complex normatively-legal document(Programs of the complex medicinal providing of patients cardiovascular diseases) on the whole, where all above-stated weak parties of process of the medicinal providing of data

of patients would be taken into account presently, and also present possibilities for his improvement. In this normative act it is necessary to offer the mechanisms of decline of degree of corruption on all stages of process of providing of medicinal help to these patients.

Literature

1. There is an analysis of national politics in area of medicinal facilities: joint project WOH // KFV. – 1996. – №21. – P. 1.
2. Akanov, A.A. The state of health of population of Republic of Kazakhstan / A.A. Akanov // Science. – 1998. – P.1-52.
3. Menabde, H. Strategy of reform of pharmaceutical sector in the new independent states / H. Menabde et al. // Focus on a patient. – WOH: Geneva, 1998. – P.39.
4. Afanasev, A.M. Scientific government bases by the sphere of appeal of medicinal facilities/ A.M. Afanasev. – 2000.
5. Bagirova, V.L. Analysis of process of the medicinal providing of patients socially by meaningful diseases in Republic of Kazakhstan / V.L. Bagirova, E.A. Maximkina, L.G. Sataeva // Problems of social hygiene, health protection and history of medicine. – Moscow, 2008. – № 4. – P.51-54.

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНЫ,
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Н.А. Ясько*
Дизайн обложки *М.В. Рогова*

Подписано в печать 05.09.2014 г. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 18,37. Тираж 100 экз. Заказ 1140.

Российский университет дружбы народов
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. 952-04-41