



ISSN 1994-8921

**ЗДОРОВЬЕ,
ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**№1
2016**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»
Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk State Medical Academy

**ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY
OF FINNO-UGRIC PEOPLES**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
SPECIAL EDITION

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 1

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief N.S. Strelkov

ИЖЕВСК • 2016

IZHEVSK • 2016

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.С. Стрелков (Российская Федерация), главный редактор; **Л.Л. Майор** (Венгрия), заместитель главного редактора; **Л. Ленард** (Венгрия), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

N.S. Strelkov (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief; Deputy Editor-in-Chief*;
L.L. Major (*Hungary*), **L. Lenard** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Я.М. Вахрушев (Ижевск); **Л.Н. Буранова** (Ижевск); **О.А. Корепанова** (Ижевск);
Г.А. Никитина (Ижевск); **Г.В. Павлова** (Ижевск); **Н.М. Попова** (Ижевск);
В.Ф. Стафеев (Петрозаводск); **В.В. Фаузер** (Сыктывкар); **А.Д. Чуршин** (Ижевск);
А.Н. Чураков (Ижевск); **Л.Л. Шубин** (Ижевск); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

Ya.M. Vakhrushev (*Izhevsk*); **L.N. Buranova** (*Izhevsk*); **O.A. Korepanova** (*Izhevsk*);
G.A. Nikitina (*Izhevsk*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*);
V.F. Stafeev (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktvykar*); **A.D. Churshin** (*Izhevsk*);
Al. N. Churakov (*Izhevsk*); **L.L. Shubin** (*Izhevsk*); **M.A. Yakunchev** (*Saransk*)

Ответственный секретарь **К.А. Данилова**
Executive secretary **X.A. Danilova**

Адрес редакции: Россия, Удмуртская Республика, 426034,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
Телефон (3412) 68-52-24

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство ПИ № ФС77-36977 от 27.07.2009.
Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования.
Публикуемые статьи в полнотекстовом доступе размещаются на сайте
научной электронной библиотеки www.elibrary.ru.

© ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия
МЗ РФ», 2016

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Широбокова*
Художественный редактор *А.С. Киселева*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 27.04.2016. Подписано в печать 15.04.2016.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 11,2. Уч.-изд. л. 10,2.
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»
Учредитель: ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в МУП г. Сарапула «Сарапульская типография»
427900, г. Сарапул, ул. Раскольникова, 152.
Цена свободная.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерство здравоохранения Удмуртской Республики

*Ministry of health of the Russian Federation
Izhevsk state medical academy
Ministry of health of the Udmurt Republic*

О НЕКОТОРЫХ ИТОГАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

*Материалы межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 95-летию автономии Удмуртии
и 80-летию заслуженного деятеля науки УР, заслуженного врача УАССР,
заслуженного работника здравоохранения РФ
доктора медицинских наук, профессора В.Н. Савельева*

29 октября 2015 г.

г. Ижевск

SOME OF THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE MODERNIZATION PROGRAMM IN CONDITIONS OF TRANSFORMATION OF THE HEALTHCARE INDUSTRY AND THE TRAINING OF HEALTH PERSONNEL

*Materials of the Interregional scientific – practical conference
dedicated to the 95th anniversary of the Autonomy of Udmurt Republic
and 80th birthday honored scientist of the Udmurt Republic,
honored worker health of the Russian Federation
Doctor of Medical Sciences, professor V. N. Saveliev*

October 29, 2015

Izhevsk

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Председатель:

ректор ГБОУ ВПО ИГМА доктор медицинских наук, профессор
Н.С. Стрелков

Сопредседатели:

- министр здравоохранения Удмуртской Республики доктор медицинских наук **А.Д. Чуршин;**
- проректор по научной работе ГБОУ ВПО ИГМА доктор медицинских наук, профессор **А. Н. Чураков;**

Члены оргкомитета:

- заместитель министра здравоохранения Удмуртской Республики **Т.Ю. Демина;**
- заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения доктор медицинских наук, профессор **Н.М. Попова;**
- профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения доктор медицинских наук **В.Н. Савельев;**
- проректор по последипломному и дополнительному образованию ГБОУ ВПО ИГМА доктор медицинских наук **Ю.В. Горбунов;**
- директор территориального фонда обязательного медицинского страхования УР **С.Г. Шадрин;**
- директор АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»» **В.А. Гаврилов**

ORGANIZING COMMITTEE

Chair:

rector of Izhevsk State Medical Academy Doctor of Medical Sciences,
professor **N. S. Strelkov**

Co-chairs:

- minister of health of the Udmurt Republic Doctor of Medical Sciences **A.D. Churshin;**
- vice rector for research of Izhevsk State Medical Academy Doctor of Medical Sciences, professor **A. N. Churakov**

Organizing committee members:

- deputy Minister of health of the Udmurt Republic **T.Yu. Demina;**
- head of the department of public health and health care service Doctor of Medical Sciences, professor **N.M. Popova;**
- professor of the department of public health and health care service Doctor of Medical Sciences, professor **V.N. Savelyev;**
- vice-rector for postgraduate and supplementary education of Izhevsk State Medical Academy Doctor of Medical Sciences **Yu.V. Gorbunov;**
- director of the Regional Fund of Compulsory Health Insurance of the Udmurt Republic **S.G. Shadrin;**
- director of JSC «Insurance company SOGAZ-Med» **V.A. Gavrillov**

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Н. С. Стрелков, Н. М. Попова, В. К. Гасников</i> ВРАЧ, ОРГАНИЗАТОР, УЧЕНЫЙ И ОБЩЕ- СТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ: К 80-ЛЕТИЮ ПРОФЕС- СОРА В. Н. САВЕЛЬЕВА.....	9
<i>N.S. Strelkov, N.M. Popova, V.K. Gasnikov</i> DOCTOR, ORGANIZER, SCIENTIST AND PUB- LIC FIGURE: FOR THE 80TH BIRTHDAY OF PROFESSOR V. N. SAVELYEV	9
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ	
<i>Н. С. Стрелков, А. Д. Чуришин, В. Н. Савельев, Н. М. Попова, В. К. Гасников</i> 95-ЛЕТИЕ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ УДМУР- ТИИ И СТАНОВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	13
<i>N.S. Strelkov, A.D. Churshin, V.N. Savelyev, N.M. Popova, V.K. Gasnikov</i> 95 YEARS OF STATEHOOD OF UDMURTIA AND FORMATION OF REGIONAL HEALTH CARE SERVICE.....	13
<i>Н. М. Попова, В. Н. Савельев</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СО- ЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВА- НИЙ.....	17
<i>N.M. Popova, V.N. Savelyev</i> EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF SO- CIAALLY-RELATED DISEASES	17
<i>Н. С. Стрелков, Н. А. Торопова, Н. П. Пенкин</i> АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПО МАТЕРИАЛАМ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ	20
<i>N.S. Strelkov, N.A. Toropova, N.P. Penkin</i> ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL SCHOOLS BASED ON MONITORING EFFEC- TIVENESS	20
<i>А. А. Калининская, Ф. А. Сулькина, Д. С. Терентьева</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ПРОФИЛАКТИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕ- ДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ	28
<i>A.A. Kalininskaya, F.A. Sulkina, D.S. Terentyeva</i> DIABETES MELLITUS: INCIDENCE, PREVEN- TION AND ORGANIZATION OF PRIMARY MEDICAL CARE	28
<i>В. К. Гасников, В. Н. Савельев</i> ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБ- ЛИКИ.....	31
<i>V.K. Gasnikov, V.N. Savelyev</i> STAGES OF DEVELOPING INFORMATIZA- TION OF HEALTH CARE SERVICE IN THE UD- MURT REPUBLIC.....	31
<i>В. Н. Савельев</i> ПРЕОБРАЗОВАНИЕ И НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕ- МЫ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	34
<i>V.N. Savelyev</i> TRANSFORMATION IN THE HEALTH CARE INDUSTRY AND ITS ISSUES	34
<i>С. Г. Шадрин, Т. А. Валеев, Е. О. Евтодиева</i> ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕ- МЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СФЕРЕ ОБЯ- ЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВА- НИЯ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕС- ПУБЛИКИ	37
<i>S.G. Shadrin, T.A. Valeyev, E.O. Evtodieva</i> IMPLEMENTING AN INFORMATION SYS- TEM FOR MONITORING THE QUALITY OF HEALTH CARE IN THE FIELD OF COMPUL- SORY HEALTH INSURANCE IN UDMURTIA	37
<i>В. К. Гасников</i> РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ЭТАПЫ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ.....	40
<i>V.K. Gasnikov</i> HEALTH CARE REFORMS IN RUSSIA – STAGES AND EFFECTIVENESS	40
<i>Н. М. Попова, Л. Л. Шубин, З. В. Шубина</i> НАУЧНАЯ РАБОТА В ИЖЕВСКОМ ГОСУ- ДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИ- ТУТЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	43
<i>N.M. Popova, L.L. Shubin, Z.V. Shubina</i> SCIENTIFIC RESEARCH IN IZHEVSK STATE MEDICAL INSTITUTE DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR.....	44

- Е. Ю. Шкатова, Е. Р. Коробейникова, Н. П. Артемьев, А. В. Оксюзян*
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРИЗЫВНИКОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 45
- E. Yu. Shkatova, E. R. Korobeynikova, N. P. Artemyev, A. V. Oksuzyan*
HEALTH STATUS OF RECRUITS OF THE UDMURT REPUBLIC..... 46
- А. С. Осетров*
ГАРМОНИЗАЦИЯ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ ЛИЦ УДМУРТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ 47
- A. S. Osetrov*
HARMONIZATION OF PERSONALITY STRUCTURE OF ETHNIC UDMURTS 47
- Е. В. Чаганова, Е. А. Мухачева, Е. Ю. Шкатова*
АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА 49
- E. V. Chaganova, E. A. Mukhacheva, E. Yu. Shkatova*
ANALYSIS OF THE INTERNAL ENVIRONMENT IN A PSYCHONEUROLOGICAL NURSING HOME..... 49
- Е. Ю. Шкатова, О. Г. Масальцева, В. И. Данченко, С. А. Зыкина, А. В. Оксюзян, А. В. Палеха*
ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ПО МЕДИКО-САНИТАРНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ 51
- E. Yu. Shkatova, O. G. Masaltseva, V. I. Danchenko, S. A. Zykina, A. V. Oksuzyan, A. V. Palekha*
TRAINING DOCTORS IN MEDICAL AND SANITARY PROVISION IN EMERGENCY SITUATIONS... 52
- Е. Ю. Шкатова, Л. А. Зеленских, Т. А. Борисова, А. П. Зеленских*
ДИНАМИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЕЙ И СМЕРТНОСТЬ В УДМУРТИИ 53
- E. Yu. Shkatova, L. A. Zelenskikh, T. A. Borisova, A. P. Zelenskikh*
DYNAMICS OF THE GENERAL PNEUMONIA INCIDENCE AND MORTALITY RATE IN UDMURTIYA..... 53
- В. Д. Шарпарь**, *М. Е. Виндерлих*
АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ 7–18 ЛЕТ В ЛИЦЕЯХ г. ЙОШКАР-ОЛЫ 55
- V. D. Sharpar, M. E. Vinderlikh*
ANALYSIS OF DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM IN CHILDREN AGED 7–18 IN THE LYCÉES OF YOSHKAR-OLA 55
- В. А. Бывальцева, Г. В. Павлова, Е. А. Ботникова, А. В. Попов*
РЕАЛИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ 56
- V. A. Byvaltseva, G. V. Pavlova, E. A. Botnikova, A. V. Popov*
IMPLEMENTATION OF INNOVATIVE HEALTH-IMPROVING PROGRAM IN A CHILDREN SANATORIUM 57
- А. С. Осыкина, Е. Ю. Шкатова*
К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОК 58
- A. S. Osykina, E. Yu. Shkatova*
ON THE ISSUE OF PRESERVING REPRODUCTIVE POTENTIAL OF FEMALE STUDENTS 59
- И. С. Рединов, Н. А. Шевкунова, О. В. Головатенко, О. О. Страх, С. И. Метелица*
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ АКРИЛОВЫМИ ПРОТЕЗАМИ 61
- I. S. Redinov, N. A. Shevkunova, O. V. Golovatenko, O. O. Strakh, S. I. Metelitsa*
LIFE QUALITY AS A CRITERION OF THE EFFECTIVENESS OF ORTHOPEDIC TREATMENT WITH PARTIAL REMOVABLE ACRYLIC DENTURES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES 61
- М. Л. Вострокнутов*
ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ 63
- M. L. Vostroknutov*
PECULIARITIES OF THE COURSE OF HIV INFECTION IN PEOPLE SERVING IMPRISONMENT 63
- Ю. В. Горбунов, А. М. Корепанов, А. Е. Шкляев, П. И. Четвериков*
ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ И САНАТОРИЙ «УВА»: ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ 64
- Yu. V. Gorbunov, A. M. Korepanov, A. E. Shklyayev, P. I. Chetverikov*
IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY AND SANATORIUM «UVA»: TRAINING OF HIGHLY QUALIFIED MEDICAL PROFESSIONALS 64

<i>Н. Н. Чучкова, Н. Е. Морозова, Н. В. Кормилина</i> РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ	66	<i>А. Е. Шкляев, А. Г. Бессонов, Ю. В. Горбунов, А. М. Корепанов, П. И. Четвериков, Е. Л. Баженов</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СМТ-ФОРЕЗА СЕРОВОДОРОДНОГО ЙОДОБРОМНОГО РАС- СОЛА САНАТОРИЯ «УВА» У БОЛЬНЫХ С ГАС- ТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЭРОЗИЯМИ	78
<i>N. N. Chuchkova, N. E. Morozova, N. V. Kormilina</i> RATING SYSTEM OF ASSESSING STUDENTS' KNOWLEDGE	66	<i>A. E. Shklyayev, A. G. Bessonov, Yu. V. Gorbunov, A. M. Korepanov, P. I. Chetverikov, E. L. Bazhenov</i> LONG-TERM RESULTS OF SMT-PHORESIS OF HYDROSULFURIC BROMINE-IODINE SA- LINE OF SANATORIUM «UVA» IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL EROSIONS	78
<i>Г. М. Злобина, В. К. Гасников, Е. А. Кудрина</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ ФАКУЛЬТЕТА ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ИНТЕРНАТУРЕ	67	<i>Т. А. Прокопьева, В. М. Напольских, Е. Е. Горбу- нова</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФ- ФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНОТЕРАПИИ В ПРО- ГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕР- ВИКАЛЬНЫМ РАКОМ	79
<i>G. M. Zlobina, V. K. Gasnikov, E. A. Kudrina</i> ORGANIZATION OF POSTGRADUATE TRAIN- ING IN INTERNSHIP AT THE FACULTY OF NURSING	68	<i>T. A. Prokopyeva, V. M. Napolskykh, E. E. Gorbunova</i> QUALITY OF LIFE AS AN EFFICIENCY CRITE- RION OF HORMONE REPLACEMENT THER- APY IN REHABILITATION PROGRAM OF PA- TIENTS WITH CERVICAL CANCER	80
<i>Э. П. Сорокин, К. А. Данилова, С. В. Пономарев, Е. В. Шилыева</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ- РЕАНИМАТОЛОГИЯ»	69	<i>Т. А. Прокопьева, В. М. Напольских, Е. Е. Горбунова</i> QUALITY OF LIFE AS AN EFFICIENCY CRITE- RION OF HORMONE REPLACEMENT THER- APY IN REHABILITATION PROGRAM OF PA- TIENTS WITH CERVICAL CANCER	80
<i>E. P. Sorokin, K. A. Danilova, S. V. Ponomarev, E. V. Shilyaeva</i> EXPERIENCE OF USING ASSESSMENT SCALES TO CONTROL PRACTICAL SKILLS IN ANAES- THESIOLOGY AND RESUSCITATION	70	<i>Е. Ю. Шкатова, И. Н. Бакшаев, С. Г. Логинова</i> К ОБОСНОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕС- ПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ИШЕМИ- ЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	81
<i>В. К. Гасников, И. А. Шевякова, К. В. Гасников</i> ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПОВ СОЦИАЛЬ- НО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА НА НЕКО- ТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВА- НИЯ	71	<i>E. Yu. Shkatova, I. N. Bakshaev, S. G. Loginova</i> SUBSTANTIATION OF PROVISION OF MEDI- CINES FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HY- PERTENSION COMBINED WITH CORONARY HEART DISEASE	82
<i>V. K. Gasnikov, I. A. Shevyakova, K. V. Gasnikov</i> INFLUENCE OF DIFFERENT STAGES OF SO- CIAL AND ECONOMIC CRISIS ON SOME SO- CIALLY SIGNIFICANT DISEASES	71	<i>В. В. Латушкина, М. А. Матушкина</i> СОМАТИЗИРОВАННЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК АДАПТИВНЫЕ РЕАКЦИИ УЧАСТНИКОВ ЛО- КАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ	84
<i>Л. И. Растегаева, Н. Е. Сабельников, Е. А. Козы- рева, А. В. Сахалдинова</i> РОЛЬ КАФЕДРЫ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ	73	<i>V. V. Latushkina, M. A. Matushkina</i> SOMATIZED DISORDER AS AN ADAPTIVE REACTION OF PARTICIPANTS OF LOCAL CONFLICTS	84
<i>L. I. Rastegayeva, N. E. Sabelnikov, E. A. Kozyreva, A. V. Sakhaldinova</i> ROLE OF THE DEPARTMENT OF HUMAN ANATOMY IN MEDICAL TRAINING	73	<i>А. А. Бурт, С. Г. Логинова</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИ- КО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬ- НОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	86
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА		<i>А. А. Бурт, С. Г. Логинова</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИ- КО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬ- НОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	86
<i>И. И. Желудова, М. И. Слобожанин</i> РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВА- НИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	76	<i>А. А. Бурт, С. Г. Логинова</i> STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF MEDI- CAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITA- TION OF CORRECTIONAL INSTITUTIONS STAFF IN THE UDMURT REPUBLIC	86
<i>I. I. Zheludova, M. I. Slobozhanin</i> ROLE OF ULTRASOUND IN DIAGNOSING OB- STRUCTIVE JAUNDICE	76		

<i>С. Б. Пономарев</i> НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ИТОГИ ОПЫТА КОНВЕРГЕНЦИИ ЗНАНИЙ РАЗЛИЧНЫХ НАУК (НА ПРИМЕРЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ)	89	<i>Yu. V. Khratova, N. M. Popova</i> CONTEMPORARY SYSTEM OF MEDICAL CARE IN THE UNITED KINGDOM	90
<i>S. B. Ponomarev</i> SOME PRACTICAL RESULTS OF EXPERIENCE IN CONVERGENCE OF KNOWLEDGE OF DIFFERENT SCIENCES (EXEMPLIFIED BY PENAL MEDICINE)	89	<i>Н. М. Попова, Д. Д. Пантюхина</i> РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРО- ГРАММ ПО СНИЖЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕН- НОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКО- ГО НАСЕЛЕНИЯ.	93
<i>Ю. В. Храмова, Н. М. Попова</i> СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ В УСЛОВИ- ЯХ СОВРЕМЕННОСТИ	90	<i>N. M. Popova, D. D. Pantyukhina</i> DEVELOPMENT OF PREVENTIVE PRO- GRAMS TO REDUCE THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES AND PARODONTAL DIE- SEASES AMONG ADULTS AND CHILDREN	93

УДК: 61 (091):378.661 (470.51-25)94 (47)

Н. С. Стрелков, Н. М. Попова¹, В. К. Гасников²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

ВРАЧ, ОРГАНИЗАТОР, УЧЕНЫЙ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ:

К 80-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА В. Н. САВЕЛЬЕВА

Стрелков Николай Сергеевич — ректор академии доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; **Попова Наталья Митрофановна** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Гасников Владимир Константинович** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье описывается жизненный, научный, профессиональный путь организатора здравоохранения профессора В. Н. Савельева.

Ключевые слова: организатор здравоохранения; ученый; общественный деятель

N.S. Strelkov, N.M. Popova¹, V.K. Gasnikov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health and Health Care Service

²Department of Public Health, Economics and Health Service Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

DOCTOR, ORGANIZER, SCIENTIST AND PUBLIC FIGURE:

FOR THE 80th BIRTHDAY OF PROFESSOR V. N. SAVELYEV

Strelkov Nikolai Sergeevich — Rector of Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kom-munarov, 281, phone: 8 (3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; **Popova Natalia Mitrofanovna** — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; **Gasnikov Vladimir Konstantinovich** — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The article describes the life and professional and scientific career of the health care organizer professor V.N. Savelyev.

Key words: health care organizer; scientist; public figure

17 июля 2015 года исполнилось 80 лет со дня рождения доктора медицинских наук, профессора Ижевской государственной медицинской академии Владимира Никифоровича Савельева, посвятившего всю трудовую жизнь медицине, а также организации и управлению органами здравоохранения, региональной и муниципального уровня отрасли.

В. Н. Савельев в разные годы был и непримиримым оппонентом, и справедливым арбитром, и надежным коллегой. Тем интереснее проследить путь Владимира Никифоровича от фельдшера до министра, от студента до профессора. Результативности прохождения такого пути немало способствовали его целеустремленность, настойчивость, тяга к знаниям, а также высокая требовательность к себе и окружающим.

Владимир Никифорович Савельев родился в 1935 году в деревне Ромашкино Алнашского района Удмуртии в крестьянской семье. После окончания в 1954 году Можгинской фельдшерско-акушерской школы он был направлен в Понинскую районную больницу Глазовского района фельдшером, затем заведующим орготделом райкома комсомола, откуда почти сразу же был призван в армию. После службы в армии он поступил на лечебный факультет Ижевского медицинского института.

Еще будучи студентом в 1960 году Владимир Никифорович женился. Его супруга, Римма Аверь-

яновна, уроженка города Ижевска, рано осталась без отца и жизненные трудности военного и послевоенного времени не обошли ее стороной. Однако стремление стать врачом не покидало ее. Бок о бок супруги Савельевы трудились более полувека в медицине, оказывали помощь больным. Начали врачебную деятельность они в Завьяловской районной больнице по направлению Министерства здравоохранения УАССР. Римма Аверьяновна работала врачом-акушером, Владимир Никифорович — хирургом, а через несколько месяцев его назначили главным врачом Завьяловской ЦРБ, где он продолжал хирургическую деятельность.

С первых лет своей врачебной практики Владимир Никифорович проявлял интерес к научно-исследовательской деятельности. Еще работая главным врачом, он путем экономических расчетов и экспертных оценок обосновал социально-экономическую эффективность организации реабилитационных отделений на базе существующих сельских участковых больниц. В первые годы своей научной деятельности Владимир Никифорович изучал заболевания костно-суставной системы, медико-социальные проблемы травматизма, а также развивал медицинские аспекты магнитобиологии.

В 70-е годы после окончания аспирантуры по хирургии В. Н. Савельев защищает кандидатскую дис-

сертацию и работает ассистентом на кафедре факультетской хирургии. В 1975 году его назначают на должность министра здравоохранения Удмуртской АССР.

К моменту вступления в должность министра В. Н. Савельев хорошо знал нужды практической медицины. Он ясно представлял стоящие перед здравоохранением проблемы, решением которых ему пришлось заниматься в течение 15 лет.

С первых дней работы основное внимание его было направлено на укрепление первичных звеньев здравоохранения – участковой службы и скорой медицинской помощи, прежде всего – в сельской местности. В городах и поселках разукрупнились территориальные терапевтические и педиатрические участки, внедрялся цехово-территориальный принцип обслуживания. В сельских районах активно открывались участковые больницы и врачебные амбулатории, создавались бригады и отделения скорой помощи, микропрофилактории, тем самым разукрупнились сельские врачебные участки, и улучшалась доступность врачебной помощи для селян. Для реализации этих планов широко привлекались средства колхозов, совхозов, предприятий.

Особое внимание уделялось строительству лечебно-профилактических учреждений и оснащению их современным оборудованием. За 1975–1990 годы были построены республиканская клиническая больница на 1000 коек с родильным домом на 120 коек, корпус республиканской детской больницы, кардиодиспансер, инфекционная, глазная и психиатрическая больницы, МСЧ Воткинского машзавода. Значительно расширилась и укрепилась база здравоохранения. Укреплены сельские учреждения здравоохранения – построены новые типовые лечебные корпуса Алнашской, Завьяловской, Красногорской, Селгинской, Вавожской, Дебесской, Камбарской, Киясовской, Балезинской, Як-Бодьянской, Можгинской ЦРБ и других сельских районов.

Серьезные меры были предприняты по развитию и совершенствованию высококвалифицированной специализированной медицинской помощи. Были созданы мощные современные республиканские центры и отделения – ожоговый, кардиологический, сосудистый, нейрохирургический, офтальмологический, онкологический, гематологический, нефроурологический, «искусственной почки», гипербарической оксигенации, по борьбе со СПИДом и др. В крупных ЦРБ, расположенных в городах и поселках городского типа, были открыты межрайонные специализированные отделения – травматологические, урологические, глазные, неврологические. Это позволило обеспечить доступность специализированной медицинской помощи для жителей даже самых отдаленных населенных пунктов сельской местности.

Широко внедрялись новые передовые методы организации и управления на уровне регионального

здравоохранения, подготовки и переподготовки кадров. Были открыты информационно-вычислительный центр, ремонтно-монтажное управление, укреплена централизованная автобаза Наркомздрава, организовано училище повышения квалификации средних медицинских работников. Многие начинания по бездефектной системе управления качеством труда, применению анкетирования и экспертных оценок, развитию АСУ стали широко применяться в те годы и предвосхитили многие идеи сегодняшнего дня.

В тот период здравоохранение республики преобразилось. Многие лечебно-профилактические учреждения переведены в типовые помещения. Увеличилась обеспеченность медицинских учреждений центральным отоплением, водоснабжением и канализацией.

За 1975–1990 годы за счет нового строительства было введено больниц на 9666 коек. На этих площадях, с целью разукрупнения существующих больниц, зачастую размещались койки, выведенные из других стационаров. Поэтому прирост коек в целом по республике был в 2 раза меньше, чем их строилось. Это позволило довести площади на 1 койку с 2,5 в 1975 до 5,3 м² в 1990 году. Обеспеченность койками, врачами и средними медработниками возросла в 1,3–1,4 раза и достигла нормативной. Бюджет здравоохранения республики за эти годы увеличился в 2,5 раза, а выделяемые средства в перерасчете на 1 жителя вплотную приблизились к среднефедеративному показателю.

За 15 лет В. Н. Савельеву удалось на порядок улучшить состояние деятельности сети здравоохранения республики – это касается и строительства, и создания лечебной базы, и укрепления связи медицинской науки и практики, и доступности медицинской помощи для всех групп населения, за что он заслуженно был награжден орденом Трудового Красного Знамени.

С целью активизации творческого содружества с государственным медицинским институтом и другими ведомственными муниципальными организациями (МВД, МЧС и др.) на территории Удмуртии Правительством республики был создан координационный совет по улучшению деятельности учреждений в лечебно-профилактической работе и подготовке и укомплектованности специалистами. Ежеквартально совет заседал в соответствии с утвержденным планом. Ежемесячно проводился день главного специалиста по актуальным проблемам с обсуждением темы с учеными медицинского института. Организована работа консультативной поликлиники с участием профессорско-преподавательского состава медицинского института, созданная в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РСФСР.

Еще работая в должности министра, В. Н. Савельев защищает диссертацию на соискание ученой

степени доктора медицинских наук, что в те времена для руководителя его уровня было далеко неординарным событием не только в условиях нашей республики, но и для страны в целом.

В 1990 году Владимир Никифорович Министерством здравоохранения РСФСР переводится на должность проректора по лечебной работе Ижевского государственного медицинского института и на конкурсной основе избирается заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения ИГМИ (с 1992 года – кафедра социальной медицины, экономики и организации здравоохранения, а в настоящее время – кафедра общественного здоровья и здравоохранения).

В связи с началом социально-экономических преобразований в стране с 1990 года научно-исследовательская направленность кафедры была изменена, и коллектив стал разрабатывать тему «Изучение закономерностей сдвигов показателей здоровья населения и эффективности форм организации лечебно-профилактической помощи в Удмуртской Республике в условиях перехода к рынку». Эта тема вошла в план НИИ социальной гигиены, экономики и организации здравоохранения РАМН им. Н. А. Семашко.

Проведение комплексных социально-гигиенических исследований здоровья населения осуществляется по возрастному принципу, уделяется внимание этническим факторам, влияющим на здоровье жителей Удмуртии.

В условиях рыночной экономики в практику здравоохранения активно стали внедряться новые формы хозяйствования, претерпели радикальные изменения процессы управления, финансирования и экспертной оценки качества медицинской помощи. В этих условиях нередко были обделены вниманием пациенты. Владимир Никифорович большое внимание уделял взаимоотношениям врачей и пациентов. Он написал об этом в своей книге «Что есть человеческий фактор в медицине» (2014), в опубликованных статьях в журнале «Ремедиум» (2014) и газете «Медицинский вестник» (2007–2015).

Закономерно происходит и соответствующее изменение в программе обучения студентов. Большое внимание стало уделяться преподаванию непосредственно в учреждениях здравоохранения, поликлиниках, информационно-вычислительном центре, территориальном фонде медицинского страхования, что приблизило обучение студентов к условиям практической деятельности врачей.

В связи с интенсификацией деятельности учреждений здравоохранения возникла необходимость повышения оперативности и четкости медицинской информации с использованием компьютерных технологий. Появляется необходимость создания программной системы освоения навыков работы на компьютерах. В связи с этим в 1995 году по инициативе В.Н. Са-

вельева и с согласия ректора ИГМА Н.С. Стрелкова на кафедре социальной медицины, экономики и организации здравоохранения организуется курс медицинской информатики и управления.

Ректоратом ИГМА совместно с МЗ УР и информационно-вычислительным центром, осуществляется планомерное развитие материально-технической базы кафедры. Создана кафедральная библиотека с научно-педагогической, методической литературой, директивными документами законодательных и исполнительных органов РФ и УР, приказов и инструкций органов здравоохранения.

Сотрудниками кафедры подготовлены обучающие и контролируемые программы для работы на ЭВМ, которые используются на занятиях со студентами, а также в виде тестового контроля на экзаменах и семестровых зачетах.

По изучаемым проблемам за последние годы на кафедре выпущено более 10 коллективных монографий, 6 учебных пособий, 5 книг, опубликовано около 1000 научных статей и 50 информационных писем и методических рекомендаций.

На кафедре придают большое значение вопросам комплексирования преподавания общественного здоровья, организации, экономики и управления здравоохранения как с теоретическими, так и с клиническими кафедрами, на протяжении всей истории сотрудничают с практическим здравоохранением и активно привлекают к научной работе врачей.

Результаты научно-исследовательской деятельности Владимира Никифоровича Савельева широко используются в практическом здравоохранении как в Удмуртии, так и за ее пределами. Они опубликованы более чем в 400 печатных работах, среди которых свыше десяти монографий и учебно-методических пособий. За успехи в решении задач по информатизации управления здравоохранением на основе компьютерных технологий в 1998 году ему присуждена премия Правительства Удмуртской Республики.

Так же Владимир Никифорович интересовался вопросами влияния природных факторов на здоровье людей. Более 30 лет он продолжал заниматься исследованием свойств магнита, влияния магнитного поля на живые объекты и применения его как природного лечебного фактора для оздоровления больных при различных заболеваниях. Он раскрывает новые свойства магнита, изучает влияние магнитного поля на состояние тканевой несовместимости организма и возможности использования остаточной магнитной индуктивности некоторых твердых материалов при их инкорпоральном введении в организм для лечения патологических процессов. За достигнутые результаты по изучению влияния магнитных полей на организм человека и их применению в практическом здравоохранении В.Н. Савельеву в 2003 году присуждена Государственная премия Удмуртской Республики.

Следует особо отметить высокий уровень общественно-профессионального авторитета Владимира Никифоровича в научном и практическом здравоохранении. Он – врач высшей квалификационной категории, был членом ученого совета ИГМА, председателем Проблемной комиссии по общественному здоровью и здравоохранению медакадемии, ему присвоены почетные звания «Заслуженный врач Удмуртской АССР» и «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации», он действительный член международной Академии информатизации. Длительное время был заместителем ответственного редактора одиннадцати выпусков государственных докладов о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики. Под его научной редакцией вышло в свет более тридцати сборников научно-практических публикаций и информационно-аналитических материалов. Труды и научные исследования Владимира Никифоровича отмечены свидетельствами изобретений, патентами и рационализаторскими удостоверениями.

С 2010 года Владимир Никифорович работает профессором на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ИГМА. Продолжает активную педагогическую, научную, общественную деятельность. В своих последних монографиях «История здравоохранения Удмуртии» (2012), «Диалоги врачебных поколений» (2015), «Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ» (2015) размышляет о роли науки общественного здоровья и здравоохранения. В.Н. Савельев принял активное участие в увековечивании памяти Трокая Борисова – основоположника государственности Удмуртии. Он – лауреат премии имени Трокая Борисова.

Владимир Никифорович воспитал большую плеяду учеников, является основателем медицинской династии. В свой юбилей он полон сил, энергии и творческих замыслов, которые ему предстоит воплотить с многочисленными своими последователями.

Список литературы:

1. Ижевская государственная медицинская академия / под ред. Н. С. Стрелкова. – Ижевск, 2013.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

ORGANIZATION OF PUBLIC HEALTH SERVICE AND TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS

УДК:614 (091)+342.55 (470.51)

Н. С. Стрелков, А. Д. Чуршин³, В. Н. Савельев¹, Н. М. Попова¹, В. К. Гасников²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

³Министерство здравоохранения Удмуртской Республики

95-ЛЕТИЕ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ УДМУРТИИ И СТАНОВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Стрелков Николай Сергеевич — ректор академии доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; **Чуршин Алексей Дмитриевич** — министр здравоохранения УР доктор медицинских наук; **Савельев Владимир Никифорович** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; **Попова Наталья Митрофановна** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Гасников Владимир Константинович** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В здравоохранении Удмуртии формирование государственности приобретает более весомый характер с момента создания автономии региона в 1920 году, в организации которой большая роль отводится первому удмуртскому врачу, общественному и государственному деятелю Т.К. Борисову. Органом управления здравоохранением региона с 1921 года является областной отдел здравоохранения, с середины 1937 года — нарком здравоохранения (в 1946 году преобразован в Министерство здравоохранения). Первый заведующий отдела здравоохранения Вотской автономной области — П.А. Стрелков, нарком здравоохранения Удмуртской АССР — Ф.А. Растегаева. Н.Ф. Рупасов первый возглавил региональное здравоохранение в должности министра.

Ключевые слова: государственная форма здравоохранения; управляющие органы удмуртского здравоохранения

N.S. Strelkov, A.D. Churshin³, V.N. Savelyev¹, N.M. Popova¹, V.K. Gasnikov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health and Health Care Service

²Department of Public Health, Economics and Health Service Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

³Ministry of Public Health of the Udmurt Republic

95 YEARS OF STATEHOOD OF UDMURTIA AND FORMATION OF REGIONAL HEALTH CARE SERVICE

Strelkov Nikolai Sergeevich — Rector of Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kom-munarov, 281, phone: 8 (3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; **Churshin Alexey Dmitrievich** — Minister of Public Health of the Udmurt Republic Doctor of Medical Sciences; **Savelyev Vladimir Nikiforovich** — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; **Popova Natalia Mitrofanovna** — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; **Gas-nikov Vladimir Konstantinovich** — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

Formation of regional health care service became more significant when autonomy was given to Udmurtia in 1920; an important part in this process was played by the first Udmurt doctor, a public figure and a statesman T.K. Borisov. Health care service of the region was governed by a regional health department from 1921 till the middle of 1937 and then - by People's Commissariat of Public Health which was transformed into the Ministry of Public Health in 1946. The first head of the health department of Votskaya Autonomous Region was P.A. Strelkov; the first People's Commissar of Public Health of the Udmurt Autonomous Soviet Socialist Republic was the F.A. Rastegaeva. N.F. Rupasov was the first to head the regional public health as a minister.

Key words: national health care service; public health authorities of Udmurtia

4 ноября 1920 года издается декрет ВЦИК и СНК РСФСР об образовании Вотской автономной области (с 1932 г. — Удмуртская автономная область). Одним из инициаторов и организаторов автономии Удмуртии

был первый врач удмуртского народа, Трофим Кузьмич Борисов, выпускник Казанского университета, уроженец д. Кизеково Алнашского района. Будучи заместителем председателя Удмуртского облревкома

и заведующим областного отдела народного образования, он много времени уделял развитию здравоохранения в области. Впоследствии, в 1925 году он работал в здравоохранении Коми края, в городе Усть-Сысольске (ныне Сыктывкар). Первый уездный отдел здравоохранения Вятской губернии был организован в 1919 году в городе Глазове на территории будущей Вотской автономной области, который временно, в течение трех месяцев, исполнял функции облздравотдела. В марте 1921 года на базе Глазовского уездного здравотдела создается областной отдел здравоохранения Вотской автономной области, первым его возглавил Петр Афанасьевич Стрелков. Облздравотделу было подчинено 5 уездных отделов: Глазовский, Ижевский, Дебесский, Можгинский, Селтинский. В работе областного отдела здравоохранения в условиях военной интервенции и разрухи возникали большие трудности.

Эпидемическое состояние вновь созданной области было удручающим. В год ее организации на территории Удмуртской автономной области инфекционная заболеваемость в десятки раз превышала показатели РСФСР.

В распоряжение облздравотдела поступили 4 городских больницы на 900 коек, 19 сельских и участков на 1438 коек, 53 фельдшерских пункта с 374 койками. В то время в области работало всего 38 врачей (в т. ч. 6 зубных) и 336 средних медработников.

В те годы почти не было врачей-специалистов, диагностических кабинетов, обследования больных проводились в примитивных лабораториях. Несложные хирургические операции делали только в городах Сарапуле, Ижевске и Глазове. При сложных операциях больные направлялись в города Вятку, Пермь, Казань.

В октябре 1921 года состоялся I съезд врачей Вотской области, на котором были намечены пути борьбы с социальными и инфекционными болезнями – трахомой, сифилисом, гонореей, натуральной оспой, сыпным и брюшным тифом и др.

Первые мероприятия отдела были направлены на подготовку медицинских кадров и борьбу с инфекционными заболеваниями. Вскоре были организованы курсы по подготовке оспопрививательниц в количестве 30 человек. Из области были откомандированы первые 25 человек на медицинские факультеты университетов для получения высшего медицинского образования. Одновременно активно проводилась подготовительная работа по организации своих медицинских учебных заведений для подготовки врачей, фельдшеров, акушерок и сестер в области.

В течение 1921–1922 годов облздравотделом была развернута довольно значительная сеть учреждений по охране здоровья детей: дома ребенка, ясли, изоляторы, туберкулезные санатории. В связи с отсутствием подготовленных кадров для работы в этих учреждениях, по решению областной партийной организации, были мобилизованы женщины-коммунистки.

В июне 1922 года облздравотдел переехал в город Ижевск, и с этого времени по 1923 год его воз-

главлял П. Д. Энштейн, в последующем профессор, заслуженный деятель наук Татарской АССР, далее В. Г. Пашковский, С. В. Хлебников, В. А. Вержиковский, М. М. Амосов, М. В. Тратканов, П. А. Барышников. Затем во главе отдела стояли А. В. Веретенников (1932–1936 гг.) и А. С. Тронин (1936–1937 гг.).

Открытие в 1922 году больницы на 120 коек в городе Ижевске (впоследствии – Первая Республиканская клиническая больница) было первым реальным шагом к решению проблемы организации специализированной медицинской помощи населению области.

В 1923 году в городе Ижевске было открыто медицинское училище, а в 1933 году – Ижевский государственный медицинский институт.

Огромная работа всего советского народа по индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства оказала свое влияние и на развитие материальной базы здравоохранения. В течение первой пятилетки (1928–1932 гг.) было построено больницы на 767 коек и детских яслей на 2328 мест. Появились здравпункты на заводах. В это время в области было 38 больничных учреждений на 2054 койки. В середине тридцатых годов значительно возросло число родильных домов, открыты первые колхозные родильные дома.

Большое внимание уделялось и развитию сети сельских участковых больниц, в 1932 году их насчитывалось уже 32 на 1083 койки. В поликлиниках открываются физиотерапевтические отделения, рентгенкабинеты, лаборатории. При металлургическом и машиностроительном заводах были созданы медико-санитарные части.

В 1935 году Удмуртская АО была преобразована в Удмуртскую АССР. В первые годы существования республики система здравоохранения находилась в ведении Наркомата социального обеспечения (НКСО), который возглавляла Ф. А. Растегаева. В середине 1937 года НКСО был разделен на 2 независимых наркомата – соцобеспечения и здравоохранения. Первым наркомом здравоохранения республики назначена Ф. А. Растегаева.

К началу Великой Отечественной войны в республике было уже 79 больничных учреждений на 4575 коек, работал 521 врач, 33 зубных врача и 3208 среднего медперсонала. Большую работу Наркомздрав (НКЗ), возглавляемый Ф. А. Растегаевой (до 1942 г.), В. П. Ципковским (1942–1943 гг.) и Н. Ф. Рупасовым (1943–1947 гг.), проделал в годы войны по организации эвакуогоспиталей и помощи гражданскому населению.

Сотни врачей и средних медицинских работников были призваны в армию. Только в одном эшелоне в 1941 году уехали на фронт 423 врача, 111 фельдшеров и 250 медицинских сестер.

Перед НКЗ республики в эти годы, помимо сохранения здоровья детей и тружеников тыла, встала серьезная проблема медицинского обеспечения эвакуогоспиталей. Уже в первый год войны их было открыто в Удмуртии 32 на 25 тысяч коек. Для оборудования

госпиталей были использованы медицинская аппаратура и инструментарий городских и сельских больниц. В оснащении госпиталей участвовало население, безвозмездно отдавая им посуду, белье и другой инвентарь.

Общее руководство лечебной работой в эвакуогоспиталях Удмуртии осуществлялось специально организованным в составе Наркомздрава отделом во главе с начальником Е. Ф. Опалевой, главным хирургом доцентом С. И. Ворончихиным, главным терапевтом профессором М. Н. Тумановским.

Несмотря на огромные трудности здравоохранение Удмуртии в годы Великой Отечественной войны продолжало развиваться. Было вновь развернуто 423 койки в больницах и оборудовано 1024 места в детских дошкольных учреждениях. Открыта республиканская научно-медицинская библиотека. Большое внимание уделялось повышению квалификации медицинского персонала на местной базе.

В годы войны в республике появились республиканская и Ижевская городская санэпидстанции, был открыт республиканский дом санитарного просвещения. Профилактическая работа позволяла обеспечивать санитарно-эпидемиологическое благополучие республики.

В 1946 году Наркомздрав был преобразован в Министерство здравоохранения УАССР. В послевоенное время министрами здравоохранения работали Н. Ф. Рупасов – с 1946 по 1950 год, Б. Н. Мульгановский – с 1950 по 1953 год, Ф. А. Растегаева – с 1953 по 1958 год, В. И. Сомова – с 1958 по 1963 год. На их плечи легла тяжесть развития здравоохранения в условиях восстановления народного хозяйства.

К началу 60-х годов число больничных учреждений и их коечная мощность увеличились в 6 раз, а количество амбулаторий, поликлиник и фельдшерско-акушерских пунктов возросло в 3 раза. Бюджет здравоохранения за это время вырос всего на 16%, поскольку развитие сети здравоохранения происходило в основном за счет приспособления под лечебно-профилактические учреждения старых помещений. Открыты республиканские кожно-венерологический, онкологический, врачебно-физкультурный диспансеры, организовано самостоятельное бюро медицинской статистики, республиканское противотуберкулезное объединение и другие учреждения.

В 1963 году министром здравоохранения Удмуртской АССР назначена К. М. Мирошкина. Основное внимание она уделяла укреплению материальной базы сельского здравоохранения, развитию республиканских учреждений, комплектованию кадров, воспитанию руководителей, повышению эффективности работы медицинских организаций.

В период развития экономики республики начала закладываться основа для преобразования здравоохранения будущего. Был построен по типовому проекту первый в республике полный комплекс центральной районной больницы в Юкаменском районе. Введены в строй типовое здание республиканской

санэпидстанции, новый корпус онкологического диспансера, республиканской детской больницы, станции переливания крови, типовая поликлиника Якшур-Бодьинской ЦРБ, проведена реорганизация городской автобазы Наркомздрава в республиканскую. Начали появляться первые результаты целенаправленных мер по развитию здравоохранения.

В 1975 году на должность министра здравоохранения Удмуртии был утвержден кандидат медицинских наук В. Н. Савельев. Он хорошо знал нужды практической медицины, ясно представлял проблемы здравоохранения, решением которых занимался в течение 15 лет. За этот период В. Н. Савельеву удалось на порядок улучшить состояние деятельности сети здравоохранения республики – это касается и строительства, и создания лечебной базы, и укрепления связи медицинской науки и практики, и доступности медицинской помощи для всех групп населения, за что он заслуженно был награжден орденом Трудового Красного Знамени.

К концу 80-х годов в республике были достигнуты необходимая насыщенность здравоохранения основными ресурсами и достаточно высокий уровень оказания медицинской помощи. Однако все это не смогло предотвратить в начале 90-х годов дестабилизацию здравоохранения, начавшуюся в условиях кризиса государственного управления, резкого спада производства и общей социально-экономической неразберихи. В эти сложные для здравоохранения годы (1990–1995) министерство возглавлял Ф. Г. Козьмин.

В этот период Министерством здравоохранения начали проводиться мероприятия по переводу отрасли на бюджетно-страховое функционирование. Была разработана концепция перехода к обязательному медицинскому страхованию, созданы новые структурно-функциональные образования на переходный период – страховые компании, лицензионно-аккредитационная комиссия, территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Начали развиваться механизмы экономического взаимодействия в здравоохранении, внедрены элементы госзаказа и моделей конечных результатов, медико-экономические стандарты и расчеты по тарифам в стационарной службе. Активизировалось оказание платных видов медицинской помощи и услуг в государственных учреждениях, начали создаваться медицинские формирования различных форм собственности.

Были разработаны и утверждены республиканские целевые программы – по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, информатизации здравоохранения, укреплению здоровья женщин и планированию семьи, вакцинопрофилактике, развитию нейрохирургической службы, оснащению медицинской техникой и оборудованием и др. Несмотря на имеющиеся трудности при выполнении целевых программ были получены неплохие результаты. Так, в соответствии с целевой программой по оснащению оборудованием были приобретены для республиканских центров компьютерный и ядерно-магнитный томограф, аппарат для дробления камней

в почках, а все районные больницы были обеспечены аппаратурой для эндоскопических и ультразвуковых исследований, персональными ЭВМ и др. К реализации целевых программ активно привлекаются средства Удмуртского территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Вместе с тем, сложное финансовое и экономическое положение в начале 90-х годов, расплывчатость реформ, отсутствие четкой законодательной базы углубили начинающийся кризис в здравоохранении. Выделяемые бюджетные средства обеспечивали только частичное покрытие расходов на текущее содержание здравоохранения. Перестали выделяться средства не только на модернизацию и строительство медицинских учреждений, но и на проведение капитальных и текущих ремонтов. В 1992 году было введено в строй только три объекта здравоохранения, а в последующие три года был сдан в эксплуатацию лишь один родильный дом в городе Можге. В 1995 году четвертая часть зданий медицинских учреждений нуждалась в капитальном ремонте, а каждое пятое из них было в аварийном состоянии. Из-за отсутствия средств под угрозой оказалась возможность функционирования многих республиканских специализированных центров. Большинство больниц оказались в числе хронических должников перед коммунальными и эксплуатационными службами.

Все более ощутимо стали проявляться отрицательные последствия муниципализации лечебно-профилактических учреждений городов и районов республики, что привело к ослаблению управления в отрасли по вертикали. Несогласованность идеологии перехода к медицинскому страхованию с фактическим финансовым обеспечением стала приводить к снижению эффективности реформ. Территориальная программа обязательного медицинского страхования слабо подкреплена денежными средствами. Недостаточно продуманная система введения платных видов помощи и услуг стала вызывать недовольство населения.

Следствием социально-экономического спада народного хозяйства республики и кризиса здравоохранения стали выраженные негативные сдвиги в состоянии здоровья населения Удмуртии. За период с 1990 по 1995 год рождаемость населения республики упала с 15,2 до 9,4 на 1000 жителей, т. е. в 1,6 раза. За это же время смертность населения увеличилась с 9,8 до 13,7 на 1000 жителей, или в 1,4 раза. Впервые за многие десятилетия в 1993 году естественный прирост населения республики стал отрицательной величиной. Особенно выросла смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований, несчастных случаев и травм, болезней органов дыхания и пищеварения, а также суицида. За пять лет выросли показатели детской и материнской смертности, заболеваемости туберкулезом, алкоголизмом, инфекционными и венерическими болезнями.

В такое непростое время в 1995 году министром здравоохранения Удмуртской Республики был утвержден С.Г. Шадрин. К этому времени неутешительные

прогнозы по состоянию здоровья и финансированию здравоохранения, которые сделал профессорско-преподавательский состав медицинского института, стали сбываться в самом неблагоприятном варианте. Вместе с аппаратом Министерства здравоохранения С.Г. Шадриным разрабатываются меры по выходу отрасли из кризиса и выработке стратегии ее выживания.

Для этого возникла большая необходимость, т. к. бюджет здравоохранения на 1996 год был утвержден примерно на 30% от потребности. Если учесть, что за последние годы исполнение утверждаемого бюджета было на уровне 60–65%, то фактическое финансирование следовало ожидать еще более скудным, чем ранее. Потребовалось немало усилий, чтобы в таких условиях обеспечить стабилизацию здравоохранения в интересах всех жителей республики.

С 2003 по 2006 год Министерство здравоохранения возглавлял В.А. Мерзляков. В эти годы был существенно углублен программно-целевой подход в совершенствовании управления здравоохранением на всех уровнях. В рамках реализации Президентской программы «Социально-экономическое развитие Удмуртской Республики» были приняты 11 республиканских целевых программ по актуальным направлениям охраны здоровья населения и развития здравоохранения. С помощью головных институтов страны и Ижевской государственной медицинской академии был проведен углубленный анализ существующей сети здравоохранения Удмуртии, который лег в основу плана оптимизации отрасли как по республике в целом, так и по каждому муниципальному образованию. Проведена большая подготовительная работа по реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье».

В 2006 году министром здравоохранения назначен кандидат медицинских наук С.П. Субботин, переведенный на эту должность с поста главы администрации Увинского района, а до того много сил отдавший становлению и развитию санатория «Ува». Перед Министерством здравоохранения были поставлены задачи по дальнейшему совершенствованию всей системы управления отраслью, оптимизации имеющейся сети здравоохранения, повышению эффективности использования ресурсов, реализации одноканального финансирования, активному внедрению передовых медицинских и организационных технологий, эффективной реализации мероприятий в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье», улучшению демографической ситуации в республике и основных показателей здоровья населения.

В 2009 году министром здравоохранения Удмуртской Республики назначается главный врач Республиканского клинико-диагностического центра В.М. Музлов. Заметных позитивных сдвигов в развитии регионального здравоохранения не произошло. Следует заметить, что за период его правления заметно активизировались руководители медицинских организаций в закупке дорогостоящего медицинского оборудования.

В 2015 году впервые на конкурсной основе выдвигается на должность министра здравоохранения депутат Государственного совета Удмуртской Республики, доктор медицинских наук Чуршин Алексей Дмитриевич.

Алексей Дмитриевич свою деятельность на этом поприще начал тактически грамотно с научным подходом.

С первых дней работы как организатор здравоохранения республики он своевременно обратил внимание на слабые места в работе медицинских организаций. В настоящее время при Министерстве здравоохранения создана группа по изучению нормативных положений в поликлинической службе с целью рациональной организации внутреннего и внешнего потока пациентов, обращающихся за медицинской помощью.

УДК:613.86:616.98-036.22-058-084

Н. М. Попова, В. Н. Савельев

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Савельев Владимир Никифорович** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

Социально значимые заболевания определяют величину важнейших показателей здоровья населения. В структуре смертности на их долю приходится 65–70% смертей.

Ключевые слова: социально значимые заболевания; эпидемиология; факторы риска; профилактика

N.M. Popova, V.N. Savelyev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF SOCIALLY-RELATED DISEASES

Popova Natalia Mitrofanovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8(3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Savelyev Vladimir Nikiforovich** — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor

Socially significant diseases determine the values of the most important health indicators. In the structure of mortality they account for 65–70% of deaths.

Key words: socially significant diseases; epidemiology; risk factors; prevention

В современном мире основную опасность для здоровья населения и проблему для медицинской науки стали представлять хронические неинфекционные и инфекционные неэпидемиологические болезни, которые объединяются в группу социально обусловленных заболеваний и составляют угрозу возникновения «эпидемии» в XXI веке.

Вся жизнедеятельность человека представляет собой постоянный процесс взаимодействия биологического и социального. Если ни социальные условия, ни биологические свойства организма не в состоянии опосредовать, а главное нейтрализовать отрицательные, патогенные последствия этого воздействия, то человек либо заболевает, либо умирает. Наличие возбудителя заболевания – это лишь возможность возникновения того или иного заболевания и только при наличии благоприятных условий, в числе которых решающая роль принадлежит окружающей нас среде,

Планомерно внедряется в медицинских организациях высокотехнологическая медицинская помощь.

На всех этапах развития здравоохранения Удмуртии организующая роль принадлежала работникам аппарата облздравотдела, Наркомата и Министерства здравоохранения. Структура отрасли здравоохранения менялась в зависимости от задач, стоящих перед здравоохранением на том или ином этапе исторического развития страны. Она зависела от преобразований в системе здравоохранения, а также от конкретных потребностей населения в охране его здоровья.

Список литературы:

1. Ижевская государственная медицинская академия / под ред. Н. С. Стрелкова. – Ижевск, 2013.

т. е. социально-экономическим и санитарно-гигиеническим условиям, и немаловажное значение имеет то, как мы с вами взаимодействуем с этими условиями, и какой образ жизни ведем. Причины возникновения заболевания непостоянны и зависят или от условия обитания человека, или от поведения. В развивающихся странах на первом месте оказываются социально-экономические факторы, а в развитых цивилизованных странах – образ жизни человека.

Ведущие позиции заняли сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, а также нервно-психические расстройства, сахарный диабет, туберкулез, кожно-венерические болезни и гепатиты В, С, которые и были утверждены Постановлением Правительства РФ в 2004 году за № 715 в составе социально значимых болезней.

Кризис здоровья общества наблюдается на фоне достижений клинической медицины не только в на-

шей стране, но и в других развитых странах мира. В Удмуртии за последние двадцать пять лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний возросла до 40,0%, в то же время от инфекционных и паразитарных заболеваний снизилась на 12,0%, а уровень смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний в 35 раз ниже уровня смертности от сердечно-сосудистой патологии.

Уже сегодня 40% взрослого населения в возрасте старше 30 лет страдает артериальной гипертонией. Ежегодные экономические потери в связи с заболеваемостью, инвалидностью, смертностью от сердечно-сосудистой патологии превышают сотни миллионов рублей. В России смертность от ишемической болезни сердца среди мужского населения в 2,5 раза выше, чем в США, и в 10 раз – чем в Японии, а от инсульта наши соотечественники умирают в 10 раз чаще, чем американцы, и в 2,5 раза – чем японцы. У женщин цифры несколько меньше, хотя тоже малоутешительны: смертность от инсульта более чем в 2 раза выше, чем в Японии, и в 4 раза – чем в США.

Анализ официальных данных статистики показывает постоянный рост абсолютного числа впервые заболевших и умерших больных от злокачественных болезней. Так, в Удмуртской Республике (УР) за период с 1980 по 2014 год заболеваемость злокачественными новообразованиями выросла в 2,2 раза, соответственно с 172,5 до 382,1 случая на 100000 населения; болезненность – в 2,19 раза (938,0– 2055,2‰), смертность за последние 24 года увеличилась на 39,5% (133,3–177,6%).

При этом охват профосмотрами всего населения за эти годы уменьшился в 1,2 раза (с 94,4 до 83,2%). По этой причине не снижаются показатели запущенной формы (4 гр.) злокачественных образований (21,1 и 22,0% соответственно). Отмечается увеличение темпа показателей онкологической патологии в возрастах от 0 до 14 лет и от 15 до 29 лет по сравнению с более старшими возрастными группами. Так, средний темп роста в возрасте от 0 до 14 лет составляет 11,7%, в 15–29 лет – 12,3%, в то же время темп повышения заболеваемости в возрасте 50–54 года – 7,3%, а в 60–64–3,8%. Эти данные позволяют считать, что наряду с проблемой «постарения» рака существует проблема его омоложения. Однако среди лиц, достигших престарелого возраста, темп роста поражения значительно выше, и в возрасте от 80 до 84 лет он превышает 30%.

По данным НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, около 25% людей имеют те или иные психические отклонения от нормы. Уровень заболеваемости психическими расстройствами в Удмуртии продолжает расти, так, по сравнению с 1985 годом, в 2014 году повысился на 36,4%, и почти в 1,5 раза превышает среднефедеративный показатель. За последние 15 лет первичная заболеваемость психическими расстройствами в Удмуртской Республике возросла почти в 2 раза. В течение 1990–2014 годов продолжался рост общего количества инвалидов по психическим заболеваниям до 12,7%.

По-прежнему большое значение имеет организация и проведение мероприятий по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем. Заболеваемость сифилисом на территории УР с 1980 по 2014 год возросла в 3,8 раза, среди осужденных в 9 раз превышает показатели по России. За последний год наблюдается некоторое снижение отдельных форм болезней, однако заболеваемость венерическими болезнями остается по-прежнему на высоком уровне. В 2014 году в УР зарегистрировано 6898 случаев ВИЧ-инфекции, что составляет 50,2 на 100000 населения или в 1,7 раза превышает показатель 2010 года.

Вновь увеличиваются показатели заболеваемости туберкулезом, особенно устойчивым к лекарствам. За период с 1990 по 2014 год первичная заболеваемость туберкулезом в Удмуртии выросла на 33,8% (соответственно 42,3 и 56,6 на 10000 населения), заболеваемость бациллярными формами туберкулеза увеличилась в 3,6 раза. За эти же годы смертность от туберкулеза возросла в 1,6 раза. Смертность и заболеваемость от туберкулеза больше приходится на пожилых людей, особенно мужчин. Среди осужденных заболеваемость туберкулезом выше в 40 раз, а смертность – в 17 раз, по сравнению с показателями всего населения России. Первичная инвалидность от туберкулеза среди обслуживаемых пенитенциарной медициной в 3 раза превышает показатель инвалидности по стране. По данным ВОЗ, несмотря на спад туберкулеза в экономически развитых странах, для человечества в целом он остается грозным заболеванием.

За последние 5 лет ежегодно регистрируется рост количества больных сахарным диабетом в республике более чем на 1 тыс. человек. Так, в 2014 году общее число заболевших сахарным диабетом составило 40913 человек, в 2010– 33192, то есть прирост составил 23,3%.

Несмотря на профилактические прививки против гепатита до сих пор уровень заболеваемости гепатитами В и С держится на достаточно значимых показателях. Так, заболеваемость гепатитом В и С в 2010 году составила соответственно 1,57 и 2,68, в 2014 году – 0,13 (В); 1,17 (С) на 100000 населения. Следует отметить несколько тревожных показателей роста хронической формы заболеваемости гепатитом В и С, в 2010 году она составила соответственно 55,76 и 40,7, а в 2014 году – 40,55 и 42,13 на 100000 населения, то есть уровень заболеваемости гепатитом С имеет тенденцию роста [1, 2].

Социально значимые заболевания во многом определяют величину важнейших показателей здоровья населения, сдерживают возможное увеличение средней продолжительности предстоящей жизни, являются главной причиной инвалидности, в структуре общей смертности на их долю приходится до 65–70% смертей. В большей степени они омрачают жизнь, настроение, бытие людей, и прежде всего – лиц пожилого и старческого возраста.

Естественно, возникает вопрос о причинах возникновения важнейших неэпидемиологических и хро-

нических неинфекционных заболеваний. В многочисленных научных работах встречаются одни и те же факторы. Среди них – постоянно усиливающаяся нервно-эмоциональная напряженность (стресс), недостаточная физическая активность, гиподинамия, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем и курением. Эти и другие факторы характеризуют образ жизни человека современного индустриального общества. Если учесть постоянное загрязнение окружающей среды, то следует полагать, что таким образом осуществляется расплата общества за цивилизацию.

Современное общество продолжает наращивать скорость преобразовательных процессов в различных сферах жизнедеятельности, которые будут продолжаться и в XXI столетии. Интенсификация обществу необходима, но при условии, если направление выбрано правильно и движение безопасно; и, наоборот, при ошибочном курсе высокие скорости наносят большой ущерб здоровью общества. Преобразуя общественные отношения и создавая искусственную среду обитания, людям невольно приходится приспосабливаться (адаптироваться) к новым социальным условиям, а это чревато возникновением у них болезненных состояний.

При исследовании этих процессов в долгосрочной динамике была выявлена выраженная оперативная реакция смертности населения на социально-экономические преобразования, причем отрицательная – на негативные кризисы и положительная – на позитивные.

Необходимость проведения рекреации и укрепления здоровья общества не вызывает сомнения. Вопрос заключается в том, как это сделать наиболее эффективным и экономичным путем, где сосредоточить основные усилия здравоохранения, общества и государства.

Мероприятия по профилактике социально обусловленных заболеваний в настоящее время занимают наиболее значимое место в здравоохранении.

Выделяют три приоритетных подхода к осуществлению первичной профилактики: лечебно-профилактические воздействия медиков на пациента; изменение индивидуального поведения самого человека; мероприятия по улучшению условий жизни населения.

В основе первых двух лежит концепция личной ответственности каждого за свое здоровье, согласно которой главная причина болезни отдельного человека заключается в его собственном поведении. Целью санитарной пропаганды является убеждение населения о первоочередном значении образа жизни в охране его здоровья. Роль государства и общественности в первичной профилактике болезней заключается в разработке и принятии национальных программ по сохранению и укреплению здоровья человека и целенаправленном распределении ресурсов страны.

Перемены в условиях и образе жизни населения, резкое ухудшение экологической обстановки приводят к тому, что традиционные санитарно-гигиенические меры оказываются недостаточными в охране здоровья населения. Дальнейшее развитие общества невозможно без создания надежной системы укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Профилактика должна рассматриваться не как узковедомственная задача системы здравоохранения, а как система комплексных общегосударственных медицинских и общественных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, укрепление здоровья и продление жизни людей, что подтверждается Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан РФ № 323 от 2011 г.». Следует разделять три вида профилактики: государственную – предусматривающую охрану окружающей среды, создание условий труда и быта: обеспечение населения доброкачественными продуктами питания и водой; медицинскую – прививочная работа, санитарное просвещение: медосмотры, диспансеризация; личная профилактика, основу которой составляет формирование здорового образа жизни.

Оценка влияния образа жизни на здоровье, по мнению академика В. Д. Лищука, составляет около 50 процентов. Здоровый образ жизни включает в себя все то в поведении и деятельности людей, что благотворно влияет на здоровье человека. И. А. Гундеров выделяет 5 компонентов, определяющих здоровый образ жизни:

- сознательное и активное участие каждого члена общества в создании условий труда и быта;
- индивидуальный порядок жизни, включающий занятия физкультурой, закаливание, отрицание вредных привычек: курения, употребления наркотиков и алкоголя;
- формирование межличностных отношений на принципах высокой духовности, доброты, любви и свободы к себе, ближним и человеку;
- бережное отношение к окружающей среде, путем спасения и развития естественной и искусственной среды обитания;
- медицинская активность населения в вопросах санитарно-гигиенических знаний по сохранению и воспроизводству здоровья.

Вывод. Социально значимые заболевания определяют величину важнейших показателей здоровья населения: заболеваемости, инвалидности, в структуре смертности на их долю приходится 65–70%.

Список литературы

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 1993–2014 гг. – Ижевск: ИГМА.
2. **Гасников, В. К.** Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ / В. К. Гасников, О. А. Рузан, Е. Л. Стерхова // Информационно-аналитический сборник. – 2010–2015. – 78 с.

УДК 378.661: 378.14.015.62

Н. С. Стрелков¹, Н. А. Торопова², Н. П. Пенкин¹

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

²НОУ ВПО «Камский институт гуманитарных и инженерных технологий», Удмуртская Республика

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ, ПО МАТЕРИАЛАМ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Стрелков Николай Сергеевич — ректор академии доктор медицинских наук, профессор; Торопова Надежда Анатольевна — начальник отдела мониторинга качества образования; 426003, г. Ижевск, ул. В. Сивкова, д.12 А, тел. 8 (3412)50-21-61; e-mail: nadtor@mail.ru; Пенкин Николай Павлович — проректор академии, заведующий кафедрой медбиофизики, информатики и экономики кандидат экономических наук, доцент

В статье представлен анализ результатов мониторинга эффективности медицинских вузов за 2013 и 2014 годы, ежегодно проводимый Министерством образования и науки Российской Федерации

Ключевые слова: мониторинг эффективности; критериальные показатели; качество образования

N.S.Strelkov¹, N.A.Toropova², N.P. Penkin¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

²Kamskiy Institute of Humanities and Engineering Technologies, Udmurt Republic

ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL SCHOOLS BASED ON MONITORING EFFECTIVENESS

Strelkov Nikolay Sergeevich — Rector of Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; Toropova Nadezhda Anatolyevna — Head of Department for Monitoring the Quality of Education; 426003, Izhevsk, ul. V. Sivkova, 12 A, phone: 8 (3412)50-21-61, e-mail: nadtor@mail.ru; Penkin Nikolay Pavlovich — Vice-rector of Academy, Head of the Department Candidate of Economic Sciences, Associate Professor

The article presents the analysis of the results of monitoring the effectiveness of medical schools in 2013 and 2014, the effectiveness being monitored annually by the Ministry of education and science of the Russian Federation.

Key words: monitoring effectiveness; criteria indicators; quality of education.

Модернизация системы образования в России невозможна без оценки качества деятельности образовательных организаций. Для системы высшего образования таким камертоном стал ежегодно проводимый мониторинг эффективности вузов, предложенный Министерством образования и науки Российской Федерации в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 5 августа 2013 г. № 662 «Об осуществлении мониторинга системы образования». Результаты мониторинга вызывают активное обсуждение со стороны общественности, участников мониторинга.

Главная цель мониторинга – оценить эффективность деятельности вуза за год работы по основным направлениям: образовательной, научной, международной сферам, материально-ресурсному обеспечению, кадровому составу и др. Посредством мониторинга решается проблема низкого качества образования через оптимизацию образовательной среды и развитие конкуренции между образовательными организациями.

Впервые мониторинг проводился в 2012 году. В последующие годы дорабатывались показатели и методика их расчета, учитывалась специфика образовательной организации, были определены группы вузов с учетом пороговых значений критериальных показателей. В процедуре мониторинга 2015 года тоже были внесены изменения: исключен из числа критериаль-

ных показатель, характеризующий инфраструктуру, и внесен показатель, отражающий среднюю зарплату профессорско-преподавательского состава, а также изменена методика расчета критериального показателя, характеризующего трудоустройство выпускников [1].

Анализ информационно-аналитических материалов деятельности образовательных организаций высшего образования позволил изучить показатели мониторинга эффективности медицинских вузов России за два года и дать оценку их деятельности. Сведения для участия в процедуре мониторинга в 2015 году представили 54 образовательные медицинские организации: 50 вузов и 4 филиала, из них 6 негосударственных (3 вуза, 3 филиала); в мониторинге 2014 года участвовало 55 образовательных организаций: 50 вузов и 5 филиалов, из них 5 являются негосударственными (2 вуза, 3 филиала). В медицинских вузах России обучались в 2013 году 219021 человек, а в 2014 году – 255156 студентов, что больше на 16,5% [2].

В приложении представлены результаты мониторинга эффективности медицинских образовательных организаций по направлениям деятельности за 2013 и 2014 годы. Анализ показал, что медицинские вузы, оптимизировав свою деятельность, увеличили выполнение пороговых критериев мониторинга по сравнению с 2013 годом (рис. 1).

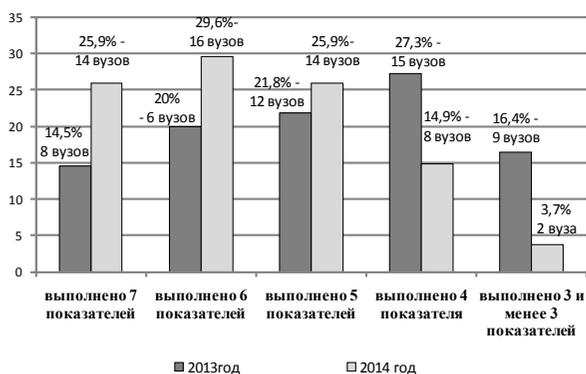


Рис. 1 Выполнение пороговых показателей мониторинга эффективности медицинскими вузами России за 2013 и 2014 годы

Снизилось количество медицинских вузов, выполнивших 4 показателя, находящихся на нижней границе выполнения мониторинга (с 15 в 2013 году до 8 вузов в 2014 году). Увеличилось количество вузов, выполнивших все пороговые показатели (7 показателей) – 8 вузов в 2013 году и 14 вузов в 2014 году. Также выросла доля вузов, прошедших мониторинг эффективности с 83,6% в 2013 году до 96,3% в 2014 году. В 2013 году не прошли процедуру мониторинга 9 медицинских образовательных организаций (3 негосударственных и 4 филиала). Из них в 2014 году 7 вузов поправили свои показатели до положительных значений, 2 вуза не участвовали в процедуре мониторинга по причине реорганизации, а также были определены 2 вуза не прошедших мониторинг (Санкт-Петербургский филиал НОУ ВПО «Медицинский институт «Реавиз» и Дагестанская государственная медицинская академия).

Анализ динамики выполнения пороговых значений по округам Российской Федерации свидетельствует о положительных изменениях в деятельности вузов (рис. 2). В 2014 году наивысшие показатели выполнения критериев мониторинга эффективности представили следующие федеральные округа: Сибирский – 89,3%, Дальневосточный– 85,7%, Центральный – 81,8%, При-

волжский – 81%. Снизил показатели – Уральский и Южный федеральные округа по сравнению с 2013 годом (соответственно с 75 до 71,4% и с 71,4 до 69%). Анализ показателей, не достигших пороговых значений, выявил, что в 2013 году медицинские вузы затруднялись выполнить критерии по научно-исследовательской, финансово-экономической деятельности и дополнительный показатель.

Доля этих показателей в общем количестве невыполненных составляет 68,4%. В 2014 году остался в числе невыполненных дополнительный показатель и вновь введенный показатель – соотношение средней зарплаты научно-педагогических работников к средней зарплате по региону (46%). В четвертой группе наблюдается наибольшее количество невыполненных показателей и такая тенденция сохраняется в 2014 году, хотя их количество сокращается с 53 до 40% в 2013 году. Общее количество по всем группам невыполненных показателей в 2014 году сократилось на 33% и составило 78 невыполненных показателей против 117 в 2013 году (табл. 1).

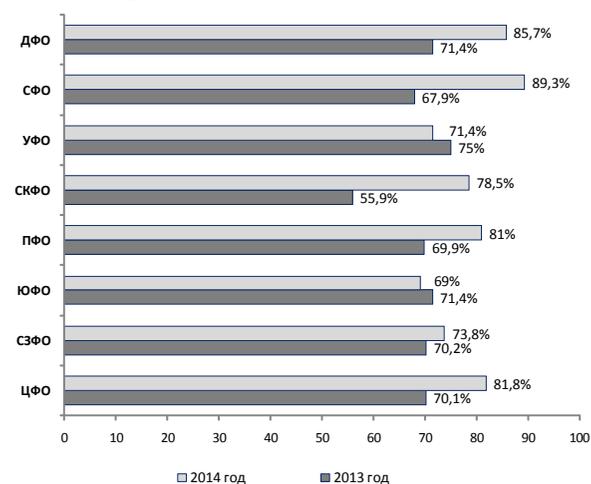


Рис. 2. Динамика выполнения пороговых показателей мониторинга эффективности медицинскими вузами по округам Российской Федерации за 2013 и 2014 годы

Таблица 1. Невыполнение показателей мониторинга по группам и критериям за 2013 и 2014 годы

Группа	Количество медицинских вузов России	Количество невыполненных показателей по критериям:								Итого	Доля невыполненных показателей по группам, %
		Е1 Образовательная деятельность, баллы	Е2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	Е3 Международная деятельность, %	Е4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	Е5 Заработная плата ППС, %	Е5 Инфраструктура, кв. м.	Е8 Дополнительный показатель, %	Е6 Трудоустройство, %		
2013 год											
I группа Москва	4		2	1	3		2	2		9	7,69
II группа С. Петербург	5	1	2		3		2	1		9	7,69
III группа	21		10	4	7		7	9		37	31,63
IV группа	26	2	12	7	14		11	16		62	52,99
Итого	56	3	26	12	27		22	27		117	
Доля невыполненных показателей по критериям, %		2,6	22,2	10,3	23,1		18,8	23,1		100	100,00

Окончание таблицы 1

2014 год											
I группа	4				1	4		3	2	10	12,82
II группа	5	1	2		2	4		1	1	11	14,10
III группа	21		5	4	5	5		6	1	26	33,33
IV группа	26	2	3	2	5	6		7	6	31	39,74
Итого	56	3	10	6	13	19		17	10	78	
Доля невыполненных показателей по критериям, %		3,8	12,8	7,7	16,7	24,4		21,8	12,8	100	100,00

Ижевская государственная медицинская академия ежегодно принимает участие в мониторинге эффективности вузов. Результаты мониторинга активно обсуждаются в ректорате и на ученом совете. Ежегодно формируется план корректирующих действий по устранению несоответствий по результатам мониторинга эффективности. Академия выполнила 4 показателя как в 2013, так и в 2014 году (табл. 2). Три показателя: научно-исследовательская, международная и финансово-экономическая деятельность ниже пороговых значений, хотя наблюдается положительная динамика значений этих показателей.

Для их выполнения от академии требуются дополнительные усилия и это забота не только ректората, но и профессорско-преподавательского персонала. Особенно это касается выполнения научно-метрических показателей, развития грантовой деятельности, международного сотрудничества.

Таким образом, мониторинг эффективности является тем инструментом для российских вузов, который, с одной стороны, позволяет дать оценку деятельности образовательных организаций, а с другой – стал механизмом постоянного стимула для улучшения и оптимизации всех направлений деятельности вуза.

Таблица 2. Сравнительный анализ показателей мониторинга эффективности вузов за 2013–2015 годы ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России

Наименование показателя мониторинга	2013		2014			2015		
	Пороговые значения	Показатель ИГМА	Пороговые значения	Показатель ИГМА	Изменения относительно 2013 года	Пороговые значения	Показатель ИГМА	Изменения относительно 2014 года
Образовательная деятельность , баллы (Е.1.1. Средний балл ЕГЭ студентов, принятых по результатам ЕГЭ на обучение по очной форме по программам бакалавриата и специалитета за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и с оплатой стоимости затрат на обучение физическими и юридическими лицами)	60	64,06	60	77,71	21,3%↑	60	72,62	6,5%↓
Научно-исследовательская деятельность , тыс. руб. (Е.2.1. Объем НИОКР в расчете на одного научно-педагогического работника)	50	2,42	70,1	1,05	56,61%↓	70,1	3,29	213,3%↑
Международная деятельность , % (удельный вес численности иностранных студентов, обучающихся по программам бакалавриата, специалитета, магистратуры, в общей численности студентов (приведенный контингент))	1	0,31	1	0,61	96,8%↑	1	0,92	50,8%↑
Финансово-экономическая деятельность , тыс. руб. (доходы образовательной организации из всех источников в расчете на одного НПП)	1100	1196,4	1566,11	1268,8	6,0%↑	1566,1	1500,1	18,2%↑
Инфраструктура , м ² (2013–2014 г.)	11	16,1	14,51	15,86	37,4%↓			
Зарботная плата ППС , % (отношение заработной платы профессорско-преподавательского состава к средней заработной плате по экономике региона) с 2015 г.						125	125,02	

Окончание таблицы 2

Трудоустройство,% (удельный вес выпускников, трудоустроившихся в течение календарного года, следующего за годом выпуска, в общей численности выпускников образовательной организации, обучавшихся по основным образовательным программам высшего образования)	98,243	99,475	98,705	100	1%↑	80	95	5%↓
Дополнительный показатель,% (с 2014 – доля работников (приведенных к числу ставок) из числа ППС в численности работников ППС без совместителей и работающих по договорам гражданско-правового характера, имеющих ученую степень кандидата или доктора наук, соответствующую специальностям раздела 14.00.00 Номенклатуры специальностей научных работников)	0,69	0,84	69	72,8		69	71,73	1,5%↓
Количество невыполненных показателей мониторинга		2		3			3	

Приложение.

Результаты мониторинга эффективности медицинских вузов за 2013, 2014 годы

№ п/п	Медицинские вузы России	Группа	2013								2014							
			Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Инфраструктура, кв. м.	E8 Дополнительный показатель, %	E6 Трудоустройство, %	Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Зарботная плата ППС, %	E6 Трудоустройство, %	E8 Дополнительный показатель, %
Центральный федеральный округ (ЦФО)																		
1	Курский государственный медицинский университет	IV	5	71,39	51,7	27,7	1209	18,3	54,7	99,7	7	67,91	67,3	30,1	1655	132	75	73,17
2	Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова	IV	3	75,93	38,3	16,5	1324	11,4	48,5	100	7	67,02	61,2	14	1569	125	90	76,02
3	Смоленская государственная медицинская академия	IV	5	74,4	118	22,2	1185	24,9	17,8	99,8	7	63,35	142	23,5	1663	129	85	85,59
4	Тверская государственная медицинская академия	IV	5	79,62	8,5	26,3	1536	14,9	68,2	99,7	7	72,98	66,1	26	1643	129	80	69,2
5	Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко	III	7	79,83	57,2	10,7	1383	15,2	76,6	100	6	77,94	53,9	11,6	1239	128	80	71,67
6	Ярославская государственная медицинская академия	III	5	76,72	60,2	3,56	1030	25,9	75,3	100	6	71,25	85	3,29	1347	125	85	79,8
7	Московский государственный университет имени И.М. Сеченова	I	6	82,27	142	14,1	3935	25,5	64	100	5	80,86	272	13	4678	112	75	63,72

Продолжение приложения

№ п/п	Медицинские вузы России	Группа	2013								2014							
			Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Инфраструктура, кв. м.	E8 Дополнительный показатель, %	E6 Трудоустройство, %	Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Заработная плата ППС, %	E6 Трудоустройство, %	E8 Дополнительный показатель, %
8	Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова	I	4	77,58	93,2	8,78	2076	11	75,8	99,5	5	74,82	204	7,22	3848	121	55	77,89
9	Ивановская государственная медицинская академия	III	6	76,21	48,3	4,57	1636	33	73,2	100	5	71,26	21	4,77	1702	103	85	74,14
10	Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова	I	4	77,12	8,61	9,91	1884	14,1	63,6	99,8	4	76,23	225	9,04	2579	94,4	60	65,47
11	Московский филиал НОУ ВПО «Медицинский институт «Реавиз»	I	3	66,3	188	3,47	1807	0	72,2		4	66,3	152	5,18	2006	118	251	60
Северо-Западный федеральный округ (СЗФО)																		
12	Северный государственный медицинский университет	III	5	69,76	80,9	7,7	1175	14,8	64,9	99,6	7	67,24	82,8	8,53	1695	148	90	77,21
13	Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова	II	7	86,33	142	13,6	4116	28,7	81,3	100	6	84,38	160	14,7	4478	115	75	79,02
14	Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия	II	6	80,19	140	14,4	2559	22,9	33,1	99,6	6	74,56	130	16,7	2820	113	95	6,32
15	Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет	II	5	78,52	66	11,3	867	28	96	99,8	5	74,66	127	10,1	1591	101	80	82,8
16	Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова	II	4	77,96	52,5	10,7	1816	12,4	77,9	99,2	5	71,12	40,4	9,31	2114	103	80	84,92
17	Санкт-Петербургский филиал НОУ ВПО «Медицинский институт «Реавиз»	II	3	58	139	6,52	1802	0	69,4	-	1	56,79	0	5,54	1229	67,6	162	66,67
18	Коми филиал Кировской государственной медицинской академии		3	0	1,32	0	985	25,4	79,1		реорганизация							
Южный федеральный округ (ЮФО)																		
19	Кубанский государственный медицинский университет	IV	7	79,14	229	4,44	1930	14	32	70,7	6	70,94	92,3	4,02	1652	170	75	62,94

Продолжение приложения

№ п/п	Медицинские вузы России	Группа	2013								2014							
			Количество выполненных показателей	Е1 Образовательная деятельность, баллы	Е2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	Е3 Международная деятельность, %	Е4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	Е5 Инфраструктура, кв. м.	Е8 Дополнительный показатель, %	Е6 Трудоустройство, %	Количество выполненных показателей	Е1 Образовательная деятельность, баллы	Е2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	Е3 Международная деятельность, %	Е4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	Е5 Зарплата ППС, %	Е6 Трудоустройство, %	Е8 Дополнительный показатель, %
20	Краснодарский муниципальный медицинский институт ВСО (негосударственный) г. Краснодар	IV								6	56,14	58,8	1,51	2231	140	95	71,76	
21	Волгоградский государственный медицинский университет	IV	4	75,23	60,1	18	1256	10,9	53,7	99,7	5	68,6	83,6	16,7	1772	119	80	58,57
22	Ростовский государственный медицинский университет (г. Ростов-на-Дону)	IV	6	81,8	17,5	8,84	2025	21,2	10	100	4	68,82	43,1	7,48	2259	106	75	63,07
23	Астраханская государственная медицинская академия	IV	4	78,4	50,4	10,9	1055	10,6	86,6	99,7	4	66,79	58,7	17,3	847	121	60	82,61
24	Кубанский медицинский институт (негосударственный) г.Краснодар	IV	4	61,61	7,4	5,49	0	34,9	58,7	100	4	60,88	65,2	10,5	71,4	115	50	83,83
Приволжский федеральный округ																		
25	Башкирский государственный медицинский университет	III	4	76,33	16,5	2,05	1172	12,1	69,9	99,9	7	66,8	68	2,81	2395	163	80	75,42
26	НОУ ВОП Медицинский институт «Реавиз» (г. Самара)	III	6	62,75	102	2,86	1729	11,4	72,4	100	7	61,24	112	4,3	1987	218	85	73,72
27	Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера	III	6	70,71	56,5	2,82	2421	16	67,2	100	7	67,68	61,5	2,94	1898	139	90	74,16
28	Казанский государственный медицинский университет	III	6	79,07	56,6	10,4	1780	27,4	71,4	99,8	6	75,31	101	11,7	1716	134	85	65,31
29	Оренбургская государственная медицинская академия	IV	7	71,78	88,1	2,33	1432	16,4	72,3	100	6	77,43	99,9	5,56	1310	126	85	75,04
30	Самарский государственный медицинский университет	IV	5	78,76	125	7,13	3603	7,41	50,3	99,8	6	73,18	247	6,45	4217	112	85	83,01
31	Нижегородская государственная медицинская академия	III	4	80,76	159	15,4	1551	7,6	0	100	5	71,3	128	12,6	1531	131	75	77,39
32	Пермская государственная фармацевтическая академия	III	4	71,47	189	7,32	920	9,27	62,1	99,5	5	72,35	186	5,98	1574	106	85	65,45
33	Кировская государственная медицинская академия	IV	4	73,83	30,3	0,68	1512	17,4	65,1	100	5	71,79	7,65	1,13	1513	139	85	67,05

Продолжение приложения

№ п/п	Медицинские вузы России	Группа	2013								2014							
			Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Инфраструктура, кв. м.	E8 Дополнительный показатель, %	E6 Трудоустройство, %	Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Заработная плата ППС, %	E6 Трудоустройство, %	E8 Дополнительный показатель, %
34	Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского	IV	5	73,02	5,82	9,53	1038	18,4	73,3	99,9	5	66,86	8,9	12	2672	139	Сведения не предст. в ФРДО	75,05
35	Саратовский филиал НОУ ВПО «Медицинский институт «Реавиз»	IV	3	51,68	148	3,88	1388	0	58,8	-	5	52,98	98,8	4,06	2014	131	обработка данных в ПФР	67,65
36	Ижевская государственная медицинская академия	III	4	77,71	1,05	0,61	1269	15,9	72,8	100	4	72,62	3,29	0,92	1500	125	95	71,73
Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО)																		
37	Пятигорский медико-фармацевтический институт-филиал ВолГМУ	IV	3	71,99	16,5	3,59	1260	11,1	58,4	-	7	64,53	65,2	6,84	1482	139	2519	70,81
38	Ставропольский государственный медицинский университет	IV	5	77,12	61,6	11,3	850	7,79	70,6	100	6	70,26	65,5	11,5	1316	127	85	70,23
39	Северно-Осетинская государственная медицинская академия	IV	4	81,66	57,9	2,06	1206	11,8	65,4	99	6	69,94	61,6	2,64	1704	131	45	70,62
40	Дагестанская государственная медицинская академия	IV	4	84,27	50	0	1056	42,9	74,3	99,5	3	71,65	77,5	1,55	622	118	30	0
41	Ставропольский институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования		3	42,3	71,9	0	1145	57,6	72,5		вуз по результатам мониторинга прошлого года выполнивший менее 4-х показателей и не предоставивший информации о проведении мероприятий по повышению эффективности деятельности с учетом рекомендаций РГ МВК							
Уральский федеральный округ (УФО)																		
42	Тюменская государственная медицинская академия	III	6	72,64	39	1,03	1857	31,9	85,5	100	7	65,74	78,1	1,81	1726	127	90	75,83
43	Южно-Уральский государственный медицинский университет	III	6	74,32	39,5	3,41	2304	25,4	70,1	99,8	5	68,04	62,2	3,99	2302	119	90	74,07
44	Уральский государственный медицинский университет	III	4	83,57	37,2	0,74	1587	12,7	82	99,8	4	71,73	56	0,93	1645	12,4	85	50,67
45	Ханты-Мансийская государственная медицинская академия	IV	5	73,96	159	0,43	3102	37,4	56,7	100	4	66,06	315	0,19	3001	132	65	54,23
Сибирский федеральный округ (СФО)																		
46	Иркутский государственный медицинский университет	III	7	72,12	72,1	4,5	2270	24,9	72,2	99,8	7	68,05	109	4,85	2457	133	85	72,24
47	Кемеровская государственная медицинская академия	IV	3	70,38	39,7	0,81	1338	10,7	59,8	100	7	65,31	101	1,1	1517	128	85	73,48

Окончание приложения

№ п/п	Медицинские вузы России	Группа	2013								2014							
			Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Инфраструктура, кв. м.	E8 Дополнительный показатель, %	E6 Трудоустройство, %	Количество выполненных показателей	E1 Образовательная деятельность, баллы	E2 Научно-исследовательская деятельность, тыс. руб.	E3 Международная деятельность, %	E4 Финансово-экономическая деятельность, тыс. руб.	E5 Зарплата ППС, %	E6 Трудоустройство, %	E8 Дополнительный показатель, %
48	Алтайский государственный медицинский университет	IV	4	71,56	12	7,29	1199	13,7	71,8	100	7	70,07	60,7	6,61	1471	172	85	71,32
49	Читинская государственная медицинская академия	IV	4	66,31	68,3	0,25	2372	11,6	0	99,7	6	61,93	75,6	0,25	2687	144	85	71,63
50	Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого	III	6	70	81,9	1,87	2338	11,2	80,1	99,6	6	64,23	99	2,65	2241	126	80	52,37
51	Новосибирский государственный медицинский университет	III	5	68,96	24,5	8,23	1550	14,7	0,16	100	6	69,73	37	8,3	1505	165	80	70,85
52	Омская государственная медицинская академия	III	3	72,33	52	8,16	1342	9,35	53,4	100	6	68,11	81,6	8,9	1737	140	80	64,29
53	Сибирский государственный медицинский университет	III	6	75,51	189	13	2512	22,5	64	99,4	5	65,97	113	14	2057	110	85	66,61
Дальневосточный федеральный округ (ДФО)																		
54	Амурская государственная медицинская академия	IV	6	67,91	60,7	1,17	2082	21,3	62,5	100	7	63,09	62,1	1,17	2456	127	80	70,18
55	Тихоокеанский государственный медицинский университет	III	4	63,23	88,3	0,28	1997	11,4	68	99,5	6	63,46	156	0,27	2468	129	75	76,1
56	Дальневосточный государственный медицинский университет	III	5	64,49	90,5	0,35	2774	27,9	65,6	100	5	68,39	123	0,29	2763	111	80	76,46

- – выполнено менее 4 показателей
- – показатель ниже критериального значения
- – негосударственный вуз

Список литературы:

1. Протокол заседания Межведомственной комиссии по проведению мониторинга эффективности образовательных организаций высшего образования от 22 декабря 2014 г. № ДЛ-57/05пр.

2. Информационно-аналитические материалы по результатам анализа показателей эффективности образовательных организаций высшего образования // Информационная система анализа деятельности организаций высшего образования. – Режим доступа: URL: <http://indicators.miccedu.ru/monitoring/>

УДК 614.2

А. А. Калининская, Ф. А. Сулькина, Д. С. Терентьева

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ», г. Москва

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ПРОФИЛАКТИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

Калининская Алефтина Александровна — руководитель отделения организации лечебно-профилактической помощи доктор медицинских наук, профессор; 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: akalininskya@yandex.ru, тел. 8 (495) 618-43-88; **Сулькина Фира Ароновна** — ведущий научный сотрудник отделения организации лечебно-профилактической помощи кандидат медицинских наук; **Терентьева Дина Станиславовна** — научный сотрудник отделения организации лечебно-профилактической помощи

В статье дан анализ заболеваемости, смертности и инвалидности населения РФ от сахарного диабета. Проведён анализ посещаемости населением врача общей практики (семейного врача) в пилотном сельском муниципальном районе Пензенской области. Представлены показатели посещаемости врача-терапевта, эндокринолога и других специалистов. Показатели даны для взрослого и детского населения. Внедрение института врача общей практики/семейного врача представляет особую значимость для здравоохранения на селе и может стать решением проблемы доступности медицинской помощи, особенно в отдалённых районах России.

Ключевые слова: сахарный диабет; первичная медико-санитарная помощь; врач общей (семейной) практики; инвалидность; заболеваемость; посещения

A.A. Kalininskaya, F.A. Sulkina, D.S. Terentyeva

Central Research Institute of Organization and Informatization of Public Health, Moscow
Department of Organization of Medical and Preventive care

DIABETES MELLITUS: INCIDENCE, PREVENTION AND ORGANIZATION OF PRIMARY MEDICAL CARE

Kalininskaya Alefтина Alexandrovna — Head of the Department, Doctor of Medical Sciences, Professor; 127254, Moscow, ul. Dobrolubova, 11, e-mail: akalininskya@yandex.ru, phone: 8 (495)618-43-88; **Sulkinа Fira Aronovna** — Leading Researcher Candidate of Medical Sciences; **Terentyeva Dina Stanislavovna** — Researcher

The article analyses morbidity, mortality and disability from diabetes among the population of the Russian Federation. The analysis of visits to the general practitioner (family doctor) has been conducted in a pilot project in a rural district of the Penza region. The attendance rates of a therapist, an endocrinologist and other doctors are presented. The indicators are given separately for adult population and for children. The introduction of general practitioners (family doctors) into primary medical care is of particular importance for health care in rural areas and can be a solution to the problem of accessibility of medical care, especially in remote areas of Russia.

Key words: diabetes mellitus; primary health care; general practitioner; disability; morbidity; visits

В последние годы практически во всех странах мира отмечается неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД), что позволило зарубежным авторам квалифицировать эти процессы как новую эпидемию XXI века [11]. Диабетом страдают более 7% взрослого населения в мире. *IDF* опубликовала рейтинг стран по числу больных диабетом людей, в котором на первом месте стоит Индия (50,8 млн человек). Остальные страны распределились в ранговом порядке следующим образом: Китай (43,2 млн), Соединенные Штаты (26,8 млн), Россия (9,6 млн), Бразилия (7,6 млн), Германия (7,5 млн), Пакистан (7,1 млн), Япония (7,1 млн), Индонезия (7 млн), Мексика (6,8 млн) [14].

По данным ВОЗ, каждые 10 секунд в мире умирает один человек с СД; ежегодно — около 4 млн, столько же, сколько от ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита. Каждый год в мире проводят более 1 млн операций по ампутации нижних конечностей при сахарном диабете, более 600 тыс. больных теряют зрение, приблизительно у 500 тыс. пациентов развивается почечная недостаточность [3].

О высокой распространенности сахарного диабета свидетельствует тот факт, что численность больных с указанной патологией за последние 20 лет увеличилась более чем в 2 раза, и в настоящее время в мире составляет более 300 млн человек (6,6% от всего населения), причем более половины из них составляют лица трудоспособного возраста, что наносит большой экономический ущерб [6].

Россия входит в пятерку стран-лидеров по темпам роста и распространенности сахарного диабета, ежегодный прирост больных составляет 6,2% и, согласно прогнозу, через 20 лет будет зарегистрировано 5,81 млн больных и такое же число больных не будет выявлено [7,9].

В Российской Федерации общее число больных сахарным диабетом составили свыше 8 млн человек и примерно столько же в стадии преддиабета, причем численность больных каждые 5 лет удваивается. В нашей стране сахарным диабетом страдает 1,5–3,5% населения, доля СД 2 типа превышает 80% [10].

По данным Государственного регистра больных СД, на 01.01.2013 г. в РФ по обращаемости в лечеб-

ные учреждения насчитывается свыше 3,779 млн человек. Согласно прогнозам, основанным на данных Госрегистра больных СД, к 2030 г. число больных СД удвоится [4].

Вместе с тем, несмотря на создание в России регистра больных сахарным диабетом, охватывающим 73 региона, отсутствует достоверная оценка ситуации с диабетом в нашей стране и наблюдается недоучет заболеваемости и инвалидности. Проблема СД недостаточно осознана, что в немалой степени определяется неверной оценкой обусловленных им потерь здоровья населения. На долю диабета в структуре смертности в странах с низким подушевым доходом приходится 3,0% случаев, а в странах со средним и высоким доходом – 2,1 и 2,8%, а в России – 0,46%. Истинная численность больных СД в нашей стране в 3–4 раза превышает официально зарегистрированную и составляет около 5–6% от всего населения России [4,5,7]. Доля недиагностированного СД 2 типа (развивающегося преимущественно у лиц пожилого возраста) достигает 29–32% от общей его распространенности. Фактическая распространенность основных осложнений СД на 20–50% выше регистрируемой, при этом большинство больных находятся в состоянии хронической декомпенсации. У 40–55% больных СД его осложнения не выявляются [9].

В исследовательской работе Д.О. Рощина установлена неполная регистрация сахарного диабета как причины смерти на всех уровнях заполнения медицинской документации. Из 28 больных, страдающих сахарным диабетом, умерших за год в трех стационарах общего профиля, лишь в одном случае диабет вынесен в свидетельство о смерти в качестве причины, что объяснялось патологоанатомами слишком большим числом сопутствующих заболеваний у больных и стремлением использовать «стандартные» формулировки диагнозов. Анализ медицинских свидетельств о смерти на бумажном носителе выявил упоминание о наличии диабета в 1,9% случаев, тогда как в регистре умерших наличие диабета указывается в 0,07% случаев [7].

Из-за недоучета заболеваемости и смертности от СД проблема для органов управления здравоохранением сохраняется недооцененной.

Большая социальная значимость СД в настоящее время обусловлена риском хронических осложнений, приводящих к ранней инвалидизации, ухудшению качества жизни больных и сокращению ее продолжительности, распространенность которых пропорциональна распространенности самого заболевания. К ним относятся микроангиопатии (нефропатия, ретинопатия, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, острая коронарная смерть), периферическая болезнь сосудов, синдром диабетической стопы, включая, прежде всего, гангрену, цереброваскулярная болезнь (транзиторная ишемия мозга, инсульт), диабетическая нейропатия [3,12,13].

Сахарный диабет в 70–80% случаев, в том числе среди людей пожилого возраста, приводит к разви-

тию сердечно-сосудистых, цереброваскулярных заболеваний, диабетической ретинопатии и слепоты, диабетической стопы и развитию гангрены нижних конечностей. СД 2 типа приводит к увеличению риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза, слепоты в 10 раз, ампутации конечностей в 20 раз [1].

По данным О.Ю. Василенко (2009), в Российской Федерации при изучении характеристик контингента инвалидов вследствие сахарного диабета выявлено преобладание повторно признанных инвалидами – 93,8–92,9%, лиц женского пола 50,8%, в возрасте 40–49 лет – 23,6%, 50–54 лет – 26,0%. Эпидемические масштабы распространенности сахарного диабета требуют значительных расходов на лечение заболевания, возрастающих в геометрической прогрессии, с учетом инвалидизирующих осложнений и потребности в комплексном лечении, что делает проблему профилактики СД 2 типа приоритетной задачей здравоохранения. Ранняя диагностика заболевания и его осложнений, оптимизация методов лечения и профилактики данной патологии, позволяют существенно снизить расходы на диабетологическую помощь [2,8].

Пропорционально росту распространенности СД и его осложнений возрастают и расходы на лечение, причем лишь 9% приходится на лечение самого СД, а 91% от общей доли расходов – на лечение его осложнений. При этом основная часть этих затрат приходится на лечение больных СД 2 типа [9,4].

Профилактика СД 2 типа может осуществляться как на уровне популяции в целом, так и на индивидуальном уровне. Очевидно, что профилактика в масштабах всего населения не может проводиться только силами здравоохранения, требуются национальные программы по борьбе с заболеванием, создание условий для достижения и поддержания здорового образа жизни, активное вовлечение в этот процесс различных административных структур, повышение информированности населения в целом, создание «недиабетогенной» окружающей среды [3].

Укрепление здоровья и создание здоровой социальной среды является одним из центральных направлений развития отечественной системы здравоохранения. Развитию этих направлений способствуют разработка, планирование, реализация и оценка эффективности отраслевых и территориальных программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

В Российской Федерации создана и продолжает развиваться диабетологическая служба. Организован Федеральный диабетологический центр Минздрава России и 88 территориальных центров. Развивается сеть специализированных отделений и кабинетов: «диабетическая стопа», «сахарный диабет и беременность». Открыты школы по обучению лиц больных сахарным диабетом, в т.ч. для детей и родителей, а также школы первичной и вторичной профилактики СД.

В динамике за пять лет (с 2010 по 2014 г.) отмечен скачок заболеваемости в 2012 году, с последующим снижением показателей (табл. 1).

Таблица 1. Первичная заболеваемость населения Российской Федерации сахарным диабетом

Год	С диагнозом, установленным впервые в жизни на 100 тыс. населения					
	Взрослое население			Всего населения		
	Всего	Сахарный диабет 1 типа	Сахарный диабет 2 типа	Всего	Сахарный диабет 1 типа	Сахарный диабет 2 типа
2010	275,3	14,6	258,0	227,5	14,5	210,8
2011	270,0	13,6	253,8	223,2	13,8	207,1
2012	290,8	15,6	270,4	240,0	15,6	220,4
2013	287,6	14,5	269,2	236,5	14,9	218,4
2014	286,4	12,9	268,9	234,6	14,0	216,9

Важно отметить, что деятельность школ первичной и вторичной профилактики и реализация программ профилактики сахарного диабета позволят уменьшить заболеваемость сахарным диабетом, повысить уровень жизни людей, страдающих сахарным диабетом, и людей с высоким риском.

С 2002 г. Федеральная целевая программа (ФЦП) «Сахарный диабет» стала подпрограммой Федеральной программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». Следующая ФЦП была утверждена Постановлением Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280. Внесены изменения Постановлениями Правительства РФ от 18 февраля 2008 г. № 95, от 2 июня 2008 г. № 423, от 9 апреля 2009 г. № 319, от 6 апреля 2011 г. № 254, от 28 декабря 2011 г. № 1167. Распоряжением Правительства РФ от 11 декабря 2006 г. № 1706 утверждена концепция Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)».

Все большее значение в системе специализированной помощи больным сахарным диабетом приобретает первичная медико-социальная помощь (ПМСП), предоставляемая в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Важность определяется возможностью раннего контакта с больными СД, своевременной диагностики и проведения профилактических мероприятий, в том числе, врачом общей практики/семейным врачом (ВОП/СВ), который обеспечивает долгосрочную медицинскую, психологическую, социальную

поддержку больному, необходимую при таком много-системном заболевании, как сахарный диабет.

При этом ВОП/СВ наблюдает этих больных; назначает периодическое обследование и при необходимости направляет на консультацию к врачу-эндокринологу и другим специалистам.

В процессе исследования нами был проведен анализ частоты посещений ВОП, работающих в сельских районах Пензенской области.

На период проведения пилотного проекта в сельских районах Пензенской области работало 133 врача общей (семейной) практики и 226 медицинских сестер врача общей практики. Обеспеченность сельского населения ВОП/СВ составила 2,8 на 10 тыс. соответствующего населения.

Врачи общей практики, работающие в сельских районах, оказывали медицинскую помощь по 11 специальностям. Объем работы ВОП/СВ в сложившихся условиях представлен в таблице 2.

Результаты анализа ситуации, создавшейся в российском здравоохранении, позволяют сделать вывод о необходимости разработки механизмов реформирования ПМСП. Следует активно внедрять общую врачебную (семейную) практику в первую очередь на селе. Врач общей (семейной) практики переориентирует на себя часть пациентов, ранее обращающихся за медицинской помощью непосредственно к врачам-специалистам, в том числе к врачам-эндокринологам. Также необходимы консультации больных СД врачом-эндокринологом при динамическом наблюдении их у ВОП/СВ.

Таблица 2. Посещения ВОП/СВ населением сельских муниципальных районов Пензенской области по специальностям с лечебной целью (на 1000 соответствующего населения)

Специальность	Число посещений на 1000 населения	
	ВОП/СВ обслуживает взрослое и детское население	ВОП/СВ обслуживает только взрослое население
Терапевтический профиль, в том числе	3141,3	2674,24
терапия	1348,0	2309,7
педиатрия	1460,3	-
кардиология	299,5	239,04
эндокринология	33,5	125,5
Хирургический профиль, в том числе	83,4	11,7
хирургия	27,3	9,9
травматология	31,0	1,8
Специализированный профиль, в том числе	688,5	292,93
оториноларингология	141,0	85,4
офтальмология	69,5	101,03
неврология	399,4	96,0
гинекология	25,1	1,2
дерматология	53,5	9,3
Всего:	3888,1	2979,0

Внедрение института ВОП/СВ представляет особую значимость для здравоохранения на селе и может стать решением проблемы доступности медицинской помощи, особенно в отдаленных районах России.

Список литературы:

1. **Белялов, Ф. И.** Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. – Иркутск. – 299 с.
2. **Василенко, О. Ю.** Научное обоснование современных подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О. Ю. Василенко. – 2009. – 45 с.
3. **Дедов, И. И.** Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому сообществу / И. И. Дедов // Вестник Рос. АМН. – 2012. – № 1. – С. 7–13.
4. **Дедов, И. И.** Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, О. К. Викулова // Сахарный диабет. – 2015. – 18 (3). – С. 5–23.
5. **Доскина, Е. В.** Причины неудач в компенсации пациентов сахарным диабетом 2 типа. Роль протрандиальной гликемии / Е. В. Доскина. – 2010. – Режим доступа: <http://znaniyum.com/go.hhp?id=497049>.
6. **Нечипасов, Д. И.** Сахарный диабет 2 типа или пандемия XXI века / Д. И. Нечипасов, Е. Е. Зацепина, М. Н. Ивашев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 6. – С. 73–74.

7. **Рошин, Д. О.** Потери от сахарного диабета и пути решения проблемы их оценки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. О. Рошин. – 2015. – 24 с.

8. **Сон, И. М.** Кадровое обеспечение учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях в Российской Федерации / И. М. Сон, М. Г. Шестаков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/178/30/>.

9. **Сунцов, Ю. И.** Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространенности в Российской Федерации / Ю. И. Сунцов // Сахарный диабет. – 2011. – Режим доступа: <http://znaniyum.com/go.php?id=500137>.

10. **Фархутдинова, Л. М.** Сахарный диабет. Проблемы, достижения, перспективы / Л. М. Фархутдинова, Г. Г. Байбурина, И. М. Фархутдинов // Вестник Академии наук Республики Башкортостан. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 32–39.

11. **Шишкин, А. Н.** Сахарный диабет как глобальная медико-социальная проблема / А. Н. Шишкин, И. Ю. Пчелин // Здоровье – основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 439–440.

12. **Bayliss, E. A.** Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: initial validation of a comorbidity assessment instrument / E. A. Bayliss, J. L. Ellis, J. F. Steiner // Health qual. life outcomes. – 2005. – Vol. 3. – P. 51.

13. Problems in determining occurrence rates of multimorbidly / M. Van den Akker [et al.] // J. clin. Epidemiol. – 2001. – Vol. 54. – P. 675–679.

14. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels, Belgium, 2013.

УДК: 614:061.66:621.391

В. К. Гасников¹, В. Н. Савельев²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

²Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Гасников Владимир Константинович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 72-92-96, e-mail: igma45@mail.ru; **Савельев Владимир Никифорович** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

Этапы развития автоматизированных систем управления в Удмуртии. Компьютеризация медицинских организаций. Организация информационно-вычислительного центра и программного обеспечения сети здравоохранения

Ключевые слова: информатизация и компьютеризация здравоохранения; автоматизированная система управления; программное обеспечение

V.K. Gasnikov¹, V.N. Savelyev²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health, Economics and Health Service Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Department of Public Health and Health Care Service

STAGES OF DEVELOPING INFORMATIZATION OF HEALTH CARE SERVICE IN THE UDMURT REPUBLIC

Gasnikov Vladimir Konstantinovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: igma45@mail.ru; **Savelyev Vladimir Nikiforovich** — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor

The article describes the stages of developing automated control systems in Udmurtia, computerization in health care organizations, organization of the computer center and provision of software for the health care system.

Key words: informatization and computerization of health care service; automated control system; software

Путь развития информационно-вычислительного центра (ИВЦ) (с 1998 года – центр информатики и статистики, с 2001 года – информационно-аналитический центр) Министерства здравоохранения Удмуртской Республики начался с июня 1976 года. Решением ис-

полкома Горсовета первоначально он был организован как машиносчетная станция Ижевского городского отдела здравоохранения с целью развертывания работ по автоматизации управления поликлиническими учреждениями и начисления зарплаты медработникам.

Большая заслуга в становлении компьютеризации медицины как самостоятельной подсистемы отрасли здравоохранения принадлежит И. Б. Эдлинскому, который в то время заведовал Ижевским городским отделом здравоохранения. Одновременно он являлся и генеральным конструктором автоматизированной системы управления (АСУ) здравоохранением. Впоследствии большое влияние на развитие этого направления деятельности оказал министр здравоохранения Удмуртии В. Н. Савельев.

В целях активизации проводимых работ в июле 1977 года приказом Министерства здравоохранения УАССР машиносчетная станция была преобразована в информационно-вычислительный центр Ижевского городского отдела здравоохранения.

Необходимо отметить, что начало работ по автоматизации медицинских служб в городе Ижевске было заложено еще в начале 70-х годов в медсанчасти самого крупного промышленного предприятия города – производственного объединения «Ижмаш». В то время большую роль в реализации идей компьютеризации здравоохранения сыграли главный врач МСЧ ПО «Ижмаш» Т. В. Крупина, зав. кафедрой терапии ИГМИ профессор В. В. Трусов, зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения мединститута профессор Н. Н. Ежова.

С первых дней существования ИВЦ установил хорошие деловые контакты с ведущими отраслевыми центрами страны (города Москва, Ленинград, Кемерово, Новосибирск, Новокузнецк, Рига и другие). Именно в те годы закладывались многие идеи и наработки по автоматизации управления службами и подразделениями здравоохранения, качеством медицинского обслуживания и ежегодной диспансеризацией населения города и республики.

Выходная информация первой очереди АСУ «Горздрав» широко использовалась для разработки проектов решений на разном уровне управления здравоохранением. Были выделены подсистемы санитарно-эпидемиологической и лечебно-профилактической помощи населению, организации поликлинической и стационарной службы, финансово-экономического, кадрового и материально-технического обеспечения.

Разработка и внедрение АСУ поликлиниками, стационарами, службой скорой медицинской помощи, санитарно-эпидемиологической службой способствовали внедрению передовых форм организации деятельности во многих лечебно-профилактических учреждениях города Ижевска. В функционировании АСУ поликлинической службой, включающей в себя задачи «Поликлиника», «Медицинские осмотры населения», «Диспансеризация населения», «Управление поликлинической службой», к 1980 году участвовало 11 поликлиник.

В 1981 году в городе Ижевске состоялась IV Всероссийская научно-практическая конференция «Итоги разработки и внедрения автоматизированных систем управления в здравоохранении РСФСР и перспективы их развития». На ней были представлены

основные результаты работы и подведены итоги первого этапа развития АСУ здравоохранением нашего региона [4].

Для повышения статуса отраслевого ИВЦ, а также с целью подключения в общую систему управления органов и учреждений здравоохранения других городов и районов республики, в 1981 году ИВЦ Ижевского горздравотдела был преобразован в ИВЦ Министерства здравоохранения УАССР.

В этот период осуществлялось дальнейшее развитие и совершенствование ранее разработанных автоматизированных комплексов, задач по управлению поликлиническими учреждениями. Были разработаны и внедрены новые программные комплексы – «Коечный фонд», «Учет движения медикаментов аптечной сети», «Учет заболеваемости с временной утратой трудоспособности», а также некоторые задачи, автоматизирующие отдельные элементы деятельности санитарно-эпидемиологической службы. ИВЦ МЗ УР был укомплектован новыми средствами вычислительной техники (ЕС-1022) и вспомогательным оборудованием.

В конце 1982 года была установлена новая ЭВМ СМ-1403 (из серии малых ЭВМ) на дополнительных площадях, выделенных на базе Первой РКБ. На этой машине решались задачи дистанционной диагностики некоторых неотложных состояний, учета движения медикаментов на уровне межбольничной аптеки, учета кадров Первой РКБ и др.

В 1985 году остро встала проблема перехода на республиканский уровень обработки информации, освоения новых технологий работы с большими информационными массивами и широкого охвата компьютеризацией органов и учреждений здравоохранения Удмуртии. С целью выполнения поставленных задач был разработан план модернизации ИВЦ, перспективная схема развития АСУ здравоохранения республики и оснащения медицинских учреждений средствами вычислительной техники.

Для выполнения намеченных планов был необходим приток новых сил, способных эффективно работать в направлении развития компьютеризации отрасли. Было укреплено руководство ИВЦ. По просьбе Министерства здравоохранения на ИВЦ были направлены молодые специалисты – выпускники Удмуртского государственного университета, Ижевского механического, Второго Московского медицинского и Куйбышевского авиационного институтов. Именно в этот период была проведена большая работа по подготовке и обучению кадров, введена регулярная система аттестации всех инженерно-технических работников по присвоению или подтверждению квалификационных категорий по специальности, конкурсы профессионального мастерства, посвящения в профессию молодых специалистов и т. д. Все это способствовало формированию и сплочению коллектива ИВЦ.

В 1985 году коллектив ИВЦ был награжден дипломом II степени и серебряной медалью Выставки достижений народного хозяйства СССР за разработку

АСУ «Диспансеризация». В 1986 году решением Правительства УР были выделены новые площади для расширения ИВЦ и его модернизации. В течение года при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, силами РМУ Минздрава УАССР, РСУ Ижевского горздраотдела и всего коллектива ИВЦ по проекту института «Удмуртгражданпроект» была проведена реконструкция приспособленного помещения, которая позволила создать учреждение, соответствующее основным современным требованиям.

В 1987 году на средства МЗ России была приобретена самая мощная по тем временам ЭВМ ЕС-1055, единственная в практическом здравоохранении. В это же время началось оснащение здравоохранения отечественными микроЭВМ «Искра-226», «ДВК-2М», а также появились первые персональные компьютеры типа *IBM PC*. Специалистами ИВЦ совместно с главными специалистами МЗ УР и практическими работниками здравоохранения были разработаны и внедрены автоматизированные системы регионального уровня, решающие задачи сбора, обработки и анализа больших информационных потоков, характеризующие состояние здоровья населения, показатели утраты здоровья, функционирование коечного фонда республики, работу амбулаторно-поликлинических учреждений и стоматологических поликлиник. На базе ИВЦ поддерживались республиканские банки данных на психиатрических и туберкулезных больных, а также на контингент лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии в зоне Чернобыльской АЭС [3]. Итоги многолетней работы коллектива ИВЦ по развитию автоматизированных систем управления здравоохранением были подведены на состоявшейся в 1989 году в городе Ижевске 8-й Всероссийской научно-практической конференции «Моделирование в управлении здравоохранением».

Начало широкого распространения персональных ЭВМ в конце 80-х годов ознаменовало собой новый этап автоматизации здравоохранения, позволило приблизить процесс обработки информации непосредственно к местам ее возникновения и использования – к рабочим местам специалистов, занимающихся управлением, анализом, прогнозированием и совершенствованием лечебно-диагностического процесса. Это поставило дополнительные новые задачи перед специалистами ИВЦ. Предстояло продумать стратегию массовой компьютеризации лечебно-профилактических учреждений, разработать универсальные типовые программные средства, определить единую системную и техническую политику, подготовить базу для широкого обучения медработников компьютерной грамотности, создать стройную систему внедрения и сопровождения программных продуктов [5]. Эти задачи были успешно выполнены.

В Удмуртии семь раз проводились всероссийские и всесоюзные научно-практические конференции и совещания по компьютеризации здравоохранения. На одной из них – в марте 1995 года – около 200 участников из 60 регионов России и 20 НИИ и вузов страны обсу-

дили состояние дел по этой проблеме, наметили перспективы дальнейшего развития. Они высоко оценили проводимые в Удмуртской Республике мероприятия по информатизации здравоохранения на региональном и учрежденческом уровнях. Отличительной чертой конференции стала одна из первых в России обширная выставка программных средств, на которой 16 территорий и 22 учреждения России продемонстрировали 88 программных продуктов медицинского назначения. По итогам конференции профессора С. А. Гаспарян, Г. А. Хай, Г. И. Чеченин, В. Ф. Мартыненко, начальник Управления МЗ РФ Э. И. Погорелова оставили в книге отзывов такую запись: «Участники Всероссийской научно-практической конференции «Информатизация здравоохранения России» отмечают большой вклад коллектива ИВЦ Минздрава Удмуртской Республики в развитие информатизации здравоохранения территориального уровня. Опыт работы этого коллектива может быть распространен на другие регионы России. Крайне важно, чтобы ваши умения и знания в области здравоохранения и медицинской информатики были переданы молодым последователям и были продолжены в Удмуртии в XXI веке».

ИВЦ в достаточной степени оснащен современными средствами вычислительной техники. В коллективе работают квалифицированные кадры программистов, технологов, электронщиков и врачей. Их силами разработаны пакеты типовых программ, которые можно широко использовать на всех уровнях управления – в поликлиниках, стационарах, у руководителей органов и учреждений здравоохранения, в экономических, кадровых и статистических службах. В настоящее время в органах и учреждениях здравоохранения находится в промышленной эксплуатации более 100 программных комплексов. По таким основным задачам, как «Стационар», «Поликлиника», «Кадры», «Стоматология», достигнут охват автоматизированной обработкой всей республики. Кроме того, разработаны программные средства по ведению ряда специализированных регистров на социально значимые контингенты населения.

В конце 80-х годов ИВЦ МЗ УР был утвержден базовым учреждением для России по своему направлению деятельности. 22 программных комплекса, разработанных его коллективом, получили сертификаты качества и свидетельства МЗ РФ и рекомендованы для внедрения в других регионах страны. Эти программы были переданы для применения в Пермскую область (города Соликамск, Пермь, Кудымкар, Чайковский), Приморский край, Республику Тува, города Мурманск, Саратов, Чебоксары, Екатеринбург, Южно-Сахалинск, Горно-Алтайск, Абакан, на полуостров Чукотку и т. д.

В 1996 году на базе ИВЦ МЗ УР был организован курс медицинской информатики и управления кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения Ижевской государственной медицинской академии. Цель курса – повышение качества обучения студентов-медиков основам компьютерной грамотности и формирование из них будущих пос-

тановщиков задач по информатизации здравоохранения. За успехи в решении проблем информатизации управления здравоохранением на основе компьютерных технологий коллективу центра совместно с кафедрой организации здравоохранения ИГМА присуждена премия Правительства Удмуртской Республики (1998). Руководство Республиканского медицинского информационно-аналитического центра (РМИАЦ) МЗ с 2009 года является лауреатом Международной премии «За выдающиеся заслуги в области информатизации мирового сообщества».

Сегодня РМИАЦ МЗ УР в состоянии предложить каждой медицинской организации удобный для них вариант типового программного обеспечения с учетом их пожеланий и возможностей. Развитие информатизации здравоохранения в республике осуществляется на основе опыта предыдущих лет ведущих специалистов Российской Федерации и Удмуртии [1, 2].

УДК 614.2:332.05

В. Н. Савельев

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ПРЕОБРАЗОВАНИЕ И НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Савельев Владимир Никифорович — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

В процессе исторического развития отрасли здравоохранения постоянно происходят корректировки и преобразования в соответствии со складывающимися социально-экономическими условиями в стране. Но при всем этом ведущими проблемами охраны здоровья граждан остаются профилактические меры и качество, доступность медицинской помощи.

Ключевые слова: социально-экономические преобразования; модернизация и оптимизация в системе здравоохранения; качество и доступность медицинской помощи; бюджетно-страховая система здравоохранения

V. N. Savelyev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

TRANSFORMATION IN THE HEALTH CARE INDUSTRY AND ITS ISSUES

Savelyev Vladimir Nikiforovich — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

In the process of historical development health care industry constantly undergoes adjustment and transformation in accordance with social and economic conditions in the country. But in spite of all this preventive measures, quality and availability of health care remain the main issues of health protection of the population.

Key words: social and economic reforms; modernization and optimization of the health care system; the quality and availability of health care; state budget health insurance system

Становление общественно-государственного здравоохранения на территории будущей Удмуртской Республики началось еще в 1919 году, когда в Вятской губернии был организован первый уездный отдел здравоохранения в городе Глазове. Территория будущей Удмуртии, как и вся Вятская губерния, на 30–40% обслуживалась Земской медициной, на одного врача приходилось 20,5 тысяч населения, тогда как в Московской и Санкт-Петербургской областях – 6,5 тысяч. А. П. Тепляшин – глазовский земский врач – пишет: «Один слепой человек приходится на 193 зрячих, а здравоохранение на территории Удмуртии было скудным: общее число коек в фабрично-заводских, го-

Список литературы:

1. **Гасников, В. К.** Информатизация здравоохранения как объект управления на различных иерархических уровнях / В. К. Гасников // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 2. – 16 с.
2. **Гасников, В. К.** Развитие информационно-компьютерных технологий в здравоохранении России – полувековой путь и уроки на будущее / В. К. Гасников // Стратегия информатизации медицины. – М.: Момент, 2012. – С. 244–267.
3. **Гасников, В. К.** Реальность и перспективы развития информационно-компьютерных технологий в здравоохранении региона / В. К. Гасников // Медицинский альманах. – 2010. – № 4 (13). – С. 14–18.
4. **Гаспарян, С. А.** Страницы истории информатизации здравоохранения России / С. А. Гаспарян, Е. С. Пашкина. – М., 2002. – 304 с.
5. Состояние и основные направления развития информатизации управления здравоохранением на региональном уровне / В. К. Гасников [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 9. – С. 59–67.

родских и сельских больницах – 2338, в 53 фельдшерских пунктах – 374». Работало в то время 38 врачей (в том числе 6 зубных) и 336 средних медицинских работников. Таким образом, обеспеченность населения больничными койками составила в 1921 году 37,4 на 10000 населения, врачами – 0,5 на 10000 населения и средними медицинскими работниками – 4,6 на 10000 населения.

В соответствии с декретом ВЦИК и СНК РСФСР 4 ноября 1920 года создается Вятская автономная область с числом населения 724 900 и в 1921 году организуется региональный орган управления здравоохранением.

Несмотря на чрезвычайные условия в связи с революционными преобразованиями и войнами в стране развитие регионального здравоохранения не прекращалось. В результате мы можем констатировать более чем десятикратное увеличение числа медицинских организаций и развернутых в них больничных коек, работающих врачей и медицинского персонала.

На сегодняшний день располагаем более чем 300 медицинскими организациями и 700 фельдшерско-акушерскими, фельдшерскими пунктами и здравпунктами, санаториями и др. Развернуто более 16500 больничных коек, обеспеченность составляет 110 на 10000 населения. Трудятся в сети здравоохранения республики 6860 врачей (обеспеченность – 45,2 на 10000 населения) и более 16000 среднего медицинского персонала (обеспеченность – 106,0 на 10000 населения).

Огромные усилия прилагаются органами управления региона и отрасли здравоохранения, чтобы охрана здоровья граждан республики соответствовала требованиям Федерального закона.

Динамические процессы в развитии отрасли здравоохранения корректируются и пересматриваются в соответствии с социально-экономическими преобразованиями в стране. При этом ведущими проблемами медицинской помощи всегда были и остаются постоянное стремление и выполнение следующих условий:

- профилактический приоритет медицины;
- равный доступ к существующей медицинской помощи для всего населения;
- удовлетворенность качеством.

То есть абсолютное большинство осуществляемых преобразований было полезно для общества. Однако это не означает, что не бывает недовольных или оппозиции. Последовательное реформирование зависит от способности правительства преодолевать сопротивление и осуществлять реформу.

Например, в большинстве случаев существенные реформы в здравоохранении проводились правительствами, имевшими сильную позицию стабильности, эффективности администрации и поддерживаемыми прогрессивными и научными кругами (лейбористское правительство основало национальную систему здравоохранения в Великобритании, Бисмарк ввел страхование в Германии).

Введение новых форм медико-санитарного дела в России также неразрывно связано с историей российской государственности, демократическими настроениями русского общества и развитием науки.

Рождение преимущественно бесплатной земской медицины осуществлялось вскоре после отмены крепостного права в России на основании собственноручно утвержденного Александром II Положения о губернских и уездных земских учреждениях, таким же образом в 1918 году В. И. Лениным подписан декрет о создании государственной (национальной) системы здравоохранения и бесплатной медицинской помощи народу. В 1991 году Б. Н. Ельцин подписал закон о введении страховой медицины и аннулирования бесплатной государственной системы здравоохранения в России.

Преобразование в отрасли здравоохранения России на этом не заканчивается, продолжается в форме мо-

дернизации и оптимизации, набирая свои темпы. Формируются акты управления: приказы, постановления, указы и законы. Так, например Федеральный закон от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», изменяющий механизм финансирования бюджетных учреждений с учетом переходного периода, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (2011), Указ Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (2012), в соответствии с указом в 2014 году принимается Постановление Правительства РФ «О развитии фармацевтической и медицинской промышленности на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», издается Приказ Министерства здравоохранения РФ «О критериях оценки качества медицинской помощи» и др.

Все они направлены на повышение качества и доступности медицинской помощи населению, одновременно предоставляя здравоохранению достойное подушевое финансирование. В программе модернизации намечается реализация трех групп основных мероприятий в развитии здравоохранения: совершенствование клинико-экономических стандартов в оказании медицинской помощи; активное внедрение современной информационной технологии в отрасли; укрепление материально-технической базы медицинских организаций, благодаря созданию межмуниципальных специализированных центров, оснащенных высокотехнологическим оборудованием.

Создаются гигантские центры, ориентируясь на высокоразвитые страны, которые уже сами убедились в экономичности и предпочтительности профилактики здоровья здоровых. Стремления здравоохранения – выполнение лечебных услуг, в том числе и платных, за счет чего осуществляется финансирование медицинских организаций.

Профилактика несмотря на декларирование ее как первоочередного направления развития остается на втором плане. Охват профилактическими осмотрами населения УР за период с 1980 по 2014 год снизился более чем на 1,2 раза (98,4 и 83,2% соответственно). К примеру, новый онкологический диспансер, оснащенный современным медицинским оборудованием, мало доступен сельской провинции для профилактических исследований.

В преобразовательном процессе за основу берутся 3 формы медицинских организаций: бюджетная, автономная не коммерческая и казенная, т.е. под видом создания независимых медицинских организаций и расширения прав руководителей ответственность государства по охране здоровья своего народа отходит на задний план. Мы становимся очевидцами, как медицинские организации с различными формами собственности в условиях дефицита финансирования развивают рынок платных услуг с неуправляемыми ценами и мало контролируемым качеством. Даже сегодня при одинаковых средствах, выделяемых из бюджета на одного человека, в государственных медицинских организациях определенная часть населения пользуется большей долей медицинских услуг за счет бюджета.

В новом законе указывается, что финансирование медицинских организаций в соответствии с социаль-

ным (государственным) заказом планируется в полном объеме в виде денежных субвенций за предоставленные хорошие по качеству услуги. Возникает вопрос: «А если по тем или иным причинам медицинская организация не выполняет такой заказ, и пациентов окажется больше чем планировалось, значит на их лечение потребуется больше средств, откуда же их брать?». Опять-таки вынуждаем медицинских работников и руководителей больниц искать недостающие средства у пациентов или зарабатывать самим, хотя бы предоставляя в аренду свои площади.

Финансирование охраны здоровья населения необходимо осуществлять по душевому принципу в объеме средств бюджета и фонда медицинского страхования. Хотя эти средства не в полной мере позволяют удовлетворить объем медицинской помощи, но предложение, высказанное Президентом В. В. Путиным, о создании персональных медицинских накопительных счетов позволит в определенной степени возложить ответственность целевого расходования средств на самих пациентов. В настоящее время передача этих средств медицинским организациям, руководителям-распределителям кредитов, ничуть не способствует улучшению медицинской помощи конкретному лицу, лишь обезличивает расходование средств, нередко допуская нецелевое использование.

По вопросу персонализированного расходования средств следует обратиться к опыту передовых стран; например, в Дании подход к организации медицинской помощи – на основании размеров бюджета семьи, выше или ниже ежегодно устанавливаемого государством уровня прожиточного семейного бюджета с учетом ассигнований на медицинскую помощь для каждого члена семьи. Граждане, имеющие ежемесячный семейный бюджет выше установленного по стране уровня, лишаются всех государственных льгот на медицинское страхование. Граждане с семейным бюджетом ниже установленного уровня подлежат медицинскому страхованию за счет средств государства. В современных условиях население России так же можно подразделить по уровню материального положения на несколько градаций, от слишком богатых до крайне бедных.

В самых общих чертах многоукладная система медицинской помощи населению нам представляется следующим образом: на переднем плане – бесплатная или благотворительная медицина – для категории людей с низким доходом, граждан старше 80 лет и детей до 3 лет.

Далее – бюджетно-страховая медицина для категории людей с семейным бюджетом равным установленному нормативному уровню в стране. Это большая часть населения, обеспечиваемая медицинской помощью в объеме программы госгарантий, но положенные ему средства перечисляются на медицинский накопительный счет. В данном случае у граждан появится ответственность за расходование персональных средств с их медицинского накопительного счета (МНС), хотя бы ради экономии средств на личном страховом счету, и появится возможность свободного выбора врача и медицинской организации. МНС позволит молодому поколению, менее нуждающемуся в медицинской помощи, до исполнения преклонного

возраста накопить средства на оплату медицинских услуг. В настоящее время мало кого устраивает как распоряжаются этими средствами федеральные и территориальные фонды медицинского страхования, потерявшие доверие застрахованных. Лица же с высоким материальным положением обязательное медицинское страхование не используют. Этой категории лиц можно предложить семейного врача – платный вариант участкового доктора. При этом важна адресность каждого вида медицинской помощи, чтобы бесплатность и благотворительность не превращались в иждивенчество, бюджетно-страховая медицина – в мошенничество и контролерство, а платный врач – в привилегию (новые богатые врачи).

Лечением болезни «не больного» по стандартам едва ли можно достичь качественных изменений в состоянии здоровья пациента, так как они по состоянию здоровья часто вынуждены направляться от одного специалиста к другому по принципу «конвейерной сборки» без каких-либо сдвигов в общем состоянии его здоровья. Принятыми стандартами врачи призваны лечить болезни пациента поэтапно. Коварство этой идеологии – игнорирование творческой инициативы, профессионального интеллекта врача и вынуждение его вступить в противоречие с клинической медициной, что приводит к деградации основ научной медицины. Цель проводимых преобразовательных процессов в системе здравоохранения предусматривает повышение качества и эффективности лечения больных. Однако клинико-экономические стандарты в процессе лечения больных усурбно влияют на восстановление здоровья пациентов как в моральном, так и экономическом плане.

Стандарт должен характеризовать результат врачевания по восстановлению здоровья человека в целом. Под результатом следует понимать возврат того здоровья, которое утратил пациент под воздействием болезни. А в наших клинико-экономических стандартах лишь перечисляются технологии лечебных и диагностических мероприятий: процедура первая, вторая и т. д. К сожалению, после аккуратного выполнения подобного стандарта нередко пациент выписывается нездоровым.

«Не бойся болезни, бойся лечения» – повторял наш великий мудрец-соотечественник Лев Николаевич Толстой, осуждая волокиту и социальное неравенство, особенно в оказании медицинской помощи гражданам. В проводимых анкетированиях населения нередко можно встретить высказывания больных о трудностях записи на прием к врачу-специалисту.

По данным информативно-аналитического сборника показателей здоровья и здравоохранения УР, число посещений в поликлинику в 2014 году снизилось на 21,4% по сравнению с 1990 годом (3277,5 и 2586,0 соответственно). Однако общая заболеваемость населения за эти же годы в Удмуртской Республике повысилась на 27,6% (1896 и 1373,0 на 1000 населения соответственно), в то же время заболеваемость с временной утратой трудоспособности за это же время снизилась в случаях до 52,5% (115,8 и 66,6 на 100 работающих соответственно). А заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности населения УР за вышеуказанный период повысилась на 39,4% (44,2 и 61,6 на 10000 населения соответственно). Все эти показатели наглядно

демонстрируют снижение доступности медицинской помощи населению нашей республики.

В российском обществе все перевернулось, кто как может приспосабливается к новым условиям, не замечая нравственные человеческие качества, ущемляя жизненные устои. В основе лежит идеология индивидуализма, стяжательство. В этих условиях возникла новая болезнь «Утомление» и болеть ею могут все, в том числе и врачи. Когда теряются социальные связи, человеку не интересны ни окружающие, ни увлечения, шаг за шагом он подходит к состоянию встревоженности, вызывающему неадекватную реакцию, вплоть до депрессии. У современного врача на приеме в поликлинике основную долю составляют именно такие больные, от чрезмерного общения с которыми у доктора наступает синдром «отравления людьми» – новое состояние человека, возникающее в условиях интенсивного общения с людьми, нуждающимися в помощи.

С другой стороны, современная цивилизация – техносфера – люто ненавидит биосферу – микробов – и борется с ними. Всем известно, что жизнь без микробов вообще невозможна, ни в пределах планеты, ни в пределах отдельного организма. Ребенок, родившийся в среде где отсутствуют микробы, обречен на гибель. Кризис современной официальной медицины и заключается в выбранной ею стратегии,

ориентированной не на стимуляцию иммунитета, а на подавление иммунитета возбудителя заболевания. Но иммунитет разрушается не только лекарствами, он подавляется и процессом гниения от излишних застоявшихся белковых продуктов в кишечнике при малоподвижном образе жизни человека.

Победив инфекционные болезни, медицина по инерции продолжает развиваться в рамках сложившихся прежних традиций. И сейчас блестящие технологии в медицине, различные «чудо-лекарства» заслонили и притупили у врачей принципы клинического мышления и стремления к предупреждению болезней среди населения, а народ в большинстве своем не занимается своим здоровьем и слепо верит в лженауку. В свою очередь продолжение специализации в медицине под видом «прогресса» (изготовление сложного медицинского оборудования) способствует все большему упрощению медицинской профессии до уровня «ремесленника», отсюда и возможные последствия гипердиагностики, которые реализуют «идеальные» методы лечения и диагностики, связанные с медицинским бизнесом.

В связи с этим назрела острая необходимость реализации программы единого врача для приписных граждан в лице врачей общей практики, семейных или участковых врачей, а не участковых терапевтов.

УДК 369.223:004.7 (470.51)

С. Г. Шадрин, Т. А. Валеев, Е. О. Евтодиева

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, г. Ижевск

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Шадрин Сергей Геннадьевич – директор; 426035, г. Ижевск, ул. Репина, 22, тел.: (3412) 63-45-55, e-mail: pm@utfoms.udmnet.ru; **Валеев Тимур Анварович** – начальник управления по вопросам медицинского страхования; **Евтодиева Елена Олеговна** – начальник отдела по организации обязательного медицинского страхования

В целях совершенствования системы контроля качества медицинской помощи в сфере ОМС на территории УР разработана и внедрена информационная система мониторинга качества, объема и условий оказания медицинской помощи

Ключевые слова: контроль качества медицинской помощи; защита прав застрахованных; медико-экономический контроль; медико-экономическая экспертиза; экспертиза качества медицинской помощи.

S.G. Shadrin, T.A. Valeyev, E.O. Evtodieva

Regional Health Insurance Fund of the Republic of Udmurtia, Izhevsk

IMPLEMENTING AN INFORMATION SYSTEM FOR MONITORING THE QUALITY OF HEALTH CARE IN THE FIELD OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN UDMURTIA

Shadrin Sergey Gennadyevich – Director; 426035, Izhevsk, ul. Repina, 22, phone: (3412) 63-45-55, e-mail: pm@utfoms.udmnet.ru; **Valeyev Timur Anvarovich** – Head of the Department for Health Insurance Issues; **Evtodieva Elena Olegovna** – Head of the Department of the Organization of Compulsory Health Insurance

In order to improve the system of controlling the quality of health care in the field of compulsory health insurance an information system for monitoring the quality, volume and conditions of providing health care has been developed and implemented in the Udmurt Republic.

Key words: control of the quality of health care; protection of the rights of the insured; medical and economic control; medical and economic expert examination; examination of the quality of health care

Одним из приоритетных направлений деятельности по защите прав застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на территории Удмуртской Республики (УР) является экспертная деятельность – проведение

медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) в соответствии с положениями Федерального закона № 326-ФЗ.

В целях совершенствования системы контроля качества медицинской помощи в сфере ОМС на территории УР разработана и внедрена информационная система мониторинга качества, объема и условий оказания медицинской помощи. Эта система действует в едином информационном пространстве, обеспечивающем взаимодействие Территориального фонда обязательного медицинского страхования УР (ТФОМС УР), страховых медицинских организаций (СМО), медицинских организаций, работающих в сфере ОМС (МО) и органов управления здравоохранения.

Единая информационная система мониторинга и управления качеством медицинской помощи состоит из программных средств:

- 1) для проведения МЭК;
- 2) по учету результатов экспертной деятельности – «Автоматизированный учет результатов контроля объемов и качества медицинской помощи»;
- 3) по учету обращений граждан;
- 4) по учету результатов анкетирования пациентов в МО – «Анкета».

Первый этап экспертного контроля – медико-экономический контроль – осуществляется специалистами СМО и ТФОМС УР в автоматическом режиме в 100% случаев оказания медицинской помощи, по данным, предъявленным МО к оплате реестров счетов. Специалистами ТФОМС ежемесячно проводится повторный МЭК реестров счетов, поступивших от СМО, при помощи программного средства, разработанного и установленного в ТФОМС УР. Программный контроль выявляет экспертные случаи в соответствии со ст. 7 Приказа Федерального фонда ОМС (ФОМС) от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС». ТФОМС УР анализирует частоту и объем выявления этих нарушений для принятия соответствующих управленческих решений.

МЭК реестров счетов, предъявленных к оплате за 2014 год, проведен в количестве 7433,6 тыс., за 2013 год – 6660,7 тыс. В результате МЭК в 2014 году выявлено 113 123 нарушения, что превышает количество нарушений за 2013 год (97 877). Структура нарушений предъявленных к оплате счетов за 2013 и 2014 годы (%):

оформление реестров счетов	17,8	40,4
принадлежность застрахованных к СМО	24,9	12,7
включение в реестр нелегализованной медицинской помощи	10,2	–
повторное или необоснованное включение в счет одной и той же услуги	31,3	38,2
включение в реестр медицинской помощи, не входящей в ТП ОМС	12,8	2,4
необоснованное применение тарифа за медицинскую помощь	2,3	6,1
прочее	0,7	0,2

В структуре нарушений в 2014 году первое место занимают нарушения, связанные с оформлением реестров счетов – 40,4%, за 2013 год – 17,8%. На втором месте – нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи – 38,2%, за 2014 год – 31,3%.

На третьем месте – нарушения, связанные с принадлежностью застрахованных к СМО – 12,7%, за 2013 год – 24,9%.

Рост количества нарушений в 1,3 раза, в основном за счет роста числа нарушений в оформлении реестров счетов, связан с переходом на новую систему оплаты медицинской помощи по клинко-статистическим группам (КСГ) в 1 полугодии 2014 года. На основании этого ТФОМС УР проведена большая работа по оптимизации формирования КСГ в автоматическом режиме.

Второй этап экспертного контроля – медико-экономическая экспертиза – проводится специалистами СМО и ТФОМС УР путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации МО.

За 2014 год МЭЭ проведена в количестве 190,5 тыс., рассмотрено 196,1 тыс. страховых случаев. В 2013 году – 169,8 тыс. МЭЭ, рассмотрено 176,6 тыс. страховых случаев.

Количество выявленных нарушений в 2014 году по результатам МЭЭ уменьшилось в 1,1 раза и составило 27 640, т.е. 14,5% от числа проведенных МЭЭ, в 2013 году – 30 675 нарушений или 18,1%. Структура нарушений медицинской помощи по МЭЭ за 2013 и 2014 годы:

несоответствие данных меддокументации данным реестра счетов	36,0	36,2
нарушения информированности застрахованных лиц	0,1	0,1
дефекты оформления и ведения меддокументации	33,6	27,6
нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов	12,7	16,1
непредставление меддокументации без уважительных причин	11,6	13,5
прочее	6,0	6,5

Третий этап экспертного контроля – экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

В 2014 году проведено 98 435 ЭКМП, в 2013 году – 68 556. В 2014 году по результатам ЭКМП выявлено 22 826 нарушений, что составляет 23,2% от числа экспертиз, в 2013 году – 19 408 нарушений или 28,3% всех ЭКМП. Структура нарушений оказания медицинской помощи по результатам ЭКМП:

нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии со стандартами	65,7	66,4
несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов	1,3	0,4
дефекты оформления медицинской документации	15,1	17,1
необоснованное назначение лекарственной терапии	12,0	7,1
прочее	5,9	9,0

Результаты МЭЭ и ЭКМП заносятся в программное средство «Автоматизированный учет результатов контроля объемов и качества медицинской помощи» для создания единой базы данных результатов экспертной деятельности, проводимой СМО. С помощью этого программного средства формируются отчетные формы, установленные Приказом ФОМС № 230, проводится контроль и анализ экспертной деятельности каждой СМО.

Результаты мониторинга работы СМО по ЭКМП позволяют говорить о степени эффективности проводимой экспертной работы (табл. 1).

Приведенные данные свидетельствуют об увеличении доли экспертиз с выявленными нарушениями за 2014 год по сравнению с 2013.

Программное средство по учету обращений граждан разработано и внедрено для формирования единой базы обращений граждан, поступивших в СМО и ТФОМС УР, контроля рассмотрения СМО обращений граждан в соответствии с ФЗ от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ» и формирования установленных отчетных форм.

Всего за 2014 год поступило 454658 обращений, что в 1,3 раза меньше, чем в 2013 году – 583052. Это связано с уменьшением количества обращений о выборе и замене СМО. Из общего числа поступивших обращений преобладают письменные – 99,5%, в основном заявительного характера.

Общее число жалоб граждан увеличилось в 1,5 раза с 88 в 2013 году до 132 – в 2014, их доля от числа всех обращений также увеличилась и составила 0,03% (2013 г. – 0,02%). Количество обоснованных жалоб

увеличилось с 53 в 2013 году до 75 в 2014, то есть в 1,4 раза. Приведенные данные отражают результаты информационной работы ТФОМС УР и СМО о правах граждан на получение бесплатной помощи по ОМС и в итоге – рост правовой грамотности населения в части защиты своих прав при получении медицинской помощи. В структуре обоснованных жалоб I место занимают жалобы на ненадлежащее качество медицинской помощи – 49,3%. Их количество в 2014 году (37 жалоб) увеличилось в 1,2 раза по сравнению с 2013 годом (31), доля в общей структуре жалоб уменьшилась с 58,5 до 49,3%. На II месте жалобы на организацию работы МО – 17,4% (13), в 2013 году – 22,6% (12). III место занимают жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС – 14,7% (11), в 2013 году – 7,5% (4). Все рассмотрены в досудебном порядке, из них 11 жалоб с материальным возмещением. Сумма возмещения составила 57236,00 руб., за 2013 год по 5 случаям возмещено 31 099,00 руб.

Программное средство «Анкета» было разработано и внедрено для формирования единой базы результатов медико-социологического мониторинга, проводимого ТФОМС УР и СМО, формирования сводных ежеквартальных отчетов по анкетированию и анализа полученных данных для принятия соответствующих управленческих решений.

Проанализировав результаты, полученные за 2014 год, был определен уровень удовлетворенности пациентов качеством и доступностью медицинской помощи (табл. 2).

Таблица 1. Характеристика экспертиз страховых случаев

СМО	Кол-во рассмотренных страховых случаев		Кол-во страховых случаев с нарушениями	
	2013	2014	2013	2014
Филиал ООО «Росгосстрах-Медицина»-«Росгосстрах-Удмуртия-Медицина»	22765	33596	5045	8465
Ижевский филиал ООО «СК «Ингосстрах-М»	10441	14160	2265	4516
ЗАО «СМК АСК-Мед» филиал «МРСК-Мед» в г. Ижевске	13130	18265	1552	1512
Удмуртский филиал ОАО «СК «СОГАЗ-Мед»	14922	16402	7315	5466
Ижевский филиал ООО «СК «ВСК-Милосердие»	2171	2492	393	451
Филиал «Удмуртский» ЗАО «СГ «Спасские ворота-М»	650	8303	84	243
Представительство в г. Ижевске ООО «СМО «Спасение»	208	806	104	50
ИТОГО	64287	94024	16758	20703

Таблица 2. Уровень удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи (на 100 опрошенных)

Виды медицинской помощи и уровень удовлетворенности качеством	2013		2014	
	Абс.	на 100 опр.	Абс.	на 100 опр.
Амбулаторно-поликлиническая:				
• удовлетворены качеством медицинской помощи	5058	60,3	5465	54,8
• больше удовлетворены, чем не удовлетворены	2194	26,2	3020	30,3
Стационарная:				
• удовлетворены качеством медицинской помощи	5192	74,8	4676	67,9
• больше удовлетворены, чем не удовлетворены	1175	16,9	1638	23,8
Стационарзамещающая:				
• удовлетворены качеством медицинской помощи	3350	77,8	3443	72,3
• больше удовлетворены, чем не удовлетворены	708	16,4	998	21,0
Всего	17677	90,8	19240	90,0

На основании полученных данных МО направляются запросы о мерах, принятых для улучшения организации работы, повышения доступности и качества медицинской помощи. Результаты обобщенного анализа всех этапов и видов контроля направляются в Правительство УР, МЗ УР и МО для принятия соответствующих управленческих решений.

УДК: 614:332.021.8

В. К. Гасников

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ЭТАПЫ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ

Гасников Владимир Константинович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 72-92-96, e-mail: igma45@mail.ru

В статье представлен анализ результативности реформирования здравоохранения в России. В качестве критериев для оценки результативности выбрана динамика разрешения основных проблем, продекларированных началом активного проведения преобразований — ухудшение здоровья населения и низкая доля валового внутреннего продукта страны, направляемая на здравоохранение. Показана реальная ситуация к началу проведения реформ и в процессе их проведения.

Ключевые слова: результативность реформ в здравоохранении России; смертность населения; первичная заболеваемость основными социально значимыми болезнями; государственные расходы на здравоохранение

V. K. Gasnikov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health, Economics and Health Service Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

HEALTH CARE REFORMS IN RUSSIA — STAGES AND EFFECTIVENESS

Gasnikov Vladimir Konstantinovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 72-92-96, e-mail: igma45@mail.ru

The article presents an analysis of the effectiveness of health care reforms in Russia. The criterion for assessing the effectiveness is the dynamics of solving the main problems declared at the start of active transformations — deterioration of the health of the population and a low proportion of the gross domestic product of the country allocated to health care. The real situation is shown at the beginning of the reforms and in the course of their implementation.

Key words: effectiveness of health care reforms in Russia; mortality; primary morbidity of major socially significant diseases; government expenditure on health care

В современных условиях оценка развития реформ здравоохранения на различных исторических этапах представляет особый практический и теоретический интерес. Следует выделить следующие наиболее важные этапы реформ здравоохранения в мире в течение XX столетия: 1) 1918 год — провозглашение в Советской России права народа на охрану здоровья и ответственности государства за его обеспечение, объединение «всего медико-санитарного дела» в руках Наркомздрава (первого в мире Министерства здравоохранения), использование для решения медико-социальных проблем всей политической силы государства (несмотря на ослабленную экономику) и энтузиазма трудящихся, выработка новых принципов организации здравоохранения; 2) 1948 год — национализация медицинских учреждений и создание национальной (государственной) службы здравоохранения в Великобритании, создание в рамках ООН Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и детского фонда (ЮНИСЕФ), экономического и социального совета (ЭКОСОС); 3) 1978 год — Алма-Атинская декларация

С целью совершенствования работы по контролю качества медицинской помощи ТФОМС УР на 2015 год запланированы разработка и внедрение новых программных средств по учету результатов реэкспертиз, проводимых ТФОМС УР и по учету результатов экспертной деятельности, проводимой межрайонными филиалами ТФОМС УР.

ВОЗ и ЮНИСЕФ провозгласила, что самой важной задачей правительств, международных организаций и всей мировой общественности является достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни, и что главным инструментом для этого является развитие национальных систем здравоохранения, главной функцией, центральным звеном и неотъемлемой частью которых является первичная медико-санитарная помощь. При этом сложившаяся в нашей стране система первичной медико-санитарной помощи получила всемирное признание. Выводы и решения Алма-Атинской конференции были подтверждены Всемирной Ассамблеей здравоохранения, а затем и Генеральной Ассамблеей ООН в 1979 году. Они стали важнейшим поворотным пунктом в развитии и реформах здравоохранения во многих странах.

В процессе реформирования мирового здравоохранения Россия играла ведущую роль на всех вышеуказанных этапах.

В середине 80-х годов в здравоохранении СССР накопилось немало проблем, которые и послужили причиной для начала преобразований сложившейся в стране государственной системы здравоохранения. Наиболее существенными проблемами были названы следующие:

- низкий уровень здоровья населения;
- разрыв между широкой декларацией прав граждан в сфере охраны здоровья и долей валового внутреннего продукта (ВВП), реально выделяемой на их обеспечение;
- финансирование по остаточному принципу, ведущее к недостаточному обеспечению финансовыми и материальными ресурсами;
- нерациональное использование выделяемых ресурсов в отрасли;
- акцент на экстенсивное развитие преимущественно госпитального звена и одновременное сокращение внимания к проблемам первичной медицинской помощи;
- утрата общегосударственного подхода к проблеме здоровья населения и замена его на отраслевой;
- низкая медицинская и экономическая эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений, снижение внимания профилактике и диспансеризации;
- слабая самостоятельность учреждений здравоохранения, низкий уровень фактических прав их руководителей;
- нарастание теневой экономики в медицине;
- низкая социальная защищенность работников здравоохранения;
- отсутствие стратегии реформирования системы здравоохранения.

Общеизвестно, что объективным критерием эффективности любой системы управления является степень достижения стоящих перед ней целей и решения возникающих при этом проблем.

В «сухом остатке» проведенных преобразований оказалось не только обострение большинства вышперечисленных проблем [1], но и возникновение новых. В числе последних необходимо выделить фактическое разрушение системы планирования, исчезновение промышленной медицины, ослабление участкового принципа организации медицинской помощи, формальное проведение диспансеризации и профилактики, принижение роли муниципального здравоохранения, снижение доступности медицинской помощи. Следу-

ет также отметить периодическое экспериментирование со структурой государственного органа управления здравоохранением в стране (Россия первая в мире в 1916 году поставила вопрос о необходимости создания такого органа, первая в мире организовала его в 1918 году, и первая в мире в 2004 году приняла решение о его реорганизации – с последующим восстановлением в 2012 году). Все эти утраты когда-то были гордостью нашей системы здравоохранения, обеспечивали ее эффективность и служили предметом для подражания многих стран мира. За годы «реформ» в стране появились параллельные и дорогостоящие структуры управления здравоохранением в лице фондов обязательного медицинского страхования, а также многочисленные страховые организации, формирование которых осуществлялось на средства, изначально предназначавшиеся для улучшения медицинской помощи населению.

Выбор реальных перспектив развития здравоохранения невозможен без анализа ситуации на начало преобразований, а также без оценки динамики за весь двадцатипятилетний период их проведения. Результативность проведенных реформ можно объективно оценить на примере динамики разрешения основных проблем, послуживших активному началу преобразований. Среди таких проблем особое место занимает ухудшение здоровья населения и низкий уровень доли ВВП, выделяемой на здравоохранение [2].

Динамика разрешения этих проблем взята в качестве критерия для оценки результативности реформирования отрасли. Ключевыми точками для анализа выбраны 1985 год (объявление перестройки в стране), 1990 год (дореформенный), год «пикового» значения показателя (P_{max} или P_{min}) и 2014 год.

Цель исследования: проанализировать динамику за 1985–2014 гг. смертности населения и первичной заболеваемости основными социально значимыми заболеваниями в РФ и УР, а также доли государственных расходов на здравоохранение от ВВП страны, и оценить наличие реакции этих показателей на проводимые социально-экономические преобразования. Исследование проводилось с использованием официальных статистических данных, опубликованных в сборниках Росстата [3], ЦНИИОиЗ МЗ РФ [4], а также в государственных докладах о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики [5].

Динамика основных показателей смертности по УР и РФ и их оценка представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Динамика основных показателей смертности по РФ и УР с 1985 по 2014 г.

Показатель	Территория	1985	1990	P_{max}^*	2014
Общая (на 1000 населения)	РФ	11,3	11,2	16,4 (2004)	13,1
	УР	11,2	9,7	15,7 (2003)	12,8
От болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	РФ	633,9	618,7	927,5 (2003)	654,0
	УР	580,4	535,5	792,3 (2003)	568,1
От внешних причин (на 100 тыс. населения)	РФ	137,6	134	237,4 (2002)	119,0
	УР	212,7	152,9	309,3 (1994)	160,3
От новообразований (на 100 тыс. населения)	РФ	175,5	194,4	206,9 (2003)	201,0
	УР	119,1	133,3	177,6 (2014)	177,6
В трудоспособных возрастах (на 100 тыс. населения соотв. возраста)	РФ	530,3	503,1	840,8 (1994)	563,0
	УР	606,7	465,1	823,3 (1994)	632,9

* P_{max} – «пиковое» (наихудшее) значение показателя в рассматриваемом периоде.

Таблица 2. Оценка динамики основных показателей смертности по РФ и УР по различным периодам с 1985 по 2014 г.

Показатель	Территория	Темпы прироста по периодам			
		1990/1985	<i>Pmax</i> /1990	2014/ <i>Pmax</i>	2014/1990
Общая	РФ	-0,9%	+46,4%	-20,0%	+17,0%
	УР	-13,4%	+61,9%	-18,5%	+32,0%
От болезней системы кровообращения	РФ	-2,4%	+49,9%	-29,5%	+5,7%
	УР	-7,7%	+48,0%	-29,3%	+6,1%
От внешних причин	РФ	-2,6%	+77,2%	-49,9%	-11,2%
	УР	-28,1%	+2,0 раза	-48,2%	+4,8%
От новообразований	РФ	+10,8%	+6,3%	-2,9%	+3,4%
	УР	+11,9%	+33,2%	-	+33,2%
В трудоспособных возрастах	РФ	-5,1%	+67,1%	-34,0%	+11,9%
	УР	-23,3%	+1,8 раза	-23,1%	+36,1%

В таблицах 1 и 2 показано, что уровень смертности в 1990 году по сравнению с 1985 по всем проанализированным показателям имел положительную динамику (кроме класса новообразований). После начала реформ смертность начала возрастать по всем анализируемым параметрам, её уровень в наихудший год был в 1,5–2,0 раза выше дореформенного периода 1990 года. Последнее время имеется тенденция улучшения основных показателей смертности по сравнению с «пиковыми» годами, однако они все ещё далеки от дореформенных уровней. Динамика первичной заболеваемости основными социально значимыми болезнями по РФ и УР за отдельные периоды 1985–2014 годов и их оценка представлены в таблицах 3 и 4.

В таблицах 3 и 4 показано, что динамика первичной заболеваемости основными социально значимыми

ми заболеваниями в значительной степени совпадает с вышеотмеченными тенденциями изменений смертности за эти годы. К 1990 году проанализированные показатели существенно улучшились по сравнению с 1985 годом. После начала реформ заболеваемость стала расти, причем более резкими темпами, чем смертность. Положительная тенденция последнего времени не компенсировала общего роста заболеваемости за время реформ, и показатели 2014 года по-прежнему значительно превышают дореформенный уровень.

Динамика доли ВВП, направляемой на здравоохранение с 1985 по 2014 год представлена в таблице 5. В расчетах учтены все виды государственных расходов, включая средства бюджетов всех уровней и внебюджетных государственных фондов.

Таблица 3. Динамика первичной заболеваемости основными социально значимыми болезнями РФ и УР за период с 1985 по 2014 г.

Показатель (на 100000 населения)	Территория	1985	1990	<i>Pmax</i> *	2014
Активный туберкулез	РФ	45,2	34,2	90,4 (2000)	59,5
	УР	64,3	42,3	103,4 (2000)	56,6
Сифилис	РФ	9,8	5,4	277,6 (1997)	25,5
	УР	2,8	2,3	439,8 (1996)	27,8
Злокачественные новообразования	РФ	248,1	264,5	388,9 (2014)	388,9
	УР	197,7	189,5	389,0 (2014)	389,0

**Pmax* – «пиковое» (наихудшее) значение показателя в рассматриваемом периоде

Таблица 4. Оценка динамики первичной заболеваемости основными социально значимыми заболеваниями по различным периодам с 1985 по 2014 г. по РФ и УР

Показатель (на 100000 населения)	Территория	Темпы прироста по периодам			
		1990/1985	<i>Pmax</i> /1990	2014/ <i>Pmax</i>	2014/1990
Активный туберкулез	РФ	-24,3%	+2,6 раза	-34,2%	+1,7 раза
	УР	-34,2%	+2,4 раза	-45,3%	+33,8%
Сифилис	РФ	-44,9%	+51,4 раза	-10,9 раза	+4,7 раза
	УР	-17,9%	+191,2 раза	-15,8 раза	+12,1 раза
Злокачественные новообразования	РФ	+6,6%	+47,0%	-	+47,0%
	УР	-4,0%	+2,0 раза	-	+2,0 раза

Таблица 5. Динамика доли ВВП, направляемой на здравоохранение, по различным периодам с 1985 по 2014 г. по РФ, (%)

Доля от ВВП (%)	1985	1990	<i>Pmin</i>	<i>Pmax</i>	2012	2013	2014
	2,9	3,6	2,5 (1992)	4,0 (2009)	3,7	3,6	3,5
			2,6 (2000)	3,9 (2007)			

В 1990 году по сравнению с 1985 показатель имел положительную динамику. После начала реформ доля ВВП государственных расходов на здравоохранение резко снизилась, а в последние годы держится на дореформенном уровне, не имея тенденции к росту.

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы и предложения:

1. Уровень смертности населения, первичной заболеваемости социально значимыми болезнями и доля государственных расходов на здравоохранение от ВВП на начало проведения реформ в здравоохранении имели выраженную положительную динамику по сравнению с 1985 годом.

2. Начало проведения реформ в здравоохранении после 1990 года привело к резкому ухудшению проанализированных показателей здоровья и финансирования здравоохранения. Тенденцию эту удалось переломить только в последние десятилетия. Однако уровень дореформенных значений показателей 1990 года не достигнут до сих пор.

3. Представляется целесообразным законодательно закрепить долю государственных расходов на здравоохранение от ВВП страны на уровне 8%, что соответствует рекомендациям ВОЗ и уровню высокоразвитых стран мира.

4. Требуется комплексная, глубокая и объективная оценка результативности многолетних реформ в российском здравоохранении с разработкой научно обоснованной стратегии их развития в рамках действующего конституционного поля страны.

В мае 2004 года в своем послании Федеральному собранию РФ Президент Российской Федерации В.В. Путин так сказал о модернизации здравоохранения: «Мы уже не первый год об этом говорим, но преобразования идут вяло, медленно и пока не дают каких-либо значимых результатов... И по сей день во всей системе предоставления медицинских услуг их качество и доступность продолжают снижаться, а затраты только растут. Гарантии бесплатной помощи часто носят декларативный характер».

В следующем своем послании Федеральному собранию 2013 года он вновь подчеркнул:

«В последние годы нам многое удалось сделать для развития здравоохранения. Выросла продолжительность жизни. Снижается смертность от сердечно-сосудистых и ряда других заболеваний. Но мы по-прежнему далеки от нужных показателей. Базовый вопрос – это реальный переход к страховому принципу в здравоохранении. Сегодня функция ОМС, по сути, сводится к «прокачке денег» до получателя, но только не через бюджет, а через внебюджетный фонд.

Система ОМС должна в полной мере финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. Это касается и общего объема средств, и их доведения до конкретной больницы или поликлиники. При этом пациент должен точно знать, какую помощь ему обязаны предоставить бесплатно, а врач – понимать, по каким принципам оплачивается его работа».

Поставленные задачи являются приоритетными в дальнейшем развитии реформ в здравоохранении.

Список литературы:

1. **Гасников, В. К.** Системный взгляд на антикризисное управление демографическим развитием в России / В. К. Гасников // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3 (15). – 7 с.

2. **Гасников, В. К.** О результативности реформ в здравоохранении за двадцатилетний период после принятия Конституции Российской Федерации / В. К. Гасников, К. В. Гасников, Е. Б. Лисина // Медицинский альманах. – 2015. – № 1. – С. 7–9.

3. Здравоохранение в России: статистические сборники Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.

4. Медико-демографические показатели РФ: статистические справочники с 1990 по 2013 г. ЦНИИОиЗ МЗ РФ. – Режим доступа: <http://www.mednet.ru/>.

5. «Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики» за 1993–2014 гг.

УДК 001.891: 378.661 (470.51-25):947.084.8

Н. М. Попова¹, Л. Л. Шубин¹, З. В. Шубина²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²Кафедра общей и клинической фармакологии

НАУЧНАЯ РАБОТА В ИЖЕВСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Шубин Лев Леонидович** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Шубина Зинаида Валентиновна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук

В статье представлены данные о научной работе в Ижевском государственном медицинском институте в годы Великой Отечественной войны, целью которой было совершенствование лечения раненых и больных, а также подготовка научно-педагогических кадров.

Ключевые слова: научная работа; Великая Отечественная война

N. M. Popova¹, L. L. Shubin¹, Z. V. Shubina²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹ Department of Public Health and Health Care Service

² Department of General and Clinical Pharmacology

SCIENTIFIC RESEARCH IN IZHEVSK STATE MEDICAL INSTITUTE DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

Popova Natalia Mitrofanovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Shubin Lev Leonidovich** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; **Shubina Zinaida Valentinovna** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences

The article presents the data on scientific research in Izhevsk State Medical Institute in the years of the Great Patriotic War. The research was aimed at improving the treatment of the wounded and the sick, as well as training the teaching staff.

Key words: scientific research; Great Patriotic War

В годы Великой Отечественной войны учеными Ижевского государственного медицинского института наряду с учебной, лечебной активно проводилась и научная работа. Основной целью научных изысканий было совершенствование лечения раненых и больных, поскольку с первых дней войны Удмуртия стала одной из госпитальных баз глубокого тыла [1]. Здания многих школ и административных учреждений были отданы для лечения раненых. На территории республики было сформировано и перебазировано 57 эвакогоспиталей, 2 батальона выздоравливающих, 1 санаторный госпиталь, также работали республиканский госпиталь для инвалидов, госпиталь восстановительной хирургии, протезный госпиталь. В учреждениях оказывали медицинскую помощь раненым солдатам и офицерам, чтобы как можно скорее вернуть их в строй. [2]

Одной из проблем была нехватка научных кадров. Наркомздрав РСФСР указывал: «Состояние научных кадров в конце третьего года войны в медицинских вузах неудовлетворительно, в том числе и в Ижевском мединституте..., профессора, доценты и ассистенты, не работающие над повышением квалификации и не дающие систематически научной продукции, не могут обеспечить не только разрешения основных научных проблем теоретической и практической медицины, но и должного качества преподавания..., неудовлетворительно организована в Вашем институте работа над докторскими диссертациями. Из 40 ассистентов только 12 имеют ученую степень». Обращалось внимание на необходимость подготовки собственных молодых научных кадров. Отмечалось, что в вузах критерием для академической характеристики является дифференцированная оценка успеваемости. Однако она не является исчерпывающей при характеристике творческих способностей студентов. Важно выявлять наиболее одаренных, тяготеющих к научной работе студентов [4].

Совершенство научной квалификации преподавателей и студентов ИГМИ затруднялось, прежде всего, объективными причинами, такими как: нехватка средств, частое отсутствие тепла, электричества, воды, недостаточная клиническая база. Признавая справедливость критики в свой адрес, сотрудники института сетовали на слабость экспериментальной базы, отсутствие химикатов, вивария и даже обычного мыла. Профессор А. М. Родыгина писала: «Нет средств для

приобретения кроликов и за свой счет купила трех кроликов на 900 рублей, но это не выход, необходим питомник для животных». О состоянии клинической базы докладывал главный врач А. А. Варсава: «В больнице замерзла отопительная система и канализация. Больные закрываются своими шубами, ложатся по двое на кровать, кладут на себя запасные матрацы...». Тем не менее, в январе 1944 года зам. директора института по научной работе Ю. П. Федотов отмечал: «План НИР на 1943 год получил хорошую оценку Наркомздрава РСФСР, из 72 научных тем более 50% — по военной тематике. Защищена одна докторская диссертация и четыре кандидатских».

Не только научно-исследовательская работа, но и обычный учебный процесс был чрезвычайно затруднен. Студенты помимо учебы должны были дежурить в госпиталях, работать в подсобном хозяйстве, заготавливать топливо, заниматься санпросветработой. В начале войны рабочий день студентов доходил до 11 часов, за что директор института Н. Ф. Рупасов даже получил выговор от Наркомздрава. Несмотря на все сложности, к концу войны было проведено 2 научные студенческие конференции и выпущен один рукописный сборник [3].

Научные разработки на кафедрах хирургического профиля были посвящены проблемам военно-полевой хирургии. Так, зав. кафедрой факультетской хирургии профессор С. А. Флеров, уделяя особое внимание быстрой обработке ран, внедрил шведский массаж — очень ценный метод восстановления здоровья раненых с последствиями огнестрельных повреждений. Кафедра общей хирургии под руководством профессора М. А. Благовещенского занимались проблемами обезболивания, остановки кровотечения, переливания крови, совершенствованием хирургического лечения остеомиелитов. Профессором Н. Ф. Рупасовым была разработана раздвижная шина-рама для лечения переломов костей предплечья. Доцентом С. И. Ворончихиным были внедрены в практику внебрюшинный способ закрытия кишечных свищей, анестезии серозных полостей, клеол и мази из местного сырья (живицы), лечение перелома плеча манжетной повязкой, применение ауто- и гемокрови для открытого лечения ожогов, деревянная шина для лечения контрактур коленного сустава, вневенные пути введения барбитуратов для наркоза, модификация ампутации бедра

по Гритти-Шимановскому. Одна из важных в практической и теоретической хирургии работа, выполненная С.И. Ворончихиным экспериментально и клинически, была посвящена шоку, который в военное время играл доминирующую роль, и изыскание путей борьбы с ним имело колоссальное практическое значение для увеличения благоприятных исходов ранений [4]. Его принцип комбинированного обезболивания нашел в дальнейшем повсеместное внедрение. Профессор С.Я. Стрелков провел глубокое исследование клиники огнестрельных ранений грудной клетки и внес свои предложения в способы оказания медицинской помощи на различных этапах эвакуации.

В августе 1941 года в одном из госпиталей города Ижевска было открыто специализированное оториноларингологическое отделение на 120 коек. Его руководителем стал заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа профессор И.В. Гольдфарб. Необходимость в разработке новых методов лечения, которые позволили бы предотвратить тяжелые травматические стенозы гортани после ранений, привела к научным изысканиям в этом направлении. Профессор И.В. Гольдфарб предложил ларинготрахеальную трубку для лечения стеноза гортани. Он также сконструировал новый вид бронхоэзофагоскопа с фотоаппаратом и ручной ингаляторий. Ему было выдано три авторских свидетельства на изобретение.

Заведующий кафедрой глазных болезней профессор А.М. Родыгина разработала способы лечения огнестрельных повреждений глаза.

Уделялось внимание и проблемам психиатрии, так как люди, прошедшие через ужасы войны, часто получали не только физические, но и не менее тяжелые психические травмы.

Одной из задач в годы войны была борьба с инфекционными заболеваниями и угрозой эпидемии. Активно в этом направлении работали кафедры общей гигиены, инфекционных болезней, организации здравоохранения. Изыскивались новые методы лечения различных острых инфекционных заболеваний. Профессора, преподаватели, студенты выезжали в районы республики в очаги вспышек инфекционных заболеваний, где оказывали организационную, консультативную помощь.

Большую помощь в организации госпитального дела и совершенствовании методов лечения ране-

ных оказали встречи с крупными хирургами страны по практическим вопросам хирургического лечения.

Дважды во время войны в городе Ижевске состоялись научно-практические конференции по итогам лечения раненых в госпиталях Уральской зоны с участием профессоров из города Свердловска. Неоднократно в город Ижевск приезжали для оказания методической помощи ведущие врачи городов Москвы и Казани.

К научно-исследовательской работе привлекали и студентов. Так, в 1942 году было официально создано студенческое научное общество (СНО) под руководством профессора Ю.П. Федотова. В марте 1945 года была проведена первая общеинститутская научная студенческая конференция.

Научная и практическая деятельность института в период войны была высоко оценена как на местном уровне, так и на уровне страны. Правительством Удмуртской Республики 9 сотрудникам института было присвоено почетное звание Заслуженного деятеля науки УАССР. Это были профессора С.И. Ворончихин, И.В. Гольдфарб, Э.М. Визен, Е.Е. Моловичко, М.Н. Тумановский, С.А. Флеров, Н.Н. Чумаков, А.М. Родыгина, М.А. Благовещенский [1].

Таким образом, несмотря на трудности военного времени, в условиях катастрофической нехватки кадров, оборудования, медикаментов, топлива и продуктов питания, институт делал свое важное и такое необходимое дело – осуществлял подготовку специалистов медиков с высшим образованием, обладающих необходимыми знаниями и готовых к выполнению своего врачебного долга на фронте и в тылу. Руководство института, коллективы всех кафедр и подразделений смогли наладить работу по подготовке кадров и воспитанию врачей, развернуть научные исследования в соответствии с задачами военного времени.

Список литературы:

1. Избранные страницы истории хирургической школы Удмуртии / под ред. В.А. Ситникова. – Ижевск, 2010. – 175 с.
2. Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – Москва, 2006. – 59 с.
3. **Стрелков, Н.С.** Ижевская государственная медицинская академия в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. / Н.С. Стрелков, Н.Н. Иванова. – Ижевск, 2010. – 79 с.

УДК:614.2:616.055.1

Е. Ю. Шкатова¹, Е. Р. Коробейникова¹, Н. П. Артемьев², А. В. Оксюзян¹

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

²Военный комиссариат, г. Ижевск

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРИЗЫВНИКОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Шкатова Елена Юрьевна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; **Коробейникова Елена Рудольфовна** – аспирант кафедры; **Артемьев Николай Петрович** – председатель военно-врачебной комиссии; **Оксюзян Артур Валериевич** – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент

В статье представлены результаты оценки состояния здоровья призывников в ходе проведения военно-врачебной экспертизы.

Ключевые слова: призывники; состояние здоровья; годность призывников к военной службе

E. Yu. Shkatova¹, E. R. Korobeynikova¹, N. P. Artemyev², A. V. Oksuzyan¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Disaster Medicine and Health and Safety

²Military Commissariat, Izhevsk

HEALTH STATUS OF RECRUITS OF THE UDMURT REPUBLIC

Shkatova Elena Yuryevna — Head of the Department, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; **Korobeynikova Elena Rudolfovna** — Postgraduate; **Artemyev Nikolay Petrovich** — Chairman of the Military Medical Committee; **Oksuzyan Artur Valerievich** — Associate Professor, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

The article presents the results of the assessment of the health status of recruits in the military service during the military medical examination.

Key words: recruits; health status; the fitness of recruits for military service

Состояние здоровья призывников влияет на количественное и качественное укомплектование личного состава Вооруженных сил Российской Федерации. По данным Центральной военно-врачебной комиссии (ЦВВК) Минобороны России, в 2012 году получили отсрочку от призыва на военную службу по состоянию здоровья более 614 тысяч юношей, что составило почти 30% от числа всех освидетельствованных в стране [2]. Из этого числа около 200 тысяч ежегодно освобождается от службы в армии из-за дефицита массы тела, 109 тысяч — из-за сколиоза и плоскостопия и более 100 тысяч — из-за психических расстройств. В 2012 году более чем у 100 тысяч призывников заболевания были выявлены впервые, а у половины из них явились препятствием для призыва на военную службу по состоянию здоровья. В структуре этих заболеваний преобладали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — у 20,5%, расстройства питания и обмена веществ — у 14,9%, болезни органов пищеварения — у 14,3% призывников [5]. К 2014 году в России здоровье призывников несколько улучшилось [1, 3].

Цель исследования: оценить состояние здоровья призывников Удмуртской Республики.

Материал и методы исследования. Состояние здоровья призывников Удмуртской Республики (УР) оценивалось по результатам медицинского освидетельствования при призыве на военную службу в ходе военно-врачебной экспертизы с 2010 по 2014 год согласно Постановлению Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» [4]. Критериями явились показатели категорий годности лиц призывного возраста к военной службе.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что количество годных к военной службе и годных с незначительными ограничениями лиц призывного возраста за 5 лет увеличилось с 28,4 до 36,8% и с 38,7 до 44,2%, соответственно (рис. 1, 2). Количество ограниченно годных лиц уменьшилось с 49,5 до 44,5% соответственно. Максимальное число временно не годных к военной службе составило 10,0% в 2010 году. Количество временно не годных к военной службе уменьшилось с 10,0 до 8,6%. Количество

лиц призывного возраста негодных к военной службе увеличилось с 1,8 до 2,7% (см. рис 2). В структуре заболеваемости чаще выявлялись болезни системы кровообращения — 15,3±0,8% (гипертоническая болезнь — 75,9%, ревматизм — 21,8%, прочие — 2,3%). На втором месте — болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (больше за счет нарушения питания) — 15,0±0,6%. На третьем месте — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 13,5±0,6% (болезни позвоночника — 48,2%; плоскостопие и деформация стопы — 45,8%; хирургические болезни с поражением костей, крупных суставов и хрящей — 6,0%). На четвертом месте — заболевания пищеварительной системы — 10,8±0,1%, которые за анализируемые года находились на одном уровне. На пятом месте — болезни глаза и его придаточного аппарата — 9,7±0,4%.

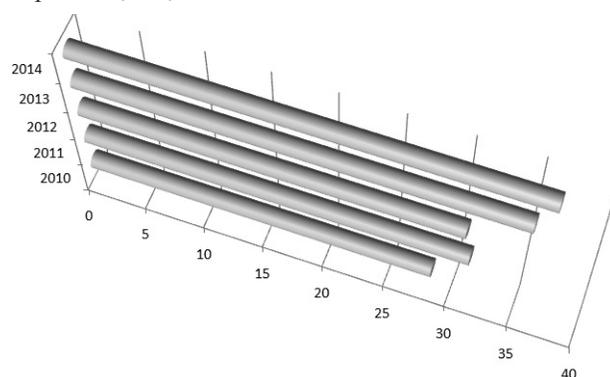


Рис. 1. Количество годных к военной службе призывников в УР, на 100 освидетельствованных.

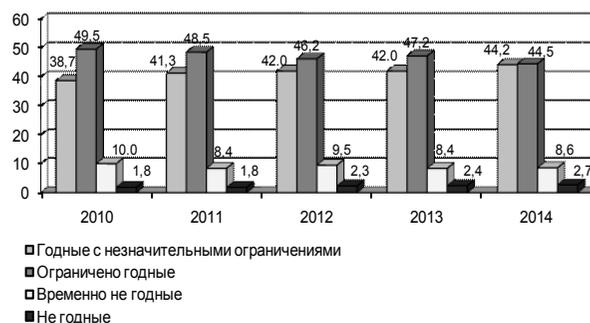


Рис. 2. Частота годности призывников к военной службе, на 100 освидетельствованных.

Несмотря на повышение уровня жизни граждан Российской Федерации отмечается сокращение числа призывников, имеющих нормальный вес, освидетельствованных по статье 13 (нарушение питания). Количество годных с незначительными ограничениями уменьшилось за пять лет с 74,9 до 71,2%, при увеличении количества временно не годных с 16,5 до 18,0% и ограниченно годных с 8,0 до 10,3%. Количество негодных к военной службе было максимальным в 2012 году – 1,1% (рис. 3).



Рис. 3. Частота годности призывников к военной службе по статье 13, на 100 освидетельствованных.

Вывод. Число годных к военной службе призывников за пятилетний период возросло на 8,4% при увеличении заболеваемости болезнями системы кровообращения и эндокринной системы, расстройствами

питания и нарушениями обмена веществ, уменьшении частоты заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Стоит отметить увеличение частоты болезней глаза и его придаточного аппарата, заболеваний нервной и дыхательной систем, заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

Результаты анализа данных показали увеличение числа годных с незначительными ограничениями при уменьшении числа ограниченно годных и временно не годных к военной службе. Это говорит с одной стороны об улучшении здоровья призывников Удмуртской Республики и начале реализации действия концепции Федеральной системы подготовки граждан к военной службе до 2020 года. С другой стороны это может быть следствием принятия нового положения о военно-врачебной экспертизе, согласно которому изменены критерии к состоянию здоровья лиц призывного возраста.

Список литературы:

1. Анохин, С.Н. К призыву не годен / С.Н. Анохин // Военно-медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 24–28.
2. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
3. Сахарова, И.Н. Здоровье призывников из разных регионов России / И.Н. Сахарова, Л.В. Ефремова // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. – 2007. – № 9. – 39 с.

УДК 616.8-008.64:159.923=511.131

А. С. Осетров

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ГАРМОНИЗАЦИЯ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ ЛИЦ УДМУРТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Осетров Анатолий Сергеевич – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57, тел. (3412) 46-56-83, e-mail: neuro@igma.udm.ru

Обсуждаются причины и факторы формирования устоявшихся характерологических особенностей лиц удмуртской национальности и возможные пути и механизмы, гармонизирующие структуру их личности.

Ключевые слова: удмуртский народ; характерологические особенности; возможные пути коррекции с помощью аутотренинга негативных тенденций (высоких цифр суицида и др.)

A. S. Osetrov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics

HARMONIZATION OF PERSONALITY STRUCTURE OF ETHNIC UDMURTS

Osetrov Anatoliy Sergeyevich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Votkinskoye Shosse, 57, phone: 8 (3412) 46-56-83, e-mail: neuro@igma.udm.ru

The author discusses causes and factors of formation of the established character traits of ethnic Udmurts. The article suggests possible ways and mechanisms leading to harmonization of personality structure of individuals.

Key words: Udmurt people; character traits; possible ways of correction of negative trends (high numbers of suicide, etc.)

В год празднования 95-летия автономии Удмуртии важно отметить большие успехи, достигнутые удмуртским народом за сложный, полный драматизма период становления современной удмуртской нации. Удмуртия по праву гордится своими выдающимися

гражданами, ставшими известными учеными в области науки, техники и образования (Б.Г. Ложкин, Н.Н. Блинов, И.С. Михеев, И.В. Яковлев, Багай Аркаш, И.В. Тараканов и др.), медицины (С.И. Ворончихин, А.И. Перевощикова, А.М. Загребин, Г.Е. Да-

нилов, В. Ф. Машагагов, М. Ф. Муравьев и др.), литературы (Кузубай Герд, Ашальчи Оки, П. А. Блинов, М. П. Петров, Ф. Васильев, С. Самсонов, Кедр Митрей, Д. А. Яшин и др.), представителями искусства (Г. А. Корепанов, Г. М. Корепанов-Камский, М. Покчи-Петров, А. В. Мамонтов и др.), отважными воинами – Героями Советского Союза (В. П. Зайцев, З. И. Макаров, Ф. А. Пушина, В. Ф. Попков, Л. А. Ардашев и др.), знаменитыми спортсменами (В. А. Медведцев, Т. И. Тихонова, М. М. Вылегжанин и др.).

Явным диссонансом достигнутым успехам являются огорчительные факты высоких цифр суицида среди удмуртов, особенно, если учесть относительную малочисленность удмуртского народа и невысокую рождаемость.

Цель исследования: анализ причин формирования ряда устоявшихся негативных тенденций в структуре личности у лиц удмуртской национальности и обсуждение возможных путей их коррекции.

Традиционно отмечается, что трагические события, которые пережили удмурты в период средневековья, наложили сильный отпечаток на их менталитет, в связи с этим, у них, наряду с существованием позитивных качеств (скромность, трудолюбие, гостеприимство), сформировались такие малоперспективные черты характера, как нерешительность, безынициативность, боязнь конфликтов, замкнутость, подчас с ощущением своей второсортности, – то есть черты, ухудшающие качество социальных межнациональных и межличностных отношений. В удмуртских семьях, например, не принято принародно говорить о своих чувствах, любви [2,3].

Признавая указанные обстоятельства в качестве возможных первоначальных причин и обстоятельств формирования черт удмуртского характера, мы, однако, полагаем, что на современном этапе развития общества необходимо искать, разрабатывать и активно внедрять реальные и перспективные пути и механизмы, гармонизирующие структуру личности лиц удмуртской национальности.

Поскольку при оценке состояния здоровья одновременно учитываются все составляющие: а) физический компонент; б) психический компонент; в) мотивации и установки конкретного индивидуума [1], нельзя не обратить внимание, по нашему мнению, на переоценку в используемых ранее схемах анализа применительно к удмуртскому народу физического компонента и бывших климатических особенностей в Вятском регионе при недооценке психического компонента, личностных мотиваций и установок.

Весьма характерна для удмуртов тенденция «гасить» эмоции в себе, а не выплескивать их наружу (интравертивная направленность). Во время диспансерных осмотров медикам следует акцентировать внимание диспансеризуемых на том, что интравертивная направленность в характере и поведении человека менее оптимальна, по сравнению с экстравертивностью, так как эмоционально неотрагированный тип поведения может приводить к различным психосоматическим за-

болеваниям: артериальной гипертензии, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, диабету и др. С неоптимальным характером эмоционального реагирования, на наш взгляд, напрямую связаны высокие цифры суицида среди лиц удмуртской национальности. По этой причине целесообразно включить в школьную программу (в качестве факультатива и др.) методы и приемы психофизиологической саморегуляции, в частности, аутотренинг. Метод аутотренинга по Шульцу прост в освоении, без побочных реакций, вполне доступен каждому человеку. Считаем необходимым указать, что исходящее от психиатров на современном этапе положение о том, что проводить аутотренинг среди населения могут только врачи психотерапевты, является во многом надуманным и абсолютно не соответствует социальным запросам и потребностям нынешнего времени.

С прошлых веков сложилось малопривлекательное для поступательного социального развития мнение, что удмуртский народ в своем большинстве народ – исполнитель, а не руководитель, поскольку он обычно уступает право решения важных социальных вопросов, в том числе и своих судеб, в руки более уверенного в своих силах и правах народа, в частности, русской нации. Категорически не разделяя подобную точку зрения, мы считаем более обоснованным говорить о важности обеспечения равных прав и возможностей для всех национальностей Российской Федерации. Со стороны Федерального правительства должны быть полностью исключены возможности любых перекосов и непоследовательностей, которые, к сожалению, временами все еще имеют место, когда тот или иной новый перспективный план или социальный заказ, при равных прочих условиях, отдается более многочисленной народности в ущерб малочисленным народам, к числу которых относится и удмуртский этнос. Приходится, к сожалению, констатировать, что в нынешней капиталистической России в угоду «золотому тельцу» вопросам национального социального развития придается недостаточно внимания и значения. В известной мере с упущениями в межнациональной политике со стороны государственных органов власти можно связать факт малого числа депутатов-удмуртов при выборах в представительные органы власти.

При организации учебно-воспитательной работы педагоги недостаточно учитывают особенности эмоционально-психологического поведения удмуртских детей: обычно они тихие, стеснительные, пугливые. Нередко уже в детском возрасте проявляются негативные тенденции удмуртской ментальности: дети боятся сделать что-то не так, уходят в свой собственный мир, у них отсутствует желание быть лидерами. Необходимо пропагандировать и повышать среди лиц удмуртской национальности, особенно молодого поколения, уровень здоровой, и во многом необходимой для успешной жизни амбициозности: «Шагай по жизни смело, владей собой умело; уверенность в себе – не грех, и вот тогда придет успех!»

Исключительно важно сохранять чувство меры в тонких и деликатных национальных и межнациональных отношениях. По этой причине в сфере школьного образования мы считаем нецелесообразным повсеместное открытие специальных удмуртских школ и гимназий, что может способствовать формированию у учащихся черт национальной обособленности, в то время как в современном российском социуме особенно необходима межнациональная общность россиян.

Для повышения рождаемости в удмуртских семьях, как впрочем и в семьях других европейских российских национальностей, очевидно, необходима разработка и реализация специальной программы на государственном уровне с предоставлением всем

русским женщинам необходимых прав и возможностей для их всесторонней реализации, развития и совершенствования в современном социуме.

Список литературы:

1. **Высоцкая, Т. А.** Основы знаний о здоровье и самопомощи: учебно-методическое пособие / Т. А. Высоцкая, Н. А. Фараджева. – Чита: Изд-во АНО «Центр гигиенического обучения», 2003. – 140 с.

2. **Петров, А. Н.** Удмуртский этнос: проблемы ментальности / А. Н. Петров. – Ижевск: Удмуртия. – Национальная электронная библиотека Удмуртской Республики. – Режим доступа: URL: http://elibrary.unatlib.org.ru/pdfpreview/bitstream/handle/123456789/5563/udm_book_0581.pdf?sequence=1.

3. **Шкляева, Г. К.** Об этнической психологии удмуртов / Г. К. Шкляев. – Ижевск: Удмуртский институт истории, языка и литературы УрО РАН, 1998. – 143 с.

УДК 614.216:339.138

Е. В. Чаганова¹, Е. А. Мухачева¹, Е. Ю. Шкатова²

¹ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия МЗ РФ», Кировская область
Кафедра сестринского дела

²ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

Чаганова Елена Васильевна — ассистент кафедры; 610011, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, тел.: (8332) 67-82-00, e-mail: kf30@kirovgma.ru; **Мухачева Елена Алексеевна** — заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; **Шкатова Елена Юрьевна** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент

Представлен маркетинговый анализ внутренней среды социально-медицинского учреждения стационарного типа «Волчье-Троицкий психоневрологический интернат» Кировской области. Исследование проводилось в 2015 году путем SWOT-анализа внутренней среды интерната.

Ключевые слова: маркетинговое исследование; SWOT-анализ; сильные и слабые стороны; лица пожилого возраста; инвалид; учреждение социального обслуживания

E. V. Chaganova¹, E. A. Mukhacheva¹, E. Yu. Shkatova²

¹Kirov State Medical Academy, Kirov region
Department of Nursing

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

ANALYSIS OF THE INTERNAL ENVIRONMENT IN A PSYCHONEUROLOGICAL NURSING HOME

Chaganova Elena Vasilievna — Lecturer of the Department; 610011, Kirov, ul. Karla Marxa, 137, phone: (8332) 67-82-00, e-mail: kf30@kirovgma.ru; **Mukhacheva Elena Alekseyevna** — Head of the Department, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Shkatova Elena Yurievna** — Head of Department Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

The aim of the study was a marketing analysis of the internal environment of the social and medical institution «Volchye-Troitskiy psychoneurological nursing home» in Kirov region. The study was conducted in 2015 by SWOT-analysis of the internal environment of the nursing home.

Key words: marketing research; SWOT-analysis; strengths and weaknesses; senior citizens; disabled person; social service institution

До недавнего времени приемы маркетинга в здравоохранении и социальной деятельности использовались, как правило, эпизодически в виде изучения спроса на лекарственные средства, рекламы фармацевтической продукции, т.к. социально-медицинские услуги не продавались, а оказывались независимо от их стоимости [4].

Потребность в маркетинговых исследованиях в социальной службе обусловлена тем, что в ней нет достаточных средств для удовлетворения потребителя в высококачественной помощи. При этом потребительский спрос на услуги медико-социальных

учреждений высок и будет ежегодно расти. Анализ медицинской статистики показывает, что несмотря на значительные успехи здравоохранения в определенных областях общество в целом не становится здоровее. Снижение смертности от ряда заболеваний в развитых странах сопровождается старением населения и как следствие ростом хронической патологии и инвалидности [5,6].

Использование приемов маркетинга в социальной сфере способствует оптимизации учреждений медико-социального типа по рациональному планированию деятельности. Это даёт возможность прогнозировать

спрос на услуги. Основными направлениями данной деятельности являются изучение маркетинговой среды, потребительских рынков, сегментации рынка. Всё это может помочь медико-социальным учреждениям с большей точностью разобраться в нынешней рыночной ситуации и построить свою деятельность [1,2,3].

Маркетинговая деятельность в условиях государственного регулирования учреждений медико-социального типа в настоящий момент изучена недостаточно, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования: провести маркетинговый анализ внутренней среды социально-медицинского учреждения стационарного типа «Волчье-Троицкий психоневрологический интернат».

Материал и методы исследования. КОГАУСО «Волчье-Троицкий психоневрологический интернат» – это социально-медицинское учреждение стационарного типа, предназначенное для граждан пожилого возраста, детей-инвалидов и инвалидов 1 и 2 групп (старше 18 лет), нуждающихся в постоянной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению.

Нами использован метод *SWOT*-анализа [1] внутренней среды организации путем выявления сильных и слабых сторон, возможностей и угроз. *SWOT* – это акроним слов *Strengths* (сила), *Weaknesses* (слабость), *Opportunities* (благоприятные возможности) и *Threats* (угроза). Внутреннюю обстановку организации отражают в основном такие показатели, как трудовые ресурсы, материально-техническое и лекарственное обеспечение, перечень наиболее востребованных медицинских услуг.

В интернате трудятся 49 человек: 4 врача, 5 медицинских сестер, 16 работников младшего медицинского персонала, социальный работник, инструктор по трудотерапии, 8 административных работников, 22 – прочий персонал.

Средний возраст врачей составляет $38,3 \pm 8,2$ года, медицинских сестер – $40,0 \pm 6,1$ года, младшего медицинского персонала – $53,7 \pm 1,9$ года. Квалификационную категорию имеют 66,6% врачей и 80,0% сестринского персонала. Следует отметить неуккомплектованность как медсестринского (на 19,0%), так и врачебного (на 28,0%) и младшего медицинского персонала (на 13,0%). Однако в 2015 году укомплектованность штата возросла на 13,0%, фактическая – на 16,0%.

Математический аппарат включал традиционные методики: вычисление относительных (P) и средних величин (M) с определением их ошибок ($\pm m$).

Результаты исследования и их обсуждение. Интернат рассчитан на 100 мест, в нем организовано круглосуточное дежурство медицинских сестер, младшего медицинского персонала и поста охраны. В первую смену осуществляется дежурство врача-терапевта. По праздничным дням организовано посменное дежурство врача-терапевта и медицинской сестры. Стационарное социальное обслуживание проживающих организовано в соответствии с медико-экономическим стандартом.

В учреждении проводится оказание медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан: диспансеризация с проведением углубленного медицинского осмотра, первичная медико-санитарная помощь, плановая вакцинация. Так, против дифтерии и столбняка в 2012 г. привито 7,0%, в 2013 г. – 21,0% человек; против гриппа – 81,0 и 61,0% проживающих, соответственно. На диспансерном учете состоят все проживающие, большинство у терапевта, кардиолога и окулиста (рис.).

Регулярно проводится смена нательного и постельного белья, умывание, подмывание, санитарная обработка пациентов, стрижка волос и ногтей, обработка пролежней, смена подгузников. В интернате организована централизованная стирка, сушка и глажение постельного белья, одежды и нательного белья. Осуществляется четырехразовое питание (завтрак, обед, полдник, ужин). Проживающим предоставляются средства личной гигиены, книги, газеты, журналы, настольные игры. За последние годы приобретено 30 телевизоров, регулярно закупаются книги и журналы для библиотеки.

Созданы условия для использования остаточных трудовых возможностей проживающих, привлекающихся к лечебно-трудовой деятельности. Для них организованы литературный кружок «Светоч»; кружок художественной самодеятельности; индивидуальные занятия по шитью и вязанию; кружок по уходу за цветами в зимнем саду. Используется глинолечение и пластика из бумаги.

Кроме сестринского ухода выполняется значительное количество манипуляций (табл.). В таблице показано, что к наиболее востребованным процедурам относятся закапывание капель в глаза, измерение артериального давления и инъекции.

Психоневрологический интернат оснащен современным медицинским, спортивным оборудованием, расходным материалом в достаточном количестве. Средний износ оборудования составляет 30,0%, мягкого инвентаря – 28,0%. Спортивное оборудование представлено велотренажерами марки «NOVUS», беговыми дорожками «Bodysculptor», эллипсоидом «Elliptical-strider», массажером «Beautymassager», тренажером (rowing machine). В 2014 году закуплено новое оборудование для физиолечения: аппарат электролечения, синус-моделирующие токи, УФО, электрофорез.

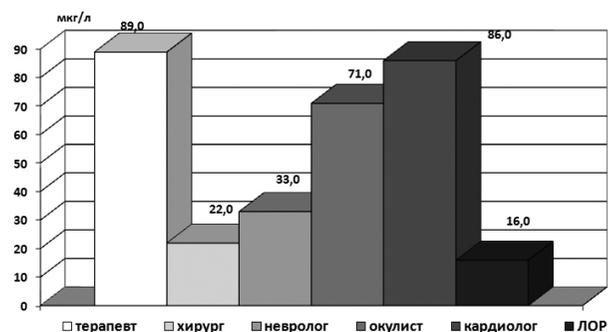


Рис. Частота постановки на диспансерный учет лиц, проживающих в интернате, %.

E. Y. Shkatova, O. G. Masaltseva, V. I. Danchenko, S. A. Zykina, A.V. Oksuzyan, A. V. Palekha

Izhevsk state medical Academy, Udmurt Republic
Department of medicine of catastrophes and safety of life

TRAINING DOCTORS IN MEDICAL AND SANITARY PROVISION IN EMERGENCY SITUATIONS

Shkatova Elena Yurievna — Head of Department Doctor of medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8(3412) 91-82-93, e-mail:army@igma.udm.ru; **Masaltseva Olga Gennadevna** — Associate Professor Candidate of medical Sciences, Associate Professor; **Danchenko Vasily Ivanovich** — Senior teacher; **Zykina Svetlana Avenirovna** — Senior lecturer Candidate of medical Sciences; **Palekha Andrey Vasilyevich** — Associate Professor Candidate of pedagogical Sciences; **Oksuzyan Artur Valeryevich** — Associate Professor Candidate of medical Sciences, Associate Professor

The article discusses the experience of teaching in training physicians of all specialties for actions in emergency situations. The cycle of improvement called «Selected questions of mobilization preparation and civil defense», the length is 144 academic hours. An innovative aspect is the teaching of poisoning of toxic chemical substances, occupational health and safety, medical workers, an analysis of the experience of liquidation of medico-sanitary consequences of emergency situations, development of skill in medical- evacuation activities.

Key words: emergency situations; the training of doctors

В современном мире в условиях увеличения частоты чрезвычайных ситуаций (ЧС) мирного и военного времени, распространения оружия массового поражения, международного терроризма, наркоторговли, этнической нестабильности, деятельности радикальных международных сообществ, организованной преступности, нарастает необходимость в быстрых и адекватных мерах предупреждения и ликвидации этих ситуаций. Особая роль в ликвидации последствий отводится медицинской службе и работе врача в целях сохранения жизни и здоровья человека. Это требует больших знаний и профессиональных навыков, особенно в условиях лимитированного времени и психологической напряженности, которая возникает в условиях ЧС. Подготовкой специалистов в ИГМА по этим вопросам на факультете повышения квалификации занимается кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности.

Обучение навыкам оказания помощи в ЧС на кафедре проходят интерны, клинические ординаторы, аспиранты, врачи всех специальностей, обучающиеся на циклах усовершенствования продолжительностью 144 учебных часа и более на цикле «Избранные вопросы мобилизационной подготовки и гражданской защиты». Учебно-тематический план включает в себя вопросы обороноспособности и национальной безопасности РФ, основы мобилизационной подготовки здравоохранения РФ, государственного материального резерва, избранные вопросы медицины катастроф, организации медицинского обеспечения, хирургической и терапевтической патологии в военное время.

Инновационным направлением кафедры является преподавание медицинской помощи при острых отравлениях токсичными химическими веществами, особенностей отравлений аварийно-опасными химическими веществами, бытовых отравлениях, возможностей применения отравляющих веществ с диверсионной и террористической целью. Особое внимание уделяется вопросам их диагностики и ургентной антидотной терапии.

С 2015 года ординаторы начали заниматься по новой программе «Медицина катастроф и неотложные состояния», куда введены вопросы ургентной патологии, возникающей в ЧС. В соответствии с программой занятия отработка практических навыков проводится в Центре практических умений академии.

Особое внимание уделяется привитию умений и навыков при действии в ЧС. Для этого проводится разбор уже произошедших ЧС, внимательно изучается опыт ликвидации медико-санитарных последствий, положительные стороны и недостатки при оказании медицинской помощи. В связи с этим подробно рассматриваются вопросы лечебно-эвакуационных мероприятий при ликвидации последствий ЧС. Отрабатываются навыки по развертыванию этапа медицинской эвакуации: прием, регистрация и медицинская сортировка пораженных, прибывающих на данный этап медицинской эвакуации; специальная обработка пораженных и имущества, оказание медицинской помощи, их размещение и дальнейшая эвакуация, изоляция инфекционных больных и лиц с выраженными психическими нарушениями, особенности медицинской эвакуации.

При рассмотрении вопросов возникновения и ликвидации медико-санитарных последствий различных ЧС особое внимание уделяется организационной структуре, функции, особенностям развертывания формирований и учреждений Всероссийской службы медицины катастроф, медицинской службы гражданской обороны, специальных формирований здравоохранения. Подробно рассматриваются аспекты нормативно-правового регулирования в вопросах действий в ЧС. Особое внимание уделяется изучению Закона № 323 от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан», ст. 32, принятых изменений, касающихся видов медицинской помощи и форм ее оказания.

Новым направлением является преподавание вопросов безопасности труда медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности и реализации прав пострадавших, введены новые разделы «безопасность медицинского труда» и «безопас-

ность медицинских услуг». Рассматриваются вопросы юридические, регламентирующие охрану труда в медицинских организациях, социальной компенсации условий труда медицинских работников, обеспечения пожарной, радиационной, химической, биологической, психологической безопасности медицинского персонала, безопасности при контакте с вредными веществами. Практической составляющей этого направления является предложение разработать инструкцию по охране труда в структурных подразделениях медицинских организаций, работающих на ликвидации последствий ЧС. Особое внимание уделяется системе обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях, рассматриваются угрозы их жизни и

здоровью, вопросы повышения устойчивости медицинских организаций и обеспечения медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом в условиях ЧС, лечебно-охранительного режима, санитарной обработки пациентов. Отрабатываются навыки по эвакуации пациентов из медицинских организаций при чрезвычайных ситуациях.

Таким образом, занятия на кафедре медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности позволяют повысить профессиональный уровень врачей всех специальностей в вопросах ликвидации медико-санитарных последствий, возникающих в результате чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

УДК 616.24-002:314.42 (470.51)

Е. Ю. Шкатова¹, Л. А. Зеленских^{1,2}, Т. А. Борисова², А. П. Зеленских³

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 МЗ УР», г. Ижевск

³БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Ижевск

ДИНАМИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЕЙ И СМЕРТНОСТЬ В УДМУРТИИ

Шкатова Елена Юрьевна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунарков, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; **Зеленских Лариса Анатольевна** — заведующий терапевтическим отделением участковой службы, аспирант кафедры; **Борисова Татьяна Александровна** — заведующий терапевтическим отделением участковой службы; **Зеленских Алексей Петрович** — врач-онколог-уролог, хирург

В работе представлен сравнительный анализ показателей заболеваемости пневмонией и смертности от неё в Удмуртии и по России в целом. Показано, что смертность от данной патологии в Удмуртии выше в 1,47 раза, общая заболеваемость — в 1,14 раза, чем по России.

Ключевые слова: заболеваемость; смертность; пневмония; Удмуртия

E. Yu. Shkatova¹, L. A. Zelenskikh^{1,2}, T. A. Borisova², A. P. Zelenskikh³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Disaster Medicine and Health and Safety

²Municipal Clinical Hospital № 6, Izhevsk

³Republic Oncological Clinic, Izhevsk

DYNAMICS OF THE GENERAL PNEUMONIA INCIDENCE AND MORTALITY RATE IN UDMURTIA

Shkatova Elena Yuryevna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8(3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; **Zelenskikh Larisa Anatolievna** — Head of the Therapy Department, Postgraduate; **Borisova Tatyana Aleksandrovna** — Head of the Therapy Department; **Zelenskikh Alexey Petrovich** — Oncologist-urologist, Surgeon.

The paper conducts a comparative analysis of the incidence of pneumonia and its mortality rate in Udmurtia and in Russia in general. It is shown that the mortality from this disease is 1.47 times higher in Udmurtia, the general disease incidence is 1.14 times higher than in Russia.

Key words: morbidity; mortality; pneumonia; Udmurtia

Наиболее часто население во всем мире обращается за медицинской помощью при инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей. Внебольничная пневмония (ВП) является грозным осложнением инфекционного поражения верхних дыхательных путей, летальность при которой с каждым годом растет. Это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей и рентгенологическими признаками «свежих» очаго-

во-инfiltrативных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы [3]. Внебольничная пневмония протекает тяжело у людей пожилого возраста и на фоне хронических заболеваний [2]. Поэтому в настоящее время за ней на территории РФ ведется эпидемиологический надзор с мониторингом заболеваемости.

Цель исследования: изучение динамики общей заболеваемости пневмонией и смертности в Удмуртской Республике (УР).

Материал и методы исследования. Уровень общей заболеваемости (ОЗ) пневмонией изучали в динамике за период с 2005 по 2014 г. в сравнении с аналогичными показателями Российской Федерации (РФ). Анализ показателей проводился по официальным статистическим документам Федеральной службы государственной статистики (Росстат) и данным Информационно-аналитического центра МЗ УР о зарегистрированных заболеваниях пневмонией, по данным Отчёта о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения (форма № 12). Изучение ОЗ и смертности проводили с использованием статистического и графического метода, метода выкопировки данных. Математический аппарат включал традиционные методики: вычисление средних и относительных величин с определением их ошибок ($\pm m$).

Результаты исследования и их обсуждение. За десятилетний период отмечены значительные колебания, как в структуре общей заболеваемости, так и смертности от пневмонии по УР и РФ в целом (рис. 1, 2).

Анализ уровня общей заболеваемости пневмонией населения за десять лет показал, что ее максимальный уровень по РФ был зарегистрирован в 2010 г., в УР – в 2012 г. Необходимо отметить, что уровень заболеваемости пневмонией в УР в течении всего периода выше, чем в РФ. Лишь в 2010 г. показатель в Удмуртии был ниже, чем по России в целом и был минимальным за анализируемый период. Средние значения уровня ОЗ в Удмуртии были выше – $518,7 \pm 14,4$ на 100 000 населения, чем в РФ – $453,9 \pm 11,7$ ($t=3,85$; $p<0,05$).

Уровень смертности населения от пневмонии по УР колебался от 45,2 – в 2005 г. до 33,3 на 100 000 населения в 2011 г. По РФ показатель изменялся с 32,4 в 2005 г. до 22,5 в 2012 г. При этом за анализируемый период уровень смертности от пневмонии в УР был достоверно выше ($34,8 \pm 1,2$), чем по РФ ($23,7 \pm 1,0$; $p<0,05$).

Снижение уровня заболеваемости в 2006 г. населения УР от внебольничной пневмонии связано с улучшением эпидемиологического надзора за данной патологией, проведением маршрутизации пациентов со строгим выполнением порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях органов дыхания. Особое внимание уделялось проведению среди населения профилактических мероприятий: иммунизации от гриппа и пневмококковой инфекции, особенно лиц группы риска (люди пожилого возраста, лица, ведущие асоциальный образ жизни, и лица с хроническими заболеваниями).

Повышение уровня общей заболеваемости и смертности от внебольничной пневмонии связано, по мнению ряда исследователей, с формированием в последние годы резистентности возбудителей пневмонии к антибактериальным препаратам [1].

Общую тенденцию по заболеваемости отражают показатели БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР, которая является типичным медицинским учреждением для крупного промышленного города. За последние годы на обслуживаемой учреждением территории наблюдается тенденция к снижению уровня заболеваемости пневмонией (рис. 3), при максимальном ее подъеме в 2012 году. Уровень смертности от пневмонии колебался от 339,2 – в 2012 году до 115,2 на 100 000 населения в 2015 г.

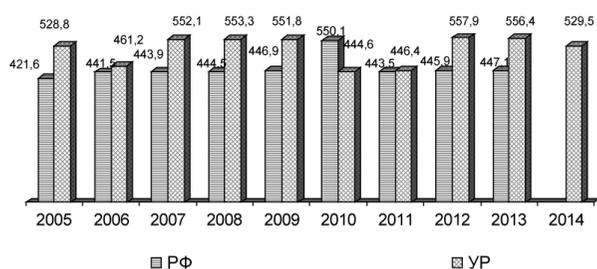


Рис. 1. Динамика показателя общей заболеваемости пневмонией в УР в сравнении с РФ за период с 2005 по 2014 г. (на 100 000 населения).

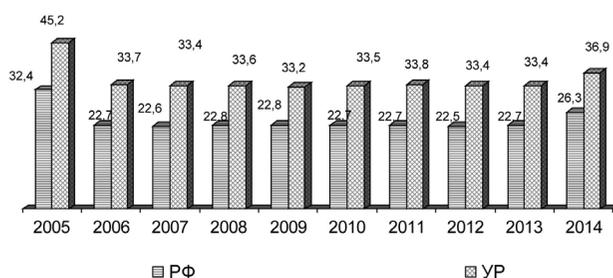


Рис. 2. Динамика уровня смертности от пневмонии в УР в сравнении с РФ за период с 2005 по 2014 г. (на 100 000 населения).

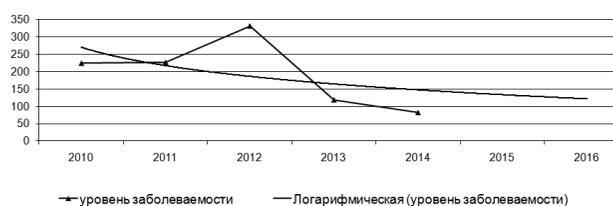


Рис. 3. Уровень заболеваемости пневмонией по БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР и его прогноз на 2016 г. (на 100 000 населения).

Снижение уровня общей заболеваемости пневмонией на обслуживаемой территории связано с проведением среди населения таких профилактических мероприятий, как иммунизация от гриппа, всеобщий охват диспансерным наблюдением маломобильных граждан и граждан, ведущих асоциальный образ жизни, и др.

Вывод. За десятилетний период наблюдается стабилизация уровня общей заболеваемости пневмонией и смертности по РФ, в то же время в Удмуртской Республике смертность от данной патологии выше в 1,47 раз, общая заболеваемость – в 1,14 раз, чем по России. Начиная с 2012 года, уровень заболеваемости пневмонией по Удмуртской Республике имеет тенденцию к снижению при увеличении уровня смертности.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых / А. Г. Чучалин [и др.]. – М., 2014. – 32 с.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению внебольничных пневмоний у взрослых / Р. Ф. Хамитов [и др.]. – М., 2011. – 30 с.
3. ERS Handbook Respiratory Medicine / chief editors P. Palange, A. Simonds. First edition. 2010. – 482 p.

УДК616.7-053.5 (470.343)

В. Д. Шарпарь¹, М. Е. Виндерлих²¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

²ГБУ «Детская городская больница», Республика Марий Эл**АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ 7–18 ЛЕТ В ЛИЦЕЯХ г. ЙОШКАР-ОЛЫ**

Шарпарь Владимир Дмитриевич — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Виндерлих Марина Евгеньевна** — заочный аспирант кафедры, травматолог-ортопед; 424000, г. Йошкар-Ола, ул. Эшкинина, 3Б, тел.: 8 (987)713-20-04, e-mail: vinderlikh@yandex.ru

В последнее время серьезные опасения не только медицинских работников, но и всей общественности вызывает рост численности детей школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата (сколиотическая осанка, плоскостопие, сколиоз).

Ключевые слова: заболеваемость ОДА; восстановительное лечение; реабилитация

V. D. Sharpar¹, M. E. Vinderlikh²¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Traumatology, Orthopaedics and Field Surgery

²Municipal Children's Hospital, Republic of Mariy El**ANALYSIS OF DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM IN CHILDREN AGED 7–18 IN THE LYCÉES OF YOSHKAR-OLA**

Sharpar Vladimir Dmitrievich — Head of the Department, Doctor of Medical Sciences, Professor; **Vinderlikh Marina Evgenyevna** — Postgraduate, Traumatologist-orthopedist; 424000, Yoshkar-Ola, ul. Eshkinina, 3B, phone: 8 (987) 713-20-04, e-mail: vinderlikh@yandex.ru

In recent years the growing number of school age children with disorders of the musculoskeletal system (scoliotic posture, flat feet, scoliosis) has been causing serious concerns of not only health professionals but the general public as well.

Key words: incidence of the diseases of musculoskeletal system; medical rehabilitation; aftertreatment

Актуальность проблемы коррекции нарушений осанки и патологии стоп у детей и подростков обусловлена тем, что без своевременного лечения функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА) они становятся предрасполагающим фактором для развития структурных изменений дискового аппарата позвоночника и заболеваний внутренних органов, являющихся причиной снижения трудоспособности в зрелом возрасте. Своевременная диагностика и консервативное лечение функциональных нарушений ОДА у детей и подростков в настоящее время является весьма важной задачей, при этом наиболее эффективными будут ранняя медицинская и физическая реабилитация. В связи с этим необходима системность и преемственность проводимых реабилитационных мероприятий с применением новых методов взаимодействия педагогических и социальных структур с использованием новейшей медицинской аппаратуры.

Для лечения, оздоровления и профилактики заболеваний детей флагманом в Республике Марий Эл является Баумановский лицей № 18, где создан «Центр восстановительного лечения», имеющий в своем составе дневной стационар, водолечебницу, кабинет электролечения и массажа, зал ЛФК.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости ОДА у детей, доказать эффективность и необходимость создания центров восстановительного лечения в школах.

Материал и методы исследования. Проведен клинико-статистический анализ медицинских карт детей, обучающихся в лицеях № 18 и 28 г. Йошкар-Олы за 2012–2014 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучены медицинские карты 2318 детей. Анализ полученных данных показал, что в лицее № 28 среди заболеваний опорно-двигательного аппарата на I месте – сколиотическая осанка (28%), которая в последующие годы учебы без реабилитационных мероприятий переходит в сколиоз. Так, в 2013 году детей со сколиозом было 9%, а в 2014 году их количество возросло до 12% (рис. 1). Количество детей с патологией стоп (плоскостопие, вальгусная деформация и другие) на протяжении 2013–2014 годов составило 10%.

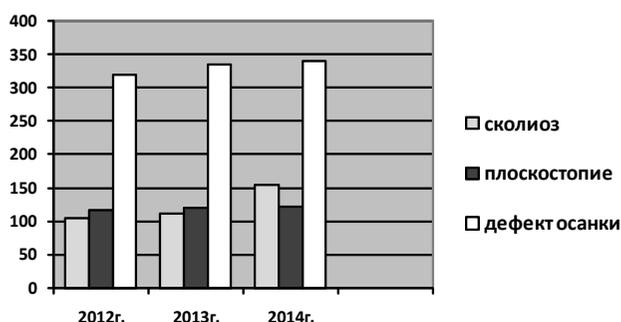


Рис. 1. Структура заболеваемости ОДА у детей, обучающихся в лицее № 28 (%).

После проведения ежегодных медицинских осмотров детям даются направления на углубленное обследование и рекомендации по лечению выявленной патологии, но несмотря на это, данные предписания выполняют 2% детей. Можно предположить, что это связано с занятостью родителей, а также с тем, что дети большую часть дня проводят в школе и не успевают посещать центры восстановительного лечения при детских поликлиниках.

В лицее № 18 были получены следующие результаты: на I месте – дети с патологией стоп (18% – 2012 г., 16% – 2013 г., 15% – 2014 г.), на II – сколиотической осанкой (19% – 2012 г., 15% – 2013 г., 11% – 2014 г.), на III месте – сколиозом (5,8% – 2012 г., 4% – 2013 г., 2% – 2014 г.).

По данным за 2012–2014 годы наблюдается снижение заболеваемости нарушений опорно-двигательного аппарата среди учащихся лицея № 18, что можно объяснить наличием в здании лицея Центра восстановительного лечения. Здесь дети получают все процедуры, назначенные ортопедом при выявлении нарушений опорно-двигательного аппарата на протяжении всего учебного года без отрыва от учебы (рис. 2).

Сводные данные структуры заболеваемости ОДА у обследованных детей представлены на рис. 3.

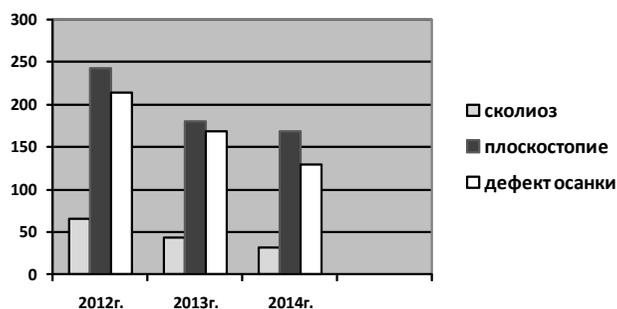


Рис. 2. Структура заболеваемости ОДА у детей, обучающихся в лицее № 18 (%).

УДК 614.2-053.2:215.838

В. А. Бывальцева^{1,3}, Г. В. Павлова¹, Е. А. Ботникова², А. В. Попов³

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра гигиены

²Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии

³БУЗ УР «Республиканский детский санаторий «Ласточка» МЗ УР», Ижевск

РЕАЛИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ

Бывальцева Валентина Александровна – заведующий гастроэнтерологическим отделением, аспирант кафедры; г. Ижевск, 426034, ул. Коммунаров, 281, тел. 8-982-125-86-07; **Павлова Галина Владимировна** – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; **Ботникова Елена Аркадьевна** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Попов Алексей Владимирович** – главный врач кандидат медицинских наук

В статье содержатся сведения о внедрении инновационной оздоровительной программы, включающей разные формы оздоровления (питание, повышение двигательной активности, психологическая помощь и др.). Приведены показатели, свидетельствующие об эффективности программы. Программа использовалась при оздоровлении детей из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Ключевые слова: дети; оздоровление; семья; санаторий; инновации; питание

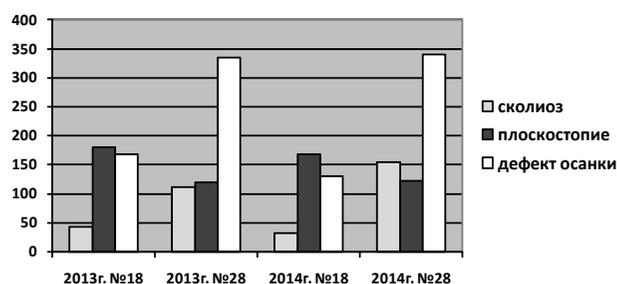


Рис. 3. Структура заболеваемости ОДА у детей, обучающихся в лицеях № 28 и 18 за 2013–2014 годы

Вывод. Обобщая результаты проведенного исследования, можно заключить, что рост показателей нарушений осанки среди детей лицея № 28 свидетельствует о низкой заинтересованности родителей в профилактике и реабилитации детей с данной патологией. В связи с этим необходимо больше времени уделять на психокоррекционную работу с родителями и детьми медицинскому и педагогическому персоналу школ. На примере Баумановского лицея следует рекомендовать внедрение центров восстановительного лечения в среднеобразовательных школах для профилактики и лечения нарушений опорно-двигательного аппарата.

Список литературы:

1. **Васильева, Л. Ф.** Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л. Ф. Васильева. – Иваново, 1996. – 112 с.
2. **Гайдук, А. А.** Результаты дифференцированного применения средств ортопедической и физической коррекции функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата у детей и подростков / А. А. Гайдук, Л. А. Даниленко // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2014 г. – № 1. – 76 с.
3. **Маркс, В. О.** Ортопедическая диагностика: руководство-справочник / В. О. Маркс. – М.: Наука и техника, 1978. – 423 с.

V. A. Byvaltseva^{1,3}, G. V. Pavlova¹, E. A. Botnikova², A. V. Popov³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹ Department of Hygiene

² Department of Propaedeutics of Childhood Diseases with a Course of Polyclinic Pediatrics

³ Republic Children Sanatorium «Lastochka» («Swallow»), Izhevsk

IMPLEMENTATION OF INNOVATIVE HEALTH-IMPROVING PROGRAM IN A CHILDREN SANATORIUM

Byvaltseva Valentina Aleksandrovna – Head of Gastroenterology Department, Postgraduate; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8-982-125-86-07; **Pavlova Galina Vladimirovna** – Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; **Botnikova Elena Arkadyevna** – Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Popov Aleksey Vladimirovich** – Head Doctor Candidate of Medical Sciences

This article contains the information on the implementation of an innovative health-improving program including different forms of health improvement (nutrition, increased motor activity, psychological support, etc.). The indices provide evidence of the effectiveness of the program. The program has been used in the rehabilitation of children from families in difficult situations.

Key words: children; health improvement; family; sanatorium; innovation; nutrition

В современных условиях, характеризующихся неустойчивой социально-экономической ситуацией, возникает проблема сохранения института семьи и здоровья ее членов как в городе, так и на селе. Материальное благосостояние, полнота семьи, взаимоотношения между родителями и детьми, социально-гигиенические условия, психологический микроклимат в семье также являются факторами, влияющими на ее статус. Такие современные условия развития семьи как высокая доля неполных, чаще «материнских» семей; длительное отсутствие одного из родителей, чаще отцов, работающих «вахтовым» методом; отсутствие квалифицированной психологической помощи и некоторые другие также не способствуют оптимальному выполнению многочисленных ее функций. В этом плане любая материальная и социально-психологическая помощь, особенно сельской семье, является и нужной, и своевременной. Санаторно-курортную помощь можно рассматривать как механизм компенсации неблагоприятных факторов, повседневно негативно влияющих на ребенка, особенно из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Детский возраст от 7 до 14 лет является наиболее благоприятным для профилактических мероприятий, так как организм ребенка этого возраста обладает большими пластическими и компенсаторными возможностями. Благодаря хорошим результатам, достигаемым санаторным лечением детей при многих заболеваниях, в том числе, костно-мышечной системы [1], популярность местных санаториев среди населения очень велика. Детский санаторий является специализированной медицинской организацией, тесно связанной со всей системой лечебно-профилактической помощи детям и одновременно выполняющей и психолого-педагогические задачи.

Цель исследования: оценка эффективности оздоровления детей из семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в мерах первичной и вторичной профилактики.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было выполнено в рамках реализации

проекта «Тангыра: Центр помощи семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (январь-сентябрь 2015 г)». Методы: анкетирование, психофизиологические и статистические.

На начальном этапе этой работы методом анкетирования были выявлены семьи из Граховского района УР, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, с целью оказания им психологической, информационно-образовательной и социальной помощи [2]. Количество таких семей составило 9,8% от всего исследуемого контингента. Дети из этих семей имели сниженные показатели по всем тестам: тесту Люшера, тесту на хроническое утомление, тесту САН (Самочувствие, Активность, Настроение), а также по анкете «Педагогическая оценка психического благополучия школьника».

Следующим этапом (май-июнь 2015 г.) стала разработка инновационной программы по оздоровлению детей из «неблагополучных» семей. Программа была реализована в БУЗ УР «Республиканский детский санаторий «Ласточка» МЗ УР» (июль 2015 г.). В санатории у каждого ребенка дважды определялось от 8 до 10 показателей состояния здоровья. Всего оздоравливалось 25 школьников от 7 до 14 лет, из них 12 мальчиков и 13 девочек. Инновационная программа оздоровления детей состояла из 3 частей.

Медико-профилактический раздел кроме комплексной программы оздоровления в РДС «Ласточка» включал дополнительное питание (кисели, какао, конфеты «Кальцимилк», фиточай); психолого-педагогическая часть программы включала групповую и индивидуальную работу специалиста-психолога. В целях улучшения функциональных показателей организма школьников, их психо-эмоционального состояния использовались воспитательно-оздоровительные игры [3] и специально подготовленное игровое оборудование, обладающее оздоровительным эффектом, (домик-пирамида, ходули, «бордюрики и кирпичики»).

Медицинский осмотр оздоравливаемых детей с проведением антропометрических, физио- и пси-

холометрических методов исследования проводился дважды: в первые 2 дня после поступления ребенка в санаторий (оценка исходных данных) и за день до окончания смены (оценка эффективности оздоровления).

На момент поступления в санаторий было выявлено, что физическое развитие детей в основном среднее, выше среднего и гармоничное.

Все дети (за исключением одного ребенка) имели II группу здоровья.

При клиническом исследовании крови показатели гемоглобина и эритроцитов находились в пределах нормы; эозинофилия (от 4,0 до 16,0%) выявлен у 7 из 13 девочек (53,8±13,8%), мальчиков таковых не оказалось.

На конечном этапе оздоровления по результатам теста Люшера было выявлено, что количество детей с наличием стресса снизилось и повысилось число детей, готовых к активной продуктивной деятельности.

Также выявлена положительная динамика психоэмоционального состояния оздоравливаемых детей по тесту на хроническое утомление и тесту САН.

Средние величины показателей используемых тестов представлены в таблице.

В динамике наблюдения на 20,0% снизилось количество детей, имевших признаки хронического утомления. По результатам теста на оценку умственной работоспособности «Ломаные линии» оказалось, что у 46±9,4% детей повысилась производительность труда, у 30,0%±9,1 – качество работы. Улучшились показатели Самочувствия, Активности, Настроения (тест САН) у 58,0±9,8% оздоравливаемых детей.

Мы считаем, что в улучшении показателей психологических тестов и теста на умственную работоспособность свою позитивную роль сыграли работа психолога с детьми, а также используемые в программе воспитательно-оздоровительные игры.

УДК 378.17:37.065:314.336 (470.51)

А. С. Осыкина, Е. Ю. Шкатова

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

К ВОПРОСУ О СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОК

Осыкина Анастасия Сергеевна — аспирант кафедры; Шкатова Елена Юрьевна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: armu@igma.udm.ru

В статье рассматриваются вопросы о важности информирования молодежи по темам взаимоотношений с противоположным полом, разработки специальных программ обучения, направленных на укрепление института семьи и формирование ответственного отношения их к своему здоровью. В ходе исследования выяснили, что треть студенток вузов Удмуртии готовы к созданию семьи и рождению детей во время обучения, но нуждаются в материальной, психологической и информационной поддержке. В работе представлен проект по созданию в Удмуртии медико-социально-психологического межвузовского центра «Студенческая семья», позволившего бы решить ряд вопросов по коррекции репродуктивных установок студенческой молодежи.

Ключевые слова: студентки вузов; репродуктивные установки; студенческая семья

Динамика показателей эффективности по тестам

Период наблюдения	Наименование тестовых методик			
	Наличие признаков хронического утомления	Тест «Ломаные линии»		Тест САН, (баллы)
		Производительность работы (см)	Качество работы, ошибки (%)	
До введения программы	20,0±8,0%	70,9±4,0	1,7±0,8	5,6±0,3
После введения программы	0%	83,0±4,3	2,3±1,0	6,6±0,3

Вывод. Инновационная программа по оздоровлению детей в БУЗ «Республиканский детский санаторий «Ласточка» МЗ УР» является достаточно эффективной.

Список литературы:

1. **Мирская, Н.Б.** Профилактика и коррекция нарушений и заболеваний костно-мышечной системы у детей и подростков (методология, организация, технология) / Н.Б. Мирская, А.В. Ляхович. – М.: Наука, Флинта, 2009. – 224 с.
2. **Павлова, Г.В.** Воспитательно-оздоровительные игры для детей дошкольного и школьного возраста: учебно-методическое пособие / Г.В. Павлова, Т.Ф. Караваева, Г.Н. Шушакова. – Ижевск, 2015. – 36 с.
3. Сельская семья: опыт социально-гигиенических исследований в рамках реализации проекта «Тангыра: Центр помощи сельским семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации» 01.01.2015–30.09.2015: учебно-методическое пособие / Г.Н. Шушакова (и др.). – Ижевск, 2015. – 64 с.

A. S. Osykina ¹, E. Yu. Shkatova ¹

Izhevsk State Medikal Academy, Udmurt Republic
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

ON THE ISSUE OF PRESERVING REPRODUCTIVE POTENTIAL OF FEMALE STUDENTS

Osykina Anastasia Sergeyevna — Postgraduate; Shkatova Elena Yuryevna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Associate professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru

The article deals with the issues of the importance of informing the youth on the subjects of relationship with the opposite sex and developing special training programs aimed at strengthening the institution of family and forming a responsible attitude towards health. The research has revealed that a third of the female students of the higher education institutions of the Udmurt Republic are ready to get married and start a family during the period of training, but they need financial, psychological and information support. The authors present a project to create a medico-social-psychological interuniversity center «Students' Family» in the Udmurt Republic. The center would allow resolving a number of questions of correcting reproductive attitudes of students.

Key words: female students of higher education institutions; reproductive attitudes; students' family

Молодёжь во многом определяет показатели рождаемости, материнской заболеваемости и смертности, гинекологической заболеваемости и частоты аборт [6]. Результатом ухудшения перечисленных показателей является количественное и качественное снижение репродуктивного потенциала нации в целом [4]. Выявляется отсутствие установок на ведение здорового образа жизни среди молодых девушек, у них велика приверженность к курению, употреблению алкоголя, раннему началу половой жизни, на фоне низкого уровня знаний о контрацепции и профилактике заболеваний, передающихся половым путем [3].

Приоритетными направлениями охраны репродуктивного здоровья в подростковом возрасте являются нравственное и гигиеническое воспитание, формирование ценностных ориентиров здоровья [5]. Одним из наиболее перспективных направлений повышения уровня репродуктивного потенциала страны, несомненно, является половое воспитание и контрацепция. Основы формирования образа жизни закладываются именно в период получения образования. Особенно это актуально у девушек-студенток, поскольку студенческая молодёжь является репродуктивным и интеллектуальным потенциалом [6].

Средний возраст начала половой жизни у девушек приходится на 16 лет, в результате чего возникают риски, связанные с половой жизнью: ранняя беременность, высокий уровень абортов, заражение сексуально-трансмиссивными инфекциями. Первая беременность, по данным популяционных исследований, у 24,0% женщин наступает в ювенильном возрасте, ее исходом у 18,4% юных женщин является деторождение, у 81,6% — аборт [5]. Количество абортов у девушек в возрасте 15–19 лет в Российской Федерации составляет около 70 на 1000 подростков и эти показатели — одни из самых высоких в мире. Первые инфицированных ВИЧ-инфекцией в возрасте 15–20 лет — 21% от всех ВИЧ-инфицированных [2].

В развитых странах мира создаются программы полового просвещения молодёжи, в то время как в России прогресса на пути развития сексуального образования особо не наблюдается. Оказавшись наедине со своими проблемами, подростки решают их,

следуя первой попавшейся подсказке, методом проб и ошибок, зачастую непоправимых, подвергая опасности свое физическое и нравственное здоровье [7]. Родители не снимают ответственности с себя за просвещение детей и полагают, что должны быть основным источником информации по вопросам полового воспитания, но на практике часто сами не имеют достаточных знаний. Поэтому основную информацию дети получают от сверстников и друзей, так же не имеющих достоверных знаний [1].

Согласно ВОЗ, сексуальное образование означает предоставление молодому поколению достоверной и научно обоснованной информации, обучение основным жизненным навыкам, воспитание позитивных установок и ценностей (самоуважения, открытости). Это навыки общения, в том числе с противоположным полом, критического мышления, способности к самосовершенствованию, способности принимать решение и брать на себя ответственность. Сексуальное образование должно охватывать широкий круг вопросов, включая как биологические и физические аспекты сексуальности, так и социально-эмоциональные аспекты [8].

В последние десятилетия в США внедряются программы сексуального воспитания подростков и молодёжи, которые включают воздержание как возможный выбор, ознакомление с методами контрацепции и практиками «безопасного секса». В Европе работают программы, которые называют «целостным сексуальным образованием», принятые в Кельне в 2010 г. Сексуальное образование по ним начинается в раннем детстве и продолжается на протяжении юношества и совершеннолетия. В них используется широкое определение сексуальности, которое включает в себя не только физические, эмоциональные и интерактивные аспекты сексуальности и половых отношений, но и разнообразие других аспектов, таких как дружба, ощущение безопасности, чувство уверенности и привлекательности [8].

Цель исследования — оценить репродуктивные установки студенток вузов Удмуртии для разработки образовательных программ.

Материал и методы исследования. В программе исследования участвовали 469 студенток Удмуртии: Ижевской государственной медицинской академии,

Удмуртского государственного университета, Ижевского государственного технического университета в возрасте от 18 до 26 лет. Средний возраст респонденток составил $20,1 \pm 0,2$ года.

Изучение репродуктивных установок проводилось по специально разработанной социально-гигиенической анкете, включающей следующие вопросы: отношения с противоположным полом, готовность к созданию семьи, планируемое количество детей, желаемая помощь от общества при рождении ребенка во время обучения в вузе. Опрос проводили с информированного согласия респонденток при соблюдении этических норм.

Математический аппарат включал традиционные методики: вычисление относительных (P) и средних величин (M) с определением их ошибок ($\pm m$). Статистическую обработку результатов проводили на персональном компьютере с использованием программ *MSExcel 7.0* и *Statistica 6.0*.

Результаты исследования и их обсуждение. Большинство ($76,8 \pm 2,7$ из 100) респонденток родились в малолетних семьях: с двумя детьми – $51,1 \pm 3,2$, были единственным ребенком – $25,7 \pm 2,8$. В многодетных семьях родились $23,2 \pm 2,7\%$ опрошенных. Результатом воспитания и политики государства, направленной на поддержание деторождения $58,2 \pm 2,3$ из ста девушек мотивированы на рождение двоих детей, троих – $28,6 \pm 2,1$. Наименее популярны установки на рождение одного ребенка ($8,5 \pm 1,3$), четверых и более детей ($4,7 \pm 1,0$).

Имели опыт сексуальных отношений с одним партнером $31,9 \pm 2,3$ девушек из 100, с двумя – $11,4 \pm 1,6$. У каждой шестой ($17,8 \pm 2,9$) студентки было от 3 до 7 партнеров. Каждая десятая ($11,7 \pm 2,4$) в анамнезе отметила искусственное прерывание беременности.

Треть студенток ($36,3 \pm 2,9$) хотела бы создать семью и родить ребенка во время обучения в вузе. Большинство опрошенных считают, что брак обязательно должен быть зарегистрирован органами ЗАГСа ($63,3 \pm 3,1$), треть ($28,7 \pm 2,9$) видят незарегистрированный брак, как этап, предшествующий регистрации отношений, согласны на сожительство – $8,1 \pm 1,8$. При рождении ребенка во время обучения $22,7 \pm 1,9$ студентки хотели бы получать дополнительную материальную, психологическую и социальную поддержку от вуза. Треть опрошенных ($28,5 \pm 2,0$) главным условием рождения ребенка во время обучения считает обеспеченность семьи жильем.

При изучении гигиенической грамотности установлено, что $89,6 \pm 1,4$ из ста студенток знают о вреде негигиенического поведения для своего здоровья и здоровья своих будущих детей. Однако, половина из них ($51,4 \pm 2,3$) отмечают недостаточную информированность в вопросах семьи и брака, и считают необходимым посещать занятия по темам планирования семьи, установления благоприятного микроклимата в семье, ухода за новорожденным. С целью предоставления молодежи недостающих знаний

нами было предложено создание психолого-медико-социального межвузовского центра «Студенческая семья».

Вывод. Треть студенток Удмуртии готовы к созданию семьи во время обучения в вузе, однако они недостаточно информированы в вопросах семьи и брака. Учитывая, что студентки – основа интеллектуального генофонда нации, необходима разработка образовательных программ по вопросам полового просвещения, семьи и брака. При создании студенческой семьи возникает необходимость комплекса дополнительных мер поддержки и стимулирования деторождения со стороны государства и общества.

В развитых странах мира на государственном уровне ставится вопрос о важности информирования молодежи по темам взаимоотношений с противоположным полом с разработкой специальных программ обучения, направленных на укрепление института семьи и формирование ответственного отношения к своему здоровью.

Список литературы:

1. Кадошников, М.Ю. К вопросу о необходимости сексуального образования для подростков и их родителей / М.Ю. Кадошников // *Health & education millennium*. – 2015. – V.17, № 1. – P.111–118.
2. Каргышева, С.И. Влияние факторов нездорового образа жизни на формирование репродуктивного здоровья девушек-подростков / С.И. Каргышева, Ю.Н. Дудченко // Сборник конференций НИЦ «Социосфера». – 2011. – № 18. – С. 131–133.
3. Осыкина, А.С. Приверженность к здоровому образу жизни студенток медицинского ВУЗа / А.С. Осыкина, Е.Ю. Шкатова // Материалы III Международной научно-практической конференции «Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия». – Улан-Удэ, 2015. – С. 221–223.
4. Радзинский, В.Е. Репродуктивный потенциал России – грани проблемы, перспективы коррекции / В.Е. Радзинский // Матер. Всерос. конгр. «Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты». – М., 2010. – С. 280–282.
5. Сажина, Н.С. Охрана репродуктивного здоровья подростков как проблема социальной безопасности России / Н.С. Сажина // Репродуктивное здоровье подростков. – 2013. – № 1 – С. 21–23.
6. Фролова, Н.И. Гендерное поведение риска как основной триггерный фактор гинекологической заболеваемости студенток / Н.И. Фролова, Т.Е. Белокриницкая, Е.П. Белозерцева // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – 2 (84). – С. 102–103
7. Журавлева, И.В. Нужно ли россиянам половое просвещение? / И.В. Журавлева // Демоскоп. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0205/tema01.php>, свободный.
8. Стандарты сексуального образования в Европе. – Режим доступа: http://rodkom.org/ftp/oficial/standart_sex.pdf, свободный.

УДК 616.314-77-06:616.379-008.64: 614.2:316.728

И. С. Рединов, Н. А. Шевкунова, О. В. Головатенко, О. О. Страх, С. И. Метелица

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра ортопедической стоматологии

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ АКРИЛОВЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Рединов Иван Семенович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; г. Ижевск, ул. Кирова, 111 а, тел. 8 (3412)43-78-87, e-mail: art-stom@bk.ru; **Шевкунова Наталья Алексеевна** — доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Головатенко Ольга Викторовна** — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Страх Оксана Олеговна** — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Метелица Светлана Ивановна** — ассистент кафедры.

Проведен анализ стоматологических показателей качества жизни у больных сахарным диабетом 2 типа при ортопедическом лечении съёмными зубными акриловыми протезами с помощью опросников MOSSF-36 и OHIP-14-RU.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 тип; профиль влияния стоматологического здоровья; съёмные протезы

I. S. Redinov, N. A. Shevkunova, O. V. Golovatenko, O. O. Strakh, S. I. Metelitsa

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Orthopedic Stomatology

LIFE QUALITY AS A CRITERION OF THE EFFECTIVENESS OF ORTOPEDIC TREATMENT WITH PARTIAL REMOVABLE ACRYLIC DENTURES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Redinov Ivan Semyonovich — Head of the Department, Doctor of Medical Sciences, Professor; Izhevsk, ul. Kirova, 111, phone: 8 (3412)43-78-87, e-mail: art-stom@bk.ru; **Shevkunova Natalya Alekseyevna** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; **Golovatenko Olga Viktorovna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Strakh Oksana Olegovna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Metelitsa Svetlana Ivanovna** — Lecturer

The article analyzes stomatological indices of life quality in patients with type 2 diabetes undergoing orthopedic treatment with acrylic removable dentures. The analysis was conducted using MOSSF-36 and OHIP-14-RU questionnaires.

Key words: type 2 diabetes; profile of the impact of oral health; removable dentures.

В последние годы проблема сахарного диабета (СД) приобретает особую важность. По данным статистики, в России сахарным диабетом страдает 5,5% населения [3].

В настоящее время растет интерес к исследованиям по взаимосвязи качества жизни и стоматологического здоровья. Проведенные в области стоматологии исследования направлены на выявление возможных аспектов влияния стоматологического здоровья на качество жизни пациентов. Заболевания и нарушения в челюстно-лицевой области и полости рта влияют на общее здоровье, причиняя значительную боль и страдания, изменяют рацион питания человека, его речь, благополучие, т.е. на его качество жизни. В имеющихся источниках информации (книги, периодические издания, Интернет и др.) не обнаружено данных о качестве жизни больных сахарным диабетом 2 типа с выраженными дефектами зубных рядов. Характеристика субъективного восприятия пациентом самого себя необходима для составления плана, выбора и корректировки ортопедического лечения, которое оказывает влияние на физический, эмоциональный и социальный статус. Полученные показатели качества жизни (КЖ) в дальнейшем, возможно, позволят сформировать интегральную оценку эффективности проводимых ортопедических мероприятий [5,6,7].

Цель исследования: провести оценку эффективности ортопедического лечения частичными съёмными акриловыми протезами по показателям качества жизни больных сахарным диабетом 2 типа

Материал и методы исследования. Для решения поставленной задачи проведено обследование и ортопедическое лечение 70 пациентов, обратившихся в республиканскую стоматологическую поликлинику города Ижевска Удмуртской Республики. Из них больных СД 2 типа было 29 (группа наблюдения) и здоровых – 41 пациент (группа сравнения), количество мужчин и женщин было примерно одинаковым (45,7% и 54,3%). Средний возраст составил $55,4 \pm 6,7$ года.

Стоматологический статус определялся по общепринятой методике с заполнением медицинской карты обследования стоматологического больного (форма № 043/У). Для изучения КЖ был использован опросник MOSSF-36, предназначенный для исследования неспецифического КЖ, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения. Сложности при заполнении опросника пожилыми людьми привели к созданию короткой версии, состоящей из 12 вопросов (MOSSF-12) по двум аспектам КЖ: физическому и психологическому. Результаты исследования выражаются в баллах от 0 до 100 и отражают уровень качества жизни больного по возрастающей.

Выбор опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» OHIP-14 – RU проводился в соответствии с требованиями IQOLA (Международная

ассоциация по оценке качества жизни) и *GCP* («Качественная клиническая практика» [2]. Методика обладает высокой валидностью, надежностью и чувствительностью к конкретной клинической ситуации [1]. Было предложено пять вариантов ответов от «очень часто» до «никогда», которые оценивались от 5 до 1 балла соответственно. Общее количество баллов, полученное после суммирования по модулям опросника, определяло уровень КЖ пациентов, где 14–28 хороший, 29–49 – удовлетворительный, 50–70 неудовлетворительный [4]. Оценка КЖ выполнялась до начала ортопедического лечения и через месяц после изготовления частичных съемных акриловых протезов.

Динамический анализ показателей КЖ был использован для мониторинга эффективности и качества стоматологического лечения, когда сравнивались соответствующие параметры КЖ до и после ортопедического лечения.

Статистическую обработку материала проводили с использованием программного пакета *Microsoft Office Excel 2007*.

Результаты исследования и их обсуждение.

У всех исследуемых пациентов выявлены дефекты зубных рядов 1 и 2 классов по Кеннеди, различные топографии, включая локализующиеся в зоне улыбки.

При анализе КЖ больных СД 2 типа по опроснику *MOS SF-12* до ортопедического лечения было выявлено достоверное снижение по шкалам, характеризующим физические (37,1±0,2 балла) и психические (37,3±0,4 балла) компоненты здоровья по сравнению с группой практически здоровых пациентов, показатели которой составили: 42,5±1,6 и 41,2±1,5 балла.

В целом психофизическое здоровье больных СД 2 типа составило 74,4±0,3 балла и 83,7±1,5 балла в группе сравнения.

При обследовании через месяц после зубного протезирования частичными съемными акриловыми протезами отмечено достоверное возрастание физических (40,4±3,6 балла у больных СД 2 типа и 45,7±3,2 балла у здоровых пациентов) и психических (41,3±1,9 и 44,7±2,3 балла соответственно) компонентов здоровья.

В целом психофизическое здоровье больных СД 2 типа спустя месяц после восстановления целостности зубного ряда частичными съемными акриловыми протезами составило 81,7±2,7 балла и 90,4±2,7 балла в группе сравнения.

При анализе полученных результатов по опроснику КЖ «Профиль влияния стоматологического здоровья» *OHIP-14-RU* до ортопедического лечения установлено, что КЖ у больных СД 2 типа с частичным отсутствием зубов составило 57,1±1,2 балла, что расценивалось как «неудовлетворительное». В группе сравнения, у здоровых пациентов – 48,2±1,3 балла, что свидетельствовало об «удовлетворительном» уровне КЖ. Установлено, что наибольшее влияние на показатель КЖ оказывал модуль «проблемы при приеме пищи», которые составили у больных СД 2 типа 25,4±0,3 балла и 19,8±0,9 балла – в группе пациентов без соматической патологии. Стеснение в общении с людьми, в том числе на работе, из-за отсутствия зубов способствовало из-

менению показателей модулей «проблемы в общении» и «проблемы в повседневной жизни», которые составили 18,1±0,6 и 14,5±0,7 балла у больных СД 2 типа, 14,7±0,3 и 12,1±0,6 балла в группе сравнения.

Через месяц после ортопедического лечения уровень КЖ увеличивался в обеих группах исследования и составил у больных СД 2 типа 46,1±0,3 балла, что свидетельствовало об «удовлетворительном» показателе КЖ и 28,5±0,4 балла в группе здоровых, что расценивалось как «хороший» уровень КЖ. Наибольшее влияние на улучшение показателя КЖ оказывал модуль «проблемы в повседневной жизни» (9,6±0,2 балла у больных СД и 4,5±0,2 балла у здоровых), что в 1,5 раза лучше показателей до ортопедического лечения у больных СД и в 3 раза у здоровых пациентов. Наблюдалось достоверное снижение показателей по модулям «проблемы при приеме пищи» до 21,2±0,1 баллов у больных СД 2 типа и 14,2±0,2 баллов в группе сравнения и «проблемы в общении» до 15,3±0,6 и 9,8±0,8 баллов соответственно. В целом ортопедическое лечение частичными съемными акриловыми протезами улучшило показатели КЖ по опроснику *OHIP-14-RU* на 10,9 балла у больных СД и на 17,1 балла у здоровых пациентов.

Вывод. Таким образом, положительная динамика показателей КЖ по опросникам *MOS SF-12* и *OHIP-14-RU* у больных СД 2 типа при ортопедическом лечении частичными съемными акриловыми протезами свидетельствует о том, что дефекты зубного ряда не только отражают факт утраты собственно стоматологического здоровья, но и оказывают существенное влияние на качество жизни пациента.

Список литературы:

1. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – 2-е изд. – М.: ОЛМА Медиагруп, 2007. – 315 с.
2. Валидизация русскоязычной версии опросника ОНП у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г.М. Барер [и др.] // *Стоматология*. – 2007. – № 5. – С. 27–30.
3. Многоступенчатая валидизация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» *OHIP-49-RU* / О.С. Гилева [и др.] // *Уральский медицинский журнал*. – 2009. – № 8. – с. 104–109.
4. Гавжа, С.И. Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта (обзор литературы) / С.И. Гавжа, Р.С. Гулуев, Ю.В. Гавжа // *Современные проблемы науки и образования*. – 2012. – № 4. – С. 25–27.
5. Ефремов, О.С. Особенности амбулаторного стоматологического приема больных, страдающих сахарным диабетом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / О.С. Ефремов. – М., 2007. – 26 с.
6. Шевченко, Ю.Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении / Ю.Л. Шевченко // *Вестник качества жизни*. – 2003 – № 1–2. – С. 6–14.
7. Oral health related quality of life in patient with non-specific ulcero-necrotic oral mucosal lesions / О. Gileva [et al.] // *Oral Diseases*. – 2008. – Vol.14. -Suppl.1– P.24.

УДК 616.98:578.828 hiv:343.81

М. Л. Вострокнутов

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Вострокнутов Михаил Львович — аспирант кафедры, 426034; г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

На основании исследования 65 осужденных — носителей ВИЧ-инфекции были выявлены наиболее часто встречающиеся клинические признаки такие как: снижение артериального давления, лимфаденопатия, артралгии, миалгии. Выявлено наличие вирусного гепатита С, присоединение туберкулеза и снижение уровня CD4-клеток.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; туберкулез; формализация

M. L. Vostroknutov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

PECULIARITIES OF THE COURSE OF HIV INFECTION IN PEOPLE SERVING IMPRISONMENT

Vostroknutov Mikhail Lvovich — Postgraduate; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

The investigation of 65 prisoners with HIV revealed the most common clinical signs such as blood pressure decrease, lymphadenopathy, arthralgia, and myalgia. The presence of viral hepatitis, accompanying tuberculosis and decrease in the level of CD4-cells were also revealed.

Key words: HIV; tuberculosis; formalization

На современном этапе сохраняется высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией и увеличиваются темпы прироста новых случаев заражения, увеличивается общее число ВИЧ-инфицированных и происходит активизация выхода эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию [3].

Риск развития туберкулеза у больных СПИДом примерно в 170 раз выше, чем у больных с нормальной функцией иммунной системы [2]. Особенно это касается лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы в исправительных учреждениях России.

Организационные и профилактические мероприятия, направленные на борьбу с этой инфекционной болезнью осуществляются на недостаточном уровне и не позволяют добиться ощутимых результатов в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции [3,1].

Большинство программ по профилактике ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимых группах населения, успешно осуществляющиеся в предыдущие годы, в настоящее время недостаточны, а профилактические мероприятия, проводимые среди общей популяции населения и основывающиеся исключительно на пропаганде здорового образа жизни, малоэффективны для следующих групп населения: заключенные, лица, страдающие наркотической зависимостью и лица, оказывающие сексуальные услуги за плату [3, 4].

Цель исследования: изучить основные клинические проявления ВИЧ-инфекции у лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 65 мужчин. Данные предоставлены СПИД-центром города Пскова за 2012 (31 человек), 2013 (34 человека).

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст исследуемых составил 34,0±1,42 года. Туберкулез как осложнение ВИЧ-инфекции развился у 32% исследуемых. Были выявлены следующие синдромы: астенический, кардиальный, диспепсический, лимфаденопатии, миалгии, артралгии. Жалобы на слабость отмечены у 93% наблюдавшихся больных. Проявление кардиального синдрома выражалось в виде тахикардии, аритмии, наиболее частым было снижение артериального давления — у 39%, диспепсический синдром: боли в животе (77% случаев), снижение аппетита (52%). Синдром лимфаденопатии был отмечен у 20 (65%) исследуемых, во второй группе — у 32 (89%). Болевой синдром: боли в суставах и мышцах; миалгии — у 45%. В общем анализе крови выявлены следующие изменения: повышение СОЭ, лейкоцитопения, тромбоцитопения. Наиболее частое изменение в иммунограмме — снижение CD4, которое выявлено в 87% случаев. Неопределяемая вирусная нагрузка выявлена у 52% исследуемых, что свидетельствует об эффективности антиретровирусной терапии в группе исследуемых за 2012 год. По данным УЗИ, цирроз печени и портальная гипертензия выявлена у 71%. Среди сопутствующих заболеваний ведущее место занимает вирусный гепатит С, что составляет 94%.

Вывод. Проведенные исследования показали, что среди наиболее часто встречающихся клинических признаков ВИЧ-инфекции у лиц, находящихся в условиях мест лишения свободы, следует отметить слабость, снижение артериального давления, лимфаденопатию, артралгии, миалгии, наличие сопутствующей патологии: вирусного гепатита С и туберкулеза.

Список литературы:

1. Анализ клинических проявлений и изменений лабораторных показателей у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом / А. А. Яковлев [и др.] // Инфекционные болезни. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 49–54.

2. **Пономарев, С.Б.** Некоторые аспекты ВИЧ-инфекции в условиях уголовно-исполнительной системы / С. Б. Пономарев // Вестник пенитенциарной медицины. – 2009. – № 11. – С. 2–4.

3. **Пономарев, С.Б.** ВИЧ и туберкулез в уголовно-исполнительной системе / С. Б. Пономарев, Е. Л. Аверьянова // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2015. – № 8. – С. 24–26.

4. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13.02.2012 № 16 «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 6. – С. 102–112.

УДК: 378.661 (470.51-25):614.215 (470.51):378.2

Ю. В. Горбунов¹, А. М. Корепанов¹, А. Е. Шкляев¹, П. И. Четвериков²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра факультетской терапии

²ООО «Санаторий Ува», Удмуртская Республика

ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ И САНАТОРИЙ «УВА»: ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Горбунов Юрий Викторович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 46-52-92, e-mail: 1rkb@udmnet.ru; **Корепанов Анатолий Максимович** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; **Шкляев Алексей Евгеньевич** — доцент кафедры доктор медицинских наук, доцент; **Четвериков Петр Иванович** — главный врач

Проведен анализ результатов совместной деятельности Ижевской государственной медицинской академии и санатория «Ува» (Удмуртская Республика) по подготовке медицинских кадров высшей квалификации, указаны юридическая база и практическая значимость проводимых работ.

Ключевые слова: медицинские кадры; подготовка

Yu. V. Gorbunov¹, A. M. Korepanov¹, A. E. Shklyayev¹, P. I. Chetverikov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Faculty Therapy

²LLC «Sanatorium Uva», Udmurt Republic

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY AND SANATORIUM «UVA»: TRAINING OF HIGHLY QUALIFIED MEDICAL PROFESSIONALS

Gorbunov Yuriy Viktorovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 46-52-92, e-mail: 1rkb@udmnet.ru; **Korepanov Anatoliy Maximovich** — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; **Shklyayev Alexey Yevgenyevich** — Associate Professor Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; **Chetverikov Pyotr Ivanovich** — Head Doctor

The article analyzes of results of the joint activities of Izhevsk State Medical Academy and the sanatorium «Uva» (Udmurtia) to train highly qualified medical professionals. The legal framework and practical importance of the conducted work have been stated.

Key words: medical professionals; training

Удмуртская Республика богата природными лечебными факторами. Но ее уникальные лечебные ресурсы используются в недостаточной мере. Чрезвычайно актуальной была и остается проблема изучения действия на организм вновь обнаруженных запасов минеральных вод и лечебных грязей. На территории Удмуртии в поселке Ува выведена питьевая слабощелочная сульфатная натриево-кальциевая минеральная вода со стабильным химическим составом и большим суточным дебитом, а также лечебный рассол.

Более 25 лет кафедра факультетской терапии занимается изучением эффективности лечебных факторов санатория «Ува» при болезнях внутренних органов на основе хозяйственных договоров. Первый хозяйственный договор между Ижевским государственным медицинским

институтом и санаторием — «Разработка и научное обоснование методик лечебного применения питьевой сульфатно-натриево-кальциевой минеральной воды межколхозного санатория «Ува» Удмуртской АССР при хронических заболеваниях пищеварительной системы» был заключен в марте 1988 года. Юридической базой для его заключения были Приказ Министерства высшего и среднего специального образования СССР от 1 сентября 1987 года № 612 «Об утверждении положения о научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работах в высших учебных заведениях» и Постановление Президиума Российского республиканского объединения по строительству и эксплуатации межколхозных здравниц «Росколхозздравница» от 22 мар-

та 1988 года № 2 «О научно-практическом сотрудничестве межколхозного санатория «Ува» Удмуртской АССР с кафедрой факультетской терапии Ижевского медицинского института».

В связи с расширением применяемых в санатории лечебных факторов 5 января 2000 года был заключен новый договор между Ижевской государственной медицинской академией и ООО Санаторий «Ува» – «Научное обоснование и разработка методических рекомендаций лечебного применения питьевой минеральной воды «Увинская», хлоридного йодобромсодержащего сероводородного рассола и торфяной грязи при гастритах, гастродуоденитах, бескаменных холециститах, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, оперированном желудке, хронических пиелонефритах, диффузном токсическом зобе и хронических воспалительных гинекологических болезнях».

Необходимость дальнейшего совершенствования лечебных методик и расширения показаний к их применению обусловила заключение очередного договора № 677/01 от 31 мая 2005 года «Научное обоснование и разработка методических рекомендаций лечебного применения питьевой минеральной воды «Увинская», йодобромного сероводородного рассола и торфяной грязи при гастритах, дуоденитах, постваготомических расстройствах, синдроме раздраженного кишечника и сахарном диабете». В настоящее время выполняются работы по договору от 25 декабря 2013 года «Научное обоснование использования йодобромного сероводородного рассола в лечении эрозивных поражений гастродуоденальной зоны, дорсопатий с разработкой методических рекомендаций по его применению».

За годы существования договоров между академией и санаторием по их тематике выполнены и успешно защищены 4 докторских и 14 кандидатских диссертаций. В 1998 году Ю. В. Горбунов защитил докторскую диссертацию «Обоснование и эффективность применения Увинской минеральной воды (Удмуртия) при хроническом атрофическом гастрите с сопутствующей патологией билиарной системы и кишечника». В 2000 году ассистент кафедры факультетской терапии Э. С. Паутов защитил кандидатскую диссертацию «Морфологические изменения слизистой оболочки желудка в условиях воздействия Увинской минеральной воды (Удмуртия) (морфо-экспериментальное исследование)». В 2002 году защищены 3 кандидатские диссертации: главным врачом санатория «Ува» С. П. Субботиным – «Бальнеотерапия питьевой сульфатной натриево-кальциевой минеральной водой санатория «Ува» Удмуртской Республики больных хроническим гастродуоденитом»; аспирантом кафедры факультетской терапии Г. И. Абдуллиной – «Постхолецистэктомический синдром у пациентов в аспекте активного динамического наблюдения»; врачом-гастроэнтерологом Первой Республиканской клинической больницы М. А. Жуковой – «Опыт монотерапии больных бульбарными язвами СМТ-электрофорезом Увинской торфогрязи (Удмуртская Республика) в условиях дневного стационара».

В 2003 году защищены 2 кандидатские диссертации: врачом-иммунологом Первой Республиканской клинической больницы Н. Г. Чернышевой – «Обмен коллагена и гормональный гомеостаз как индикаторы репаративной регенерации дуоденальных язв» и аспирантом Л. М. Пискун – «Гастродуоденальные проявления диффузного токсического зоба в аспекте динамического наблюдения». В 2004 году аспирантом А. М. Филимоновым защищена кандидатская диссертация «Клинико-функциональная характеристика хронического бескаменного холецистита в аспекте динамического наблюдения». В 2005 году успешно прошла защита кандидатской диссертации аспиранта М. В. Старовойтовой «Эффективность применения СМТ-электрофореза торфогрязи санатория «Ува» при первичных хронических дуоденитах». В 2006 году защищены 2 кандидатские диссертации: аспирантом И. Г. Малаховой – «Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в отдаленном периоде после селективной проксимальной ваготомии» и ассистентом кафедры факультетской терапии В. Н. Колясевым – «Оценка эффективности СМТ-электрофореза хлоридного йодобромсодержащего сероводородного рассола санатория «Ува» при хронических гастритах». В 2008 году А. Е. Шкляев защитил докторскую диссертацию «Сравнительная оценка эффективности медикаментозного и немедикаментозного лечения гастроэнтерологических больных». В 2012 году ассистент кафедры факультетской терапии М. Д. Михайлова защитила кандидатскую диссертацию «Эффективность лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью СМТ-форезом хлоридного йодобромсодержащего рассола санатория «Ува».

Работа по изучению лечебного действия местных курортных факторов ведется несколькими кафедрами ИГМА. Так, в 2004 году аспирантом кафедры пропедевтики внутренних болезней А. Ю. Горбуновым (под руководством профессора Я. М. Вахрушева) защищена кандидатская диссертация, посвященная оценке эффективности применения минеральной воды «Увинская» при постгастрорезекционных синдромах, ассистентом кафедры акушерства и гинекологии В. Я. Наумовой (под руководством профессора М. И. Сабса) научно обоснован СМТ-электрофорез торфяной грязи санатория «Ува» при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов. Фундаментальная исследовательская работа по изучению питьевой бальнеотерапии минеральной водой «Увинская» у детей проведена профессором кафедры педиатрии Р. Н. Ямолдиновым (защищена докторская диссертация). В 2014 году ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней А. Ю. Горбунов успешно защитил докторскую диссертацию «Заболеваемость холелитиазом в Удмуртской Республике и клинико-патогенетическое обоснование консервативного лечения». В настоящее время в рамках научно-исследовательской работы по санаторию «Ува» на кафедре факультетской терапии ИГМА выполняются 2 кандидатских диссертации.

Многолетний труд ученых и практических врачей по научному обоснованию применения лечебных факторов санатория «Ува» по достоинству оценен Правительством и Президентом Удмуртской Республики. За работу «Медицинская и социально-экономическая эффективность лечения и реабилитации больных заболеваниями органов пищеварения в санатории «Ува»» коллектив ученых Ижевской государственной медицинской академии и врачей санатория награжден Государственной премией Уд-

муртской Республики в области науки и техники за 2002 год.

Тесное сотрудничество санатория «Ува» с Ижевской государственной медицинской академией позволяет совершенствовать применяемые методики лечения с использованием местных курортных факторов. Высокий методический уровень проводимых исследований создает базу для подготовки научных и врачебных кадров высшей квалификации, организации новых структурных подразделений санатория.

УДК 378.661:372.857:371.279.7:371.261

Н. Н. Чучкова, Н. Е. Морозова, Н. В. Кормилина

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра биологии с экологией

РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Чучкова Наталья Николаевна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел. 8 (3412) 91-82-87, e-mail: biologya@igma.udm.ru; **Морозова Наталия Евгеньевна** — доцент кафедры кандидат биологических наук; **Кормилина Наталья Владимировна** — старший преподаватель кандидат биологических наук

Обобщен опыт использования 100-балльной шкалы оценки рейтинга студентов на кафедре биологии.

Ключевые слова: учебный процесс; оценивание знаний; рейтинговая система; поощрительные баллы

N. N. Chuchkova, N. E. Morozova, N. V. Kormilina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Biology and Ecology

RATING SYSTEM OF ASSESSING STUDENTS' KNOWLEDGE

Chuchkva Natalia Nikolayevna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 918287, e-mail: biologya@igma.udm.ru; **Morozova Natalia Yevgenyevna** — Associate Professor Candidate of Biological Sciences; **Kormilina Natalia Vladimirovna** — Senior lecturer Candidate of Biological Sciences

The authors summerised the experience of using a 100-point scale for assessment of students' achievement at the Department of biology.

Key words: educational process; knowledge assessment; rating system; encouraging points

Рейтинговая характеристика знаний студентов — система, предусматривающая переход от констатирующего к накопительному статусу баллов, что позволяет более объективно подходить к оцениванию успеваемости и успешности студента. Традиционная система балльных оценок как итог на экзаменах не всегда отражает качественное изменение знаний студента в процессе обучения, фиксируя в ней лишь результат учебного процесса, который порой может зависеть от субъективных факторов. Накопление баллов, предусматриваемое в течение обучения в семестре/семестрах, учебном году, побуждает студентов не только штурмом осваивать материал к итоговому промежуточному контролю (экзамену), но стабильно и целенаправленно работать на результат в течение всего времени, отведенного на изучение конкретной дисциплины.

Еще одним важным фактором, стимулирующим учебную деятельность, является информационная открытость системы оценивания знаний, что даёт возможность студентам сопоставлять результаты своей деятельности с результатами сокурсников. Четко обозначенные позиции плюсовых или минусовых

баллов дают возможность заранее предполагать возможный итоговый результат и, если необходимо, возможность его повышения.

Необходимым условием рейтинговой системы является ее многобалльность. Мы использовали 100-балльный вариант подсчета результатов, из которых 50 баллов (максимум) отводится на оценку текущей успеваемости в течение учебного года (2 семестра), и еще 50 (максимум) — на экзамен по дисциплине.

Оценка текущей успеваемости за год складывается из 2 составляющих. Первое: вычисляется средний балл за год. К среднему баллу (по 4-балльной системе), согласно положению о рейтинговой системе в ИГМА, добавляются поощрительные баллы. Например, за доклад на научном кружке — 0,2 балла, за призовой доклад на итоговой конференции — 0,4 балла, за публикацию тезисов по теме доклада — 0,1 балл. Также добавляются баллы за успешность освоения учебного процесса.

Рейтинг понижается за 25% неудовлетворительных оценок (-0,2 балла), за четыре и более пропусков

занятий по неуважительной причине (-0,3 балла), четыре и более пропусков лекций по неуважительной причине (-0,3 балла), за первый уровень предэкзаменационного тестирования (-0,1 балла).

Минимальное количество баллов, с которыми студент допускается для сдачи экзамена, – 2,5 (или 25 по 100-балльной шкале). Ниже этого уровня студент к экзамену не допускается. Максимальное количество набранных баллов за семестр – 50 – может быть достигнуто не только за счет успешной успеваемости (например, средний балл 5,0), но и поощрительными баллами.

На экзамене принята система перевода рейтинга в действующую четырехуровневую шкалу оценки (отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно): до 56 баллов – неудовлетворительно; 56–74 балла – удовлетворительно; 75–84 балла – хорошо; 85–100 баллов – отлично. Установленные интервалы позволяют более точно оценивать успехи студентов, и отличные знания, за которые преподаватель проставляет, например, 100 баллов, являются по существу превосходными, в то время как знания, оцененные 90 баллами, – более скромными.

Мы сравнили значения рейтинга в группах лечебного и педиатрического факультетов до и после экзамена (табл.).

Корреляция между баллами до экзамена и после него прямая сильная достоверная: – 0,796. Сравнение баллов по предмету, полученных студентами в 2011/12 учебном году (до применения данной системы оценивания знаний), показало корреляцию средней силы (0,456) и большой разброс баллов по группам. С уровнями ответов на Федеральном экзамене в сфере профессионального образования (ФЭПО) корреляция оказалась слабой: 4-й уровень до экзамена – 0,323, после – 0,475; 3-й уровень до экзамена – 0,513, после – 0,271; 2-й и 1-й уровень – отрицательные показатели.

УДК:378.661:614.253.5:378.048.2

Г. М. Злобина, В. К. Гасников, Е. А. Кудрина

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ ФАКУЛЬТЕТА ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ИНТЕРНАТУРЕ

Злобина Галина Максимовна – профессор кафедры доктор медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 72-92-96, e-mail: igma45@mail.ru; **Гасников Владимир Константинович** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Кудрина Елена Аркадьевна** – профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент

Российская система медицинского образования осваивает новый опыт построения и реализации программы профессионального образования. Интернатура по специальности «Управление сестринской деятельностью» является завершающим этапом высшего сестринского образования. Качественная организация учебного процесса обеспечивает подготовку компетентного специалиста в области управления сестринскими службами медицинских организаций любой формы собственности, способствует профессиональному и личностному росту специалиста, повышает ответственность за результаты своего труда.

Ключевые слова: стандарт; программа; инновационные технологии обучения; компетентный специалист

Средние значения рейтинга в группах в 2014–15 уч. году

№ группы	Средний балл/рейтинг до экзамена	Средний балл после экзамена	Уровень обученности по ФЭПО-экзамену (% студентов)			
			4-й	3-й	2-й	1-й
Лечебный факультет						
101	2,9/29	3,2	27	27	27	19
103	3,3/33	3,6	50	38	12	0
105	3,0/30	3,1	15	31	35	19
107	3,3/33	3,3	48	36	12	4
109	2,9/29	3,1	27	23	35	15
111	3,2/32	3,6	58	33	9	0
113	3,3/33	3,4	25	46	21	8
115	3,0/30	3,0	56	40	4	0
117	3,2/32	3,4	52	32	12	4
119	3,3/33	3,6	50	36	9	5
121	3,2/32	3,4	56	20	16	8
Педиатрический факультет						
101	3,3/33	3,3	36	27	27	9
103	3,0/30	3,0	9	39	44	8
105	3,2/32	3,2	43	39	17	0
107	2,9/29	2,9	22	22	39	17
109	2,9/29	3,1	67	17	16	0

Вывод. 100-балльный вариант подсчета результатов успеваемости в течение учебного года и на экзамене является более точным и отражает работу студента в течение всего периода обучения. Такая рейтинговая система позволяет более объективно оценивать знания обучающихся, стимулирует их к началу научно-исследовательской работы, что развивает интерес к изучаемому предмету и дает возможность психологически перевести студентов из разряда пассивных зрителей и слушателей в разряд активных участников педагогического процесса.

G. M. Zlobina, V. K. Gasnikov, E. A. Kudrina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health, Economics and Health Service Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

ORGANIZATION OF POSTGRADUATE TRAINING IN INTERNSHIP AT THE FACULTY OF NURSING

Zlobina Galina Maksimovna – Professor Doctor of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 72-92-96, e-mail: igma45@mail.ru; **Gasnikov Vladimir Konstantvich** – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; **Kudrina Elena Arkadevna** – Professor Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

The Russian system of medical education is gaining experience in developing and implementing a new curriculum for university education. Internship in Nursing Management is the final stage of higher nursing education. High quality organization of the educational process provides training of competent professionals in management of nursing services of any health care institution, promotes their professional and personal development, increases the responsibility for the results of their work.

Key words: standard; program; innovative educational technologies; competent professional

Уровень социально-экономического развития общества, вхождение России в общеевропейское и мировое образовательное пространство, научно-технический прогресс вызывают необходимость подготовки конкурентоспособного специалиста [1]. Сегодня учебные заведения должны ориентироваться на подготовку выпускника, для которого характерно не только высокое профессиональное мастерство, но и социальная ответственность за качество труда [2, 3].

За годы реформирования здравоохранения российская система медицинского образования осваивает новый опыт построения и реализации программы сестринского образования. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта оно имеет многоуровневую структуру и завершается прохождением интернатуры по специальности.

Подготовка интернов по специальности «Управление сестринской деятельностью» на базе кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России началась с 2002 года.

В настоящее время на основании ряда нормативных документов [4,5,6] была разработана «Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования по специальности» объемом 2592 часа. Большая часть учебного времени выделена на практические блоки, такие как симуляционный курс и стажировка на рабочем месте, которая проходит на клинических базах академии, в медицинских организациях Минздрава Удмуртской Республики и частных клиниках города Ижевска. Для реализации программы кафедра располагает учебно-методической документацией по всем разделам дисциплины, научной и учебной литературой для внеаудиторной работы, материально-технической базой, позволяющей использовать современные формы обучения.

В соответствии с требованиями Федерального государственного стандарта (ФГОС), обучение интерна складывается из аудиторной учебной работы: лекций, семинаров, практических занятий, самостоятельной подготовки, практической сестринской деятельности

в подразделениях и службах медицинских и медико-социальных учреждений.

Для обеспечения внеаудиторной работы, а она в соответствии с ФГОС составляет 18 часов в неделю, преподавателями кафедры были разработаны задания по самостоятельной менеджерской практике, которые позволяют реализовать квалификационные требования к знаниям, практическим умениям и навыкам специалиста по управлению.

Наряду с этим преподаватели кафедры ввели в практику обучения методику «портфолио». На этапе внедрения данной методики «портфолио» выполняло учебную функцию и содержало рефераты, подготовленные слушателями за весь период обучения в интернатуре. В настоящее время наибольший интерес у слушателей вызывают тематические или целевые «портфолио» такие как «Творческое портфолио», «Портфолио презентация», «Тематическое портфолио», «Научное портфолио». Все «портфолио» (53 работы) были представлены на сертификационном экзамене и получили положительную оценку членов государственной аттестационной комиссии.

Результаты изучения мнения слушателей интернатуры показали, что работа над созданием своей «папки достижений», а именно так архитекторы эпохи возрождения называли «портфолио», позволяет «формировать интерес к изучению курса», «побуждает к поиску и изучению внепрограммного учебного материала, «способствует личностному росту», «позволяет быть успешным в обучении», соответственно 95,2; 76,2; 82,3; 99,4 из 100 опрошенных. При разработке Научного портфолио у большинства слушателей (76,9 из 100 опрошенных) появилось желание к внедрению в практику новых организационных моделей управления сестринскими службами медицинских организаций.

Современная дидактика нам предлагает широкий арсенал педагогических технологий [7], наиболее интересными из них являются технологии, активизирующие учебную деятельность, в частности – деловая игра. При разработке деловых игр нами учитывается не только внутриспредметный, но межпредметный характер задания, что требует от слушателя глубоких профессиональных знаний и уме-

ний с подключением креативного и абстрактного мышления. Большая часть занятий с использованием игр проходит в разделе симуляционного курса. На занятиях мы используем следующие виды игр: «анализ конкретных профессиональных ситуаций», «разыгрывание ролей», «полномасштабная учебная игра». Последний вид игры готовит слушателей к практической части итоговой аттестации, где им необходимо принять управленческое решение в условиях гипотетически возможной производственной ситуации.

Использование инновационных технологий, формирование мотивов к профессиональному и личностному росту позволили на протяжении ряда лет получать положительные результаты обучения. По данным мониторинга, базовые знания обучающихся ежегодно возрастают с 63,0% до 92,0%, а средний показатель по итоговой аттестации стабильно удерживается на уровне 4,8 балла.

Наряду с реализацией требований ФГОС во время учебного процесса слушателям интернатуры создаются условия для реализации интеллектуального и творческого потенциала через организацию и проведение учебно-исследовательских работ. Выпускниками интернатуры подготовлена 121 исследовательская работа, часть которых завершилась выполнением кандидатских диссертаций. По результатам научных исследований подготовлена 1 монография, 5 учебно-методических пособий, в том числе 2 с грифом УМО, 7 информационно-методических писем, получено 7 свидетельств об интеллектуальной собственности, опубликовано более 100 научных статей из них 18 в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией.

Таким образом, интернатура по специальности «Управление сестринской деятельностью» дает возможность высшему сестринскому образованию быть завершенным, формирует новую ресурсную систему обеспечения медицинских организаций специалистами, готовыми к осуществлению управленческой деятельности в современных социально-экономических

условиях при сохранении их качественной определенности и практической направленности. Применение методик, активизирующих учебную деятельность, дало возможность для раскрытия когнитивного и креативного потенциала выпускников факультета высшего сестринского образования, а выполнение слушателями интернатуры научных исследований позволяет формировать специалиста новой формации, в соответствии с требованиями Европейского бюро по сестринскому делу Всемирной организации здравоохранения.

За время существования интернатуры региональное здравоохранение пополнилось 121 руководителем сестринских служб новой формации, а в ряды научного сообщества вошло 5 кандидатов медицинских наук.

Список литературы:

1. Глобализация образования: компетенции и системы кредитов / под общ. ред. проф. Ю.Б. Рубина. – М.: ООО «Маркет ДС Корпорейшен», 2005.
2. Давыдов, Ю.С. Болонский процесс и российские реалии / Ю.С. Давыдов. – М., 2004.
3. Ключевые компетентности и образовательный стандарт: доклад / А.В. Хуторской. – Центр «Эйдос». – Режим доступа: www.indos.ru/news/compet.htm. e-mail: info@indos.ru.
4. О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования: письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. № 1476 н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)».
6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011–2015 годы».
7. Семушина, Л.Г. Содержание и технологии обучения в средних специальных учебных заведениях/Л.Г. Семушина, Н.Г. Ярошенко. – М.: Мастерство, 2001.

УДК:616-089.5:378.661:371.26

Э. П. Сорокин¹, К. А. Данилова², С. В. Пономарев¹, Е. В. Шиляева³

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ» Удмуртская Республика

¹Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

²Центр практических умений

³БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ»

Сорокин Эдуард Павлович — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, e-mail: er.sorokin@yandex.ru, тел. 8 (3412) 66-58-33; Данилова Ксения Александровна — директор кандидат медицинских наук; Пономарев Сергей Вячеславович — аспирант кафедры; Шиляева Елена Викторовна — врач анестезиолог-реаниматолог

Вследствие активного развития медицинской науки и повышения требований к профессиональным знаниям и умениям врачей потребовалось усовершенствование метода контроля результатов обучения практическим навыкам. С этой целью были разработаны оценочные шкалы освоения компетенции.

Ключевые слова: оценочные шкалы; практические навыки; сердечно-легочная реанимация

E. P. Sorokin¹, K. A. Danilova², S. V. Ponomarev¹, E. V. Shilyaeva³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Surgical Diseases of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Centre for Practical Skills

³Municipal Clinical Hospital № 9, Izhevsk

EXPERIENCE OF USING ASSESSMENT SCALES TO CONTROL PRACTICAL SKILLS IN ANAESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION

Sorokin Eduard Pavlovich — Associate Professor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 426063, Izhevsk, ul. Promyshlennaya, 52, tel.: 8 (3412) 66-58-33; e-mail: ep.sorokin@yandex.ru; **Danilova Xenia Alexandrovna** — Director Candidate of Medical Sciences; **Ponomarev Sergey Vyacheslavovich** — Postgraduate; **Shilyaeva Elena Viktorovna** — Anesthesiologist, Resuscitation specialist

Due to rapid development of medical science and tightening requirements for doctors' professional knowledge and skills it has become necessary to improve the method of controlling the results of learning practical skills. For this purpose we developed assessment scales of competence acquisition.

Key words: assessment scales; practical skills; cardio-pulmonary resuscitation

Медицинская наука и техника развиваются и совершенствуются, предъявляя все возрастающие требования к специалистам. Относительно молодой раздел медицинских знаний — анестезиология-реаниматология — стремительно развивается, и каждое последующее поколение анестезиологов перед началом профессиональной практики осваивает все больше теоретических знаний и практических навыков, не забывая и о классических манипуляциях. Большая роль отводится симуляционному обучению в центрах практических умений. Необходимо также совершенствование методов оценки качества знаний и практических навыков как будущих врачей, так и действующих специалистов.

В 2014 году был издан Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1044 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)». В созданную на основе этого образовательного стандарта основную образовательную программу высшего образования для контроля и оценки знаний и умений, получаемых на курсе симуляционного обучения были включены специально разработанные оценочные шкалы.

Данные шкалы были разработаны для объективизации оценки конкретного практического навыка и своевременного выявления этапов, на которых он усвоен недостаточно полно, для их дальнейшего совершенствования.

Цель исследования: определить возможности оценочных шкал для контроля и совершенствования практических навыков интернов по специальности «Анестезиология-реаниматология».

Материалы и методы исследования. Оценочная шкала представляет собой таблицу, содержащую основные этапы выполнения какого-либо навыка. Каждый этап оценивается отдельно, а результат заносится в соответствующую графу. Выделено три графы: этап выполнен неправильно, этап выполнен частично правильно, этап выполнен правильно. Оценка отлично выставляется в случае, когда все отметки находятся в третьей графе. Результат оценивается как хороший, когда две отметки находятся во второй графе, остальные — в третьей. Если во второй графе находятся три и более отметок, а остальные — в третьей, но при этом

отсутствуют в первой, то результат оценивается как удовлетворительный. Неудовлетворительным признается результат, когда одна и более отметок находятся в первой графе, без учета количества отметок в других графах. На данный момент разработаны оценочные шкалы по следующим практическим навыкам: сердечно-легочная реанимация, реанимационные мероприятия с использованием дефибриллятора, спинномозговая анестезия, эпидуральная анестезия, интубация трахеи, катетеризация подключичной вены, катетеризация внутренней яремной вены, коникотомия, установка назогастрального зонда, определение ЦВД.

В 2014/15 учебном году на базе кафедры хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП Ижевской государственной медицинской академии проходили обучение 14 интернов по специальности «Анестезиология и реаниматология». Освоение практических навыков с использованием оценочных шкал рассматривалось при промежуточной аттестации в феврале 2015 года и перед итоговой аттестацией в июне 2015 года.

Статистический анализ выполнен с использованием пакета программ *Excel 7.0*. При проведении исследования были соблюдены основные принципы биомедицинской этики.

Результаты исследования и их обсуждение. Для анализа взяты результаты обучения навыкам сердечно-легочной реанимации. В ходе промежуточной итоговой аттестации данный практический навык был оценен у всех 14 интернов. Согласно оценочной шкалы оценку «неудовлетворительно» получили 8 (57,1%) обучающихся. Основная ошибка, приведшая к неудовлетворительному результату, допущена на первом этапе — обеспечение безопасности себе и пострадавшему (4 (28,6%) интерна), 2 (14,3%) интерна не оценили состояние пострадавшего, по 1 (7,1%) — не смогли обеспечить проходимость дыхательных путей и правильную компрессию грудной клетки. 2 (14,3%) интерна получили оценку «удовлетворительно», 4 (28,6%) — оценку «хорошо». Наиболее частые ошибки, совершенные интернами, были использованы при их обучении в течение последующего семестра. А затем перед итоговой аттестацией в июне 2015 года снова была проведена оценка освоения навыков сердечно-легочной реанимации тех же 14 ин-

тернов. При повторной оценке неудовлетворительных результатов выявлено не было. 10 (71,4%) интернов получили оценку «отлично», не допустив ни одной значимой ошибки. Еще 4 (28,6%) – оценку «хорошо», допустив лишь по одной отметке во второй графе.

Вывод. Использование оценочных шкал способствует своевременному выявлению и устранению недочетов при обучении практическим навыкам, усовершенствованию учебного процесса, а также объективизации оценки умений и навыков как интернов и ординаторов, так и практических врачей.

УДК: 616.9-039.1-058:338.124.4

V. K. Gasnikov, I. A. Shevyakova, K. V. Gasnikov

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская республика
Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПОВ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА НА НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гасников Владимир Константинович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 72-92-96, e-mail: igma45@mail.ru; **Шевякова Ирина Александровна** – старший преподаватель кафедры кандидат медицинских наук; **Гасников Константин Владимирович** – кандидат медицинских наук

Дан анализ динамики первичной заболеваемости некоторыми социально значимыми болезнями в УР и РФ и влияния на неё этапов социально-экономического кризиса.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, социально значимые болезни, кризис

V. K. Gasnikov, I. A. Shevyakova, K. V. Gasnikov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health, Economics and Health Service Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

INFLUENCE OF DIFFERENT STAGES OF SOCIAL AND ECONOMIC CRISIS ON SOME SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES

Gasnikov Vladimir Konstantinovich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 72-92-96, e-mail: igma45@mail.ru; **Shevyakova Irina Aleksandrovna** – Senior lecturer Candidate of Medical Sciences; **Gasnikov Konstantin Vladimirovich** – Candidate of Medical Sciences

The article analyzes the dynamics of primary morbidity of certain socially significant diseases in the Udmurt Republic and in the Russian Federation as well as the influence of stages of social and economic crisis on this dynamics.

Key words: primary morbidity; socially significant diseases; crisis

Меры, реализованные в последние годы в соответствии с концепциями социально-экономического и демографического развития страны приоритетным национальным проектом «Здоровье», программой модернизации здравоохранения, государственной программой РФ «Развитие здравоохранения» на 2013–2020 гг., позволили улучшить состояние здоровья населения. Вместе с тем, негативные тенденции в динамике здоровья жителей страны нельзя считать преодолёнными. Так, в настоящее время общий коэффициент смертности все еще выше докризисных показателей; на высоком уровне – в трудоспособных возрастах, а депопуляция этой категории населения в последние годы продолжается. При исследовании этих процессов в долгосрочной динамике была выявлена выраженная оперативная реакция смертности населения на социально-экономические преобразования, причем отрицательная – на негативные кризисы и положительная – на позитивные [1].

Цель исследования: проанализировать динамику первичной заболеваемости некоторыми социаль-

Список литературы:

1. Применение симуляционных методик обучения в подготовке врачей-стоматологов / К. А. Данилова [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 2. – С. 14–17.
2. Симуляционное обучение по анестезиологии и реаниматологии / сост. М. Д. Горшков; ред. В. В. Мороз, Е. А. Евдокимов. – М.: ГЭОТАР-Медиа: РОСМЕД, 2014. – 312 с.
3. Учебно-методическая работа на курсе анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП / Э. П. Сорокин [и др.] // Актуальные вопросы хирургии. – Ижевск, 2013.

но значимыми болезнями в Удмуртской Республике и Российской Федерации за 1985–2013 годы и ее реакцию на различные этапы социально-экономического кризиса. В качестве объекта исследования выбраны сифилис, активный туберкулез и злокачественные новообразования (ЗНО), как наиболее распространенные из числа включенных Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 года № 715 в перечень социально значимых заболеваний. Группа сравнения – первичная заболеваемость населения в целом. Исследование проводилось с использованием официальных статистических данных, опубликованных в сборниках Росстата [3], ЦНИИОиЗ МЗ РФ [4], а также в государственных докладах о состоянии здоровья населения УР с 1993 по 2013 год [2].

В качестве критерия для оценки степени реакции использовался темп прироста заболеваемости на различных этапах демографического и социально-экономического кризиса. При этом кризис рассматривался не в узком понимании этого слова как резкое ухудшение какого-либо явления, а в широком толковании как

крутой перелом развития любого процесса, как в положительную, так и в отрицательную сторону. Так, социально-экономические преобразования в стране сопровождались демографическим кризисом, который в своем развитии прошел следующие этапы:

- 1985–1988 годы – позитивный демографический кризис;
- 1990–2013 годы – негативный демографический кризис, в т. ч.:
 - 1990–1994 годы – развитие;
 - 1995–1998 годы – частичное разрешение;
 - 1999–2003 годы – обострение;
 - 2004–2013 годы – относительное разрешение и стабилизация.

Позитивный демографический кризис в 1985 году развился после предпринятых политических и со-

Темпы прироста первичной заболеваемости в целом и по некоторым социально значимым болезням по основным этапам демографического кризиса РФ и УР с 1985 по 2013 г.

Показатель и единицы измерения	Территория	Темп прироста			
		1990/1985	1996/1990	2013/2003	2013/1990
Сифилис (на 100000 населения)	РФ	-44,9%	+49,0 раз	-69,7%	+5,4 раза
	УР	-17,9%	+191,0 раз	-67,0%	+20,2 раза
Активный туберкулез (на 100000 населения)	РФ	-24,3%	+2,0 раза	-24,2%	+1,8 раза
	УР	-34,2%	+1,7 раз	-29,9%	+36,4%
Злокачественные новообразования (на 100000 населения)	РФ	+6,6%	+8,9%	+17,0%	+41,3%
	УР	-4,1%	+27,0%	+32,8%	+1,9 раза
Первичная заболеваемость в целом (на 1000 населения)	РФ	н. с.	-0,4%	+6,9%	+22,9%
	УР	н. с.	+16,1%	+0,1%	+29,2%

Как следует из приведенных данных, за годы развития позитивного этапа демографического кризиса зарегистрирована положительная реакция распространенности сифилиса и активного туберкулеза. Так, в 1990 году по сравнению с 1985 годом первичная заболеваемость сифилисом в РФ снизилась на 44,9%, в УР – на 17,9%, а активным туберкулезом – на 24,3 и 34,2% соответственно. За это же время первичная заболеваемость ЗНО по РФ возросла на 6,6%, а в УР – снизилась на 4,1%. Изучить реакцию первичной заболеваемости в целом не представилось возможным, т. к. соответствующая учетная статистическая форма в стране была введена с 1988 года.

Этап развития негативного демографического кризиса сопровождался существенным ростом распространенности изучаемой патологии. Так, в 1996 году по сравнению с 1990 годом уровень первичной заболеваемости сифилисом увеличился по РФ в 49 раз, а по УР – в 191 раз; активным туберкулезом – в 2,0 и 1,7 раза, ЗНО – на 8,9 и 27,0% соответственно. Первичная заболеваемость за этот же период времени в РФ осталась практически на том же уровне, а в УР увеличилась на 16,1%.

Для периода относительного разрешения и стабилизации демографического кризиса в стране было характерно выраженное снижение первичной заболеваемости сифилисом и активным туберкулезом в 2013 году по сравнению с 2003 годом как в РФ, так и УР. При этом продолжалось увеличение распространенности злокачественных новообразований и первичной заболеваемости населения в целом.

циально-экономических мер, вселивших преобладающей части общества надежду на перспективу улучшения уровня и качества жизни в стране. Причинами резкого ухудшения демографической ситуации в стране в 1992 году послужил негативный социально-экономический кризис 1991 года. Постепенное разрешение и стабилизация негативного демографического кризиса в 2004–2013 годы обусловлено реализацией целенаправленных мер по социально-экономическому развитию страны [5]. Вышеуказанные этапы были взяты за основу для изучения реакции на них социально значимых заболеваний.

Темпы прироста первичной заболеваемости некоторыми социально значимыми болезнями по РФ и УР за отдельные периоды с 1985 по 2013 год представлены в таблице.

Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что уровень первичной заболеваемости как по изучаемой социально значимой патологии, так и населения в целом остался более высоким, чем в предкризисном 1990 году. Так, темп прироста за это время составил по сифилису в РФ – 5,4 раза, в УР – 20,2 раза; по туберкулезу – 1,8 раза и 36,4%; по ЗНО – 1,9 раза и 41,3%, в целом – 22,9 и 29,2% соответственно. Это свидетельствует о том, что резкое ухудшение здоровья населения страны зарегистрированное вследствие негативных социально-экономических преобразований конца 80-х – начала 90-х годов прошлого столетия не преодолено до сих пор.

Список литературы:

1. Гендерные и возрастные аспекты реакции смертности населения на социально-экономические кризисы / В. К. Гасников [и др.] // Медицинский альманах. – 2009. – № 3. – С. 9–12.
2. «Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики» за 1993–2013 гг.
3. Здравоохранение в России: статистические сборники Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.
4. Медико-демографические показатели РФ: статистические справочники с 1990 по 2013 г. ЦНИИОиЗ МЗ РФ. – Режим доступа: <http://www.mednet.ru/>.
5. Трансформация различий смертности мужского и женского населения на разных этапах развития современного российского демографического кризиса / В. К. Гасников [и др.] // Медицинский альманах. – 2013. – № 5 (2 а). – С. 10–13.

УДК 378.661:372.8:611

Л. И. Растегаева, Н. Е. Сабельников, Е. А. Козырева, А. В. Сахалдинова

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра анатомии человека

РОЛЬ КАФЕДРЫ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Растегаева Любовь Ивановна — заведующий кафедрой доктор биологических наук, профессор; 426053, г. Ижевск, ул. Ворошилова, д. 23, кв.28; (3412) 463474; **Сабельников Николай Евгеньевич** — доцент кафедры доктор медицинских наук; **Козырева Екатерина Анатольевна** — ассистент кафедры; **Сахалдинова Александра Владимировна** — ассистент кафедры

В статье рассматриваются вопросы преподавания студентам 1-го и 2-го курсов всех факультетов анатомии и возможное улучшение подготовки такового в связи с переходом на программы ФГОС-3 и ФГОС ВО.

Ключевые слова: анатомия человека; методы преподавания

L. I. Rastegayeva, N. E. Sabelnikov, E. A. Kozyreva, A. V. Sakhaldinova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Human Anatomy

ROLE OF THE DEPARTMENT OF HUMAN ANATOMY IN MEDICAL TRAINING

Rastegayeva Lyubov Ivanovna — Head of the Department Doctor of Biological Sciences, Professor; 426053, Izhevsk, ul. Voroshilova, 28-23, phone: (3412) 463474; **Sabelnikov Nikolai Evgenievich** — Associate Professor Doctor of Medical Sciences; **Kozyreva Ekaterina Anatolyevna** — Lecturer; **Sakhaldinova Aleksandra Vladimirovna** — Lecturer

This article analyzes the questions of teaching human anatomy to the 1st and 2nd-year students of all faculties and the possibilities of improving it due to the transition to new Federal educational standards of higher education.

Key words: human anatomy; teaching methods

В нашей стране уделяется большое внимание вопросам подготовки медицинских кадров. Чтобы стать специалистом в этой области, будущему врачу необходимо пройти ряд образовательных этапов:

1 – довузовский (подготовительные курсы, специализированные лицеи с медико-биологическим уклоном, медицинские и фармакологические колледжи), 2 – додипломный (высшие медицинские и фармацевтические учебные заведения), 3 – послевузовский (ординатура, циклы повышения квалификации и т.д.) [1].

На первом этапе сотрудники кафедры анатомии работают непосредственно с профориентированными классами школ. Также активно осуществляют профориентационную работу во время проведения экскурсий в музей кафедры со школьниками и студентами колледжей Удмуртской Республики. В совокупности первые два этапа определяют мотивацию профессиональной направленности у школьников и специалистов среднего звена в их желании стать высококвалифицированным специалистом в избранной профессии, «гиппократовское» отношение к будущим пациентам и, в конечном итоге, определяют развитие медицины в стране. Первые шаги «профессиональной закладки» в медицинских вузах – освоение прикладных медицинских фундаментально базовых предметов и, согласно новым программам ФГОС-3 и ФГОС ВО, параллельное освоение первичных навыков медицинских манипуляций на курсе Центра практических умений, терапевтической и сестринской практик.

При освоении морфологических дисциплин студенты сталкиваются с рядом проблем, обус-

ловленных спецификой изучаемого материала, направленного на понимание их профессионально прикладного значения, что в значительной степени отличается от школьного курса этих же предметов. Одним из таких предметов является анатомия человека. В настоящее время ставится вопрос о значении анатомии в образовательном процессе вузов медицинского профиля, объема программы и времени его обучения. Согласно ФГОС-3 и ФГОС ВО, при оставшейся прежней программе подготовки значительно сокращены сроки изучения данного предмета, что усложняет процесс обучения и создаёт определённые трудности в его усвоении.

Учитывая вышесказанное, на базе ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» на кафедре анатомии человека осуществляется современный подход к дисциплине будущего врача.

Как и прежде на кафедре предусмотрено профильное изучение материала по факультетам (лечебный, педиатрический, стоматологический). На каждом факультете более подробно рассматриваются вопросы будущей профессиональной деятельности согласно утвержденной программы обучения. На факультетах внимание обучающихся нацеливается на углублённое изучение источников развития, аномалий и вариантов нормы отдельных органов и систем тела человека, что позволяет формировать у студента умение объяснять возможные причины анатомической патологии новорожденных с учётом патогенно влияющих эндо- и экзогенных факторов в анамнезе. Наглядно это демонстрируется на влажных препаратах в учебных залах с использованием препаратов музея кафедры.

Одной из причин подобных отклонений от нормы в развитии организма человека является, как известно, антисоциальный образ жизни (алкоголизм, токсикомания, наркомания). В связи с этим специалист со студенческой скамьи зная особенности развития, критические периоды пренатального онтогенеза, может в будущем активно заниматься профилактической работой с целью предотвращения такового. На современном этапе социального развития общества актуальность данного вопроса неоспорима, так как в настоящее время число студентов, употребляющих табачные изделия, спайсы, смеси для кальянов, алкогольсодержащие напитки, растёт. Поэтому студенты с первых курсов должны вести здоровый образ жизни и активно вовлекаться в пропаганду здорового образа жизни среди сверстников.

Сокращение времени академического пребывания студентов на кафедре привело к необходимости пересмотра специфики преподавания. Согласно межкафедральных протоколов, сокращено детализированное изучение всех систем организма человека. Для каждой из них разрабатываются учебные комплексы по изучению наиболее важных анатомических образований. Обсуждение таких вопросов проводится на кафедральных заседаниях. Подобный подход к изучению предмета предотвращает повторение материала, изучаемого на других базовых кафедрах. Одновременно упрощается процесс освоения учебного материала на нашей кафедре. На клинических дисциплинах это дает возможность и сокращает время для понимания необходимых морфо-функциональных процессов. Такой подход к изучению предмета, на наш взгляд, вполне оправдан, в связи с недостатком понимания выбора у студентов первых курсов будущей специализации в медицине.

В связи с этим, более результативным является блоковое или модульное межкафедральное обучение. Оно должно предусматривать одновременное изучение одних и тех же тем на всех морфологических кафедрах. Подобный подход способствовал бы более глубокому пониманию прикладной значимости изучаемого материала и упрощению его усвоения. Напротив, разрыв во времени изучения дисциплины на кафедре не позволяет формировать целостное представление о макро-, микростроении, функции и возможных причинах её нарушения. Более парадоксальным в этом плане, согласно новой программы ФГОС-3, является опережающий фактор предметного изучения на отдельных факультетах функционального проявления органов и систем организма на живом человеке (нормальная физиология) без изучения строения органов и тканей на соответствующих кафедрах. Кроме этого исключение фиксированного зачёта по анатомии человека привело к значительному увеличению числа студентов, не допущенных к первому этапу экзамена.

Однако, несмотря на подобные трудности сотрудники прилагают определённые усилия для качественной подготовки студентов – выпускников кафедры. Как известно, не может быть положительного результата процесса обучения без разумного целенаправленного руководства со стороны преподавателя и активного, сознательного участия в этом студента. В связи с этим для мотивированно прикладного изучения анатомии человека на кафедре используются разнообразные методы преподавания. В частности, наряду с классическим (рассказ преподавателя, демонстрация отдельно изолированного влажного препарата, обучения топографической ориентированности на трупе и проверка усвоения материала) используются методы проблемного обучения. При этом внутри группы создаются микрогруппы, между которыми предполагаются соревновательные моменты в обсуждении вопросов как по пройденным, так и по новым темам [1,2].

Началом формирования клинического мышления на кафедре является, как мы считаем, решение на занятиях ситуационных задач, стимулирующих познавательный интерес к предмету и избранной профессии. Такая методика проводится также между микрогруппами. Причём по ходу выполнения поставленной цели студенты должны манипулировать знаниями материала всего предмета (в конце курса обучения) или предыдущих занятий и семестров в течение всего курса обучения. Положительным моментом такого подхода по решению поставленной проблемы и усвоению тем является поочередное выступление студентов от каждой микрогруппы. Это приводит к сплочению коллектива, умению «болеть» друг за друга, развивает способность у студента выступать на аудитории, умение формулировать и высказывать своё мнение. Таким образом, анализируется и обсуждается командная работа, подчёркивается активность или пассивность, взаимовыручка в группе. Каждый из студентов учится успешно выполнять поставленную задачу в начале курса при поддержке коллег, затем самостоятельно.

Аналогичный результат демонстрирует коллегиальное решение тестов во время занятия. Кроме этого используется персональное участие отдельного студента в постановке вопроса для всей группы или ее фронтальный опрос по теме, способствующие снятию «страха» перед предметом. Эффективность подобной работы преподавателя со студентом развивает их мышление, концентрацию внимания, формирует долговременную память. Все вспомогательные материалы для освоения дисциплины (методические пособия по каждой теме, тестовые задания, экзаменационные вопросы, ситуационные задачи) выдаются студентам с первых занятий на кафедре. Высокий уровень академической подготовленности по нашему предмету значительно облегчает выход студентов

на клинические кафедры и способствует осознанию необходимости анатомических знаний для этого. Поэтому изречения профессора Е. О. Мухина: «Врач не анатом не только бесполезен, но и вреден», а также профессора В. Н. Тонкова: «Путь в хирургическую клинику лежит через анатомический зал» до настоящего времени не потеряли своей актуальности.

Кафедра анатомии человека как отдельное подразделение общего коллектива ГБОУ ВПО ИГМА, участвуя в подготовке высококвалифицированного специалиста, может успешно реализовать эту непростую задачу только в совокупности вертикальных и горизонтальных взаимосвязей со всеми другими подразделениями ВУЗа, для чего продолжается сотрудничество как с морфологическими, так и с клиническими кафедрами.

Список литературы:

1. **Луцай, Е. Д.** Пути решения проблемы преемственности преподавания дисциплины «Анатомия» в связи с внедрением федеральных государственных стандартов третьего поколения по специальности «лечебное дело» /Е. Д. Луцай, Л. М. Железняк, Э. Н. Галеева//Иновационные технологии преподавания морфологических дисциплин: сборник. – Уфа: БГМУ, 2012. – Вып. 1. – С. 65–70.
2. Новые технологии в преподавании фундаментальных и клинических дисциплин в медицинском вузе: материалы Всероссийской учебно-методической конференции, посвящённой 60-летию юбилею ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия МЗ РФ» / под ред. проф. Г. В. Брюхина. – Челябинск, 2004. – 96 с.
3. Современные подходы к организации учебного процесса на кафедре анатомии человека /И. В. Гайворонский [и др.]// Журнал теоретической и практической медицины. – 2010. – Т. 8. – С. 292–294.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

CLINICAL MEDICINE

УДК 616.36-008.51-073.43

И. И. Желудова¹, М. И. Слобожанин²

¹БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

²ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Желудова Ирина Игоревна — заведующая отделением лучевой диагностики кандидат медицинских наук; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: +7 (3412) 664340, e-mail: zakaz@gkb9.izh.ru; **Слобожанин Михаил Иванович** — доцент кафедры кандидат медицинских наук

Проведен анализ причин возникновения синдрома механической желтухи у пациентов ГКБ № 9 г. Ижевска; представлены высокоинформативные методы диагностики, определена роль ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике печеночной и подпеченочной желтух.

Ключевые слова: механическая желтуха; диагностика; ультразвуковое исследование

I. I. Zheludova¹, M. I. Slobozhanin²

¹Municipal Clinical Hospital № 9, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Surgical Diseases with a Course in Anaesthesiology
and Resuscitation of the Faculty of Advanced Training for Doctors

ROLE OF ULTRASOUND IN DIAGNOSING OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Zheludova Irina Igorevna — Head of the Department of Radiologic Diagnostics Candidate of Medical Sciences; 426063, Izhevsk, ul. Promyshlennaya, 52, phone: +7 (3412) 664340; e-mail: zakaz@gkb9.izh.ru; **Slobozhanin Mikhail Ivanovich** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences

The article analyzes the causes of the syndrome of obstructive jaundice in the patients of Izhevsk Municipal Clinical Hospital No. 9. Highly diagnostic methods are presented; the role of ultrasound in differential diagnosis of hepatocellular and obstructive jaundices is established.

Key words: obstructive jaundice; diagnostics; ultrasound

Механическая желтуха (МЖ) — синдром и осложнение патологических процессов, нарушающих отток желчи на различных уровнях желчевыводящих протоков. Проблема диагностики и лечения заболеваний, вызывающих механическую желтуху, актуальна как для хирургов, так и для врачей других специальностей. Это связано с тем обстоятельством, что частота болезней, сопровождающихся желтухой вообще и механической в частности, не имеет тенденции к снижению. В настоящее время причины механической желтухи изучены достаточно хорошо. По этиологическому принципу они могут быть объединены в несколько основных групп: пороки развития, доброкачественные заболевания желчных путей, воспалительные заболевания, опу-

холи, стриктуры магистральных желчных протоков, развивающиеся в результате операций и травм.

Наиболее частые причины МЖ — желчнокаменная болезнь (29,2%), злокачественные опухоли (67,3%). В группе больных до 30 лет преобладает желчнокаменная болезнь; среди пациентов 30–40 лет частота опухолей и желчнокаменной болезни одинаковая. В возрасте старше 40 лет преобладают опухоли. Опухолевая обструкция желчных путей преобладает у лиц мужского пола (54,4%). Клинически желтуху выявляют при содержании билирубина в сыворотке выше 1,5 мг% (26 ммоль/л). Прогрессирующие дистрофические изменения гепатоцитов приводят к их некрозу. Создаются предпосылки к развитию билиарного цирроза пе-

чени. В условиях холестаза возникает воспалительный процесс в желчных путях – холангит, усугубляемый вторичным иммунодефицитом, поэтому необходимо своевременно распознать структурные и функциональные изменения печени и желчных протоков [1].

Диагностика механической желтухи основана на данных анамнеза, клинической картины и инструментальных методов обследования. Применяются неинвазивные и инвазивные методы исследования. К неинвазивным относятся лабораторная и ультразвуковая диагностика, спиральная компьютерная томография (СКТ), магнито-резонансная холангиография. К инвазивным – чрескожная чреспечёночная холангиография, эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХПГ), интраоперационная холедохоскопия, интраоперационная холецисто- и холангиография. Однако полной удовлетворенности существующими методиками нет.

Синдромный диагноз механической желтухи включает 2 основополагающих момента: подтверждение обтурационного характера желтухи и определение конкретной причины нарушения проходимости желчевыводящих путей.

Одним из первых, наряду с лабораторной диагностикой, проводится ультразвуковое исследование. Важнейшие достоинства метода: скрининговый характер, неинвазивность, отсутствие осложнений; возможность использования при любой степени тяжести состояния пациента и во время беременности; одновременная оценка состояния желчных протоков и других анатомических структур (печени, поджелудочной железы, забрюшинного пространства); возможность ультразвукового наведения при пункционных методах декомпрессии и биопсии; объективный выбор метода декомпрессии желчевыводящих путей [2].

Материалы и методы исследования. За 2013–2014 годы в хирургическом отделении БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР пролечено 235 пациентов с признаками механической желтухи. Возраст больных колебался от 41 до 75 лет. Ультразвуковое исследование проводилось в приемном покое при поступлении и в динамике при госпитализации в отделение. У стационарных пациентов сканирование осуществлялось натощак – при голодном промежутке от 6 до 10 часов. Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах *SONOSCAPEEX 6-PRO*, *ZONARE*. Использовались стандартные настройки параметров, которые частично корректировались в процессе исследования в зависимости от анатомо-конституциональных особенностей конкретного пациента.

Результаты исследования и их обсуждение. Причиной билиарной гипертензии у 8 (3,4%) больных послужила компрессия холедоха извне: киста поджелудочной железы диагностирована у 2 пациентов, лимфоаденопатия в воротах печени – у 1, опухолевые процессы в проекции головки поджелудочной железы – у 5, холедохолитиаз с различным уровнем локализации конкрементов – у 219, протяженная стриктура холедоха – у 8. Для уточнения диагноза в 29 случаях

применялась ЭРХПГ, в 21 случае – СКТ. Для устранения МЖ и патологического процесса 121 больному проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, 8 пациентам – стентирование холедоха, 98 больным – эндолитоэкстракция без рассечения сфинктера большого дуоденального сосочка. При проведении УЗИ ложноположительных случаев диагностики холестаза не было. Ложноотрицательные случаи составили 1,7% (4 случая) и, по нашему мнению, были обусловлены проведением УЗИ до наступления клинически значимой дилатации билиарных структур.

В зависимости от того, на каком уровне было расположено препятствие току желчи, выявлялись разные УЗ-признаки билиарной гипертензии.

1. Препятствие в супрапанкреатической части холедоха: большой желчный пузырь, расширение долевого протока (левого и правого), расширение внутрипеченочных желчных протоков – так называемые ультразвуковые симптомы «двухстволки» или «симптом звездочки», нижние части протоковой системы не изменены.

2. Препятствие в ретродуоденальной части холедоха: большой желчный пузырь, расширение долевого протока (левого и правого), расширение внутрипеченочных желчных ходов, расширение супрапанкреатической части холедоха.

3. Препятствие в интрапанкреатической части холедоха: большой желчный пузырь, расширение долевого протока (левого и правого), расширение внутрипеченочных желчных ходов, расширение всего холедоха, возможна реакция со стороны головки поджелудочной железы – отек, псевдотуморозная форма воспаления.

4. Препятствие в фатеровом соске: большой желчный пузырь, расширение долевого протока (левого и правого), расширение внутрипеченочных желчных ходов, расширение всего холедоха, расширение протока поджелудочной железы (вирсунгов проток). При этом размеры поджелудочной железы не изменены.

Однако при наличии метеоризма или при осмотре пациента без подготовки у 50 (21,3%) больных были пропущены признаки холедохолитиаза, для выявления которых проводились различные рентгеновские исследования (СКТ, ЭРХПГ).

Таким образом, УЗИ играет роль отсеивающего фактора в дифференциальной диагностике печеночной и подпеченочной желтухи и должно выполняться первым из инструментальных методов исследования. При этом необходимо помнить о том, что наряду с высокой чувствительностью метода при выявлении билиарной гипертензии, имеется низкая чувствительность исследования при выявлении холедохолитиаза и объемной патологии в проекции головки поджелудочной железы.

Список литературы:

1. Галеев, М. А. Желчнокаменная болезнь и холецистит / М. А. Галеев, В. М. Тимербулатов. – М.: МЕДпрессинформ, 2001–238 с.
2. Хирургические болезни / под ред. М. И. Кузина. – М.: Медицина, 2002. – 664 с.

УДК:616.33/.34-002.446-08:615.838

А. Е. Шкляев¹, А. Г. Бессонов³, Ю. В. Горбунов¹, А. М. Корепанов¹, П. И. Четвериков⁴, Е. Л. Баженов²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра факультетской терапии

²Кафедра патологической анатомии

³БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», гастроэнтерологическое отделение, г. Ижевск

⁴ООО «Санаторий Ува», Удмуртская Республика

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СМТ-ФОРЕЗА СЕРОВОДОРОДНОГО ЙОДОБРОМНОГО РАССОЛА САНАТОРИЯ «УВА» У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЭРОЗИЯМИ

Шкляев Алексей Евгеньевич — доцент кафедры доктор медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, телефон 8-3412-66-38-89, e-mail: shklyaevaleksey@gmail.com; **Бессонов Алексей Геннадьевич** — заведующий отделением; **Горбунов Юрий Викторович** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Корепанов Анатолий Максимович** — профессор кафедры доктор медицинских наук; **Четвериков Петр Иванович** — главный врач; **Баженов Евгений Леонидович** — доцент кафедры кандидат медицинских наук

Обследовано 142 пациента с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны, установлена высокая клиническая эффективность СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» (по данным ближайших и отдаленных результатов).

Ключевые слова: эрозии желудка; лечение; отдаленные результаты

A. E. Shklyayev¹, A. G. Bessonov³, Yu. V. Gorbunov¹, A. M. Korepanov¹, P. I. Chetverikov⁴, E. L. Bazhenov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Faculty Therapy

²Department of Pathological Anatomy

³Republic Clinical Hospital № 1, Gastroenterology Department, Izhevsk

⁴LLS Sanatorium «Uva», Udmurt Republic

LONG-TERM RESULTS OF SMT-PHORESIS OF HYDROSULFURIC BROMINE-IODINE SALINE OF SANATORIUM «UVA» IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL EROSIONS

Shklyayev Alexey Yevgenyevich — Associate Professor Doctor of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 66-38-89, e-mail: shklyaevaleksey@gmail.com; **Bessonov Alexey Gennadyevich** — Head of the Department; **Gorbunov Yuriy Victorovich** — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; **Korepanov Anatoliy Maximovich** — Professor Doctor of Medical Sciences; **Chetverikov Pyotr Ivanovich** — Head Doctor; **Bazhenov Yevgeniy Leonidovich** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences

142 patients with erosive gastroduodenal lesions were examined. High clinical efficacy of SMT-phoresis of hydrosulfuric bromine-iodine saline of sanatorium «Uva» (according to the immediate and long-term results) was established.

Key words: erosion of the stomach; treatment; long-term results.

Актуальной проблемой современной гастроэнтерологии является рост частоты эрозивных поражений желудка. За период с 2004 по 2010 год в РФ отмечено увеличение общей и первичной заболеваемости гастритами с 2148,5 до 2476,7 на 100 тыс. взрослого населения. Общая заболеваемость гастритами в Удмуртской Республике в 2010 году среди взрослого населения составила 3434,0 [2]. Число больных с острыми эрозиями желудочно-кишечного тракта также продолжает увеличиваться [5].

По результатам современных исследований при локализации эрозий в желудке контаминация слизистой оболочки *Helicobacter pylori* (*Hp*) составляет 66,0–85,0% [1, 3]. Недостаточная эффективность существующих методов лечения диктует необходимость поиска новых подходов к терапии эрозивных поражений гастродуоденальной зоны [4].

Цель исследования: оценка отдаленных результатов СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» при *Hp*-положительных эрозивных поражениях желудка.

Материал и методы исследования. Проведено углубленное обследование 142 больных обоего пола с эрозивными поражениями желудка в возрасте от 18 до 60 (в среднем 42,3±1,5 года). Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия. Инфицированность *Helicobacter pylori* оценивали уреазным и морфологическим методами, кислотопродукцию — интрагастральной *pH*-метрией. Результаты специальных исследований сравнивались с данными контрольной группы (20 практически здоровых лиц).

Все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и тяжести заболевания. Группа наблюдения (50 пациентов в фазе обострения заболевания) получала стандартную антихеликобактерную терапию (омепразол, амоксициллин, кларитромицин) и СМТ-форез сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» по щадящей методике (выпрямленный режим, сила тока до легкой вибрации, время экспозиции 10 мин ежедневно, 10–12 процедур на курс лечения ежедневно). Группа сравнения была разделена на две подгруппы: первую составили 62 па-

циента, получавших стандартную эрадикационную терапию; вторую – 30 пациентов, получавших эрадикационную терапию и синусоидальные модулированные токи (СМТ) на эпигастральную область.

Результаты исследования и их обсуждение. Длительность заболевания у обследованных варьировала от 1 года до 28 лет (у 65,5% – до 5,0 лет).

В процессе СМТ-бальнеотерапии в группе наблюдения болевой синдром в эпигастральной области купировался у всех больных. Уменьшение болевого синдрома происходило на 3,4±0,4 день от начала терапии, исчезновение – на 5,9±0,4 день. Уменьшение болевого синдрома в подгруппах сравнения происходило на 3,8±0,3 и 4,4±0,6 день ($p>0,05$), соответственно. Полное купирование болевого синдрома у них произошло на 6,5±0,5 и 7,1±0,4 день, соответственно ($p>0,05$). СМТ-бальнеотерапия оказала столь же существенное влияние на динамику диспепсических проявлений.

Исходно снижение кислотообразующей функции желудка было у 11,3% больных, повышение – у 81,7%, нормаацидность – у 7,0%. Курсовая бальнеотерапия СМТ-форезом лечебного рассола привела к оптимизации кислотопродукции.

В группе наблюдения удалось добиться эпителизации эрозий в 86,0±2,1% случаев, в подгруппах сравнения – в 59,7±1,7 и 63,3±2,2%, соответственно.

По окончании курса терапии в группе наблюдения уровень эрадикации *Hp* был выше – 92,0±3,8%, чем при изолированной антихеликобактерной терапии – 85,5±4,5% ($p>0,05$), и при её сочетании с СМТ – 86,7±6,2% ($p>0,05$).

Для оценки отдаленных результатов лечения повторно через 12 месяцев было обследовано 25 больных группы наблюдения, 21 и 14 – групп сравнения.

Частота клинических обострений заболевания отмечена в 12,0; 14,3 и 14,3% случаев. При эндоскопическом исследовании эрозии выявлены у 8,0; 9,6 и 7,1% пациентов, соответственно.

Исследование динамики базального уровня *pH* в теле желудка через год демонстрировало возврат кислотопродукции у больных с гиперацидностью к исходному уровню, что свидетельствует о необходимости повторных курсов антисекреторной и СМТ-бальнеотерапии (табл.).

Динамика базального *pH* в теле желудка у больных группы наблюдения ($M\pm m$)

Состояние базальной кислотопродукции	Период исследования		
	До лечения	После лечения	Через 12 мес.
Гипоацидность	3,5±0,1	3,3±0,1	3,4±0,1
Нормаацидность	1,9±0,1	2,2±0,3	2,0±0,2
Гиперацидность	1,2±0,1	3,2±0,1*	1,4±0,1**

Примечание: * – достоверные изменения по отношению к результатам до лечения ($p<0,05$); ** – достоверные изменения по отношению к результатам сразу после лечения ($p<0,05$).

Вывод. Включение СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» в комплексную терапию больных с *Hp*-позитивными эрозивными поражениями желудка повышает эффективность лечения как по данным ближайших, так и отдаленных наблюдений.

Положительная динамика клинической и эндоскопической картины при эрозивных поражениях желудка связана с оптимизацией желудочной кислотопродукции и эрадикацией *Helicobacter pylori*.

Для профилактики обострений хронического гастрита с эрозиями показаны повторные курсы СМТ-бальнеотерапии через 1 год.

Список литературы:

1. **Абдулхаков, Р.А.** Резистентность *Helicobacter pylori* к препаратам, используемым в схемах эрадикационной терапии, и распространенность резистентных штаммов / Р.А. Абдулхаков, С.Р. Абдулхаков // Практическая медицина. – 2006. – № 4 (18). – С. 7–10.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2010 году. – Ижевск, 2011.
3. **Маев, И.В.** Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / И.В. Маев // Терапевтический архив. – 2006. – № 2. – С. 10–15.
4. СМТ-бальнеотерапия при желудочно-кишечной патологии / А.Е. Шкляев [и др.] // Актуальные вопросы грязелечения и бальнеофизиотерапии: монография. – Пермь, 2006. – С. 241–255.
5. Уровень медицинской активности и гигиенической грамотности больных эрозивным гастритом / Е.Ю. Шкатова [и др.] // Медицинский альманах. – 2008. – № 2 (2). – С. 61–62.

УДК 618. 146-006. 6-036. 82-085: 615. 357

Т.А. Прокопьева¹, В.М. Напольских¹, Е.Е. Горбунова²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ» Удмуртская Республика

¹Кафедра онкологии

²Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНОТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫМ РАКОМ

Прокопьева Татьяна Александровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426034, ул. Труда, 3, тел. 8 (3412) 66-64-65, e-mail: onco-52 yandex.ru; Напольских Владимир Михайлович – заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, профессор; Горбунова Елена Евгеньевна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук

Изучено качество жизни 40 пациенток с постовариоэктомическим синдромом после специального лечения цервикально-го рака до и в процессе гормональной реабилитации. Исследование при помощи опросника EORTCQLQ-30 позволило получить информацию об индивидуальной реакции на болезнь и проводимую терапию.

Ключевые слова: качество жизни; цервикальный рак; менопаузальная гормонотерапия

T. A. Prokopieva¹, V. M. Napolskykh¹, E. E. Gorbunova²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Oncology

²Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Advanced Training for Doctors

QUALITY OF LIFE AS AN EFFICIENCY CRITERION OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN REHABILITATION PROGRAM OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

Prokopieva Tatyana Alexandrovna – Associate Professor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, ul. Truda, 3, phone: 8 (3412) 66-64-65, e-mail: onco-52@yandex.ru; **Napolskykh Vladimir Mikhailovich** – Head of the Department Candidate of Medical Sciences, Professor; **Gorbunova Elena Evgenyevna** – Lecturer Candidate of Medical Sciences

The quality of life of 60 patients with postovariectomy syndrome after special treatment of cervical cancer before and in the course of hormonal rehabilitation was studied. The research by means of EORTCQLQ-30 questionnaire made it possible to get information on personal response to the disease and treatment provided.

Key words: quality of life; cervical cancer; menopausal hormone therapy

В последние десятилетия наблюдается значительный прогресс в лечении злокачественных новообразований с направлением усилий не только на увеличение продолжительности жизни больных, но и на улучшение ее качества. На конференции Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) в 1990 году постулировано, что качество жизни (КЖ) является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный опухолевый ответ. При этом именно оценка больного в большей степени коррелирует с выживаемостью. В ряде работ доказано, что разработка реабилитационных программ для онкологических больных, перенесших хирургическое или лучевое лечение, во многом опирается на данные о динамике их КЖ в ранние и отдаленные сроки после специального лечения, но в практической деятельности это используется недостаточно [1,2,3].

Цель исследования: оценка КЖ больных цервикальным раком в процессе реабилитационной гормонотерапии постовариоэктомического синдрома (ПОЭС).

Материалы и методы исследования. В исследование включено 26 больных цервикальным раком Ib, IIa стадий (FIGO, 2003), получивших стандартное лечение по радикальной программе (расширенная экстирпация матки с придатками по Вертгейму (Пивер III) с включением лучевого компонента) в Республиканском клиническом онкологическом диспансере в 2010–2013 годы. Больные находились в позднем репродуктивном периоде и периоде менопаузального перехода, средний возраст – 42,5±1,2 года. У всех пациенток диагностирован плоскоклеточный рак. Давность специального лечения колебалась от 1 до 2 лет и была сопряжена с длительным восстановительным периодом, различными видами осложнений и последующей инвалидизацией женщин. Одна из причин – нарушение гормонального гомеостаза в связи с ПОЭС, проявляющимся повышенным уровнем ней-

ровегетативных, тревожно-депрессивных и метаболических расстройств. В ходе исследования оценивались реабилитационные мероприятия, основным компонентом которых была менопаузальная гормональная терапия (МГТ) тиболоном 2,5 мг в течение 6 месяцев.

Опросник оценки качества жизни EORTCQLQ-30 (*Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer*), посредством которого мы проводили исследование, отвечал критериям надежности, обоснованности и реализуемости [3,4]. Теоретическая концепция, положенная в основу опросника, состоит в том, что КЖ является многомерной интегрированной характеристикой жизни человека. У заболевшего таким тяжелым недугом, как рак, некоторые параметры КЖ приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать и измерить. На основании субъективной оценки КЖ, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: специфичность к раку, многомерность в структуре (т.е. наличие шкал, характеризующих КЖ), возможность заполнения самим больным, применимость в различных культурах. Современная версия 2 EORTCQLQ-C30 включает 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное функционирование), шкалу симптоматики (слабость, боль, тошнота/рвота, шкалы общего состояния здоровья) и нескольких одиночных пунктов (одышка, снижение аппетита, нарушение сна, понос, запоры), а также шкалу «финансовые затруднения». Для простоты интерпретации данных они линейно трансформируются в шкалу, включающую от 0 до 100 единиц. Для функциональных шкал и для шкалы общего состояния здоровья более высокие показатели соответствуют более высокому уровню функциональной активности и КЖ, а для симптома-

тических шкал более высокая оценка соответствует большей выраженности симптома.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с определением средних величин, ошибки репрезентативности и коэффициента Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что после специального лечения больных наиболее беспокоила утомляемость (64,1±3,2), боль (43,7±2,4), страдало общее состояние здоровья (56,2±2,8), ролевое функционирование (50,4±2,9 единиц). Наименее значимыми были изменения со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита (27,1±2,1), тошнота/рвота (21,2±1,2), запоры (67,6±3,1), понос (19,3±1,8) и социальное функционирование (63,2±3,1 единиц). На фоне МГТ наблюдалось улучшение всех функциональных характеристик, приблизившихся к 70–80 баллам, но более положительная динамика прослеживалась со стороны значимых для больных характеристик (утомляемость, нарушение сна, боль, ролевое функционирование, физическое функционирование, общее состояние здоровья).

Характеристика элементов функционирования и профиль симптомов у больных цервикальным раком на фоне МГТ представлены на рис. 1 и 2.

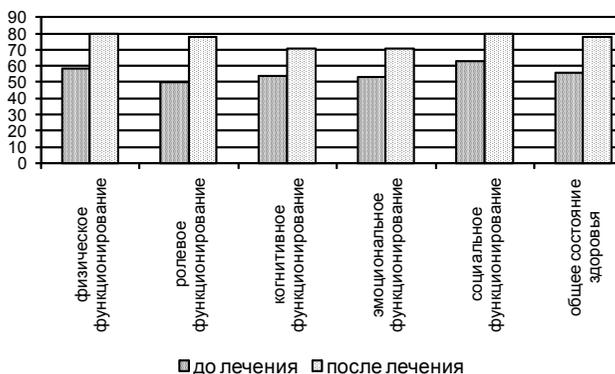


Рис. 1. Характеристика элементов функционирования у больных цервикальным раком на фоне МГТ (баллы).



Рис. 2. Профиль выраженности симптомов у больных цервикальным раком на фоне МГТ (баллы).

Вывод. Исследование КЖ открыло новые возможности описания и измерения многоплановых функциональных нарушений у больных цервикальным раком после специального лечения. Исследование показало, что для этих пациенток большое значение имеет ощущение своего жизненного благополучия не только в физическом, но также в психологическом и социальном смысле. Изучение КЖ больной до начала и в процессе гормонотерапии позволило получить информацию об эффективности проводимой терапии, индивидуальной реакции на болезнь, а также прогноз в плане выбора дальнейших реабилитационных мероприятий. Программу реабилитации для этих больных следует рассматривать как комплекс мероприятий, направленных на улучшение их КЖ.

Список литературы:

1. Качественные характеристики жизни у молодых больных раком шейки матки после радикального лечения / Е. А. Ульрих [и др.] // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 1 (25). – С. 18–22.
2. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – Изд. 2-е. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
3. The eortic quality of life questionnaire QLQ-C30 (Version 3.0). Validation study for Spanish prostate cancer patients / J. I. Arraras Urdaniz [et al.] // Arch. Esp. Urol. – 2008. – 61. – 8 (949–954).
4. Baze, C. The impact of cervical cancer on quality of life: a personal account / C. Baze, B. J. Monk, T. J. Herzog // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol. 109. – P. 12–14.

УДК 616.12-008.331.1-06:616.12-005.4-085:615.22

Е. Ю. Шкатова¹, И. Н. Бакшаев^{1,2}, С. Г. Логинова²

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

²ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 18 Федеральной службы исполнения наказаний России», г. Ижевск

К ОБОСНОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шкатова Елена Юрьевна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281, e-mail: army@igma.udm.ru; Бакшаев Илья Николаевич — аспирант кафедры; Логинова Светлана Геннадьевна — начальник

В статье предложен метод определения потребности в лекарственных препаратах, назначаемых осужденным и лицам, содержащимся под стражей с артериальной гипертонией, сочетанной с ишемической болезнью сердца на основе анализа лекарственного обеспечения пациентов в пенитенциарных учреждениях Удмуртской Республики.

Ключевые слова: пенитенциарная медицина; артериальная гипертония; ишемическая болезнь сердца; осужденные; государственные закупки; медикаменты

E.Yu. Shkatova¹, I. N. Bakshaev^{1,2}, S. G. Loginova²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

²Medical Institution № 18 of Federal Penitentiary Service, Izhevsk

SUBSTANTIATION OF PROVISION OF MEDICINES FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH CORONARY HEART DISEASE

Shkatova Elena Yuryevna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences Associate Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, e-mail: army@igma.udm.ru; **Bakshaev Ilya Nikolayevich** – Postgraduate; **Loginova Svetlana Gennadyevna** – Head of the Institution

The article suggests a method of determining the needs for the drugs prescribed to convicts and people detained in custody having hypertension combined with coronary artery disease. The study is based on the analysis of provision of medicines for patients in penal institutions of the Udmurt Republic.

Key words: penitentiary medicine; arterial hypertension; coronary heart disease; convicts; public procurement; medical supplies

В течение последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в общей структуре причин смертности и инвалидизации. Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. В России около 40% населения имеют повышенный уровень артериального давления (АД). Вместе с тем, АГ – один из главных факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), которой болеет каждый пятый россиянин, при этом две трети пациентов с ИБС имеют в качестве сопутствующего диагноза АГ. Повышенное АД ускоряет прогрессирование атеросклеротических бляшек, которые, суживая просвет сосуда, увеличивают риск развития инфаркта миокарда, что требует особого подхода в выборе медикаментозной терапии. Развитие ССЗ приводит к огромному социально-экономическому ущербу за счет существенных расходов на лечение и реабилитацию больных. Организация мероприятий по медицинскому обеспечению данных больных должна быть основана на знании о распространенности, факторах риска, развития осложнений, на оценке потребности в различных видах лечебно-диагностической помощи и т.д. Необходимо адекватное лечение АГ и дифференцированный подход в оказании помощи в первую очередь на амбулаторно-поликлиническом этапе [1,3].

Эффективность функционирования системы здравоохранения определяется эффективностью использования её ресурсов. Если достижение намеченного результата в здравоохранении требует избыточного количества ресурсов либо возникает несоответствие между возможностями системы здравоохранения и недополучаемыми ресурсами, необходимыми для ее должного функционирования, это свидетельствует о структурных дефектах в организации. Анализ затраченных ресурсов и степени достижения результата в здравоохранении является основным средством выявления причин недостаточной эффективности системы на всех уровнях, ввиду чего основной проблемой становится нормирование всех аспектов функционирования системы здравоохранения, в т.ч. и потребностей в медикаментах.

Исследование обеспечения медицинских организаций медикаментами и изделиями медицинского

назначения показало отсутствие унифицированных подходов к формированию потребности и методологии определения потребности в ресурсах. В то же время при организации централизованных закупок работники бюджетных учреждений крайне редко получают возможность повлиять на приобретение медикаментов. Более чем в половине случаев объем заказа медицинских изделий в медицинских организациях определяется без утвержденных нормативов, что обусловлено недостаточным вниманием к проблемам анализа использования медикаментов и изделий медицинского назначения [2].

Цель исследования: дать обоснование расчета потребностей в лекарственных средствах для лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях Удмуртии, страдающих АГ и ИБС.

Материал и методы исследования. Проанализирована 61 медицинская карта пациента, получавшего лечение в больнице медико-санитарной части ФСИН России в Удмуртской Республике. Средний возраст больных АГ составил 55,0±8,9 года. Мужчин было 98,4%, женщин – 1,6%. Артериальная гипертензия 1 и 2 степени диагностирована у 13 пациентов, 3 – у 48. У всех больных АГ сочеталась с ИБС, которая протекала в форме стабильной стенокардии напряжения (СН) у 88,5±4,1%, аритмический вариант выявлен у 8,2±0,5%, сочетание аритмии и СН – у 3,3±0,6%. Постинфарктный кардиосклероз диагностирован у 45,9±6,4% пациентов. В структуре хронической сердечной недостаточности (ХСН) 1 степень установлена у 75,5±5,5%, 2А – у 18,0±4,9, 2Б – у 4,9±0,6%. Отсутствовала ХСН у 1,6±0,5% пациентов.

После сбора, проверки, группировки и сводки материала была проведена его статистическая обработка. Математический аппарат включал традиционные методики: вычисление относительных (P) и средних величин (M) с определением их ошибок ($\pm m$). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 6.0. В работе использованы методы логического анализа, анализа наблюдений, выкопировки данных, статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. Для лечения АГ, сочетанной с ИБС, на амбулаторном эта-

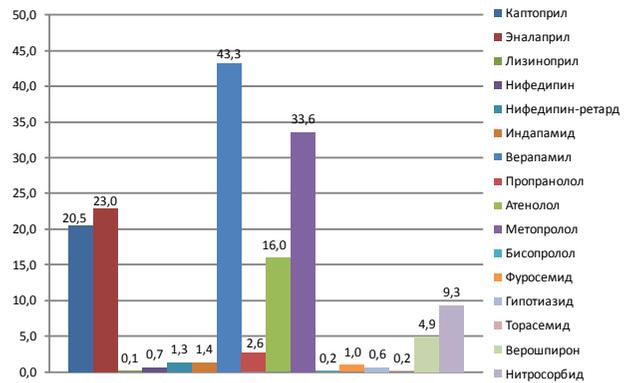
пе были использованы следующие группы препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы кальциевых каналов (БКК), бета-адреноблокаторы (БАБ), мочегонные препараты, нитраты, препараты калия и магния, антитромботические препараты. Из иАПФ препаратом выбора был эналаприл, назначавшийся 78,7±5,2% пациентов; каптоприл и лизиноприл получали 16,4±4,7 и 1,6±0,5% пациентов соответственно. Группа БКК включала в себя индапамид, назначаемый в 54,1±6,4%, верапамил – в 18,0±4,9%, нифедипин пролонгированного действия – в 6,5±0,6%, инифедипин – в 4,9±0,6% случаев. Препараты из группы БАБ представлены метопрололом, атенололом, пропранололом и бисопрололом – в 45,9±6,4; 24,6±5,5; 3,3±0,6 и 1,6±0,5% случаев соответственно. Из группы диуретиков назначали фуросемид, гипотиазид, торасемид по 3,3±0,6% случая каждый и верошпирон – в 4,9±0,6%. Нитраты (нитросорбид) назначались в 37,7±6,2% случаев, дигоксин – в 3,3±0,6%, антитромботические препараты (ацетилсалициловая кислота) – в 83,6±4,7%, препараты калия и магния рекомендованы принимать в течение года в 88,5±4,1% случаев.

Анализ режима дозирования рекомендованных препаратов для терапии АГ позволил определить их средние дозы (табл.) на одного пациента. Доза индапамида и ацетилсалициловой кислоты была стандартной – 5 и 125 мг соответственно. Препараты калия и магния рекомендовалось принимать курсами, суммарная длительность которых в год составляла 89,0±11,0 дней.

Средние дозы рекомендованных препаратов рассчитывались с учетом числа лиц, имеющих коморбидную патологию как сумма всех назначений определенного препарата, деленная на общее число лиц с данной патологией (рис.). Для ацетилсалициловой кислоты данная доза составляла 104,51 мг×сут/чел.

Средние дозы назначаемых лекарственных препаратов

Наименование препарата	Средняя рекомендованная доза, мг/сут
ИАПФ	
Каптоприл	125,00 ± 40,82
Эналаприл	29,17 ± 12,17
БКК	
Нифедипин	13,33 ± 5,77
Нифедипин-ретард	40,00 ± 28,28
Верапамил	240,00
БАБ	
Пропранолол	80,00
Атенолол	65,00 ± 26,39
Метопролол	73,21 ± 31,13
Диуретики	
Фуросемид	30,00 ± 14,14
Гипотиазид	18,75 ± 8,84
Торасемид	5,00
Верошпирон	100,00 ± 43,30
Прочие препараты	
Нитросорбид	24,78 ± 5,93



Средние дозы лекарственных препаратов на одного больного, прикрепленного к медицинской организации, мг/сут.

Одновременно были проанализированы комбинации лекарственных препаратов, назначаемых для терапии АГ в сочетании с ИБС:

Частота комбинированного назначения препаратов, %: эналаприл + индапамид + метопролол – 13,1; эналаприл + индапамид + метопролол + нитросорбид – 9,8; эналаприл + метопролол – 8,2; эналаприл + метопролол + нитросорбид – 4,9; эналаприл + индапамид + атенолол – 4,9; эналаприл + верапамил – 4,9; каптоприл + верапамил – 3,3; эналаприл + метопролол + гипотиазид – 3,3; каптоприл + индапамид + верапамил – 3,3; эналаприл + нифедипин + атенолол – 3,3; каптоприл + индапамид + метопролол + нитросорбид – 3,3; эналаприл + атенолол + нитросорбид – 1,6.

Для расчета потребности эналаприла определено количество человек, прикрепленных к медицинской организации учреждений исполнительной системы (УИС), страдающих АГ, в сочетании с ИБС, и плановый период, на который предполагается их обеспечение. В течение 2014 года на диспансерном учете состояло 78 человек с данной коморбидной патологией. Плановый период взяли равным календарному году (365 дней). Препаратом выбора был эналаприл. Расчет проводили по формуле:

$$X = A \times Mi \times Ni,$$

где X – количество таблеток; A – средняя доза препарата; Mi – количество человек; Ni – число дней.

$$23,0 \text{ мг/чел/день} \times 78 \text{ чел} \times 365 \text{ дней} = 654810 \text{ мг.}$$

Итого: 65481 таблеток по 10 мг или 3275 упаковок по 20 таблеток.

В большинстве случаев у лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях и находящихся на стационарном лечении с АГ, сочетанной с ИБС, диагностируется 3 степень АГ и ХСН I. Постинфарктный кардиосклероз – чаще у больных АГ 3 степени.

Препаратом выбора из иАПФ при назначении был эналаприл, из БКК – индапамид, из БАБ – метопролол, диуретиков – верошпирон. Наиболее частыми лекарственными комбинациями были: эналаприл + индапамид + метопролол; эналаприл + индапамид + метопролол + нитросорбид; эналаприл + метопролол; эналаприл + индапамид + атенолол + нитросорбид.

Эти данные позволили прогнозировать потребность в лекарственном обеспечении медицинской организации УИС. Для этого необходим расчет таких показателей как: период потребности; прогнозируемое число осужденных и лиц, содержащихся под стражей, содержащихся в учреждениях УИС с заболеванием АГ, сочетанной с ИБС; средняя доза препарата на одного больного для поддерживающей терапии. Период потребности определяется финансовыми возможностями медицинской организации и обычно составляет календарный год. Важным фактором является наличие соответствующей вместимости аптеки, а так же организация ее контрактной службы для закупки и хранения запаса медикаментов. Число обслуживаемого медицинской организацией населения, страдающего АГ в сочетании с ИБС, определяется по данным годового отчета.

Вывод. Таким образом, для расчета потребности в препаратах для поддерживающей терапии АГ в со-

четании с ИБС у лиц, находящихся в учреждениях УИС необходим расчет средних доз лекарственных средств, исходя из комбинаций назначаемых препаратов и числа лиц, нуждающихся в поддерживающей терапии при заданном периоде обслуживания.

Список литературы:

1. **Бокерия, Л. А.** Сердечно-сосудистые заболевания в поликлинической практике врачей терапевтов и кардиологов / Л. А. Бокерия, И. Н. Ступаков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7 (5). – С. 4–10.
2. **Новокрещенова, И. Г.** Технологии обеспечения лечебно-диагностического процесса медицинскими изделиями / И. Г. Новокрещенова, И. В. Новокрещенов, Л. М. Аранович // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 12. – С. 1384–1388.
3. **Шальнова, С. А.** Артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – 5 (2). – С. 73–80.

УДК 616.89-008-06:355.292.3

В. В. Латушкина, М. А. Матушкина

ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по УР», г. Ижевск

СОМАТИЗИРОВАННЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК АДАПТИВНЫЕ РЕАКЦИИ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ

Латушкина Вера Владимировна – врач-психиатр, 426035, г. Ижевск, ул. Серова, тел.: (3412) 45-19-08, e-mail: mschmvd5@udm.net; **Матушкина Мая Александровна** – врач-психиатр

Психическое здоровье участников локальных войн в условиях современной нестабильной международной обстановки имеет колоссальное значение. Нередко временные стрессовые воздействия на людей, привлеченных в конфликтные ситуации, являются фактором риска для возникновения соматической патологии.

Ключевые слова: адаптационные возможности; участники локальных войн; условия обитания; стрессовые ситуации; психические расстройства

V. V. Latushkina, M. A. Matushkina

Medical Institution of the Ministry of Internal Affairs of the Udmurt Republic, Izhevsk

SOMATIZED DISORDER AS AN ADAPTIVE REACTION OF PARTICIPANTS OF LOCAL CONFLICTS

Latushkina Vera Vladimirovna – Psychiatrist; 426035, Izhevsk, ul. Serova, phone: (3412) 45-19-08, e-mail: mschmvd5@udm.net; **Matushkina Maya Alexandrovna** – Psychiatrist

Mental health of participants in local wars in conditions of the current unstable international situation is of great importance. Temporary stress influences on the people involved in conflict situations are often a risk factor for the occurrence of somatic pathology.

Key words: adaptive capacity of participants in local wars; living conditions; stress, mental disorders

Проблема психического здоровья военнослужащих, участвующих в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах, является на сегодняшний день одной из самых актуальных для отечественной военной психиатрии, а психолого-психиатрические последствия боевой психической травмы, особенно в контексте медико-реабилитационных задач, – зона взаимного научного и практического интересов как гражданских, так и военных специалистов.

В отделений реабилитации МСЧ МВД Удмуртской Республики проходят медико-психологическую реабилитацию сотрудники полиции, возвращающиеся из служебных командировок из Северо-Кав-

казского региона. Стрессовое воздействие на военнослужащих отличается полифакторностью. Определяющее значение имеют факторы: витальной угрозы, необычные по силе и модальности впечатления, непривычные климато-географические условия, нарушение динамического стереотипа человека, связанного с изменением ритмичности и условий жизни, ограничиваются базовые потребности. Есть еще стрессы периодического действия – эпизоды сверхсильных психотравмирующих воздействий: гибель боевых друзей, вид трупов погибших, внезапный обстрел, применение боевого оружия [1, 2, 3].

Отсутствие фронта и тыла, партизанский характер войны, феномен « неясного врага», – создают

эмоциональный фон в виде ощущения постоянной опасности для жизни. Состояние боевого стресса в условиях театра военных действий переносит каждый. Возникая еще до прямого контакта с реальной витальной угрозой (со слов пациента – как только сели в автобус), боевой стресс продолжается вплоть до выхода из района боевых действий. Представляется крайне важным, что при ведении активных боевых действий не наблюдалось ожидаемого значительного увеличения случаев психической дезадаптации по сравнению с более спокойной ситуацией при обеспечении режима чрезвычайного положения. Благодаря стрессовому механизму закрепляется памятный след новых эмоционально – поведенческих навыков и стереотипов, первоначально значимых для сохранения жизни. Боевой стресс в то же время является состоянием дестабилизирующим, патологическим, ограничивающим функциональные резервы организма, увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности и стойких соматовегетативных дисфункций.

Готовых функциональных систем, эволюционно закрепившихся программ адаптации к боевым стрессорам не существует. Этим обуславливается преобладание в период срочной адаптации регрессивных, онтогенетически более ранних форм реагирования: соматовегетативных, психомоторных, элементарно-аффективных. Определяющее значение для возникновения реактивного состояния имеют характер и сила травмы с одной стороны, и конституциональные особенности с другой. Они возникают легче у лиц, ослабленных инфекциями, интоксикациями, черепно-мозговой травмой, предшествующими стрессами, длительной бессонницей, возрастом.

Цель исследования: выявить факторы риска развития заболеваний у участников локальных войн.

Материалы и методы исследования. Сотрудники полиции характеризуются высоким уровнем алекситимии, соматизацией аффекта. Алекситимия вероятно играет роль психосоматической защиты на высокий уровень тревожности. Вегетативная нервная система берет на себя удар при действии любого вредного фактора, поэтому у подавляющего большинства наших пациентов есть вегетативные нарушения: гипергидроз, головокружение, лабильность вазомоторов, неприятные ощущения в области сердца, одышка, преходящая артериальная гипертензия.

Были изучены 110 историй болезни и амбулаторные карты сотрудников полиции, вернувшихся из командировок на Северный Кавказ и проходивших восстановительное лечение в отделении реабилитации. Распределение по возрасту выглядело следующим образом: до 24 лет – 6%, 25–29 лет – 32%, 30–34 года – 26%, 35–39 лет – 22%, старше 40 лет – 14%. По воинскому званию: младший состав – 18%, офицерский состав – 78%, командный состав – 4%.

Имели высшее и незаконченное высшее образование 56%, среднее специальное образование – 33%, среднее – 11%.

В момент обследования 54% ветеранов имели собственные квартиры, свой дом – 8%, проживали у родственников – 11%, снимали квартиры – 13%, в общежитии – 12%.

На момент опроса считали свое здоровье хорошим 20% респондентов, остальные считали свое здоровье удовлетворительным.

Примерно две трети обследованных имели семьи (72%), 10% разведены, состоят в повторном браке – 10%, 8% – холостые.

При клинико-психологическом исследовании, проведенном путем анализа частотного распределения диагностических симптомов соматизированного расстройства, было выявлено, что с наибольшей частотой регистрировались симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы: колебание артериального давления – 93,6%, сердцебиение – 90,9%, неприятные ощущения в области сердца (покалывание, дискомфорт, тянущие боли) – 80,9%, головные боли – 60,8%.

На втором месте по частоте встречаемости – группа желудочно-кишечных симптомов. Наиболее часто среди симптомов регистрировались боли в животе (74,0%).

На третьем месте – группа болевых симптомов. С наибольшей частотой фиксировались боли в спине (87,2%), причем сами пациенты объясняли это тем, что приходилось подолгу носить тяжелые бронежилеты. В 64,4% случаев встречались боли в суставах конечностей.

Следующая группа – общеастенические симптомы: жалобы на общую слабость, снижение работоспособности («Не хочется идти на работу» – говорили пациенты), утомляемость, раздражительность (совершенно не переносили очереди на прием к специалистам), головные боли напряжения.

Проведенное обследование позволило выделить следующие разновидности соматизированного расстройства: сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, болевую, общеастеническую. Но встречались случаи фиксации у больного двух или трех диагностически значимых симптомов из разных групп, что позволило говорить о сочетанном типе соматизированного расстройства (62, 7%).

Терапевтическая программа для пациентов с соматизированными расстройствами носила комплексный характер. Она включала психофармакологические и психотерапевтические мероприятия. Для воздействия на тревогу использовался кратковременный курс (7–10 дней) препаратов с противотревожным действием: малые транквилизаторы и нейролептики, ноотропы с седативным действием.

Психотерапевтические мероприятия включали как индивидуальные методы воздействия: рациональная, динамическая психотерапия; так и группо-

вые методы: символдрама, трансперсональная психотерапия, телесно-ориентированная.

В результате лечения 92% пациентов отметили улучшение самочувствия, что подтвердилось результатами повторного психологического тестирования, у 100% сотрудников полиции наблюдалась положительная динамика.

Вывод. Таким образом, своевременная медико-психологическая коррекция способствует восстановлению функциональных резервов и предотвращению развития менее курательных состояний.

УДК:343.83:616-036.82 (470.51)

А. А. Бурт¹, С. Г. Логинова²

¹Филиал (г. Ижевск) ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России»

²ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 18 федеральной службы исполнения наказаний России», Ижевск

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Бурт Альбина Анасовна — старший научный сотрудник филиала кандидат медицинских наук, e-mail: albinaburt@mail.ru, г. Ижевск, ул Коммунаров, 216, тел. (3412) 63-19-38; **Логинова Светлана Геннадьевна** — начальник

Проведено исследование эффективности медико-психологической реабилитации сотрудников уголовно-исполнительной системы на примере УР.

Ключевые слова: психологическая диагностика, электрофизиологическое исследование, коррекция состояний

A. A. Burt¹, S. G. Loginova²

¹Izhevsk Branch of the Research Institute of Federal Penitentiary Service

²Medical Institution № 18 of Federal Penitentiary Service, Izhevsk

STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF CORRECTIONAL INSTITUTIONS STAFF IN THE UDMURT REPUBLIC

Burt Albina Anasovna — Senior Researcher Candidate of Medical Sciences; 426004, Izhevsk, ul. Kommunarov, 216, phone: 8 (3412) 63-19-38, e-mail: albinaburt@mail.ru; **Loginova Svetlana Gennadyevna** — Head of the Institution

The authors investigated the effectiveness of medical and psychological rehabilitation of correctional institutions staff in the Udmurt Republic

Key words: psychological diagnostics; electrophysiological study; correction of conditions

Сотрудникам уголовно-исполнительной системы (УИС) необходимо обладать следующими профессионально-психологическими качествами: способностью решать служебные задачи в условиях риска, опасности для жизни, готовностью к ситуации силового единоборства (применение оружия), повышенной ответственностью, способностью к интенсивной коммуникации, высокой психофизиологической выносливостью, способностью выдерживать длительное психо-эмоциональное напряжение, профессиональным мышлением, интеллектом (умение выдвигать обоснованные версии; принимать решения в условиях дефицита и неопределенности информации и времени). Все больше исследователей приходит к мнению о том, что сотрудники, работающие непосредственно с подозреваемыми, обвиняемыми, осужденными в режимной, оперативной, дежурной и иных службах и отделах, нуждаются в систематической медико-психологической диагностике и сопровождении.

Список литературы:

1. **Богушевская, Ю. В.** Клинико-динамические и терапевтические аспекты соматизированных расстройств: автореф. дис... канд. мед. наук / Ю. В. Богушевская. — М., 2007. — 25 с.
2. **Ковалев, Ю. В.** Аффект тревоги в структуре невротических жалоб / Ю. В. Матвеев // Психическое здоровье населения России: материалы Всерос. науч.-практич. конф. — Ижевск, 1994. — 76 с.
3. **Лесс, Ю. Э.** Типология генерализованного тревожного расстройства: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. Э. Лесс. — М., 2008. — 28 с.

В условиях хронического стресса у ряда сотрудников развиваются различные нарушения психического здоровья, которые 40 лет назад получили собственный термин «синдром эмоционального выгорания». Наряду с традиционным исследованием этого синдрома как психологического феномена остаются скрытыми многочисленные медицинские аспекты проблемы, которые требуют междисциплинарного, медико-психологического рассмотрения, как при разработке профилактических, так и лечебно-диагностических мероприятий [1].

Вопросы, поднятые на коллегии ФСИН России, состоявшейся 29 ноября 2012 года, вскрыли массу проблем, касающихся медико-социального обеспечения сотрудников. В первую очередь, это первичная и вторичная профилактика наиболее распространенных психосоматических заболеваний личного состава УИС. В связи с этим Управлением организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России предусмотрено проработать вопрос об организации проведе-

ния в рамках ежегодных профилактических осмотров психологических исследований сотрудников учреждений и органов УИС с целью выявления лиц, нуждающихся в медико-психологической реабилитации (на основании комплекса психометрических и клинических данных), а также организации и проведения медико-психологической реабилитации в порядке, предусмотренном Федеральным законом «О социальных гарантиях сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти».

Предвестником новшеств в нормотворческой деятельности силовых структур стал Приказ № 5 МВД России от 10 января 2012 года, который регламентирует проведение медико-психологической реабилитации сотрудников внутренних органов. В приказе четко прописаны показания для прохождения медико-психологической реабилитации, категории сотрудников, подлежащих реабилитации, что тесно перекликается с категориями риска уголовно-исполнительной системы. В приказе также оговаривается порядок проведения медико-психологической реабилитации. Несмотря на необходимость регламентирующих документов по проведению медико-психологической реабилитации (МПП) сотрудников уголовно-исполнительной системы, на сегодня в ФСИН России соответствующий нормативный акт отсутствует [2].

В ряде территориальных органов ФСИН России, в частности Удмуртской Республике, имеется передовой опыт по медико-психологической реабилитации сотрудников. Предусмотрено проведение ряда организационных мероприятий по выявлению с помощью психометрического тестирования и электрофизиологического обследования лиц, подлежащих медико-психологической реабилитации, из числа сотрудников территориального органа ФСИН России, и оказание психологической помощи, направленной на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенного состояния, личностного и социального статуса сотрудников УИС.

На первом этапе проводится скрининговая психологическая диагностика. К участию на первом этапе привлечены специалисты межрегионального отдела психологической работы УФСИН России по Удмуртской Республике и специалисты-психологи отделений психологического обеспечения учреждений территориального органа. Силами психологической службы проводится:

1) предварительная психологическая диагностика с выявлением у всех сотрудников параметров профессионального «выгорания», эмоционального истощения, утомления, хронического стресса (сплошное тестирование);

2) сбор информации о наличии у сотрудника психотравмирующих факторов, как в условиях выполнения служебных обязанностей, так и вне работы;

3) выделение группы внимания – сотрудников с пограничными или превышающими норму психологическими параметрами, а также сотрудников, подвергшихся воздействию психотравмирующего фактора;

4) фиксация итогов психологического обследования в карте здоровья.

Среди наиболее применимых методик психометрии с целью скрининга использовались:

1. Опросник профессиональное (эмоциональное) выгорание *MBI (Maslach Burnout Inventory)*;

2. Шкала депрессии Бека;

3. Опросник суицидального риска (ОСР) для оценки вероятности совершения человеком попытки самоубийства (по показаниям);

4. Опросник доминирующих психических состояний (по показаниям);

5. Методика инвентаризации симптомов стресса (по показаниям);

6. Дифференцированная оценка работоспособности (по показаниям).

На втором этапе лицам группы внимания проводилось электрофизиологическое исследование – анализ variability ритма сердца, в ходе которого выявлялись сотрудники с донозологическими и преморбидными состояниями, характеризующимися напряжением механизмов адаптации функциональных резервов или сниженными функциональными возможностями, с неудовлетворительной адаптацией к условиям окружающей среды. Проведение данного исследования возможно с привлечением врача функциональной диагностики Центра медико-социальной реабилитации медико-санитарной части территориального органа. Оценка возможности и риска развития различных неинфекционных заболеваний проводится с применением оригинальной методики, защищенной патентами Российской Федерации [3, 4]. В зависимости от выявленного типа вегетативной регуляции разработаны комплексы медико-реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику развития психосоматических расстройств.

Данные психологического тестирования и электрофизиологического обследования группы внимания направляются врачам-специалистам и психологам военно-врачебной комиссии, силами которых проводится профилактический осмотр с обязательным привлечением врача-психиатра. На основании комплексного заключения врачей военно-врачебной комиссии разрабатывается комплекс медицинских и психологических реабилитационных мероприятий для сотрудников, осуществляемый в учреждении, где проходит службу сотрудник, данные заносятся в разработанную карту здоровья.

В настоящее время проект начал реализовываться во всех учреждениях территориального органа согласно плану проведения профилактических осмотров. Итогом является заключение по группе здоровья сотрудника с учетом наиболее тяжелой имеющейся у него патологии или состояния.

Выносятся рекомендации по: освобождению от отдельных видов физической нагрузки при сдаче зачетов по физической подготовке; состоянию соматического и психического здоровья; санаторно-курортному лечению, а также направлению на консультации врачей-специалистов или на стационарное лечение.

По заключению комиссии совместно с психологами ВВК разрабатывается индивидуальный комплекс медицинской и психологической реабилитации со-

трудника. Диагностический блок психологического профилактического осмотра осуществляют эксперты-психологи центра психологической диагностики (ЦПД). Сотрудники группы внимания направляются в ЦПД, где проводится углубленное психофизиологическое обследование, целью которого является выявление причин дезадаптации. По его результатам психологи ЦПД готовят заключение, в котором кроме психологического статуса для психологов подразделений определяются цели и задачи психокоррекционных мероприятий, рекомендации по психологическому сопровождению сотрудников.

Данный комплекс мероприятий закреплён Приказом УФСИН России по Удмуртской Республике от 19 декабря 2012 года № 629 «О проведении диспансеризации личного состава учреждений и аппарата УФСИН России по Удмуртской Республике, учреждений, непосредственно подчинённых ФСИН России, в 2013 году» и Приказом УФСИН России по Удмуртской Республике от 27 декабря 2013 года № 642 «О проведении диспансеризации личного состава учреждений и аппарата УФСИН России по Удмуртской Республике, учреждений, непосредственно подчинённых ФСИН России, в 2014 году».

По данным психологического тестирования, психологами учреждений среди более чем 3000 аттестованных сотрудников УФСИН России по Удмуртской Республике отобрано 300 лиц, отнесённых к группе внимания. В результате проведенного электрофизиологического обследования среди них выбраны лица, имеющие высокий психосоматический и соматический риск. Так, среди сотрудников группы внимания, стаж службы которых в органах УИС составляет менее 5 лет, высокий риск дезадаптации отмечен в 50% случаев, у лиц со стажем службы от 5 до 10 лет – 28%, а у лиц со стажем службы более 10 лет – около 18%. Если проанализировать данные дезадаптации сотрудников по различным службам, то наиболее выраженная дезадаптация наблюдалась у сотрудников воспитательной службы – более 33,3% лиц со срывом адаптации и преморбидным состоянием (наиболее выраженная дезадаптация), более 40,0% лиц с донозологическими состояниями (предболезненная стадия). Чуть менее выражена степень эмоционального «выгорания» у сотрудников службы безопасности – 25,0% лиц со срывом адаптации и преморбидным состоянием, 42,9% лиц с донозологическими состояниями. Отмечена высокая доля лиц в состоянии срыва адаптации среди начальствующего состава – 25,0%. В службе охраны наибольшая доля лиц в донозологическом состоянии – 53,5%, хотя доля лиц со срывом адаптации составила около 10,0%. Среди медицинских работников лиц со срывом адаптации не наблюдалось, однако, лица с донозологическими состояниями составили более 80%. Следует отметить, что наиболее уязвимыми среди сотрудников различных служб учреждения становятся сотрудники, работающие в системе «Человек-человек», то есть лица, непосредственно контактирующие с осуждёнными.

Из 300 человек, обследованных в ЦПД, 3 сотрудника (1%) направлены на консультацию и ле-

чение к врачу психиатру ФКУЗ МСЧ МВД России по УР, 2 сотрудника отстранены от несения службы с оружием, 3 (1%) сотрудника переведены на другие должности, 20% обследуемым было рекомендовано по заключению ЦПД применение методик индивидуальной формы психокоррекции. Большинству сотрудников (80%) рекомендовано применение методик индивидуальной и групповой форм психокоррекции. По завершению комплекса психокоррекционных мероприятий сотрудники группы внимания в 2014 году вновь были направлены в ЦПД на психофизиологическое обследование для контроля эффективности проведенных мероприятий. По результатам проведенных психофизиологических обследований в ЦПД наблюдалась стойкая положительная динамика, отражающаяся в стабилизации механизмов адаптации (73% случаев), что подтверждается результатами анализа variability ритма сердца, профилактических осмотров, показателями служебной деятельности, психодиагностикой, у 27% сотрудников наблюдается неустойчивая, но положительная динамика, для них будут продолжены психокоррекционные и медико-реабилитационные мероприятия.

Таким образом, анализ проведенных мероприятий доказывает на практике их высокую эффективность. С помощью комплекса диагностических и организационных мероприятий, а также профессионального подхода, грамотного взаимодействия и преемственности всех заинтересованных служб удастся выявить сотрудников с дезадаптивными формами поведения, страдающих скрытыми формами профессионального «выгорания», обратить внимание на состояние их соматического здоровья и возможность формирования у них психосоматической патологии и способствовать своевременному оказанию медико-психологической помощи и профилактике нарушений служебной дисциплины. Кроме того, весьма эффективным представляется санитарно-просветительская работа по самокоррекции данных состояний и соблюдение рекомендаций в отношении режима труда, отдыха, сна, питания, водных процедур и формирования здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Бурт, А.А. О методологических основах профилактики профессионального стресса у сотрудников уголовно-исполнительной системы / А.А. Бурт, О.В. Бухтояров, С.Б. Пономарев // Материалы II междунар. науч.-практич. конф. «Пенитенциарная система и общество: опыт взаимодействия», 2–4 апреля 2015 года. – П., 2015. – С. 33–36.
2. Половникова, А.А. Правовые коллизии в системе медико-санитарного обеспечения сотрудников ФСИН России / С.Г. Логинова // Сб. материалов Всерос. науч.-практич. конф. (23 октября 2014 года). – М., 2014. – Часть 2.
3. Половникова, А.А. Способ выявления нарушения вегетативной регуляции и определения предрасположенности к хроническому гастродуодениту у детей: патент на изобретение № 2304918 / А.А. Половникова с соавт.
4. Пономарев, С.Б. Способ оценки адаптационного потенциала организма человека: патент на изобретение № 2354291 / С.Б. Пономарев, А.А. Половникова с соавт.

УДК:343.81:61:37.012

С. Б. Пономарев

Филиал (г. Ижевск) ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России»

НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ИТОГИ ОПЫТА КОНВЕРГЕНЦИИ ЗНАНИЙ РАЗЛИЧНЫХ НАУК (НА ПРИМЕРЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ)

Пономарев Сергей Борисович — начальник филиала доктор медицинских наук, профессор; 426004, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 216, тел.: 8 (3412) 63-19-38, сот. 8 (912) 850-22-93, filialniifsin@mail.ru

В результате привлечения к научным исследованиям в области пенитенциарной медицины специалистов по математическому моделированию и ученых-юристов увеличилась эффективность научно-исследовательских работ, что нашло свое отражение в ряде публикаций, патентах на изобретение и защищенных диссертациях.

Ключевые слова: пенитенциарная медицина; математическое моделирование; юриспруденция

S. B. Ponomarev

Izhevsk Branch of the Research Institute of Federal Penitentiary Service

SOME PRACTICAL RESULTS OF EXPERIENCE IN CONVERGENCE OF KNOWLEDGE OF DIFFERENT SCIENCES (EXEMPLIFIED BY PENAL MEDICINE)

Ponomarev Sergey Borisovich — Head of the Branch Doctor of Medical Sciences; 426004, Izhevsk, ul. Kommunarov, 216, phone: 8 (3412) 63-19-38, 8 (912) 850-22-93, e-mail: filialniifsin@mail.ru

As a result of involving specialists in mathematical modeling and legal scholars in scientific researches in the area of penal medicine, the efficiency of researches increased. It was reflected in a number of published papers, patents on inventions and defended theses.

Key words: penal medicine; mathematical modeling; jurisprudence

Известно, что наиболее плодотворные научные исследования выполняются «на стыке» наук, имеющих различные подходы, методологию и понятийный аппарат. Мало того, именно при конвергенции знаний различных, достаточно отдаленных друг от друга наук, возникают новые научные направления. Так, например, на «стыке» биологии и механики возникла биомеханика, на «стыке» информатики и филологии — структурная лингвистика, на «стыке» медицины и кибернетики — медицинская информатика. Не обошла указанная тенденция и относительно новый раздел медицинской науки — пенитенциарную медицину. Научным подразделением, которое занимается в нашей стране проблемами медицины уголовно-исполнительной системы России является расположенный в городе Ижевске филиал Научно-исследовательского института Федеральной службы исполнения наказаний России (НИИ ФСИН России). За годы своего существования (в 2015 году исполнилось 10 лет научной деятельности филиала) им были проведены научно-исследовательские работы по проблемам организации медицинской помощи осужденным, исследованию физиологических особенностей пенитенциарного стресса, разработке системы оценки качества медицинского обслуживания в уголовно-исполнительной системе, изучению фтизиатрической и пульмонологической помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы России, внедрению телекоммуникационных технологий в практику медицинской службы, профилактике, диагностике и лечению социально значимых заболеваний и многое другое.

Наиболее интересные результаты были получены сотрудниками филиала НИИ ФСИН России в тех научно-исследовательских работах, в которых к исследованиям были привлечены профессиональные математики — спе-

циалисты в области математического моделирования. С их помощью, в частности, были получены модели, отражающие структуру оказания медицинской помощи при социально значимых заболеваниях — туберкулезе и ВИЧ-инфекции [3,5]. Эти модели, нашедшие реализацию в виде программных комплексов, были запатентованы [9]. По результатам данных исследований было защищено 2 кандидатских диссертации.

Методы математического моделирования применялись при проведении в течение ряда лет реформирования медицинской службы уголовно-исполнительной системы России. При мониторинге эксперимента по созданию медико-санитарных частей сотрудниками филиала НИИ ФСИН России были созданы модели и алгоритмы, основанные на методе анализа иерархий, позволяющие оценивать результаты реформирования медицинской службы [1].

Незаменимым механизмом оценки пенитенциарного стресса у лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, стали модели, созданные с помощью регрессионного, дисперсионного и корреляционного анализа. Комплексный анализ физиологических и иммунологических характеристик позволил сделать вывод о наличии специфического синдрома очерченного состояния, характерного для лиц, находящихся в условиях принудительной изоляции от общества. Основные положения данного исследования изложены нами в вышедшей в издательстве УрО РАН монографии [10], а также — ряде публикаций и двух патентах на изобретение [2,7].

Отдельно хочется сказать о тех результатах, которые были получены в ходе исследований, выполняемых на «стыке» медицины и юриспруденции под руководством доктора медицинских наук, доктора юридических наук, профессора Б. А. Спасенникова. Его монография «Уголовно-правовое значение состояния опьянения»,

в которой проблема рассматривается комплексно: с позиции медицинской и юридической науки, получила высокую оценку специалистов [6,11].

Резюмируя изложенное следует сказать, что опыт десятилетнего развития пенитенциарной медицинской науки свидетельствует о правильном выборе методологии исследования [4,8], применение которой позволило добиться значительных итоговых результатов.

Список литературы:

1. Автоматизированная система мониторинга качества медицинской помощи в уголовно-исполнительной системе как инструмент социально-экономического управления / С. Б. Пономарев [и др.]. – Ижевск: ИжГТУ. – 2009. – 92 с.
2. Иммунологические аспекты синдрома социальной депривации у подростков, находящихся в условиях лишения свободы / А. А. Половникова [и др.] // Иммунология Урала. – 2007. – № 1 (6). – С. 84–86.
3. **Кудашева, Л. Т.** Использование интегрального индекса на модели туберкулеза для оценки санитарно-эпидемиологического благополучия пенитенциарных учреждений Удмуртии / Л. Т. Кудашева, С. Б. Пономарев // Актуальные проблемы пенитенциарной медицины. Туберкулез и другие социально значимые заболевания в местах лишения свободы: материалы 4-й Международной научно-практической конференции (Минск 9–10 сентября 2009 г.). – С. 147–155.
4. Методология формирования интегрального показателя качества оказания специализированной помощи / В. Е. Одинцов [и др.] // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 4. – С. 11–16.

УДК 614.2 (410) «20»

Ю. В. Храмова, Н. М. Попова

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ

Храмова Юлия Владимировна — специалист по учебно-методической работе; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, 658268, e-mail: yu.kirya@yandex.ru; Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье рассмотрена система организации медицинской помощи в Великобритании в условиях современности, представлен рейтинг эффективности систем здравоохранения по данным Международного агентства Bloomberg. В ближайшее десятилетие эксперты прогнозируют в Великобритании переход значительной части медицинских услуг в частные клиники ввиду сложившегося дефицита бюджета.

Ключевые слова: Великобритания; Национальная служба здравоохранения; врач общей практики

Yu. V. Khramova, N. M. Popova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

CONTEMPORARY SYSTEM OF MEDICAL CARE IN THE UNITED KINGDOM

Khramova Yulia Vladimirovna — Academic Work Supervisor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412)658268, e-mail: yu.kirya@yandex.ru; Popova Natalia Mitrofanovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The article describes the contemporary system of medical care in the United Kingdom. The performance rating of health care systems according to the international agency Bloomberg is presented. Experts predict the transition of a significant part of medical services to private clinics in the United Kingdom in the next decade due to the existing budget deficit.

Key words: United Kingdom; National Health Service; general practitioner

Основой современной системы здравоохранения Великобритании является Национальная служба здравоохранения (*National Health Service, NHS*), созданная в 1948 году. Несмотря на неоднократное реформи-

5. Модель управления качеством противотуберкулезной помощи в пенитенциарных учреждениях / В. А. Тенев [и др.] // Вестник ИжГТУ. – 2010. – № 2 (46). – С. 119–123.11

6. **Пономарев, С. Б.** Рецензия на монографию Б. А. Спасенникова и С. Б. Спасенникова «Уголовно-правовое значение состояния опьянения» / С. Б. Пономарев, А. П. Пустовалов // Актуальные вопросы образования и науки. – 2014. – № 1–2 (41–42). – С. 106–108.

7. **Пономарев, С. Б.** Способ оценки адаптационного потенциала организма человека: патент на изобретение № 2354291 от 10 мая 2009 / С. Б. Пономарев, А. А. Половникова, А. Б. Александров // Изобретения. Заявки и патенты (Изобретения, полезные модели). – 2009. – № 13. – С. 5.

8. Проблемы пенитенциарной медицины с позиций системного подхода / С. Б. Пономарев [и др.] // «Актуальные проблемы пенитенциарной науки и практики»: материалы Международной научно-практической конференции. – Москва, 2004. – Часть 2. – С. 170–174.

9. Программа автоматизации мониторинга заболеваемости в регионе «мониторинг Т». Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2014661812 от 13 ноября 2014 г. / Г. А. Благодатский [и др.] // Бюллетень «Программы для ЭВМ. Базы данных. Топологии интегральных микросхем». – 2014. – № 12. – С. 1–4.

10. Синдром тюремной социальной депривации в молодом возрасте / С. Б. Пономарев [и др.]. – Екатеринбург: УрО РАН, 2008. – 148 с.

11. **Спасенников, Б. А.** «Уголовно-правовое значение состояния опьянения» / Б. А. Спасенников, С. Б. Спасенников. – М.: «Юрлитинформ», 2014. – 201 с.

рование *NHS*, все жители Великобритании, независимо от гражданства, по-прежнему сохраняют право на бесплатную медицинскую помощь, как и более полвека назад.

Согласно рейтингу эффективности систем здравоохранения, по данным международного агентства *Bloomberg*, составленного в 2014 году на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка, Великобритания занимает 10-е место [9]. Первые места принадлежат Сингапуру, Гонконгу, Италии,

Японии, Южной Корее (табл.). Основу рейтинга составили три ключевых показателя, определяющие эффективность систем здравоохранения стран: средняя ожидаемая продолжительность жизни, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения [9].

Рейтинг эффективности систем здравоохранения, по данным международного агентства *Bloomberg*

2014 год	2013 год	Страна	Оценка	Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Государственные затраты на здравоохранение (% от ВВП)	Стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения (в долл.)
1	2	Сингапур	78,6	82,1	4,5	2,426
2	1	Гонконг	77,5	83,5	5,3	1,944
3	6	Италия	76,3	82,9	9,0	3,032
4	3	Япония	68,1	83,1	10,2	4,752
5	8	Южная Корея	67,4	81,4	7,0	1,703
6	7	Австралия	65,9	82,1	9,1	6,140
7	4	Израиль	65,4	81,7	7,0	2,289
8	19	Франция	64,6	82,6	11,8	4,690
9	12	ОАЭ	64,1	77,0	3,2	1,343
10	14	Великобритания	63,1	81,5	9,4	3,647
11	16	Норвегия	63,0	81,5	9,1	9,055
12	15	Мексика	59,1	77,1	6,3	618
13	20	Эквадор	58,4	76,2	6,7	361
14	5	Испания	58,1	82,4	9,9	2,808
15	9	Швейцария	57,9	82,7	11,4	8,980
16	29	Саудовская Аравия	57,8	75,5	3,1	795
17	13	Чили	55,5	79,6	7,2	1,103
18	24	Чехия	54,1	78,1	7,7	1,432
19	23	Финляндия	53,3	80,6	9,3	4,232
20	10	Швеция	53,3	81,7	9,7	5,319
21	17	Канада	52,9	81,2	11,0	5,741
22	21	Польша	52,4	76,8	6,7	854
23	30	Германия	51,6	80,9	11,0	4,683
24	31	Греция	49,9	80,6	9,1	2,044
25	11	Ливия	49,8	75,2	4,3	578
26	37	Китай	49,5	75,2	5,3	322
27	18	Малайзия	49,2	74,8	3,9	410
28	27	Португалия	47,2	80,4	9,4	1,905
29	22	Таиланд	46,9	74,2	3,9	215
30	33	Румыния	46,8	74,6	5,0	420
31	36	Словакия	46,3	76,1	7,8	1,326
32	44	Турция	46,3	74,9	6,2	665
33	32	Аргентина	46,1	76,0	6,8	995
34	39	Дания	45,7	80,1	11,2	6,304
35	16	Австрия	45,6	80,9	11,6	5,407
36	35	Перу	44,0	74,5	5,3	337
37	38	Венгрия	42,6	75,1	7,9	987
38	26	Венесуэла	42,3	74,5	4,7	593
39	47	Сербия	41,4	75,2	10,6	561
40	25	Нидерланды	41,1	81,1	12,5	5,737
41	34	Бельгия	40,2	80,4	10,9	4,711
42	–	Беларусь	37,3	72,1	5,0	339
43	43	Доминикана	35,0	73,2	5,4	310
44	46	США	34,3	78,7	17,2	8,895
45	41	Болгария	33,7	74,3	7,3	516
46	45	Иран	32,5	73,8	7,5	490
47	42	Колумбия	31,6	73,8	6,8	530
48	40	Алжир	31,4	70,9	5,2	279
49	–	Азербайджан	27,3	70,6	5,4	398
50	48	Бразилия	23,9	73,6	9,3	1,056

Так, в 2014 году средняя продолжительность жизни граждан Великобритании составила 81,5 года, стоимость медицинских услуг на душу населения – 3,647 долл., доля расходов на здравоохранение – 9,4% от ВВП. Средняя продолжительность жизни граждан Российской Федерации равнялась 70,5 года, стоимость медицинских услуг на душу населения – 887 долл., доля расходов на здравоохранение – 6,3% от ВВП [9].

В Великобритании в отличие от многих европейских стран и Соединенных Штатов, где существует система медицинского страхования, *National Health Service* финансируется за счёт общих налоговых поступлений (82%). Коммерческая деятельность медицинских организаций, государственное медицинское страхование, благотворительные взносы формируют 18% бюджета *NHS* [5,8].

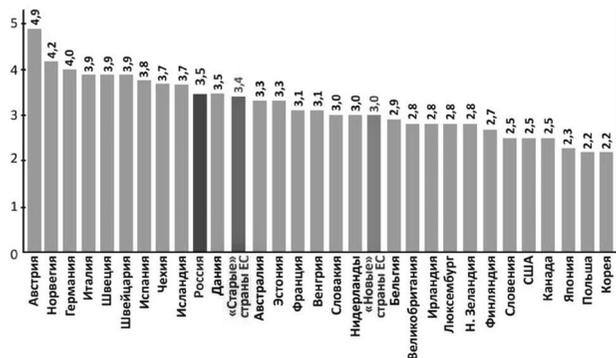
Услугами государственного здравоохранения пользуются более 90% граждан, 10% британцев обращаются за помощью в частные медицинские клиники. Основными причинами, по которым британцы обращаются в частные клиники, являются длинные очереди на прием к специалисту и длительные сроки ожидания плановой госпитализации в государственных медицинских организациях [2,5,8].

В основе всей системы здравоохранения Великобритании стоит врач общей практики (*General Practitioner, GP*), выполняющий функции российского районного терапевта [3].

В 2012 году обеспеченность практикующими врачами в Великобритании была ниже среднего показателя по ЕС (рис.).

Примечательно, что в Российской Федерации обеспеченность практикующими врачами фиксируется практически на уровне стран Европейского Союза, хотя потоки больных в РФ на 30–50% выше. Участковая служба в России характеризуется наиболее низкой обеспеченностью врачебными кадрами: в 2013 году она была в 1,6 раза ниже нормы [1,6].

В Великобритании врач общей практики зарабатывает в среднем 4160 ф. ст. в месяц. Для сравнения: средний месячный оклад в Великобритании составляет 1917 ф. ст., а минимальная оплата труда – 1005,33 ф.ст. Врач скорой помощи зарабатывает в среднем 3750 ф.ст. в месяц, а средняя заработная плата медицинской сестры равняется 1800 ф.ст. в месяц [7].



Обеспеченность практикующими врачами на 1000 населения

Прием у врача общей практики осуществляется в течение 24 часов после предварительной записи. Врач общей практики консультирует по различным видам заболеваемости – от зубной боли до воспаления легких и сердечного приступа. Лишь в случае серьезного течения заболевания врач общей практики направляет пациента на консультацию к врачу более узкой специализации или принимает решение о госпитализации. В случае госпитализации врач продолжает вести пациента во время лечения в больнице и после контролирует его реабилитацию. На оказание такой помощи пациенту, которая выходит за рамки основных его обязанностей, врач получает от службы здравоохранения дополнительные средства. Поскольку заработная плата врача зависит от конечного результата лечения, то он, планируя госпитализацию пациента, выбирает наиболее подходящий для этого госпиталь и заключает с ним договор о лечении пациента. Прием у узкого специалиста, а также плановые операции осуществляются в течение 18 недель. В середине 1990-х годов ожидание операции и дальнейшего лечения длилось более года [2,3,5,8].

Примечательно, что в Великобритании функционирует система «бесконтактной физиотерапии», основа которой состоит в том, что больного направляют к физиотерапевту не для того, чтобы он получил физиотерапевтическое лечение, а за советами о физических упражнениях, правильном дыхании, питании, режиме дня и пр. [3].

Данный феномен объясняется тем, что функционирующая в Великобритании модель государственного здравоохранения ориентирована, прежде всего, на создание такого уровня медобслуживания, при котором пациент бы выздоравливал при наименьших затратах. Врачи общей практики оказывают более 95% амбулаторной помощи, т.к. направление на консультацию к профильному специалисту влечет дополнительные расходы со стороны государства [2,3,5].

В связи с растущим дефицитом государственного бюджета неблагоприятная ситуация складывается и в системе лекарственного обеспечения. В Великобритании практически все медицинские препараты, особенно это касается антибиотиков, отпускаются строго по рецепту, который получить на серьезные лекарства так же сложно, как добиться направления к профильному врачу. Британцы, оплачивая лишь выписку рецепта (в 2013 г. 6,48 ф.ст.), получают лекарства совершенно бесплатно независимо от их стоимости. Однако, из-за бесплатно выдаваемых лекарств, рецепты часто выписываются не на современные и качественные препараты, а на дешевые аналоги [3,8].

В Великобритании за последние 5 лет расходы на здравоохранение резко сократились, несмотря на увеличение числа хронических заболеваний, рост стоимости медицинских услуг и характерное для страны старение населения. В частности, уменьшено финансирование на лечение бесплодия, прекращено финансирование гомеопатии и даже сокращено число плановых операций (за каждую операцию клиника получает отдельную сумму). В условиях замораживания бюджета многие медицинские организации сокращают персонал, урезают список предлагаемых медицинских услуг [2].

Интересно, что в целях уменьшения дефицита бюджета бывший министр здравоохранения в правительстве Тони Блэра Н. Уорнер предложил ввести ежемесячный членский взнос *NHS* в размере 10 ф.ст. для каждого жителя Великобритании. Согласно проведенному Фондом здравоохранения Великобритании опросу, только 16% из 1800 опрошенных британцев высказались в поддержку введения нового ежемесячного налога в 10 ф.ст. [4]

Сегодня дефицит бюджета *NHS* составляет 30 млрд ф.ст. [4]. Консервативное правительство Д. Кэмерона стоит перед необходимостью увеличения роли частного сектора в системе здравоохранения. Общая экономия бюджета решается посредством ужесточения конкуренции в медицинском секторе. По мнению главы ассоциации врачей-терапевтов Клэр Джерады, *NHS* превращается «в тысячи отдельных медицинских организаций, конкурирующих за... пациентов» [2]. Сомнительно, что в условиях предоставления контрактов клинике, предложившей самую низкую цену при сопоставимом уровне качества, государственные медицинские организации смогут успешно конкурировать с частными [2].

Итак, ввиду сложившегося дефицита бюджета в Великобритании за последние 5 лет сократились расходы на здравоохранение, несмотря на рост стоимости медицинских услуг. В ближайшее десятилетие эксперты прогнозируют переход значительной части медицинских услуг в частные клиники, работающие эффективнее государственных.

Список литературы:

1. Кадровые ресурсы учреждений здравоохранения / сост. Т. В. Семенова [и др.]. – М., 2014. – 79 с.
2. Кокшаров, А. Поздно поворачивать обратно. Оппозиционные политики и врачи против реформы системы здравоохранения Великобритании / А. Кокшаров // Эксперт. – 13 февраля 2012. – № 6 (789).
3. Медицина в Великобритании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://peopleandcountries.com/article-316-1.html>, свободный. – Загл. с экрана.
4. Медицина в Великобритании станет платной [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.london-gu.com>, свободный. – Загл. с экрана.
5. Система здравоохранения Великобритании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://surgeryzone.net/medicina/sistema-zdravooxraneniya-velikobritanii.html>, свободный. – Загл. с экрана.
6. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России: мифы, реальность, решения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rusrand.ru/analytics/analyticszdravooxranenie-rossii-mify-realnost-resheniya>, свободный. – Загл. с экрана.
7. Учитель, врач, судья: сравниваем зарплаты бюджетников на Западе и в СНГ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rustoria.ru/post/srednie-zarplaty-byudzhethnikov-v-stranah-zapada-i-sng/>, свободный. – Загл. с экрана.
8. Экономическое и медико-социальное реформирование Великобритании в конце XX – начале XXI столетий / сост. Ю. В. Храмова, Н. М. Попова. – Ижевск, 2014. – 298 с.
9. Bloomberg: рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>, свободный. – Загл. с экрана.

УДК616.314-084-083:614.3

Н. М. Попова, Д. Д. Пантюхина

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПО СНИЖЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел. 8-3412-91-82-93, e-mail: ob-zdrav@igma.udm.ru; Пантюхина Дарья Дмитриевна – очный аспирант кафедры, тел.: 8 (912) 003-05-55; e-mail: vip1703@mail.ru

В статье обобщены основные сведения о распространенности кариеса зубов и заболеваний пародонта, освещены приоритетные пути снижения стоматологической заболеваемости.

Ключевые слова: эпидемиологическое стоматологическое обследование; профилактические программы

N. M. Popova, D. D. Pantyukhina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

DEVELOPMENT OF PREVENTIVE PROGRAMS TO REDUCE THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES AND PARODONTAL DISEASES AMONG ADULTS AND CHILDREN

Popova Natalia Mitrofanovna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, phone: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: ob-zdrav@igma.udm.ru; Pantyukhina Daria Dmitrievna – Postgraduate, tel.: 8-912-003-05-55; e-mail: vip1703@mail.ru

The paper summarizes basic information on the prevalence of dental caries and periodontal diseases, describes the priority ways of reducing dental diseases.

Key words: epidemiological dental examination; prevention programs

Среди населения по-прежнему высока распространенность и интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта и как следствие – нуждаемость в стоматологической помощи. Поэтому необходимо

проводить мониторинг заболеваемости населения, анализируя результаты, выбирать приоритетные направления, разрабатывать программы профилактики, реализовывать их на местном уровне и реко-

мендовать для преемственности опыта на всероссийском.

Для адекватной оценки стоматологического статуса и потребности возрастных групп в различных видах лечебно-профилактической помощи в большинстве стран мира проводят эпидемиологические стоматологические обследования населения по единым критериям, разработанным Всемирной организацией здравоохранения, целью которых является: изучение уровней распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний среди детского и взрослого населения; идентификация первостепенных потребностей населения во всех видах стоматологической помощи; планирование и внесение коррекции во внедряемые лечебно-профилактические программы и стандарты подготовки специалистов стоматологического профиля в образовательных учреждениях; проведение медико-социологического мониторинга [2,9].

В России, на основании Приказа Министерства здравоохранения (№ 181 от 06.05.1996 г., № 394 от 04.06.07 г.) были проведены эпидемиологические стоматологические обследования населения. Стоматологическим обследованием были охвачены дети и взрослые ключевых возрастных групп: 6, 12, 15, 35, 44, 65 лет и старше, как правило, члены организованных коллективов. В большинстве районов, согласно рекомендациям ВОЗ, было осмотрено не менее 50 человек каждой возрастной группы. Подобная выборка является репрезентативной, поэтому полученные результаты позволяют определить основные параметры стоматологической заболеваемости и экстраполировать их на все население страны [2,4,6,8].

Были собраны и проанализированы данные по распространенности и интенсивности кариеса зубов, заболеваний пародонта, заболеваний слизистой оболочки полости рта, не кариозных поражений зубов. По данным МЗ Российской Федерации, в России средняя распространенность кариеса постоянных зубов среди детей 6 лет составила 22,1 на 1 тыс. детского населения в 1998 г. и 11,4 – в 2008 г.; среди детей 12 лет составила 78,0 на 1 тыс. детского населения в 1998 г. и 71,3 – в 2008 г.

Также по данным большинства авторов, индекс КПУ (сумма кариозных пломбированных и удаленных зубов у одного обследуемого) у детей 12 лет в России составляет 3,27 и не имеет тенденции к стабилизации [9]. Средний КПУ постоянных зубов у 12-летних детей в 1967 году был 1,7. В 1986 г. – 3,9, в 2006 г. – 2,4, 2013 г. – 3,5 [8].

Анализ результатов показал, что распространенность признаков поражения тканей пародонта у 12-летних детей составила 47,9 на 1 тыс. детского населения в 1998 г. и 33,5 – в 2008 г.

Средняя распространенность поражения слизистой оболочки полости рта за 2008 г. среди детей возрастных групп 6, 12 и 15 лет составила 4,5 на 1 тыс. детского населения. В структуре заболеваемости преобладали стоматит – 2,1 на 1 тыс. детского

населения и другие заболевания (преимущественно хейлиты) – 2,2.

Распространенность некариозных поражений зубов: у 15-летних детей гипоплазия была выявлена у 37,0 на 1 тыс. детского населения в 1998 г. и у 28,0 – в 2008 г. Распространенность флюороза составила 3,0 на 1 тыс. детского населения в 1998 г. и 4,1 – в 2008 г. [3, 9].

Анализ научных исследований позволил выявить основные тенденции стоматологической заболеваемости населения нашей страны, на основании которых можно говорить о том, что несмотря на бурное развитие лечебного направления в стоматологии заболеваемость все же остается на достаточно высоком уровне.

Всемирная организация здравоохранения разработала Глобальную программу охраны здоровья полости рта пациентов для всех стран мира до 2020 г. Это обусловлено тем, что здоровье полости рта является составной частью общего здоровья человека [10]. Сформированы европейские цели ВОЗ для стоматологического здоровья к 2020 году. Согласно данным целям, свыше 80% детей 6 лет должны иметь интактные (здоровые) зубы, при этом среднее значение индекса КПУ временных зубов не должны превышать 2,0, также у 12-летних детей средняя интенсивность кариеса по индексу КПУ не должна превышать 1,5. Среднее количество здоровых секстантов пародонта – не менее 5,5. У 15-летних подростков средняя величина индекса КПУ не должна превышать 2,3, при этом компонент «К», нелеченый кариес – ниже 0,5 и среднее количество здоровых секстантов пародонта должно составлять 5,0 [1, 9].

Следовательно, перед стоматологической службой России стоит задача максимально приблизиться к перечисленным критериям, а это невозможно осуществить без внедрения профилактических начал.

Разработка и внедрение программ профилактики на разных уровнях (популяционном, групповом и индивидуальном) как за рубежом, так и в нашей стране показали, что профилактика – самый действенный метод снижения уровня основных стоматологических заболеваний [1].

В условиях экономического кризиса многие планы и начинания были нарушены, а бюджет здравоохранения оказался урезанным на несколько порядков. Следовательно важность внедрения профилактических программ в данных условиях значительно возрастает.

Во многих регионах России, в том числе и в Удмуртской Республике, такие программы уже внедрены.

Анализ предварительных результатов свидетельствует о том, что в их реализации принимает участие лишь стоматологический персонал, население не мотивировано к предупреждению кариеса зубов и заболеваний пародонта. Не участвуют в этой работе и педиатры, воспитатели, учителя. Поскольку профилактические мероприятия направлены в первую очередь на здоровье детского населения, т.к. в данной возрастной категории они будут наиболее эффектив-

ными и оправданными, их реализация невозможна без активного участия в процессе родителей, преподавателей, без безусловного понимания и осознания ими проблемы, без четко сформированного желания сохранить здоровье ребенка. С одной стороны, врач является лишь помощником, но с другой, его ответственность в вопросе профилактики ни чуть не меньше, чем при терапевтических или хирургических вмешательствах. Сложной, но обязательной задачей является создание четкой мотивации, грамотная просветительская работа, поскольку уровень стоматологической как и обще-медицинской грамотности населения крайне низок. В наши дни сложилась такая ситуация, что на приеме у врача не хватает времени на профилактические беседы, ввиду достаточно высокой стоматологической заболеваемости и как следствие высокой обращаемости. Средняя численность посещения врача-стоматолога взрослыми за 2014 год в Удмуртии составила 992930 человек, детьми – 411955 человек, число посещений на одну занятую должность стоматолога взрослого – 1580,5; стоматолога детского – 4167,4 человек, за смену врач-стоматолог в среднем принимает 5,5 взрослых людей и 14,5 детей [5]. Исходя из этого наиболее оптимальным выходом является организация профилактических мероприятий медицинскими сестрами, студентами медицинских институтов, учителями, родителями.

Для этого необходимы мотивация и обучение профилактики персонала на курсах с контролем степени усвоения материала.

Самые ощутимые результаты внедрения профилактического направления достигаются в организованных детских коллективах (в первую очередь в школах, а также в детских садах, детских домах и интернатах, центрах здоровья), поскольку есть возможность внедрять различные методы профилактики и наблюдать результаты этого на протяжении длительного времени.

На сегодняшний день уже разработаны ряд мероприятий комплексной программы профилактики стоматологической заболеваемости населения [3, 8].

Вывод. Для снижения заболеваемости кариесом и болезнями пародонта необходимо перенять опыт, усовершенствовать и адаптировать к сегодняшним условиям сформированные мероприятия, а главное внедрить, реализовать и получить реальные результаты снижения заболеваемости.

Список литературы:

1. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний // Всемирная организация здравоохранения: серия технических докладов № 713. – Женева 1986;62. 16
2. **Давыдов, Б.Н.** Стоматологическая заболеваемость у детей (эпидемиология, профилактика, лечение) / Б.Н. Давыдов // Сб. науч. трудов. – М., 2000. – С. 22–115.
3. **Кузьмина, Э.М.** Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина с соавт. – М.: МГМСУ, 1999. – 228 с.
4. **Леонтьев, В.К.** Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. – М.: МГМСУ, 2006. – 416 с.
5. **Лукиных, Л.М.** Болезни полости рта / Л.М. Лукиных. – Н. Новгород: НГМА, 2004. – 510 с.
6. **Мамедов, А.А.** Стоматологическая заболеваемость детского и взрослого населения в различных климато-географических регионах России / А.А. Мамедов, О.И. Ахмакин // Профилактика стоматологических заболеваний. – 2004. – № 9. – С. 14–17.
7. Методические рекомендации по внедрению комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний в организованных коллективах детского населения / Г.Н. Пахомов [и др.]. – М., 1983. – С. 11–16..
8. **Хамдеева, А.М.** Готовность населения и системы здравоохранения к внедрению программ профилактики в области стоматологии: автореф. дис... д.м.н. / А.М. Хамдеева. – Самара, 2000. – 46 с.
9. **Янушевич, О.О.** Стоматологическая заболеваемость населения России / О.О. Янушевич // Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. – М.: МГМСУ, 2008. – 228 с.
10. Global goals for oral health 2020. Bull World Health Organ. – 2005. – 83. – P. 686–693.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В международном журнале «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов» публикуются статьи по актуальным вопросам организации здравоохранения, общественного здоровья, демографии и экологии финно-угорских народов, рассматривается широкий спектр проблем клинической медицины.

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

1. В редакцию необходимо направлять бумажный вариант (2 экземпляра) и электронную версию на диске или по адресу электронной почты – hde_fu_journal@mail.ru.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа через 1,5 интервала, поля текста: верхнее и нижнее – по 2 см, правое – 1 см, левое – 3 см. Шрифт *Times New Roman* 14. Рекомендуемый объем оригинального исследования - 5 страниц (до 9 000 символов), объем передовых и обзорных статей – до 10 страниц (до 18000 символов).

3. В начале первой страницы указывают на русском и английском языках: полужирным прописным начертанием – название статьи, под названием – инициалы и фамилии авторов (курсивное начертание), научные звания, должности и место работы авторов, а также адрес электронной почты каждого автора, корреспондентский почтовый адрес и телефон основного автора (для контакта с автором статьи (можно один на всех авторов)). Далее через 2 интервала, с абзацного отступа (1 см), – текст статьи.

4. Статья должна быть подписана всеми авторами и сопровождаться направлением от учреждения, в котором выполнена работа.

5. Структура статьи включает: краткое введение, отражающее состояние вопроса к моменту написания статьи; цель настоящего исследования; материалы и методы; результаты работы и их обсуждение; выводы; список использованной литературы в конце статьи.

6. Статья может быть опубликована на русском или английском языке. Аннотация статьи (объем до 7 строк) должна обеспечить понимание главных положений статьи и быть представлена на русском и английском языках. Обязательно наличие ключевых слов (на русском и английском языках). Ключевые слова или словосочетания отделяются друг от друга точкой с запятой.

7. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168/250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit*. 600 dpi, *TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: порядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка может быть представлена в форматах *Corel Draw 10–13*; *Adobe Illustrator 9–11*.

8. Таблицы (печатаются кеглем 10) должны быть пронумерованы, иметь заголовки и четко обозначенные графы, содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы.

9. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. Электронная версия представлена в форматах *MS Equation 3.0*; *Math Type 4.0*.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи приводят цифрами в квадратных скобках в соответствии с указанным списком литературы, составленным в алфавитном порядке.

11. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.1.-2003. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

12. В конце статьи указываются фамилия, имя, отчество, занимаемая должность автора, его почтовый и электронный адрес, телефон.

13. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных работ.

14. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются.

Электронная почта: hde_fu_journal@mail.ru

RULES FOR AUTHORS

The International Journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning wide spectrum of problems of the public health organization, demography and ecology of Finno-Ugric peoples and issues of clinical and social medicine.

The article should be presented according to the rules:

1. *The article should be submitted by the author in a set of two printed copies. Electronic variant of the article can be sent on e-mail address: hde_fu_journal@mail.ru or presented on a disk.*

2. *The article should be printed on one side of a sheet by Times New Roman 14, in 1.5 intervals, it's important to adjust the margins: high and low – 2sm, right – 1sm, left margin – 3 sm. Advisable volume of original scientific research is 3-5 pages (9 000 symbols), leading and authorial articles should be limited to 10 pages (18 000 symbols).*

3. *The title of the article written in capital letters (bold type) should be located below. Authors' initials and names (italic type), full name(s) of organization(s) where the work is done (italic type), should be printed at the front-page beginning, left aligned. Author's full name, job position, his/her home or office address and e-mail, as well as telephone numbers, must be applied at the end of the article. The text of the article should be presented beneath the title departing 2 intervals with 1sm indentation.*

4. *The article must be signed by all authors and be submitted with the permission for publication given by the Head of organization where the work is done.*

5. *The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.*

6. *Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF). Figures should be clear, made in Indian ink (format Corel Draw 10–14, Adobe Illustrator 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.*

7. *Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.*

8. *Formulas should have clear indication, presented in format MS Equation 3.0, Math Type 4.0.*

9. *Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.*

10. *The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 – 2003. The author is responsible for data adequacy.*

11. *The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.*

12. *In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.*

13. *Rejected articles are not given back to the authors.*

The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.

E-mail: hde_fu_journal@mail.ru