



Медицина в Кузбассе



Научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Директор:

С.Г. Петров

Макетирование:

А.А. Черных

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. –
зам. главного редактора, Луцик А.А. – зам. главного редактора,
Михайлуц А.П., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово),
Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Гор-
батовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово),
Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск),
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокуз-
нецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кеме-
рово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф.
(Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И.
(Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И.
(Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Ке-
мерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сыгин Л.В. (Новокуз-
нецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово),
Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Ке-
мерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кеме-
рово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово),
Чеченин Г.И. (Новокузнецк).

Спецвыпуск № 1 – 2004

ЗДОРОВЬЕ И СОХРАНЕНИЕ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА. Материалы первой научной сессии Кузбасского научного центра СО РАМН. — Кемерово, 2004. — 68 с.

Редакционная коллегия выпуска:

Л.С. Барбараш
Г.В. Артамонова
О.Л. Рытенкова
Т.И. Швец



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

**ЗАКОН
О ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНОЙ
И (ИЛИ) НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Принят Советом народных депутатов Кемеровской области
18 декабря 2002 г. № 1795

Настоящий Закон разработан в соответствии с Федеральным законом от 23.08.96 № 127-ФЗ “О науке и государственной научно-технической политике” и регулирует отношения между субъектами научной и (или) научно-технической деятельности, органами государственной власти Кемеровской области и потребителями научной и (или) научно-технической продукции (работ и услуг).

**Глава 1.
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**Статья 1.
Основные понятия**

В настоящем Законе используются основные понятия, определенные Федеральным законом “О науке и государственной научно-технической политике”, а также следующие основные понятия:

- *государственная научно-техническая политика Кемеровской области* — составная часть социально-экономической политики Кемеровской области, которая разрабатывается и реализуется с учетом государственной научно-технической политики Российской Федерации и интересов Кемеровской области и выражает отношение органов государственной власти Кемеровской области к научной и (или) научно-технической деятельности; определяет цели, направления и формы деятельности этих органов в сфере науки, техники и реализации достижений науки и техники;
- *инновационная деятельность* — деятельность, направленная на использование научных и научно-технических результатов, законченных опытно-конструкторских работ с целью получения новых или усовершенствованных товаров, услуг, способов их производства, обладающих высоким рыночным потенциалом;
- *инновационная программа* — комплекс инновационных проектов и мероприятий, согласо-

ванных по ресурсам, исполнителям и срокам их осуществления, и обеспечивающий эффективное решение задач по освоению и распространению принципиально новых видов продукции (технологий);

- *потребитель научной и (или) научно-технической продукции* — физическое или юридическое лицо, использующее научную и (или) научно-техническую продукцию для удовлетворения собственных нужд или для изготовления товаров и оказания услуг;
- *инновационный проект (мероприятие)* — научная и (или) научно-техническая разработка, основанная на научных знаниях и (или) данных практического опыта и направленная на создание новых материалов, продуктов, процессов, устройств, методов, иных систем и технологий, их дальнейшее совершенствование;
- *научные и (или) научно-технические услуги* — это деятельность научных и (или) научно-технических организаций, обеспечивающая создание научной и (или) научно-технической продукции, предназначенной для внедрения в производство;
- *научные, научно-технические и научно-образовательные учреждения Кемеровской области* — зарегистрированные и (или) осуществляющие свою деятельность на территории Кемеровской области юридические лица, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, а также общественное объединение научных работников, осуществляющее в качестве основной научную и (или) научно-техническую деятельность, подготовку научных работников и действующее в соответствии с учредительными документами научной организации.

**Статья 2.
Основные цели настоящего Закона**

Основными целями настоящего Закона являются:

- а) создание правовых основ и гарантий для продуктивной научной и (или) научно-техни-

ческой деятельности на территории Кемеровской области для использования результатов этой деятельности в интересах производства и социальной сферы, а также для повышения качества жизни населения Кемеровской области;

- б) установление принципов управления и финансирования научной и (или) научно-технической деятельности в соответствии с государственной научно-технической политикой Кемеровской области.

Статья 3.

Цели и принципы реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области

1. Государственная научно-техническая политика Кемеровской области разрабатывается и осуществляется в соответствии с единой государственной научно-технической политикой Российской Федерации и имеет своей целью развитие, рациональное размещение и эффективное использование научно-технического потенциала, материальных и финансовых ресурсов, создание и внедрение на территории Кемеровской области наукоемких технологий, укрепление взаимосвязи науки, образования и производства, выпуск наукоемкой и конкурентоспособной продукции.
2. Принципы реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области:
 - а) признание социальной значимости научной, научно-технической и образовательной деятельности, ее определяющего влияния на уровень и темпы развития производительных сил, обеспечение притока финансовых и материальных ресурсов в экономику Кемеровской области;
 - б) гласность и использование различных форм общественных обсуждений при выборе приоритетных направлений развития науки и техники и экспертизе научных и (или) научно-технических программ и проектов, реализация которых осуществляется на основе конкурсов;
 - в) интеграция научной, научно-технической, образовательной и инновационной деятельности с целью обеспечения оптимального взаимодействия науки, образования и производства;
 - г) концентрация выделяемых на научную, научно-техническую, образовательную деятельность ресурсов на приоритетных

направлениях социально-экономического развития Кемеровской области;

- д) стимулирование научной, научно-технической, образовательной и инновационной деятельности в Кемеровской области.

Статья 4.

Задачи государственной научно-технической политики Кемеровской области

Задачами государственной научно-технической политики Кемеровской области являются:

- содействие развитию фундаментальных и прикладных исследований, разработке и внедрению наукоемких технологий на территории Кемеровской области;
- создание благоприятных условий для взаимодействия субъектов научной и (или) научно-технической деятельности, действующих на территории Кемеровской области, с российскими и международными фондами, финансирующими фундаментальные и прикладные исследования;
- развитие инфраструктуры, обеспечивающей научную и (или) научно-техническую деятельность и формирование среды, привлекательной для активного использования результатов научной и (или) научно-технической деятельности, решения задач социально-экономического развития Кемеровской области, инвестиций в научно-технический потенциал Кемеровской области;
- содействие интеграции научной, образовательной, производственной и инновационной деятельности на территории Кемеровской области;
- содействие повышению уровня занятости высококвалифицированных специалистов, занимающихся научной и (или) научно-технической деятельностью в Кемеровской области;
- эффективное использование имеющегося научного и научно-технического потенциала для обеспечения устойчивого и динамичного социально-экономического развития Кемеровской области;
- поддержка исследований и разработок в области гуманитарных и общественных наук, направленных на развитие культуры населения, стабилизацию социально-политической атмосферы, в том числе в области международных отношений;
- удовлетворение потребностей Кемеровской области в высококвалифицированных научных и научно-технических кадрах;
- информирование населения о принципах и ходе реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области.



Статья 5.

Формы реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области

Реализация государственной научно-технической политики Кемеровской области органами государственной власти Кемеровской области осуществляется в следующих формах:

- а) финансовое и организационное обеспечение выполнения областных научных, научно-технических и инновационных программ, сформированных на основе приоритетных направлений государственной научно-технической политики Кемеровской области;
- б) формирование областных государственных заказов на научные разработки, научно-техническую продукцию и услуги в интересах Кемеровской области;
- в) поддержка развития инфраструктуры научной, научно-технической и инновационной деятельности в Кемеровской области;
- г) содействие вступлению научных, научно-технических и научно-образовательных учреждений Кемеровской области в международные, федеральные и межрегиональные программы в области научной и (или) научно-технической деятельности;
- д) разработка и реализация системы мер поощрения субъектов научной и (или) научно-технической деятельности, в том числе системы экономических и иных льгот, в целях стимулирования научной и (или) научно-технической деятельности и использования ее результатов;
- е) обеспечение планирования и мониторинга научной и (или) научно-технической деятельности, осуществляемой в интересах Кемеровской области.

Статья 6.

Субъекты научной и (или) научно-технической деятельности Кемеровской области

Научная и (или) научно-техническая деятельность Кемеровской области осуществляется в соответствии с федеральным и областным законодательством физическими лицами — гражданами Российской Федерации, а также иностранными гражданами, лицами без гражданства в пределах прав, установленных федеральным и областным законодательством, и юридическими лицами при условии, если научная и (или) научно-техническая деятельность предусмотрена их учредительными документами.

Статья 7.

Договоры (контракты) на создание, передачу и использование результатов научной и (или) научно-технической деятельности

Основной правовой формой отношений между научной организацией, заказчиком и иными потребителями научной и (или) научно-технической продукции, в том числе органами исполнительной власти Кемеровской области, являются договоры (контракты) на создание, передачу и использование научной и (или) научно-технической продукции, оказание научных, научно-технических, инженерно-консультационных и других услуг, а также другие договоры, в том числе о совместной научно-технической деятельности и распределении прибыли.

На основе указанных договоров (контрактов) выполняются научные исследования и экспериментальные разработки для государственных нужд Кемеровской области. В этих случаях договоры (контракты) заключаются между государственным заказчиком, уполномоченным законом Кемеровской области или Администрацией Кемеровской области на выполнение функций государственного заказчика, и организацией-исполнителем.

Администрация Кемеровской области вправе устанавливать для учрежденных ею государственных научных организаций обязательный государственный заказ на выполнение научных исследований и экспериментальных разработок.

Глава II.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАУЧНОЙ И (ИЛИ) НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Статья 8.

Полномочия Совета народных депутатов Кемеровской области в сфере формирования и реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области

Совет народных депутатов Кемеровской области:

1. Обеспечивает законодательное регулирование научной и (или) научно-технической деятельности в Кемеровской области и с этой целью законами Кемеровской области:
 - а) определяет основные положения государственной научно-технической политики Кемеровской области;

- б) утверждает научные и научно-технические программы Кемеровской области;
 - в) предусматривает в составе областного бюджета объем средств, направляемых на реализацию государственной научно-технической политики Кемеровской области и содействие научной и (или) научно-технической деятельности;
 - г) определяет порядок предоставления налоговых льгот субъектам научной и (или) научно-технической деятельности в части средств, подлежащих зачислению в областной бюджет.
2. Осуществляет контроль за исполнением областного бюджета в части средств, предусматриваемых на финансирование научной и (или) научно-технической деятельности.
3. Осуществляет иные полномочия, предусмотренные федеральными и областными законами, настоящим Законом, и не отнесенные федеральными законами к ведению органов государственной власти Российской Федерации.

**Статья 9.
Полномочия Администрации Кемеровской области в сфере формирования и реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области**

Администрация Кемеровской области:

- 1. Реализует государственную научно-техническую политику Кемеровской области как составную часть программы социально-экономического развития Кемеровской области, с этой целью:
 - а) определяет приоритетные направления развития науки и техники с учетом предложений субъектов научной и (или) научно-технической деятельности, потребностей производства и сферы услуг, тенденций на российском и мировом рынках;
 - б) формирует научные и научно-технические программы и проекты Кемеровской области и представляет их на утверждение в Совет народных депутатов Кемеровской области;
 - в) обеспечивает финансирование научной и (или) научно-технической и инновационной деятельности в рамках реализации соответствующих областных программ;
 - г) участвует в формировании органов управления в сфере научной, научно-технической, инновационной деятельности и межрегиональных органов;
 - д) проводит конкурсы научных разработок субъектов научной и (или) научно-технической деятельности Кемеровской области;
 - е) содействует привлечению средств на финансирование научной и (или) научно-технической деятельности за счет федеральных программ, зарубежных организаций и фондов, частных инвестиций, в том числе с долевым финансированием из областного бюджета;
 - ж) организует государственную аккредитацию научных организаций Кемеровской области, осуществляющих научную и (или) научно-техническую деятельность, и выдает им свидетельства о государственной аккредитации;
 - з) управляет деятельностью государственных научных организаций областного значения, в том числе создает, реорганизует и ликвидирует их;
 - и) осуществляет контроль за деятельностью научных организаций федерального значения по вопросам, относящимся к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации;
 - к) формирует межрегиональные и региональные фонды научного, научно-технического и технологического развития Кемеровской области;
 - л) осуществляет иные полномочия, не отнесенные федеральными законами к ведению органов государственной власти Российской Федерации.
- 2. Регулярно осуществляет оценку экономической эффективности государственной научно-технической политики Кемеровской области.
- 3. Информировывает население Кемеровской области о планах и ходе реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области.

**Статья 10.
Научный совет по проблемам развития региона при Губернаторе Кемеровской области**

В целях обеспечения участия научной общественности в формировании и эффективной реализации государственной научно-технической политики Кемеровской области, координации деятельности научных организаций, проведения анализа научных и (или) научно-технических проектов, а также завершенных научных и (или) научно-технических работ, представления интересов субъектов научной и (или) научно-технической деятельности создается научный совет по проблемам развития региона при Губернаторе Кемеровской области.



Научный совет по проблемам развития региона при Губернаторе Кемеровской области является совещательным органом, осуществляющим свои полномочия на общественных началах.

Порядок организации и деятельности научного совета по проблемам развития региона при Губернаторе Кемеровской области определяется в соответствии с положением, утверждаемым Администрацией Кемеровской области.

Глава III. ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАУЧНОЙ И (ИЛИ) НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Статья 11. Финансирование научной и (или) научно-технической деятельности

Источники финансирования научной и (или) научно-технической деятельности:

- средства, выделяемые из федерального бюджета (в рамках федеральных целевых программ или в соответствии с соглашениями между Администрацией Кемеровской области и заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, академиями наук Российской Федерации, имеющими государственный статус);
- средства областного бюджета. Общий объем средств, выделяемых на финансирование научной и (или) научно-технической деятельности, составляет до 5 процентов от годового объема средств, выделяемых на реализацию региональных целевых программ;
- средства областного бюджета, выделяемые для выполнения государственных заказов;
- гранты российских и международных фондов;
- средства, получаемые субъектами научной и (или) научно-технической деятельности Кемеровской области в результате договорной научной, научно-технической и образовательной деятельности;

- средства, получаемые в результате предоставления платных научных и (или) научно-технических и образовательных услуг;
- средства, получаемые в результате инновационной деятельности на территории Кемеровской области;
- добровольные пожертвования и займы на выполнение конкретных научных, научно-технических и инновационных проектов;
- иные, не запрещенные законодательством источники.

Статья 12. Стимулирование научной и (или) научно-технической деятельности в рамках реализации настоящего Закона

Стимулирование научной и (или) научно-технической деятельности осуществляется за счет:

- выделения грантов на проведение фундаментальных научных исследований для решения актуальных научных проблем в интересах Кемеровской области;
- поощрения научных работников грамотами, дипломами, ценными подарками, премиями за выдающиеся научные достижения;
- налоговых и иных льгот, предоставляемых органами государственной власти Кемеровской области.

Статья 13. Вступление в силу Закона

Настоящий Закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

Губернатор
Кемеровской области

А.М. ТУЛЕЕВ

г. Кемерово
13.01.2003
№ 120-ОЗ



*Утверждено
распоряжением Администрации
Кемеровской области
от 14 ноября 2002 г. № 759-р*

ПОЛОЖЕНИЕ о научном совете по проблемам развития региона при Губернаторе Кемеровской области

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Научный совет по проблемам развития региона при Губернаторе Кемеровской области (далее — научный совет) образован в целях рассмотрения научно обоснованных предложений по стратегии развития региона, координации функционирования и организации взаимодействия отраслевых научных организаций, решения научно-практических и инновационных задач.
- 1.2. Научный совет является совещательным органом при Губернаторе Кемеровской области. Научный совет не является структурным подразделением Администрации Кемеровской области. Его деятельность объединяет все научные силы региона.
- 1.3. Правовую основу деятельности научного совета составляют федеральные законы, постановления Правительства Российской Федерации, законы Кемеровской области, постановления и распоряжения Администрации Кемеровской области, а также настоящее Положение.

2. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ НАУЧНОГО СОВЕТА

Основными задачами научного совета являются:

- определение стратегии и приоритетных направлений развития региона;
- анализ научно-обоснованных концепций и научных программ, а также организация выполнения исследовательских работ по этим программам;
- анализ эффективности использования научного комплекса региона для социально-экономического развития и повышения уровня жизни в Кузбассе;
- разработка предложений по созданию регионального механизма инвестирования наукоемких технологий для подъема производства в регионе;
- содействие созданию экономических условий в регионе для выпуска конкурентоспособной продукции на основе научных достижений;

- участие в создании современной информационной среды региона на базе инновационных технологий.

3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОГО СОВЕТА

Основными направлениями деятельности научного совета являются:

- разработка рекомендаций и заключений по научному обеспечению социально-экономического развития региона;
- анализ экономических, технических, юридических, иных научно-исследовательских проектов, направленных на развитие региона;
- выработка рекомендаций по взаимодействию академической и отраслевой науки;
- содействие созданию благоприятных условий для раскрытия творческого потенциала научных кадров и привлечению для работы в регионе крупных ученых и специалистов;
- координация научных исследований в регионе, объединение усилий ученых и производственных коллективов, направленных на ускорение научно-технического прогресса;
- совершенствование организационно-методической работы по информационному обеспечению научно-технического прогресса и процесса управления социально-экономическим развитием региона.

4. СТРУКТУРА НАУЧНОГО СОВЕТА

- 4.1. Научный совет создается, реорганизуется и упраздняется распоряжением Администрации Кемеровской области.
- 4.2. Научный совет состоит из председателя научного совета, первого заместителя председателя научного совета, заместителей председателя научного совета — руководителей секций, а также членов совета по основным направлениям деятельности (секциям).
- 4.3. Председателем научного совета является Губернатор Кемеровской области. Выполнение обязанностей первого заместителя председателя научного совета возлагается на первого заместителя Губернатора области,



- заместителями председателя научного совета являются руководители секций.
- 4.4. Решением председателя научного совета из числа сотрудников Администрации области назначается ученый секретарь научного совета, который одновременно является секретарем президиума.
- 4.5. Для координации деятельности научного совета формируется президиум научного совета в составе председателя, заместителей председателя и ученого секретаря научного совета.
- 4.6. В состав научного совета, по согласованию с председателем совета, могут привлекаться ученые и представители научной общественности, в том числе из других регионов.
- 4.7. Секция научного совета является его рабочим органом, действующим на общественных началах. В состав секции входят специалисты научных учреждений, вузов, предприятий, молодые ученые. Состав секции утверждается решением научного совета.
- 4.8. В состав научного совета входят следующие секции:
- по проблемам топливно-энергетического комплекса, строительства и жилищно-коммунального хозяйства;
 - по проблемам экономики и предпринимательства;
 - по проблемам промышленности и агропромышленного комплекса;
 - по проблемам здравоохранения и экологии;
 - по проблемам образования и фундаментальных исследований;
 - совет молодых ученых.
- 4.9. Секции участвуют в формировании и экспертизе научно обоснованных концепций по разрабатываемым целевым научным программам, а также в организации выполнения исследовательских работ по этим программам.
- 4.10. Научный совет опирается в своей деятельности на научный центр СО РАН, научные коллективы институтов РАН, совет ректоров вузов, другие субъекты научно-технической деятельности, общественные организации.
5. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОГО СОВЕТА
- 5.1. Председатель научного совета:
- организует работу научного совета и президиума, а также осуществляет контроль за работой секций научного совета;
 - утверждает планы работы научного совета;
 - определяет приоритетность обсуждения перспектив развития;
- распределяет обязанности между заместителями председателя научного совета.
- 5.2. Президиум научного совета возглавляет председатель научного совета.
- Президиум:
- рассматривает и представляет на утверждение председателю научного совета проекты планов работы научного совета и его секций;
 - рассматривает и оценивает эффективность работы секций научного совета;
 - вносит предложения, касающиеся проекта плана заседаний научного совета.
- Рассмотрение вопросов, связанных с деятельностью научного совета, осуществляется на заседаниях научного совета.
- Порядок проведения заседания президиума научного совета определяется председателем научного совета. В отсутствие председателя научного совета заседание президиума проводит заместитель председателя научного совета.
- 5.3. Члены научного совета обладают равными правами при обсуждении вопросов, внесенных в повестку дня научного совета, и принятии по ним решений.
- Присутствие на заседаниях членов научного совета обязательно. Они не вправе делегировать кому бы то ни было свои полномочия. В случае, если член научного совета не может присутствовать на заседании научного совета, президиума или секции научного совета, он представляет свое мнение по рассматриваемым вопросам в письменном виде. Член научного совета имеет право:
- излагать письменно свое мнение при несогласии с принятым решением, которое подлежит обязательному приобщению к протоколу заседания научного совета;
 - обращаться к председателю научного совета по вопросам, входящим в компетенцию научного совета;
 - принимать участие в заседаниях секций научного совета.
- 5.4. Ученый секретарь — секретарь президиума научного совета:
- организует подготовку информационно-аналитических материалов по вопросам, отнесенным к компетенции научного совета;
 - формирует повестку дня и список лиц, приглашаемых на заседания научного совета и его президиума;
 - осуществляет организационную подготовку заседаний научного совета и его президиума.
- 5.5. Заседания научного совета проводятся в соответствии с планом его работы. Планы ра-



боты президиума и секций научного совета разрабатываются на основе плана работы научного совета и утверждаются заместителями председателя научного совета — руководителями секций.

- 5.6. Заседания научного совета, президиума и секций научного совета являются правомочными, если на них присутствует не менее половины их членов. Решения по всем вопросам принимаются простым большинством голосов.

Решения, принимаемые по итогам заседаний научного совета и президиума, оформляются решениями научного совета, которые подписывают председатель научного совета и ученый секретарь научного совета. Решения, принимаемые по итогам заседаний секций научного совета, после их одобрения президиумом, оформляются решениями научного совета.

Решения научного совета носят рекомендательный характер.

- 5.7. Организационно-техническое и документационное обеспечение деятельности научного совета, президиума, секций научного совета возлагается на аппарат Администрации области.

- 5.8. Информационно-справочное обеспечение деятельности научного совета, президиума, секций научного совета осуществляют органы исполнительной власти и организации, представители которых входят в состав научного совета и привлекаются к его работе.

- 5.9. Научный совет может быть упразднен по решению Губернатора области.

6. УЧЕТ И ОТЧЕТНОСТЬ НАУЧНОГО СОВЕТА

- 6.1. Протоколы заседаний научного совета по проблемам развития региона, решения о перспективных направлениях развития публикуются в средствах массовой информации.

- 6.2. Ежегодно формируется бюллетень материалов научного совета.

*Утверждено
распоряжением Администрации
Кемеровской области
от 14 ноября 2002 г. № 759-р*

ПОЛОЖЕНИЕ о секциях научного совета по проблемам развития региона при Губернаторе Кемеровской области

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Секция научного совета при Губернаторе Кемеровской области по проблемам развития региона (далее — секция научного совета) является его рабочим органом, осуществляющим свою деятельность на общественных началах. В состав секции входят ученые и специалисты научных учреждений, вузов, предприятий, территориальных органов управления, хозяйственные руководители, депутаты. Руководитель секции утверждается распоряжением Администрации области, состав секции утверждается решением президиума научного совета.
- 1.2. Главной задачей секции является реализация стратегии развития региона в интересах производства и социальной сферы для повышения уровня и качества жизни населения Кемеровской области.
- 1.3. В своей работе секция руководствуется решениями научного совета, Администрации области.

- 1.4. Секция в своей деятельности опирается на ученых-экспертов, научный центр СО РАН, научные коллективы институтов РАН, совет ректоров вузов, другие субъекты научно-технической деятельности, общественные организации.

- 1.5. Секция способствует интеграции науки и образования в регионе, осуществлению подготовки нового поколения специалистов с глубокими фундаментальными и профессиональными знаниями, экономическим мышлением и высокой культурой.

2. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ

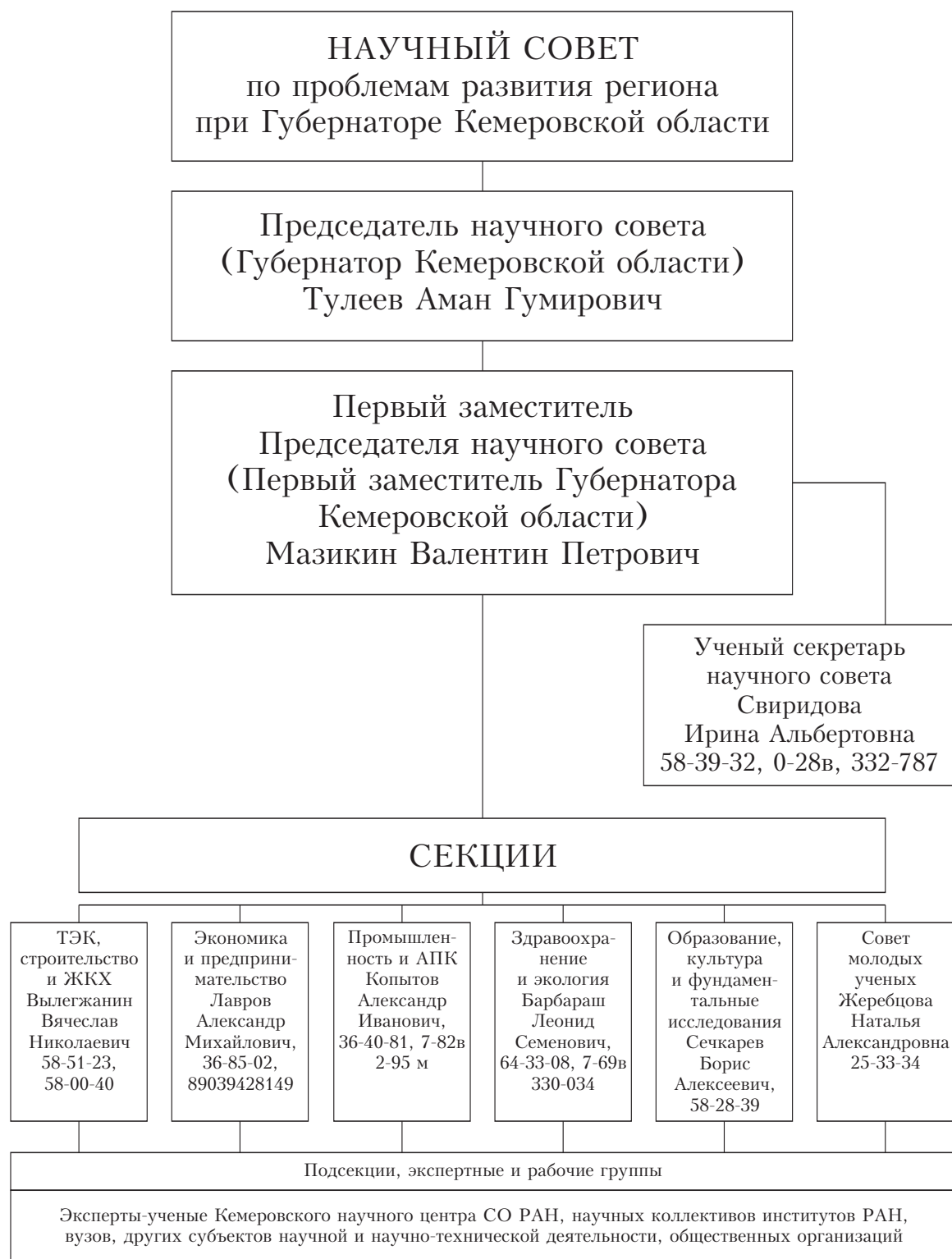
Основными функциями секции являются:

- 2.1. Разработка рекомендаций и заключений по научному обеспечению социально-экономического развития региона.
- 2.2. Анализ экономических, научно-технических, юридических, иных научно-исследовательских проектов, направленных на развитие региона.



- 2.3. Формирование базы данных научно-технических и социально-экономических проблем комплексного развития производительных сил региона, их анализ, разработка вариантов реализации решений по запросу Администрации области.
- 2.4. Выработка рекомендаций по взаимодействию академической и отраслевой науки.
- 2.5. Содействие созданию благоприятных условий для раскрытия творческого потенциала научных кадров и привлечению для работы в регионе крупных ученых и специалистов.
3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
СЕКЦИЙ НАУЧНОГО СОВЕТА
- 3.1. Общее руководство секцией осуществляет руководитель секции. Руководитель секции входит в состав президиума научного совета.
- 3.2. В секциях могут создаваться временные и постоянные подсекции, экспертные и рабочие группы для проработки конкретных вопросов. Состав подсекций, экспертных и рабочих групп утверждается решениями президиума научного совета или решениями секций научного совета. В случае необходимости могут быть образованы новые, упразднены и реорганизованы ранее созданные подсекции, экспертные и рабочие группы. Секции, подсекции и рабочие группы вправе привлекать к своей работе необходимых специалистов по своему усмотрению.
- 3.3. По рассматриваемым вопросам секция, подсекция или рабочая группа самостоятельно принимает решения и рекомендации. Наиболее важные вопросы выносятся на рассмотрение научного совета или его президиума.
- 3.4. Секция, подсекция, рабочая группа имеет право:
- участвовать в формировании социально-экономических и научно-технических программ по поручению Администрации области;
 - проводить взаимный обмен информацией между научно-исследовательскими учреждениями, вузами и производственными предприятиями;
 - концентрировать внимание ученых и специалистов на узловых вопросах научного обеспечения приоритетных программ Администрации области;
 - содействовать координации действий предприятий, организаций и научных учреждений в совместном решении научно-технических и социально-экономических проблем;
 - изучать и использовать результаты внедрения научно-исследовательских разработок в других регионах страны;
 - организовывать научно-практические конференции, семинары, выставки, другие мероприятия по пропаганде достижений науки и техники.
- 3.5. Работа секций осуществляется по годовым и перспективным планам, разработанным на основе плана работ научного совета.
- 3.6. Решения, принимаемые по итогам заседаний секций научного совета, оформляются решениями секций научного совета, которые утверждает руководитель секции. Решения носят рекомендательный характер, второй экземпляр передается ученому секретарю научного совета.
- 3.7. Деятельность секции может быть упразднена по решению президиума научного совета.





РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ПРИКАЗ

г. Новосибирск

10 июля 2002 г.

№ 7п

**О филиале Сибирского отделения
РАМН – Кузбасском научном центре**

В соответствии с постановлением Президиума от 3 июля 2002 г. № 165 (протокол № 14 § 5) «Об организации филиала Сибирского отделения Российской академии медицинских наук – Кузбасского научного центра в г. Кемерово», постановлением Президиума СО РАМН от 22 мая 2002 г. № 34 (протокол № 5) «Об организации филиала Сибирского отделения Российской академии медицинских наук – Кузбасского научного центра в г. Кемерово»

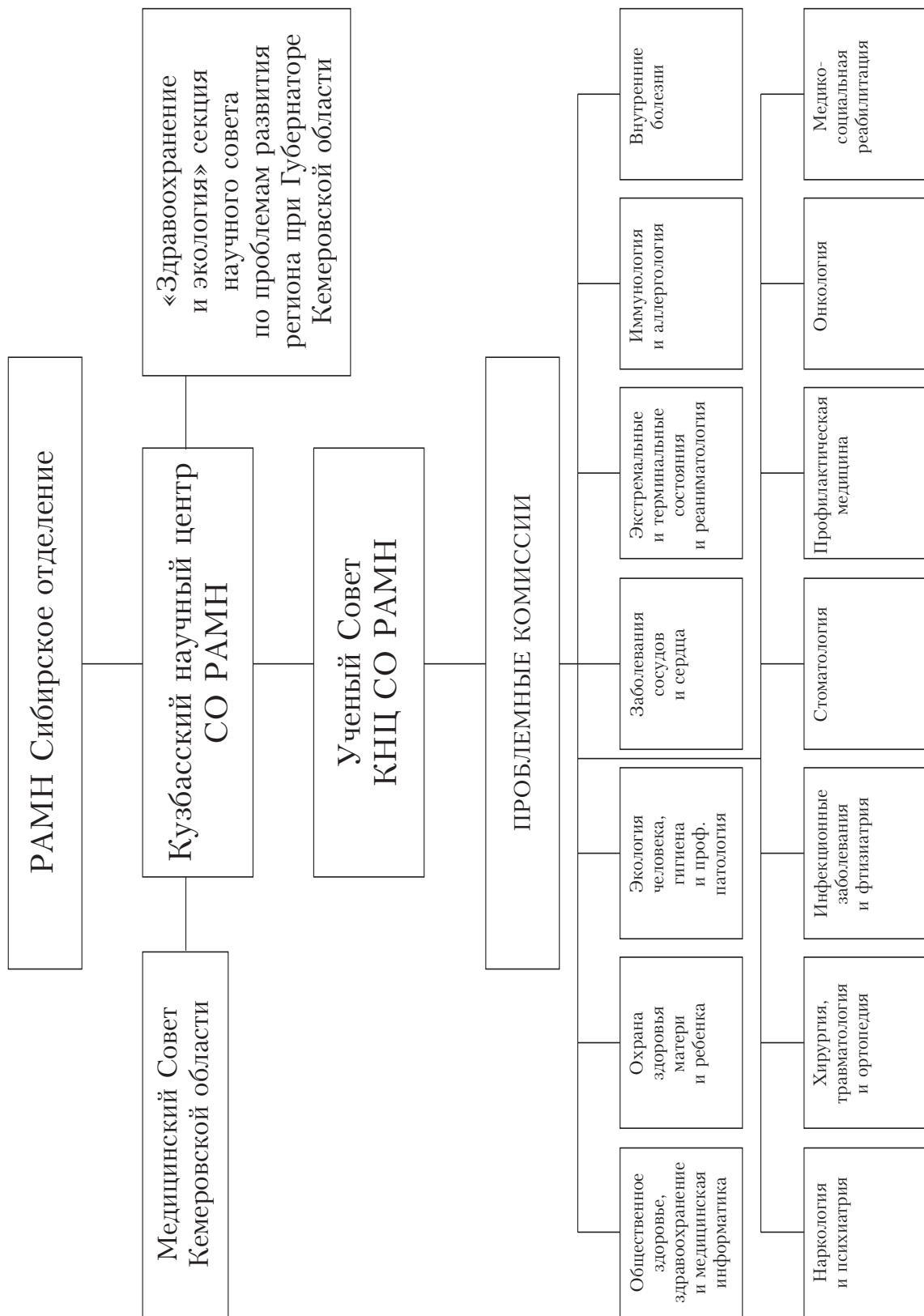
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать филиал Сибирского отделения РАМН – Кузбасский научный центр в г. Кемерово.
2. Назначить председателем филиала СО РАМН-КНЦ члена-корреспондента РАМН Леонида Семеновича Барбараша.

3. Планово-финансовому отделу СО РАМН (Н.А. Сорокина) внести изменения в штатное расписание Сибирского отделения РАМН. Определить объем финансирования филиала Сибирского отделения РАМН – Кузбасского научного центра на III и IV кв. 2002 г.
4. Председателю филиала СО РАМН-КНЦ Л.С. Барбарашу провести все необходимые действия по регистрации филиала по месту его нахождения.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Главного ученого секретаря СО РАМН академика РАМН Г.С. Якобсона

Председатель СО РАМН
академик РАМН

В.А. Труфакин





Л.С. БАРБАРАШ, Г.В. АРТАМОНОВА
*Филиал Сибирского отделения Российской академии медицинских наук –
Кузбасский научный центр*

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КУЗБАССА

Проблемы, которые решает практическое здравоохранение Кузбасса, неразрывно связаны с проблемами ученых-медиков. Это в равной степени относится и к фундаментальным, и к прикладным исследованиям.

Выступая на совместном заседании Совета Безопасности РФ, президиума Госсовета РФ и Совета по науке и высоким технологиям, Президент страны В.В. Путин сказал: «Выбор путей развития отечественной науки – это выбор нашей национальной перспективы. Он напрямую связан с охраной национальных интересов, с выбором стратегического пути развития России. Наука уже давно определяет развитие современного мира. В том числе, так называемыми, «живыми», биомедицинскими технологиями».

Основы политики государства в области развития науки и технологий формируются и реализуются с учетом федеральных интересов и интересов субъектов федерации. К стратегическим национальным приоритетам Российской Федерации относятся повышение качества жизни населения, экономический рост, фундаментальная наука, образование, культура, обеспечение обороны и безопасности страны.

Целью политики Российской Федерации в области развития науки и технологий является переход к инновационному пути развития страны на основе выбранных приоритетов.

Основными направлениями политики государства в области развития науки и технологий являются:

- развитие фундаментальной науки, развитие важнейших прикладных исследований и разработок;
- совершенствование государственного регулирования в области развития науки и технологий;
- формирование национальной инновационной системы;
- эффективное использование результатов научной и научно-технической деятельности;
- сохранение и развитие кадрового потенциала научно-технического комплекса;
- интеграция науки и образования;
- развитие международного научно-технического сотрудничества.

Проводимая администрацией Кемеровской области реализация государственной научно-технической политики имеет высокую социальную значимость, определяет уровень и темпы устойчивого развития региона и направлена на повы-

шение уровня благосостояния и качества жизни населения.

По решению администрации и Совета народных депутатов Кемеровской области при Губернаторе Кемеровской области создан совещательный орган – Научный совет по проблемам развития региона, и принят Закон «О государственной научно-технической политике Кемеровской области и об организации научной и (или) научно-технической деятельности». Эти документы создали правовые основы и гарантии для продуктивной научной деятельности на территории Кемеровской области и использования ее результатов для повышения качества жизни кузбассовцев.

В составе Научного совета пять секций, в том числе, секция «Здравоохранение и экология».

Научные исследования в Кузбассе в области медицины, здравоохранения и экологии проводятся преимущественно в учреждениях:

1. Федеральные учреждения:

- Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ,
- Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей МЗ РФ,
- ФГУ научно-производственный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк;
- ФГУ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», г. Ленинск-Кузнецкий.

2. Учреждения Сибирского отделения РАН:

- Кемеровский научный центр.

3. Учреждения РАМН:

- филиал ГУ НИИ общей реаниматологии (г. Новокузнецк).

4. Учреждения Сибирского отделения РАМН:

- ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний (г. Новокузнецк),
- ГУ научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН (г. Кемерово).

5. Областные учреждения здравоохранения:

- Кемеровский институт социально-экономических проблем здравоохранения (г. Кемерово),

Кроме того, ряд лечебно-профилактических учреждений занимаются научными исследованиями, являясь клиническими базами ВУЗов и научно-исследовательских учреждений.

Сегодня в практическом здравоохранении Кемеровской области трудятся 130 докторов и 450 кандидатов медицинских наук, 117 заслу-



женных работников здравоохранения и врачей, 401 отличников здравоохранения, 4 заслуженных деятелей науки РФ.

Направления научной деятельности учреждений многообразны, в то же время у всех у них есть общее — это здоровье населения Кузбасса, улучшение условий жизнеобеспечения.

В целях проведения и содействия развитию фундаментальных и прикладных исследований в области здравоохранения, а также для координации научных программ и проектов, способствующих социально-экономическому развитию Кемеровской области и других регионов, принято два значимых для здравоохранения Кузбасса решения.

Первое — Сибирским отделением Российской Академии медицинских наук в 2002 году в Кемеровской области образован филиал — Кузбасский научный центр.

Второе — в составе медицинского совета Кемеровской области создан комитет по научному обеспечению практического здравоохранения, функции которого в последующем возложены на Кузбасский научный центр СО РАМН (КНЦ).

Основные направления деятельности КНЦ:

- организация и координация проведения фундаментальных и прикладных исследований в области медико-биологических наук;
- определение и разработка новых направлений развития медико-биологических наук в Кемеровской области (КО) в соответствии с потребностями охраны здоровья населения;
- содействие проведению научных исследований в научных учреждениях РАМН, СО РАМН, расположенных в КО, координация их деятельности и подготовка научных кадров высшей квалификации в регионе;
- содействие в практической реализации завершенных разработок и результатов исследований научных организаций РАМН и СО РАМН;
- изучение и анализ достижений отечественной и мировой науки по ведущим направлениям, прогнозирование основных тенденций в развитии медико-биологических наук;
- организация работы по международному научному и научно-техническому сотрудничеству;
- организация и проведение научных конференций, симпозиумов, выставок;
- информационное обеспечение научных исследований;
- создание условий для раскрытия творческого потенциала ученых-медиков Кемеровской области и других регионов России.

При КНЦ СО РАМН создан ученый совет как совещательный орган для рассмотрения вопросов совершенствования организации научной иссле-

довательской деятельности, повышения эффективности научных исследований в целях внедрения полученных результатов в практику здравоохранения в регионе.

Ученый совет центра решает вопросы:

- определения приоритетных направлений деятельности КНЦ СО РАМН;
 - координации разработки и выполнения научно-технических программ комплексных проектов в интересах Кемеровской области;
 - осуществления связи с другими учреждениями и организациями, а также органами государственной власти и местного самоуправления.
- В составе ученого совета:
- члены-корреспонденты РАМН, ведущие постоянную работу в Кемеровской области;
 - директора научных организаций Кемеровской области, РАМН, СО РАМН в Кемеровской области;
 - ведущие ученые научных организаций Кемеровской области;
 - руководители органов управления здравоохранением Кемеровской области.

С целью всестороннего изучения вопросов здравоохранения и экологии в Кузбассе, из числа ученых-медиков организовано 14 проблемных комиссий:

- Внутренние болезни
- Заболевания сердца и сосудов
- Иммунология и аллергология
- Инфекционные заболевания и фтизиатрия
- Медико-социальная реабилитация
- Наркология и психология
- Общественное здоровье, здравоохранение и медицинская информатика
- Онкология
- Охрана здоровья матери и ребенка
- Профилактическая медицина
- Стоматология
- Хирургия, травматология и ортопедия
- Экология человека, гигиена и профессиональная патология
- Экстремальное и терминальное состояние и реаниматология

Ученым советом в 2003 году определено приоритетное направление научных исследований в области медико-биологических, экологических проблем. Им стало — «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения Кузбасса».

Выбор данного направления как ведущего обусловлен рядом факторов. Прежде всего, тем, что основными научными направлениями СО РАМН в 1998-2003 гг. были:

- медико-биологические и социально-демографические проблемы экологии человека;
- выявление системных и молекулярных механизмов формирования патологии в регионе Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера;



- разработка методов диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний взрослого и детского населения.

Ученые Сибирского отделения РАМН определили приоритетным научным направлением своей деятельности следующее: исследовать комплексные механизмы нарушения и сохранения здоровья, мобилизации и дисрегуляции систем жизнеобеспечения, продления активного периода и повышения качества жизни человека при воздействии неблагоприятных экологических факторов Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера, и разработать эффективные способы лечения социально-значимых заболеваний на основе технологий биоинженерии, иммунокоррекции, генотерапии и создания новых лекарственных средств.

Наш регион имеет специфические особенности. В Кузбассе сконцентрированы тяжелые отрасли промышленности с высокой урбанизацией населения, что, по мнению ученых, неблагоприятно влияет на здоровье населения и будущих поколений. В последние десятилетия в нашей области не происходит естественного прироста населения, а уровень смертности в 1,8 раз превышает уровень рождаемости. Средние показатели смертности трудоспособного населения по области выше, чем в России.

Сокращение трудового потенциала населения вызывает тревогу не только у ученых и практиков здравоохранения Кузбасса.

Следует отметить, что сегодня администрация области обратила пристальное внимание на развитие науки в Кузбассе, в том числе, медицинской. Это проявляется, как уже было отмечено, созданием Научным советом по проблемам региона, формированием правовой базы научной деятельности. Впервые в области разработано «Положение о порядке проведения конкурса на финансирование научной деятельности» из средств целевой программы «Региональный заказ на научные исследования».

В обсуждении данного «Положения» и приоритетных направлений научной и научно-технической деятельности на территории Кемеровской области, выполняемой в рамках региональной целевой программы «Региональный заказ на научные исследования» активное участие приняли члены ученого совета Кузбасского научного центра.

Приоритетными научными и научно-техническими направлениям на территории Кемеровской области выбраны следующие:

- Фундаментальные исследования в различных отраслях и сферах науки, имеющие стратегическое значение для развития Кемеровской области и Российской Федерации.
- Теоретические основы стратегии и ресурсного обеспечения развития региона в рыночных условиях, в том числе, внутрирегиональные и от-

раслевые аспекты. Проблемы большой и малой энергетики и ресурсосбережения.

- Передовые наукоемкие технологии.
- Исследования по проблемам сохранения и реабилитации природной среды, экологии человека и гигиены окружающей среды, по установлению общих закономерностей и механизмов влияния факторов производственной среды и трудового процесса на здоровье работающих.
- Новые формы хозяйствования и методы управления в различных отраслях и сферах.
- Методические приемы и подходы к оценке, мониторингу и управлению конкурентными внутрирегиональными и отраслевыми позициями. Экономические аспекты регулирования.
- Правовые аспекты регионального развития в современных условиях.
- Формирование благоприятного инвестиционного, делового и общественного климата в регионе.

В 2003 году администрацией Кемеровской области проведен конкурс по финансированию научной деятельности из средств региональной целевой программы «Региональный заказ на научные исследования».

Работа по оценке представленных проектов для участия в конкурсе Кузбасским научным центром проводилась целенаправленно и задолго до официально объявленного конкурса. Центр стал координирующим и рабочим органом секции «Здравоохранение и экология» Научного совета по проблемам региона.

Учитывая высокую актуальность и многогранность выбранного направления «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения Кузбасса», а также многолетний опыт совместной работы, учеными было принято решение о создании комплексных проектов, с участием нескольких медицинских, научных и образовательных учреждений Кузбасса и Сибирского региона.

Такой подход позволил объединить научный потенциал и материально-технические ресурсы, создать финансовую поддержку как можно большему числу участников с целью повышения медико-социальной и экономической эффективности проектов.

В конкурсе приняли участие 26 различных учреждений, представлено 18 проектов, которые соответствовали трем приоритетным направлениям, определенным условиями конкурса — пп. 1, 4 и 5 «Положения о конкурсе».

При рассмотрении проектов оценивали:

- научную новизну и актуальность;
- медико-социальную и экономическую эффективность;
- завершенность, инновационность и готовность результатов к внедрению в практику;



- экономическую приемлемость и вложение собственных средств заявителя;
- комплексность и блочность;
- социально-бюджетная безупречность.

По итогам конкурса государственные контракты на финансирование заключены по следующим проектам:

1. Медико-гигиеническое обоснование и разработка системы мер по снижению потерь здоровья работающего населения и его потомства в Кемеровской области (Кемеровская ГМА).
2. Исследование иммунологических и генетических механизмов тяжелых нарушений репродукции у жителей Кемеровской области и разработка новых подходов к получению средств иммунологической защиты от химических канцерогенов (Кемеровский научный центр СО РАМН).
3. Патогенетическое обоснование и клиническая апробация новых подходов к снижению летальности при терминальных (критических) состояниях в условиях техногенных катастроф и других чрезвычайных ситуациях (аварии на шахтах, химических и металлургических предприятиях Кузбасса) — комплексное клинко-экспериментальное исследование (филиал НИИ общей реаниматологии РАМН, г. Новокузнецк).
4. Обеспечение повышения безопасности труда на угледобывающих предприятиях Кузбасса путем своевременного выявления и эффективного лечения болезней органов кровообращения (МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер).
5. Перспективы развития ресурсосберегающих технологий в амбулаторно-поликлинических условиях. Новые формы хозяйствования и методы управления в различных отраслях и сферах (Кемеровский ИНСЭПЗ).
6. Автоматизированная система социально-гигиенического мониторинга здоровья и окружающей среды крупного промышленного региона (Кемеровская область) (АИС СГМ); (КМИАЦ, г. Новокузнецк).
7. Разработка системы реабилитации несовершеннолетних с наркологическими расстройствами в Кемеровской области (МУЗ Кемеровский наркологический диспансер).

Общая стоимость государственной поддержки проектов составила 5 млн. рублей. В настоящее время профинансировано из бюджета области 1,5 млн. рублей.

В 2004 году предполагается продолжить конкурс научных разработок из целевой региональной программы.

Одним из важных направлений деятельности Кузбасского научного центра является обсуждение результатов научных исследований ведущих медицинских учреждений Кузбасса.

Так, в 2003 году проведено 7 заседаний Ученого совета, на которых обсуждались следующие проблемы:

- Комбинированные поражения при взрывах метана и угольной пыли в угольных шахтах Кузбасса: проблемы и перспективы совершенствования технологии спасения тяжелопораженных шахтеров.
- Проблемы и перспективы создания антиканцерогенных средств в Кузбассе.
- О механизмах вторичного повреждения головного мозга при клинических состояниях, обусловленных черепно-мозговой травмой.
- Итоги и перспективы деятельности ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН (1976-2002 гг.).
- Медленные колебательные процессы гемодинамики: итоги и перспективы фундаментальных и прикладных исследований.
- Оценка риска развития внезапной смерти у больных острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца.
- Эпидемиология, теоретические и клинические аспекты лечения критической ишемии конечности и диабетической стопы.
- Особенности формирования профессиональной патологии у шахтеров Кузбасса.
- Научное обоснование и социально-медицинская эффективность внедрения новых технологий организации медицинской помощи населению.
- Организационно-методические проблемы определения потребности населения в стационарной медицинской помощи.

В результате обсуждения, ученым советом КНЦ приняты постановления, определяющие исследования как особо актуальные для Кузбасса, решающие различные задачи научной проблемы «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения Кузбасса».

Ряд исследований (ГУ НИИ КППЗ, г. Новокузнецк; ГУ ЛПУ НКЦОЗШ, г. Ленинск-Кузнецкий) рассмотрены и одобрены на заседании Президиума СО РАМН.

По проблеме профилактики профпатологии, определения потребности населения в стационарной медицинской помощи, внедрения новых организационных технологий приняты решения рекомендательного характера для Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области с целью их широкого применения в практическом здравоохранении.

Совместно с медицинским советом Кемеровской области, Кузбасский научный центр участвовал в подготовке и обсуждении проектов документов:

- Концепция профилактики профессиональных заболеваний в Кемеровской области;



- Концепция реформирования первичной медико-санитарной помощи.

Учреждениями, входящими в состав ученого совета научного центра, в 2003 году проведено четыре Всероссийские научно-практические конференции:

- Актуальные вопросы эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний и организации кардиологической помощи населению (ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, г. Кемерово);
- Актуальные вопросы обезболивания и интенсивной терапии тяжелой черепно-мозговой травмы (ГУ филиал НИИ общей реаниматологии РАМН, г. Новокузнецк);
- Гигиена, организация здравоохранения и профпатология (ГУ НИИ КППЗ СО РАМН, г. Новокузнецк);
- Проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (ФГУ НПЦ МСЭ и РИ, г. Новокузнецк).

Научные разработки Кемеровской ГМА (проф. Барбараш О.Л.), филиала НИИ общей реаниматологии (проф. Чуляев Ю.А.), ГУ НППЛ РХСС СО РАМН (д.м.н. Журавлева И.Ю.), Кемеровского ИНСЭПЗ (проф. Царик Г.Н.) рекомендованы для рассмотрения на заседании Президиума СО РАМН в 2004 году, как актуальные и имеющие практическое значение для медицины и здравоохранения.

Кузбасский научный центр выступил с инициативой формирования внебюджетного фонда, целью которого должна стать финансовая поддержка приоритетных направлений фундаментальной и клинической биомедицинской науки, новых медицинских технологий, раскрытию творческого потенциала молодых ученых-медиков.

На эту инициативу откликнулись промышленники, предприниматели, научные и лечебно-профилактические учреждения Кузбасса. Мы надеемся, что эта деятельность будет активно развиваться, создавая тем самым условия для развития научного потенциала медицины Кузбасса.

Совместная научно-консультативная деятельность Кузбасского научного центра, научных учреждений и практического здравоохранения строится на основе соглашения. На сегодняшний день такая форма научного сотрудничества установлена с учреждениями здравоохранения:

- ГУ НИИ КППЗ (директор к.м.н. Захаренков В.В.),
- ГУ ЛПУ НКЦОЗШ (директор проф., д.м.н. Агаджанян В.В.),
- Областным клиническим противотуберкулезным диспансером (главный врач к.м.н. Смердин С.В.),

- МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово (главный врач к.м.н. Ликстанов М.И.),

- МУЗ ГКБ № 2 г. Кемерово (главный врач Чернобай Н.А.),

- ЗАО Центр здоровья «Энергетик» (главный врач Агафонова Т.Н.).

Российская наука имеет богатый опыт и высокий потенциал. Но для эффективного его применения «сегодня необходима инновационная модель организации науки — модель, адекватная времени и рыночной экономике» (В.В. Путин). Президент страны отметил, что принципиальными направлениями модернизации современной науки должно стать:

- адресное финансирование продуктивных направлений, четкая форма госзаказа в государственном секторе науки, предпочтение государственного сектора и фундаментальной науки;
- инвентаризация структуры науки, ее материальной базы и кадров;
- интеграция академической, вузовской и прикладной науки на основе новых организационных форм, включающих образование, исследование, техническую и экономическую реализацию проектов;
- совершенствование правовой базы для коммерциализации научных разработок и защиты интеллектуальной собственности, регулирования рынка идей и инновационной структуры;
- развитие доступной системы патентования и научного менеджмента;
- развитие материальных стимулов и социальных гарантий для научных кадров, повышение престижа науки, государственная поддержка молодых ученых.

Кузбасским ученым-медикам предстоит решать поставленные перед наукой задачи. Совершенствование научной деятельности в Кузбассе необходимо начинать с анализа научного и материально-технического потенциала медицинской науки, формирования условий для активной деятельности молодых специалистов. Назрела необходимость организации объединенной экспериментальной базы (особенно для севера Кузбасса), создания доступной системы взаимного информирования научно-практических учреждений по основным научным проблемам. Необходимо интегрирование и комплексирование научных организаций, выполняющих исследования по одной проблеме. Слабо развиваются наукоемкие и инновационные технологии.

Объединение усилий представителей науки, практического здравоохранения и органов законодательной и исполнительной власти позволит обеспечить необходимые условия для достижения поставленных целей по охране здоровья населения Кузбасса.



ФИЛИАЛ ГУ НИИ ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ РАМН В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ

Директор — д.м.н., профессор Ю.А. Чурляев
Заместитель директора по НИР — д.б.н., профессор Н.А. Зорин

Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии создан 29 октября 1990 года на базе кафедры анестезиологии и реаниматологии государственного института усовершенствования врачей МЗ СССР. Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН имеет в своем составе три реанимационных отделения, расположенных на базах крупнейших муниципальных клинических больниц г. Новокузнецка, и две лаборатории — клинической и экспериментальной патофизиологии критических состояний при шахтной травме. В филиале работают высококвалифицированные кадры: 13 кандидатов, 4 доктора медицинских и биологических наук, 1 член-корреспондент РАЕН, 1 заслуженный врач РФ. Всего в Филиале 111 ставок.

В соответствии с планом Президиума РАМН и ОМБН РАМН, приоритетным научным направлением, разрабатываемым Филиалом, явля-

ется «Особенности механизмов патологических процессов при критических состояниях у шахтеров и разработка эффективных методов патогенетической интенсивной терапии».

В 2004 г. в Филиале ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН планируется выполнение 2-х тем: по плану ОМБН РАМН «Функция гемато-перитонеального барьера при распространенном перитоните и ее особенности у шахтеров» и заказной темы Администрации Кемеровской области «Патогенетическое обоснование и клиническая апробация новых подходов к снижению летальности при терминальных (критических) состояниях в условиях техногенных катастроф и других чрезвычайных ситуаций (аварии на шахтах), комплексное клинико-экспериментальное исследование». Сотрудники филиала являются авторами 17 патентов РФ, технологии которых внедрены в практику работы базовых клиник.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ ГИГИЕНЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СО РАМН

Директор — к.м.н. В.В. Захаренков
Заместитель директора по НИР — д.м.н., проф. Г.И. Чеченин

Приоритетные научные направления ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН:

- изучение основ формирования репродуктивного здоровья человека, оценка и прогноз воспроизводства и потерь здоровья населения в регионах Сибири и Крайнего Севера;
- разработка эффективных методов профилактики, лечения и реабилитации профессиональных и общесоматических заболеваний у рабочих ведущих отраслей промышленности;
- разработка научных основ гигиены жизнедеятельности человека в условиях роста социального и экологического неблагополучия на территориях Сибири;
- изучение проблем управления и организация систем охраны здоровья населения, разработка стратегии и технологий реализации оздоровительных программ.

В ГУ НИИ КППЗ СО РАМН работают 57 научных сотрудников, из них 8 докторов и

20 кандидатов наук; 150 сотрудников клиники института, из них 3 кандидата наук.

В рамках гранта проекта РОЛЛ 2002 Агентства международного развития США № 66GR8/ISC2002 выполняется тема НИР «Распространение и внедрение результатов оценки экологического риска и управление им в городах Красноярского края».

Сотрудниками института разработан аппаратно-программный комплекс «СЭД-2»-диагностический для экспресс-диагностики метаболического и нейровегетативного обеспечения организма, получивший диплом 1-й степени Кузбасской ярмарки на 1-м Межрегиональном медицинском форуме «Человек: здоровье и профессия». В 2003 г. получено 3 патента РФ на изобретения.

В практику 22-й городской больницы г. Новокузнецка, обслуживающей НКАЗ, внедрены программы медико-профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний флюоро-



зом. В практику женской консультации № 1 и муниципального роддома № 3 (г. Новокузнецк) внедрен «Способ прогнозирования невынашивания беременности». Результаты научно-исследовательских работ используются в лекционных курсах кафедр терапии, клинической и медико-социальной экспертизы, медицинской кибернетики, профпатологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

Перспективы развития института связаны с созданием новых отделов и лабораторий, расширением тематик научно-исследовательских работ, внутриинститутским и внешним комплексированием. Подана на утверждение в Президиум СО РАМН новая структура института, в которой планируется создание отдела питания, лаборатории проблем здоровья сельского населения, лаборатории социально-гигиенических проблем Красноярского края, лаборатории социальной медицины, экономики и управления здравоохранением, лаборатория медико-социальной реабили-

тации социально уязвимых групп населения, лаборатория гигиены детей и подростков. Широко используется и будет расширяться комплексирование ГУ НИИ КППЗ СО РАМН с Новокузнецким государственным институтом усовершенствования врачей, Кемеровской государственной медицинской академией, Кузбасской государственной педагогической академией (г. Новокузнецк), НИИ медицины труда РАМН (г. Москва), Новокузнецким институтом повышения квалификации, НИИ медицинской генетики (г. Томск), Алтайским государственным медицинским университетом (г. Барнаул), ФГУ «Научно-практический центр медико-социальной реабилитации инвалидов» (г. Новокузнецк), Кустовым медицинским информационно-аналитическим центром (г. Новокузнецк), ОАО «Всероссийский алюминиево-магнелиевый институт» (г. Москва), институтом экономики и организации промышленного производства СО РАН (г. Новосибирск), НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск).

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ – НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ С КЛИНИКОЙ СО РАМН

*Директор – член-корр. РАМН, профессор Л.С. Барбараиш
Заместитель директора по НИР – д.м.н. И.Ю. Журавлева*

Приоритетные научные направления ГУ научно-производственной проблемной лаборатории реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН:

1. Механизмы адаптации организма реципиента к имплантируемым биоматериалам.
2. Возможности использования ксеногенных биоматериалов, обработанных диэпоксидом, в реконструктивной хирургии артерии.
3. Неинвазивная лучевая диагностика нарушений церебрального венозного кровообращения.
4. Бескаркасные эпоксиобработанные ксенопротезы в хирургии аортального клапана (экспериментально-клиническое исследование).
5. Метаболический синдром, как один из факторов сердечно-сосудистой патологии у жителей Горной Шории.
6. Варианты анестезиологического обеспечения операций на брюшном отделе аорты и ее магистральных ветвях у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

Для выполнения поставленных задач, по состоянию на 01.11.03 г. НППЛ РХСС СО РАМН

имеет в своем составе 90 человек, из них 7 научных сотрудников, в т.ч. 3 доктора и 12 кандидатов наук.

Уровень технической поддержки, новые медицинские технологии:

- разработка и клиническое применение новых моделей биопротезов для сердечно-сосудистой хирургии; оценка риска развития и профилактика внезапной смерти у больных острыми и хроническими формами ИБС;
- эпидемиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Внедрение результатов научных исследований в практику здравоохранения Кузбасса, РФ. С 1997 года в серийное производство запущены биопротезы клапанов сердца «КемКор», «АБ-Моно-Кемерово», «АБ-Композит-Кемерово»; биопротез кровеносного сосуда «КемАнгиопротез» и перикардальный лоскут «КемПериплас». В настоящее время начато серийное производство биопротеза клапана сердца «ПериКор». Разрешены для клинической апробации биопротезы клапанов сердца «КемКор-Нео», «АБ-Моно-Нео», «АБ-Композит-Нео»; биопротез кровеносного сосуда



«КемАнгиопротез-Нео» и перикардальный лоскут «КемПериплас-Нео».

Перспективы развития учреждения: создание НИИ кардиологии федерального подчинения.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НОВОКУЗНЕЦКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Директор — к.м.н. Л.В. Сытин

Заместитель директора по НИР — д.м.н., проф. Г.К. Золоев

Приоритетные научные направления ФГУ Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов:

1. Медицинская и социальная реабилитация инвалидов вследствие заболеваний сосудов нижних конечностей.
2. Медицинская и социальная реабилитация инвалидов вследствие травматической болезни спинного мозга.
3. Организационные и методические аспекты первичного протезирования нижних конечностей.
4. Особенности медико-социальной экспертизы инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата.
5. Концептуальные аспекты инвалидности: эпидемиология и статистика, социально-экономические и правовые аспекты, качество жизни.

В центре работают высококвалифицированные специалисты — 55 человек. Высшую и первую квалификационную категорию имеют 20 врачей центра, 9 человек — ученую степень кандидата медицинских наук, 1 — доктора медицинских наук.

Ежегодно в ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ выполняются исследования в рамках научно-исследовательских тем по заказу Министерства труда и социального развития РФ. В среднем, ежегодно выполняются 3-4 научно-исследовательские работы.

НИР осуществляется совместно с научно-практическими учреждениями города Новокузнецка: Кустовой медицинский информационно-аналитический центр, ГИДУВ, учреждения МСЭ, городские клинические больницы.

ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ имеет клинику на 226 коек с отделениями сосудистой хирургии, нейрохирургии, ортопедии, анестезиологии и реанимации с палатой интенсивной терапии, диагностическое (лаборатория, рентген и функциональная диагностика), физиотерапии и лечебной физкультуры, медико-социальной экспертизы и

социально-трудовой реабилитации, лаборатория сложного и атипичного протезирования.

Клиника центра оснащена современным диагностическим и лечебным оборудованием, что позволяет обеспечить достаточно высокий уровень проведения лечебно-диагностических и научно-исследовательских мероприятий. Это компьютерный спирограф, электрокардиограф 6-канальный, электрокардиограф 1-канальный, велоэргометр, тредмил, ультразвуковой сканер Aloca, компьютерный электромиограф, система МБМ для оценки статодинамических функций, система «Диаслед» — компьютерная подография для регистрации давления на стопу, рентген аппарат Хиралюкс-2, спектрофотометр «Pointe-180», программируемый фотометр с проточной кюветой «Cormey», спектрофотометр СФ-46, экспресс-анализатор глюкозы/лактата «Биосен 5030», иноселективный анализатор «Easy Lyte», осмометр «Osmetta», анализатор на сухой химии «Reflotron-IV», гематологический анализатор «Hemascreen-7», артроскопическая стойка, мониторы слежения, ультразвуковые индикаторы кровотока и необходимая оргтехника.

В клинике ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ внедряются новые медицинские технологии. По профилю «Травматология и ортопедия»:

- эндопротезирование тазобедренного сустава по технологиям фирм Waldemar Link и Biomet Merck;
- артроскопическая диагностика и лечение повреждений крупных суставов;
- остеосинтез накостными и чрескостными аппаратами и конструкциями, в том числе из металла с памятью формы (NiTi).

По профилю «Нейрохирургия»:

- стабилизирующие операции позвоночника, в том числе конструкциями из NiTi;
- ревизия спинного мозга из переднего и заднего доступов;
- пластика пролежневых ран различной локализации;
- ортопедическая коррекция для восстановления функций опоры и движений верхних и



нижних конечностей в зоне трофических и неврологических расстройств.

В клинике внедрены современные технологии, принятые в ангиохирургии, позволяющие осуществлять диагностику и лечение заболеваний сосудов. В частности, среди хирургических методов применяются:

- шунтирование и протезирование сосудов;
- различные виды пластики сосудов;
- открытая, полузакрытая, эверсионная эндартерэктомия;
- различные виды симпатэктомии;
- ампутация голени, бедра, малые ампутации в пределах стопы.

Среди уникальных методов, не имеющих аналогов в регионе Сибири и Дальнего Востока, внедрены:

- метод оценки нарушений статодинамической функции;
- метод компьютерной подографии с помощью системы ДиаСлед.

Широко применяется ряд авторских методик, в том числе:

- способ диагностики ишемии культи (патент);
- способ диагностики деструкции тканей (патент);

- методы хирургического лечения ишемии культи конечности;
- тактика и методы хирургического лечения ишемии единственной нижней конечности;
- методы костно-пластических ампутаций бедра и голени;
- метод консервативного лечения ишемии культи с применением даларгина.

Центром выполняются научные заказы практического здравоохранения: формирование медико-экономических стандартов по разделу «сосудистая хирургия» для ДОН КО; НИР по теме «Анализ потребности населения (инвалидов) в протезно-ортопедической помощи и обеспеченности протезно-ортопедическими изделиями в ряде областей Западно-Сибирского региона» по заказу Счетной палаты РФ.

К перспективам развития учреждения относится создание на базе ФГУ ННПЦ МСЭ и РИ межрегиональных специализированных Центров: межрегиональный спинальный Центр, межрегиональный артрологический Центр, межрегиональный Центр критической ишемии и диабетической стопы.

КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ МЗ РФ

Ректор — д.м.н., профессор А.Я. Евтушенко

Проректор по НИР — д.м.н., профессор А.П. Михайлуц

Приоритетные научные направления Кемеровской государственной медицинской академии по проблемам:

1. *Кардиологии и кардиохирургии*: разработка и внедрение в клинику практику новых конструкций биологических протезов для сердечно-сосудистой хирургии; экспериментальная фармакологическая коррекция острых нарушений коронарного кровообращения.
2. *Репродуктивного здоровья*: региональные особенности репродуктивного здоровья современной популяции детей и женщин; распространенность экстрагенитальной патологии; течение акушерской и гинекологической патологии у женщин с заболеваниями щитовидной железы и гипоталамическим синдромом; разработка новых методов профилактики и лечения послеродовых инфекционных заболеваний, гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки; диагностика прогноза нарушений сократительной деятельности в родах.
3. *Наркомании, токсикоманий и суицидов*: распространенность названных расстройств у несовершеннолетних и, в целом, у населения об-

ласти; влияние употребления опиоидов беременными женщинами на формирование клиники синдрома отмены у новорожденных, пре- и постнатальных дезадаптаций; разработка и внедрение модели наркологической службы для несовершеннолетних.

4. *Здоровья детей*: железодефицитная анемия у детей; нарушения обмена пуринов и их последствия; обоснование программ профилактики, реабилитации и адаптации детей дошкольных образовательных учреждений; обоснование новых методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики болезней органов пищеварения у детей.
5. *Природно-очаговых инфекций*: разработка новых медицинских технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации при клещевом энцефалите и иксодовых клещевых боррелиозах.
6. *Стоматологии*: использование имплантатов с памятью формы в челюстно-лицевой хирургии, научное обоснование организации стоматологической помощи населению в регионе, этностоматология.



7. *Патофизиологии терминальных и экстремальных состояний*: закономерности и основные механизмы нарушения общего и регионального кровообращения, лимфообращения, водно-солевого обмена, кроветворения; моделирование терминальных состояний, максимально приближенных по своим параметрам к реальным условиям чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени; разработка методов коррекции посттравматических нарушений.
8. *Медицинской гельминтологии*: сравнительная морфоэкология и патоморфология органов паразита и хозяина при различных гельминтозах человека и животных; действие антигельминтиков на яйца паразитов, органы и ткани трематод: онкопаразитология; оценка влияния лекарственных растений на органы и ткани гельминтов.
9. *Адаптации, стресса, физического развития и здоровья*: оценка связи стрессорных реакций и стресс-реактивности организма с процессами физического развития и устойчивостью к развитию сердечно-сосудистой патологии; оценка профилактического действия адаптации к холоду, гипоксии и физической нагрузке на развитие гипертонии и нарушений коронарного кровотока; разработка количественных методов оценки стресс-реактивности человека.
10. *Гигиены и экологии Кузбасса*: гигиена труда и окружающая среда в химической и угольной промышленности; физиология труда: заболеваемость и травматизм в угольной промышленности; репродуктивное здоровье в условиях экологического неблагополучия и эколого-гигиенических ситуаций; гигиена питания работающих; методические подходы к проведению социально-гигиенического мониторинга и оценки рисков.
11. *Формирования эффективных моделей управления лечебно-профилактическими учреждениями и оказания медицинской помощи населению*: многоуровневая модель оказания медицинской помощи; стандартизация медицинских технологий; анализ систем управления и финансирования здравоохранения субъекта федерации; оптимизация сети и структуры учреждений здравоохранения.

В научных исследованиях участвуют 78 докторов и 251 кандидат наук, в том числе, 1 член-корр. РАМН, 2 заслуженных деятеля науки, 17 академиков и член-корр. российских и зарубежных общественных академий. Сформировалось 9 научных школ, функционирует один диссертационный совет по защите докторских диссертаций по трем специальностям и один дис-

сертационный совет по защите кандидатских диссертаций по двум специальностям.

В 1999-2003 гг. научные исследования выполнялись в рамках федеральных программ: «Дети России»; «Безопасное материнство»; «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера»; «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ»; «Снижение рисков и смягчение последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера в РФ»; «Улучшение и охрана труда»; двух критических технологий федерального уровня: «Системы жизнеобеспечения и защиты человека» (№ 30) и «Производство и переработка сельскохозяйственного сырья» (№ 33); 3-х программ МЗ и РАМН: «Программа научных исследований по актуальным проблемам гигиены и эпидемиологии», «Научно-техническая программа неотложных мер по научному и методическому обеспечению развития, внедрения и интеграции системы государственной санитарно-эпидемиологической службы и органов здравоохранения на 2001-2003 гг.», «Разработка эффективных методов и средств профилактики, диагностики и лечения наркологических заболеваний на основе медико-биологических, клинических и медико-социальных исследований»; 2-х программ СО РАМН: «Проблемы морфологии», «Проблемы кардиологии»; семи областных программ: «К здоровью через питание», «Инновационные технологии в управлении здравоохранением», «Артериальная гипертония», «Дети-инвалиды», «Проблемы социально значимых заболеваний», «Улучшение здоровья коренных жителей Кузбасса», «Современные здоровье-сберегающие технологии в учреждениях образования».

КГМА выполняет научный заказ практического здравоохранения по темам: «Профилактика внезапной смерти у больных с ИБС»; «Разработка метода оказания неотложной помощи при химических ожогах глаз»; «Экспериментально-клиническое изучение лекарственных средств, влияющих на течение аритмий и гемостаз при остром инфаркте миокарда»; «Разработка и внедрение видеолaparоскопических операций при язвенной болезни и ее осложнениях, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, нефроптозе»; «Диагностика, лечение и профилактика нарушений пуринового обмена (пуриноза) среди населения Кузбасса»; «Разработка методов лечения детей, перенесших внутриутробное воздействие психоактивных веществ»; «Профилактика внутрибольничных и социально-значимых инфекций (ВИЧ, вирусные гепатиты) в Кузбассе»; «Разработка стандартов обследования и лечения больных туберкулезом органов дыхания»; «Внедрение методов ранней диагностики сахарного диабета 2-го типа».



За 1999-2003 гг. по результатам научно-исследовательской работы получены 25 патентов, разработаны и утверждены ДОЗН Кемеров-

ской области и Центром ГСЭН в Кемеровской области, СО РАМН 94 методических указаний и рекомендаций.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ РФ Г. НОВОКУЗНЕЦК

*Ректор — д.м.н., профессор А.А. Луцкич
Проректор — д.м.н., профессор А.В. Колбаско*

Основными структурными подразделениями института являются три факультета: хирургический, терапевтический и медико-диагностический. В состав хирургического факультета входят 13 кафедр, терапевтического — 16 кафедр, медико-диагностического — 11 кафедр.

В институте функционируют административно-хозяйственная часть, центральная научно-исследовательская лаборатория, Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации, виварий. В состав ЦНИЛ входят 3 научных отдела: биохимический, гистологический, иммунологический. В состав Кузбасского научно-исследовательского института травматологии и реабилитации входят 2 отдела: отделение сочетанной и множественной травмы; отделение реабилитации с научной группой ортопедии.

В институте работают 226 преподавателей. Из них, докторов наук — 44 человека, в том числе 32 профессора; 130 кандидатов наук, в том числе 79 доцентов и 1 профессор. Не имеют ученой степени 52 человека, что составляет 23 % от общего числа преподавательского состава.

В ЦНИЛ работают 11 научных сотрудников. Ученую степень доктора наук имеют 3 человека, кандидата наук — 7 чел.

В Кузбасском НИИ травматологии и реабилитации 9 научных сотрудников. Ученую сте-

пень доктора наук имеют 2 человека, кандидата наук — 2 человека.

Кафедрами института (40 кафедр) заведуют 25 докторов наук.

Основные научные проблемы:

- оценка здоровья трудящихся в угольной и металлургической промышленности;
- особенности патогенеза посттравматической болезни у шахтеров при производственной травме.

Наиболее значимые результаты совместных научных исследований:

- улучшены показатели здоровья трудящихся в угледобывающей и металлургической промышленности;
- изучен гемато-энцефалический барьер при черепно-мозговой травме.

Показатели научных исследований ВУЗа за последние 5 лет:

- защищены 21 докторских и 79 кандидатских диссертаций;
- опубликовано 34 монографии;
- получено 168 патентов;
- сотрудники института выступали на крупных научных форумах в России с 697 докладами, в странах дальнего зарубежья — с 15, в странах СНГ — с 50 докладами;
- организовано 7 международных, 6 российских и 35 региональных конференций.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ»

*Директор — д.м.н., профессор В.В. Агаджанян
Заместитель директора по НИР — д.б.н. И.М. Устьянцева*

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (ФГЛПУ НКЦОЗШ) предназначено для оказания специализированной медицинской

помощи работникам угольных предприятий Кузбасса и членам их семей.

ФГЛПУ НКЦОЗШ имеет 25 клинических отделений на 495 коек, поликлиники для взрослых и детей на 1000 посещений в смену, брига-



ду постоянной готовности областного центра медицины катастроф.

Учитывая направленность современной медицины на профилактику наиболее распространенных заболеваний, были открыты новые отделения — эндоскопической хирургии, гинекологии, урологии, травматологии, детской ортопедии, неврологии, профпатологии, протезный комплекс, профпатологический центр, центр по лечению больных с политравмой.

В центре работают 1422 сотрудников, в том числе, 10 докторов и 38 кандидатов медицинских наук.

Центр является учебной базой Кемеровской государственной медицинской академии, где действуют 2 кафедры последипломного образования: «травматологии, ортопедии и реабилитации» и «профпатологии».

Основные направления научной деятельности ФГЛПУ НКЦОЗШ:

1. Организация системы мониторинга здоровья (диагностика, профилактика и лечение) работников угольной промышленности.
2. Разработка и усовершенствование консервативных и оперативных методов лечения при патологии опорно-двигательного аппарата.
3. Изучение механизмов регуляции гомеостаза у больных с тяжелой полиорганной патологией при использовании методов эфферентной хирургии.

В рамках основных направлений осуществляется работа по пяти комплексным фундаментально-прикладным научно-исследовательским темам:

1. Совершенствование организации экстренной помощи, диагностики и лечения больных с политравмой.
2. Лечение больных с ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью.
3. Реабилитация больных с патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата.
4. Разработка, изучение механизмов действия и оценка эффективности новых методов экстракорпоральной гемокоррекции.
5. Оценка качества жизни, диагностика и лечение профессиональной патологии шахтеров Кузбасса.

В отделениях ФГЛПУ НКЦОЗШ внедрены новые технологии, разработанные в стенах клиники:

- мониторинг отека головного мозга с помощью метода импедансометрии у пациентов с тяжелой травмой мозга;
- лаваж бронхоальвеолярного дерева большими объемами жидкости у пациентов с профессиональной патологией бронхо-легочной системы;

- система оказания помощи пациентам, находящимся в критическом состоянии, на догоспитальном и межгоспитальном этапе;
- режим искусственной вентиляции легких у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой для предотвращения и лечения легочных осложнений;
- эндопротезирование дефектов костей черепа пластиной из титана;
- ретроперитонеоскопия при урологической патологии у детей;
- стимуляция остеорепаляции путем применения аутологичных фибробластов;
- тотальное эндопротезирование в подростковом возрасте;
- реимплантация сегмента конечности;
- пластика обширных дефектов мягких тканей лоскутом на микроанастомозах;
- эндоскопические методы лечения, применяемые в нейрохирургии, ортопедии, хирургии и гинекологии, с использованием микрохирургической техники;
- тромболитическая терапия в лечении больных острым инфарктом миокарда;
- электростимуляция скелетных мышц в лечении больных осложненным инфарктом миокарда и тяжелой хронической сердечной недостаточностью;
- чреспищеводная ЭХО-кардиография в диагностике внутрисердечных образований;
- термоплазмообработка крови у больных с инфарктом миокарда;
- инкубационный метод введения лекарственных веществ;
- криоплазмасорбция при демиелинизирующих заболеваниях нервной системы.

В ФГЛПУ НКЦОЗШ разработан и утвержден МЗ РФ технологический регламент на промышленное производство препарата для инфузии «Гемодез», выпуск которого начат с 01.01.1997 г. (лицензия 002639 серия М, регистрационный номер 64/342/96 от 28.11.1996 г.).

С 1996 г. на базе ФГЛПУ НКЦОЗШ организована бригада для оказания лечебно-консультативной помощи пациентам в лечебных учреждениях Кузбасса. С мая 1997 г. данная служба вошла в состав региональной программы «Медицина катастроф».

В центре организован Ученый совет для рассмотрения вопросов совершенствования организации научно-исследовательской деятельности, повышения эффективности научных исследований и внедрения в практику здравоохранения полученных результатов, подготовки, аттестации и расстановки научных кадров.

ФГЛПУ НКЦОЗШ участвует в Российском многоцентровом исследовании РИФТ ПРОКИ (длительные физические тренировки у больных



острым инфарктом миокарда, острым коронарным синдромом и после операции на сердце), которое проводит Российский научно-исследовательский центр профилактической медицины, а также в многоцентровых исследованиях HERO-2 (использование Гирулога при остром инфаркте миокарда), MAGIC (использование Магния сульфата при остром инфаркте миокарда), VALIANT (использование Вальсартана у больных сердечной недостаточностью).

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» принимает активное участие в работе региональных и международных медицинских выставок-ярмарок:

1. Сибирская ярмарка (Кемерово, 1998) — получена «Золотая медаль» за разработку и производство кровезаменителей.

2. Кузнецкий край (Кемерово, 1998) — получена «Золотая медаль» за серию научно-исследовательских работ по лечению и профилактике травматизма среди шахтеров Кузбасса.

3. Мединтек (Кемерово, 1999, 2000, 2001, 2002) — получен Диплом I-й степени за лучший экспонат «технология индивидуального протезирования».

4. Инновация и изобретение года (Кемерово, 2000, 2001) — получены Дипломы I-й степени за инновационную деятельность по совершенствованию организации экстренной помощи, диагностики и лечения больных с политравмой; совершенствованию оказания медицинской помощи, профилактике, диагностике и лечению профессиональных заболеваний у шахтеров.

КЕМЕРОВСКИЙ ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Директор — д.м.н., профессор Г.Н. Царик

Основное направление научно-исследовательской деятельности института социально-экономических проблем здравоохранения — разработка инновационных технологий организации медицинской помощи на основе рационального использования ресурсов отрасли в целях обеспечения качества медицинской помощи.

Кадровый потенциал института: в институте на контрактной основе работают 70 сотрудников, в том числе, 10 докторов и 12 кандидатов медицинских наук.

За последние 5 лет на базе института реализовано 35 проектов по актуальным проблемам здравоохранения. Разработана и апробирована многоэ-

тапная система организации медицинской помощи, выполнен заказ практического здравоохранения на разработку положения о системе управления обеспечением качества медицинских услуг.

Результаты научных исследований внедрены в практику здравоохранения Кузбасса и других территорий.

Перспективное развитие института предполагает внедрение системы обеспечения качества медицинской помощи, с интегральной оценкой деятельности ЛПУ.

Особое внимание планируется уделять разработке и внедрению критериев и системы аккредитации учреждений, предприятий и организаций медицинского профиля.



А.А. МИХАЙЛУЦ, С.В. КУРКАТОВ
Кемеровская государственная медицинская академия,
ФГУ Центр госсанэпиднадзора в Красноярском крае

ПРОБЛЕМА РИСКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ПРОИЗВОДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИНДУСТРИАЛЬНЫХ ГОРОДАХ СИБИРИ

Ведущих отраслях промышленности Сибири (угольной, горнорудной, черной и цветной металлургии, теплоэнергетике, химической, нефтеперерабатывающей и др.), определяющих ее валовый внутренний продукт, сформировались высокие уровни профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости. Они, представляя собой наглядное следствие интенсивного повреждающего воздействия факторов среды обитания на состояние здоровья активной части населения, могут служить своеобразными индикаторами технико-экономических возможностей общества, его отношения к здоровью трудоспособного населения, характеризовать угрозу здоровью потомства и будущих пенсионеров [8]. Социальные аспекты профессиональных заболеваний (ПЗ) и производственно-обусловленных заболеваний (ПОЗ) связаны с признанием неприятия в моральном отношении факта нанесения работодателем вреда здоровью, а затем и экономического ущерба лицам наемного труда, которые следует компенсировать и возмещать [4, 6]. В России количество получателей страховых выплат в связи с ПЗ в 2002 г. составило 159,7 тыс. человек, с ежемесячной страховой выплатой 2461 рубль на 1 человека [1].

Распространенность и социальная значимость ПЗ и ПОЗ определяют актуальность проблемы их рисков, которая заключается в необходимости

иметь достаточно точные методы прогноза профессиональной патологии по унифицированным, объективным критериям. На основании их принимаются управляющие действия в зависимости от величины риска, включая экономическую ответственность работодателя [6].

По методическим подходам к установлению величин рисков ПЗ и ПОЗ имеется ряд основополагающих работ, значимых для практики госсанэпиднадзора и научных исследований [2, 3, 5]. В качестве ведущего критерия рисков ПЗ и ПОЗ взяты уровни, продолжительность воздействия и стажевые дозы факторов производственной среды. Это вполне обоснованно, хотя имеется значительное количество неопределенностей и ограничений, влияющих на соответствие фактических ситуаций с профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемостью, прогнозируемой по рискам. В связи с этим, заслуживает внимания анализ и рассмотрение неопределенностей и ограничений в проблеме установления рисков ПЗ и ПОЗ на примере индустриальных городов Сибири. В качестве основных неопределенностей и ограничений выбраны медицинские, социальные и экологические (таблица).

Из-за отсутствия индивидуальных пробоотборников, дозиметров и др. аналогичных приборов проводится недостаточное количество замеров факторов производственной среды и имеется де-

Таблица
Неопределенности и ограничения, влияющие на риски
профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний

Тип неопределенностей и ограничений	Вид неопределенностей и ограничений
1. Медицинские	1.1. Неполная и недостаточно достоверная информация об условиях труда работающих
	1.2. Качество предварительного и периодических медицинских осмотров
	1.3. Состояние здоровья поколения, приступающего к трудовой деятельности
	1.4. Увеличение среднего возраста работающих
	1.5. Проведение послесменной и периодической медицинской реабилитации
2. Социальные	2.1. Образ жизни работающих
	2.2. Уровни жизни населения
	2.3. Спрос на рабочую силу на рынке труда
	2.4. Ущерб здоровью из-за несовершенства законодательных и нормативных документов
3. Экологические	3.1. Наличие высоких канцерогенных и неканцерогенных рисков заболеваемости населения в местах проживания работающих
	3.2. Состав действующих загрязнителей в объектах окружающей среды



фицит данных об условиях труда, получаемых как в санитарно-эпидемиологической службе, так и при производственном контроле. На 1000 работающих в год выполняется 23-44 замеров химического фактора и аэрозолей, 1,7-4,8 замеров шума, 0,2-0,7 — вибрации. Это накладывает ограничения на оценку ситуации с уровнями воздействующих факторов, нахождение зависимостей между ними и заболеваемостью работающих и, в конечном счете, на возможности установления рисков. Существуют различия в информации об условиях труда, получаемой при производственном контроле и при госсанэпиднадзоре.

Трансформация в характере и течении основных нозологических форм профессиональной патологии [7], с одной стороны, потери в системе медицинского обслуживания работающих и ослабление к ней внимания органов управления здравоохранением, с другой, отрицательно сказываются на качестве предварительных и периодических медицинских осмотров работающих. Как следствие, динамика профессиональной заболеваемости за последние 12 лет в угольной промышленности, черной и цветной металлургии, теплоэнергетике, тяжелом машиностроении Сибири носит характер переходного процесса со слабыми внутренними связями между ежегодными уровнями заболеваемости, подвержена влиянию внешних факторов, связанных со стабильностью работы предприятий, особенностями выплат по регрессным искам, качеством проводимых периодических медицинских осмотров. Нельзя признать нормальной ситуацию, когда 28-44 % диагнозов хронических профессиональных заболеваний и отравлений ставятся при самостоятельном обращении работающего за медицинской помощью.

В величины рисков ПЗ и ПОЗ, определяемые с учетом ранее выполненных эпидемиологических исследований и наблюдений, вносится коррекция ухудшающимся состоянием здоровья поколения, приступающего к трудовой деятельности. Так, в индустриальных городах Сибири в 1993-2002 гг. стабильно нарастали уровни впервые выявленной заболеваемости детей, достигнув 1615-2185 % случаев в Красноярском крае и 1420-1760 % — в Кузбассе. Учитывая, что многим из них, в том числе с ослабленным здоровьем, предстоит работать во вредных и опасных условиях труда на шахтах, разрезах, предприятиях черной и цветной металлургии, теплоэнергетике, следует ожидать более высоких уровней ПЗ и ПОЗ, по сравнению с прогнозируемыми по рискам.

Увеличение среднего возраста работающих, повышение среди них доли лиц старше 40 лет, продолжение трудовой деятельности пенсионерами на прежних рабочих местах ведет к тому, что возрастает удельный вес работающих, обремененных хроническими заболеваниями, и, как следс-

твие, могут нарастать не только профессиональная и производственно-обусловленная заболеваемость, но и различия между ее фактическими уровнями и прогнозируемыми величинами рисков, получаемыми на основании ранее выполненных исследований и наблюдений. Примером тому может быть стабильное (в течение 10 лет) нарастание, носящее характер стационарного процесса, профессиональной заболеваемости и удельного веса болезней систем костно-мышечной и кровообращения, новообразований у работающих на ряде предприятий по производству алюминия, теплоэнергетики.

В ранее проведенных исследованиях и наблюдениях по профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости в зависимости от доз действующих факторов, на результатах которых основаны расчеты рисков ПЗ и ПОЗ, присутствовал такой достаточно эффективный фактор, как посменная и периодическая медицинская реабилитация работающих на базе здравпунктов, поликлиник, МСЧ и санаториев-профилакториев. В настоящее время эта система медицинского обслуживания на предприятиях разных отраслей промышленности сокращена в финансировании на 35-80 % и переведена на платную основу. Как следствие, существенно изменяется объем профилактических мероприятий и появляется дополнительная неопределенность при определении рисков ПЗ и ПОЗ.

Проведенные исследования по образу жизни в индустриальных городах Красноярского края показали значительную распространенность среди работающих (52-68 %) таких вредных привычек, как табакокурение, употребление алкоголя и игнорирование занятий физической культурой. Формируется нездоровый образ жизни, снижаются адаптационно-приспособительные возможности организма, увеличивается заболеваемость, о чем свидетельствуют тренды изменений заболеваемости взрослого населения и доли вклада вредных привычек в заболеваемость взрослого населения, составляющие 18-26 %. На фоне этого воздействие вредных и опасных факторов может изменять риски ПЗ и ПОЗ.

Уровень жизни населения через доходы, питание, условия проведения ежегодного отпуска и риск дискомфортных состояний, влияя на состояние здоровья, служит фактором, на фоне которого происходит воздействие вредных и опасных условий труда. Его модифицирующая роль заключается в том, что он накладывает ограничения при установлении рисков как инструмента прогнозирования ПЗ и ПОЗ. Так, в Красноярском крае в 1998 г., при валовом внутреннем продукте (ВВП) на душу населения в размере 23,7 тыс. руб., уровень профессиональной заболеваемости составил 1,08 ‰ случая, а в 2000 г., при ВВП на



душу населения 71,7 тыс. руб., – 0,61 ‰ случая. Риски ПЗ при этом не изменились.

Изменения спроса на рабочую силу на рынке труда с появлением безработицы влияют на регистрируемую профессиональную и производственно-обусловленную заболеваемость, особенно в городах с монопромышленностью. В этой связи показательная ситуация в шахтерских городах Кузбасса, когда при закрытии угольных шахт и увольнении шахтеров уровень ПЗ возрос с 5,9 ‰ случаев до 15,2 ‰. При этом ПЗ в подавляющем большинстве случаев регистрировались у шахтеров в возрасте около 50 лет и старше, подлежащих увольнению без перспектив найти работу в прежней профессии. В то же время, заболеваемость с временной утратой трудоспособности уменьшилась на 65 %, в основном, среди шахтеров молодого и среднего возраста, предпочитающих не обращаться за медицинской помощью в случае легких по форме заболеваний, создавая впечатление надежных здоровых работающих. Риски ПЗ и ПОЗ у шахтеров в эти годы не изменились.

Заслуживают внимания возникающие неопределенности в рисках ПЗ в связи с проблемой ущербов заболевшего ПЗ вследствие несовершенства законодательных и нормативных документов. В ряде случаев имеется незаинтересованность работающего в постановке диагноза ПЗ, при котором могут возникать потери в доходах в связи с переменной места работы или профессии. При этом нормативные документы фактически не гарантируют человеку, выбирающему опасную в отношении ПЗ профессию или производство, высококачественного медицинского обслуживания на предмет повышенной чувствительности к воздействию фактора производственной среды (аллергены, фиброгенные аэрозоли, вибрация и др.). Законодательные документы, в свою очередь, не гарантируют полного возмещения экономических ущербов, обусловленных потерей профессиональной трудоспособности. Ситуация, при которой лица с фактическим ПЗ, но не поставленным его диагнозом, продолжают трудиться на прежних рабочих местах, требует безотлагательного взвешенного решения в законодательном и нормативном порядке.

При расчете рисков ПЗ и ПОЗ может возникнуть неопределенность вследствие загрязнений объектов окружающей среды, создающих канцерогенный и неканцерогенный риски заболеваемости в местах проживания работающих. У них могут развиваться не только экологически обусловленные заболевания, но и увеличиваться дозы вредных веществ, формироваться сочетанное и комплексное воздействие факторов среды обита-

ния и, в конечном счете, изменяться риски ПЗ и ПОЗ. Так, в г. Красноярске, атмосферный воздух которого загрязнен соединениями фтора вследствие выбросов алюминиевого завода, изначально формируется высокий уровень впервые выявленных заболеваний костно-мышечной системы у детей, составляющий 63,7 ‰ случаев, что в 2,2 раза превышает аналогичный показатель у детей в целом по Красноярскому краю. В свою очередь, у работающих на алюминиевом заводе, подвергавшихся в детстве и имеющих интенсивный профессиональный контакт с соединениями фтора, уровень ПОЗ костно-мышечной системы достигает 257 ‰ случаев, что больше аналогичного показателя в целом по Красноярскому краю в 9,6 раз.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, во-первых, о целесообразности учета неопределенностей и ограничений при прогнозировании ситуаций по рискам ПЗ и ПОЗ; во-вторых, о настоятельной необходимости эпидемиологических исследований по распространенности в настоящее время ПЗ и ПОЗ в промышленных городах Сибири, с учетом факторов, влияющих на неопределенности и ограничения рисков. Это позволит установить доли вкладов неопределенностей и ограничений в уровни ПЗ и ПОЗ и повысить надежность оценки и прогноза ситуаций по рискам ПЗ и ПОЗ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анализ основных показателей работы отечественной системы обязательного социального страхования профессиональных рисков /И.Г. Барановский, О.В. Измайлов, В.В. Субботин и др. //Мед. труда и промышл. экология. – 2003. – № 9. – С. 1-8.
2. Измеров, Н.Ф. Сегодня и завтра медицины труда /Н.Ф. Измеров //Мед. труда и промышл. экология. – 2003. – № 5. – С. 1-12.
3. Измеров, Н.Ф. Медицина труда. Введение в специальность /Н.Ф. Измеров, А.А. Каспаров. – М., 2002. – 391 с.
4. Петров, В.В. Окружающая среда и здоровье человека (три формы возмещения вреда здоровью) /В.В. Петров //Экологич. право. – 2002. – № 1. – С. 11-17.
5. Совершенствование подходов к оценке риска и социальной защиты работников на основе документов МОТ по медицине труда /Э.И. Денисов, Н.Н. Молодкина, Г.К. Радионова и др. //Мед. труда и промышл. экология. – 2003. – № 6. – С. 14-19.
6. Субботин, В.В. Профессиональный риск, как критерий определения экономической ответственности работодателя /В.В. Субботин, В.В. Ткачев //Мед. труда и промышл. экология. – 2003. – № 5. – С. 43-47.
7. Тарасова, Л.А. Современные формы профессиональных заболеваний /Л.А. Тарасова, Н.С. Соркина //Мед. труда и промышл. экология. – 2003. – № 5. – С. 29-33.
8. Юсупова, Н.З. Профессиональные факторы у родителей и заболеваемость их детей /Н.З. Юсупова, Р.Ф. Хакимова //Гигиена и санитария. – 2003. – № 4. – С. 31-32.



В.В. РАЗУМОВ

*ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей*

О КАРДИНАЛЬНОМ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ РАСХОЖДЕНИИ МЕЖДУ ПРОФПАТОЛОГИЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНОЙ

Профпатология, располагая конкретными этиологическими факторами заболеваний, находится, казалось бы, в выигрышном положении, по сравнению со многими разделами клинической медицины, остающимися в неведении в отношении причинности большинства патологических процессов или, в лучшем случае, лишь довольствующимися представлениями о факторах риска их возникновения. Тем не менее, в авангарде медицинской науки профпатология не оказалась, а бытующие в ней понятия и вытекающие из них практические установки являются данью давно отжившим и оставленным теоретической и клинической медициной представлениям.

Одним из бросающихся в глаза контрастов между профпатологией и теоретической медициной являются их противоположные представления о соотношении морфологического и функционального и тесно увязанные с ними критерии здоровья и болезни.

Общая патологии уже давно утвердилась в положении о развитии заболевания задолго до его клинического проявления, показав, что доступные клинической диагностике морфологические и функциональные изменения (а профпатологическая диагностика строится преимущественно на клинических проявлениях) означают не начало заболевания, а уже ту его стадию, с которой начавшиеся патологические изменения могут превращаться в самоподдерживающийся процесс, безотносительно к воздействию этиологического фактора. Ультроструктурный уровень изучения патологии позволил теперь отказаться от бытовавшего некогда в медицине представления о «предболезни», ориентируя ее (медицину) на изощренные способы наиболее раннего выявления морфологических отклонений, трактуемых как проявления болезни (А.И. Струков., О.К. Хмельницкий, В.П. Петленко, 1983; Д.С. Саркисов, 1987).

Медицина, так же как и биология, будучи не в состоянии и сейчас объяснить значительную морфологическую избыточность организации паренхиматозных органов (кроме умозрительно-го заключения о ее компенсаторном предназначении на случай количественной утраты тканей), тем не менее продолжает следовать эмпирически найденному и проверенному двумя веками, начиная с Дж.Б. Морганьи, морфологическому принципу нозологической диагностики

(«анатомическая мысль в медицине» по Р. Вирхову), не полагаясь при этом на функциональное состояние.

Напротив, профпатология придерживается представлений о существовании предболезненных состояний, называя их «вторым уровнем здоровья», «группой риска», «отдельными признаками воздействия профессионального фактора», хотя ни один нормативный документ по профпатологии не содержит научно аргументированного определения понятия «отдельные признаки воздействия...» и критериев их отличия от первых признаков профессионального заболевания. Такой подход к оценке здоровья, когда начальные стадии заболевания включаются в рамки каких-то состояний, а не нозологических форм, по существу, выхолащивает профилактическое содержание профпатологии.

Однако, даже при констатации возникновения профессионального заболевания, профпатология не торопится с рекомендациями по прекращению воздействия на организм вредного профессионального фактора, хотя профилактическая суть этого раздела клинической медицины предполагает прекращение работы во вредных условиях труда при появлении начальных признаков заболевания, то есть со времени диагностики профессионального заболевания. Излюбленным в профпатологии приемом решения вопроса о трудоустройстве является динамическое наблюдение за работниками с начальными стадиями заболеваниями, при которых еще отсутствуют признаки функциональных нарушений. Лишь появление, к примеру, дыхательной недостаточности или выраженных нарушений слуха считается основанием для рекомендаций к прекращению работы во вредных условиях труда. Причем, в профпатологической литературе, во всяком случае, последних десятилетий, отсутствуют аргументы, в рамках требований доказательной медицины, в пользу безопасности продолжения работы при появлении начальных стадий заболевания.

Нами оценена эффективность динамического наблюдения за работниками, подвергающимися повышенному воздействию шума, и рекомендаций по их трудоустройству при появлении начальных признаков нейросенсорной тугоухости (НСТ). В анализ включены данные обследования 603 пациентов с нейросенсорной тугоухостью профессионального генеза, обследованных в кли-



нике НИИ КППИЗ СО РАМН преимущественно в 2003 году. Контингент, в основном, был представлен рабочими основных профессий угольной и рудной промышленности.

Решение вопроса о трудоустройстве обследованных контингентов осуществлялось согласно методическим рекомендациям и Руководству для врачей по профессиональным заболеваниям. НСТ 0-I ст. рассматривалась как отдельные признаки воздействия шума; НСТ I ст. и I-II ст. относили к начальным степеням профессиональной патологии, позволяющим, однако, рекомендовать продолжение работы в прежних условиях труда. При НСТ II ст. и II-III ст. к решению вопроса о трудоустройстве подходили дифференцированно, с учетом вида профессии, результатов динамического наблюдения, продолжительности профессионального стажа, возраста

работника, сопутствующей профессиональной патологии. НСТ $\geq$ III ст. рассматривалась абсолютным показанием к прекращению работы в условиях воздействия шума.

Степени профессиональной НСТ при первичном обследовании представлены в таблице 1.

Из 603-х профпатологических случаев динамическое наблюдение проведено у 475 пациентов. У остальных рабочих оно было невозможно, в связи с однократностью обследования.

Прогрессирование НСТ по степеням представлено в таблице 2, с указанием интервала времени, в течение которого произошла их эволюция.

Показатели динамического наблюдения представлены в таблице 3.

Данные свидетельствуют о закономерном прогрессировании НСТ до степени выраженного

Таблица 1
Степени профессиональной НСТ при первичном обследовании

Признаки	Степени профессиональной НСТ				Итого
	0-I	I и I-II	II и II-III	$\geq$ III	
Количество случаев - n (%)	62 (10,28 %)	212 (35,16 %)	232 (36,67 %)	97 (16,09 %)	603 (100 %)
Средний возраст пациента при первичном обследовании (лет)	46,02 $\pm$ 0,65	48,39 $\pm$ 0,38	50,24 $\pm$ 0,34	52,16 $\pm$ 0,64	49,46 $\pm$ 0,24
Продолжительность динамического наблюдения (лет)	1,71 $\pm$ 0,32	2,93 $\pm$ 0,18	3,46 $\pm$ 0,16	3,61 $\pm$ 0,29	3,12 $\pm$ 0,11

Таблица 2
Продолжительность времени, в течение которого совершалась трансформация степеней профессиональной НСТ

Степени НСТ окончательные	Время эволюции								Итого	
	0-I		I и I-II		II и II-III		≥ III			
	п	лет	п	лет	п	лет	п	лет	п	лет
0-I	7	0 ± 0	0		0		0		7	
I и I-II	10	2,00 ± 0,57	58	0,43 ± 0,13	0		0		68	
II и II-III	4	2,25 ± 0,82	64	3,23 ± 0,28	79	0,73 ± 0,20	0		147	
≥ III ст	9	4,33 ± 2,91	39	3,49 ± 0,32	119	85 ± 0,16	86	0 ± 0	253	
Итого	30	2,30 ± 0,46	161	2,29 ± 0,18	198	2,01 ± 0,14	86	0 ± 0	475	1,76 ± 0,10

Таблица 3
Показатели прогрессирования НСТ при динамическом наблюдении

Показатели	Степени профессиональной НСТ				Итого
	0-I	I и I-II	II и II-III	$\geq$ III	
Первичное обследование - n (%)	30 (6,31)	161 (33,89)	198 (41,68)	86 (18,11)	475 (100)
Окончательное обследование - n (%)	7 (1,47)	68 (14,32)	147 (30,95)	253 (53,26)	475 (100)
Интервал времени между сменой стадии НСТ (лет)	2,3 $\pm$ 0,46	2,29 $\pm$ 0,18	2,00 $\pm$ 0,14	0	1,76 $\pm$ 0,10
Средний возраст пациентов при первичном обследовании	45,10 $\pm$ 0,97	47,60 $\pm$ 0,42	49,68 $\pm$ 0,35	51,31 $\pm$ 0,61	48,96 $\pm$ 0,25
Средний возраст пациентов при трансформации заболевания в конечную степень	47,40 $\pm$ 1,06	49,88 $\pm$ 0,442	51,69 $\pm$ 0,33	51,31 $\pm$ 0,61	50,74 $\pm$ 0,25
Продолжительность динамического наблюдения (лет)	3,6 $\pm$ 0,46	3,86 $\pm$ 0,19	4,04 $\pm$ 0,16	4,07 $\pm$ 0,30	3,96 $\pm$ 0,11



нарушения слуха даже в случаях, диагностированных на начальных стадиях заболевания, при которых, как принято считать, проведение превентивных мер может приостановить прогрессирование профессиональной патологии. Попутно можно отметить, что не было выявлено ни одного случая, чтобы какая-либо степень НСТ претерпела бы обратное развитие.

Неуклонное прогрессирование заболевания не могло быть связано с возрастными изменениями, как это видно из возрастных характеристик контингента.

Однако усредненные числа маскируют в какой-то мере нюансы заболевания, поэтому из динамически прослеженной группы выбраны те пациенты, у которых в ходе наблюдения не произошло прогрессирование стадий НСТ (таблица 4). У пациентов без прогрессирования тех степеней НСТ, которые потенциально могли прогрессировать (исключая III ст., объединенную с IV-й), продолжительность стабильности процесса, по сравнению с продолжительностью динамического наблюдения в целом по группе, принципиально не различалась, в связи с чем нет оснований исключить возможность прогрессирования НСТ в последующем.

Для оценки возможности спонтанного прогрессирования НСТ, изучена ее эволюция на контингенте, прекратившем подвергаться воздействию этой профессиональной вредности по различным причинам, но не из-за нарушения слуха — в связи с увольнением с работы, ликвидацией предприятия, выходом на пенсию, раци-

ональным трудоустройством вследствие профессиональной патологии бронхолегочной системы или опорно-двигательного аппарата (таблица 5).

Вполне очевидно, что прекращение воздействия шума не приостановило прогрессирование НСТ. Относительно молодой возраст этой группы не позволяет связывать прогрессирование заболевания с развитием инволютивных изменений, а ставит эту прогрессию в причинную связь с воздействием предшествующей шумовой нагрузки на слуховой анализатор.

Результаты проведенного исследования дают основание прийти к выводу, что нейросенсорная тугоухость с начала своего возникновения превращается в самоподдерживающийся процесс, принимающий прогрессирующий характер даже после прекращения воздействия вредного профессионального фактора. Продолжение же работы в условиях воздействия шума заведомо обрекает работников на усугубление степени потери слуха. Отмеченная особенность течения НСТ сводит на нет профилактическую целесообразность периодических медицинских осмотров и динамического наблюдения.

Аналогичный анализ проведен в отношении профилактической эффективности динамического наблюдения за работниками с пылевой патологией органов дыхания.

Проанализированы показатели функции внешнего дыхания (ФВД) при обследовании в клинике НИИ КППЗ 153 мужчин, у которых диагноз носил заключительный характер (77 мужчин с пылевым бронхитом без силикоза; 23 мужчины, бо-

Таблица 4
Продолжительность динамического наблюдения за случаями НСТ, оставшимися без прогрессии

Показатели	Степени профессиональной НСТ				Итого
	0-I	I и I-II	II и II-III	≥ III	
Первичное и окончательное обследования - n (%)	6 (6,31 %)	47 (33,89 %)	65 (41,68 %)	86 (18,11 %)	204 (100 %)
Продолжительность наблюдения в целом (лет)	1,5 ± 0,20	3,00 ± 0,31	3,35 ± 0,29	4,07 ± 0,30	3,52 ± 0,17

Таблица 5
Эволюция НСТ у пациентов, спонтанно прекративших подвергаться воздействию шума до времени первичного обследования

Показатели	Степени профессиональной НСТ			Итого
	I и I-II	II и II-III	≥ III	
Количество первично обследованных рабочих - n (%)	15 (22,72 %)	30 (45,45 %)	21 (31,82 %)	66 (100 %)
Количество рабочих с окончательной стадией НСТ при динамическом наблюдении - n (%)	2 (3,03 %)	20 (30,30 %)	44 (66,67 %)	66 (100 %)
Продолжительность времени от прекращения воздействия шума до первоначального обследования	2,11 ± 0,33	3,12 ± 0,46	3,04 ± 0,41	2,82 ± 0,26
Интервал времени между сменой стадий НСТ (лет)	2,33 ± 0,046	1,33 ± 0,25	0	1,14 ± 0,19
Средний возраст пациентов при трансформации заболевания в окончательную стадию	52,93 ± 1,09	52,88 ± 0,73	51,24 ± 0,94	52,39 ± 0,15



леющих силикозом без развития вторичного бронхита; 48 мужчин с силикозом, осложненным хроническим бронхитом). Возраст обследованных к 2003 г. составил $55,55 \pm 0,57$ лет; продолжительность профессионального стажа в условиях запыленности — $28,34 \pm 0,53$ лет; возраст прекращения работы в условиях запыленности — $52,37 \pm 0,57$; продолжительность динамического обследования при практически ежегодном клинико-рентгенологическом обследовании — $3,73 \pm 0,26$; интервал между постановкой предварительного и заключительного диагнозов, в среднем, $2,52 \pm 0,25$ лет.

При сопоставлении состояния ФВД и времени прекращения работы очевидно (таблица 6), что подавляющая часть уже больных пылевой патологией легких продолжает работать не только при отсутствии нарушений ФВД, но и при наличии таковой. Лишь с появлением I-й степени нарушения ФВД дается рекомендация к прекращению работы в условиях запыленности.

Данные по оценке скорости прогрессирования нарушения ФВД представлены в таблице 7. Как и в отношении НСТ, ни у кого из наблюдаемых с пылевой патологией легких степень нарушения ФВД не осталась без прогрессирования в течение нескольких лет. Тем более, не было случаев обратного развития нарушения ФВД.

Непрерывно прогрессивное течение как НСТ, так и пылевой патологии органов дыхания является, возможно, региональной особенностью Кузбасса, настоящее и предшествующие поколе-

ния которого подвергались и подвергаются значительному экологически неблагоприятному прессингу.

Однако более реальная причина прогрессии профессиональной патологии видится в слишком запоздалом прекращении контакта с вредными факторами в силу бытующих в профпатологии специфических представлений о здоровье и болезни. Причинность упрощенности не только этой, но и других методологических установок профпатологии видится в приоритетном (а не паритетном!) тяготении ее к гигиеническим и санитарно-эпидемиологическим, а не клиническим, аспектам медицины.

Таблица 6
Соотношение состояния ФВД со временем прекращения работы в условиях запыленности

Стадии ФВД	Работа прекращена по отношению к стадии ФВД					
	После появления		Во время появления		До появления	
	п	лет	п	лет	п	лет
Стадия отсутствия нарушения ФВД	8	$3,75 \pm 1,66$	8	0 ± 0	47	$3,23 \pm 0,28$
0-1 стадии	28	$4,39 \pm 0,76$	23	0 ± 0	37	$1,81 \pm 0,17$
I стадии	41	$5,10 \pm 0,67$	42	0 ± 0	9	$1,66 \pm 0,35$
I-II стадии	15	$4,07 \pm 0,64$	6	0 ± 0	0	

Таблица 7
Скорость прогрессирования нарушения ФВД

Характер трансформации степени ФВД	п	Скорость трансформации степеней ФВД (годы)
Отсутствие нарушения ФВД - в 0-I степень	36	$2,89 \pm 0,32$
Степень 0-1 - в степень I	51	$1,71 \pm 0,24$
Степень I - в степень I-II	15	$3,13 \pm 0,58$
Степень II - в степень II-III	3	$3,67 \pm 0,98$

Л.В. СЫТИН

*ФГУ Новокузнецкий научно практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов*

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ТРУДОВОМ ПОТЕНЦИАЛЕ КУЗБАССА

Последнее десятилетие XX и начало XXI века характеризуются ростом общего контингента инвалидов. Если в 1992 году в стране было 3,98 млн. инвалидов, то к концу 2002 года их число составило 10,8 млн. человек, т.е. выросло более чем в 2,7 раза. Сегодня инвалиды составляют 7,2 % ко всему населению страны.

Ежегодно признаются инвалидами от 900 тыс. до 1 млн. человек. Среди лиц, впервые при-

знанных инвалидами, велик удельный вес лиц трудоспособного возраста, который составляет 53 %.

Следует отметить, что по-прежнему не учитываются инвалиды, получающие пенсию по потере кормильца и по выслуге лет. Не входят в государственную статистическую отчетность инвалиды, получающие различные виды пенсий в силовых ведомствах. В то же время, по неполным данным, общий контингент инвалидов из числа



военнослужащих по состоянию на 1998 год составил 336,0 тыс. человек.

Помимо этого, по данным выборочных исследований, проведенных ЦИЭТИНом, около 12 % от общего числа инвалидов не обращаются в пенсионные органы, а значит, не учитываются.

Среди получателей пенсий по инвалидности подавляющее большинство являются инвалидами по общему заболеванию.

Уровень инвалидности от трудового увечья и профессиональных заболеваний в 90-е годы снижался. Если в 1992 году он составлял 20,1 на 10 тыс. населения, то в 1999 году — 13,9. Однако такая динамика вряд ли говорит об успехах в области профилактики производственного травматизма и профзаболеваний. Скорее всего, это объясняется тотальным спадом производства в эти годы.

Характерным является увеличение контингента инвалидов, получающих социальные пенсии, т.е. не имеющих трудового стажа и других оснований для назначения пенсии. На 1999 г. число инвалидов, получающих социальные пенсии, составило 1,18 млн. человек, из них более 600 тыс. детей-инвалидов. Особую тревогу вызывает непрерывное увеличение числа детей-инвалидов. Если в 1992 году на учете в органах социальной защиты населения состояло 268,5 тыс. детей, то в 2002 году эта цифра выросла до 685,5 тыс. детей. За 10 лет число детей-инвалидов выросло на 417 тыс. Говоря об инвалидности детей, необходимо отметить, что в 2000 году медико-социальная экспертиза детей-инвалидов из органов здравоохранения была передана в систему социальной защиты населения. Одновременно выросла возрастная планка. Ранее детьми-инвалидами признавались подростки до 16 лет, сегодня — до 18 лет.

Анализ показателей первичной инвалидности свидетельствует, что у мужчин они выше, чем у женщин. В 1999 году первичная инвалидность у мужчин составляла 102,3 на 10 тыс. населения, у женщин — 90,1.

С 1992 г. по 1999 г. первичная инвалидность в молодом и среднем возрасте выросла почти на 50 %, тогда как в предпенсионном возрасте — на 4,2 %. Специалисты объясняют такую ситуацию особенностями социально-экономического положения лиц молодого трудоспособного возраста (снижение уровня жизни, безработица; стремление сохранить за собой рабочее место, в ущерб здоровью; снижение качества и доступности медицинской помощи).

Показатели первичной инвалидности в зависимости от ее тяжести свидетельствуют о том, что уровень инвалидов I-й группы относительно стабилен (11,7-12,0 на 10 тыс. человек взрослого населения). В 1997-1999 годах отмечалось не-

которое снижение количества инвалидов II-й группы (с 67,7 до 56,2 на 10 тыс. человек взрослого населения). В эти же годы выявлено увеличение числа инвалидов III-й группы (с 19,8 до 22,1 на 10 тыс. человек населения).

Основными причинами инвалидности сегодня являются: болезни системы кровообращения (47,9-39,0 на 10 тыс. человек взрослого населения); злокачественные новообразования (11,0-11,4); травмы и отравления (4,5-5,8); заболевания костно-мышечной системы (4,2-5,8).

Отмечается тенденция к росту первичной инвалидности в связи с социальными заболеваниями, туберкулезом и психическими расстройствами.

Среди нарушений состояния здоровья у детей-инвалидов на первом месте стоят висцеральные и метаболические нарушения (23,0-26,1 %), на втором — двигательные нарушения (23,8-25,0 %), на третьем — умственные расстройства.

Основными причинами инвалидизации детей являются болезни нервной системы и органов чувств (21,7 %), из них половину составляет детский церебральный паралич. На 2-м месте — психические расстройства (18,6 %), из них более 70 % составляют дети с умственной отсталостью. На 3-м — врожденные аномалии (18,5 %), в основном аномалии системы кровообращения.

Специалистами Московского Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации был сделан прогноз инвалидности в РФ до 2015 года. Вероятнее всего, общий контингент инвалидов взрослого населения в 2010 году составит 13,2 млн. человек, а в 2015 году — 15,3 млн. человек. При неблагоприятных условиях общий контингент инвалидов увеличится до 24,1 млн. человек. Если принять во внимание, что по прогнозам к 2015 году население страны составит около 134,5 млн. человек, то доля инвалидов в общей численности граждан страны составит от 11,4 до 17,9 %.

Учитывая, что лишь 8-9 % от общего контингента инвалидов сегодня работает, то можно представить, какие проблемы у государства возникнут по жизнеобеспечению этой огромной армии инвалидов.

Какова ситуация с инвалидностью в Кузбассе? На 1 января 2001 г. в области число инвалидов достигло 135 тыс. человек. Ежегодно общее число инвалидов увеличивается на 18-19 тыс. человек. В 1999 г. лица трудоспособного возраста, впервые ставшие инвалидами, составили 63,9 %, в 2001 г. — 56,0 %. В структуре первичной инвалидности взрослого населения подавляющее число составляют инвалиды I-й и II-й групп. На 01.01.2002 г. инвалидов I-й группы было 14,3 %, II-й — 62,1 %, III-й — 23,6 %.

Основными причинами инвалидности в области являются болезни системы кровообращения (22,3 на 10 тыс. человек взрослого населения); костно-мышечной системы (14,4 %); травмы и отравления (13,9 %); злокачественные новообразования (12,5 %); психические расстройства (5,5 %).

Сравнивая эти показатели со средними в РФ, можно отметить, что они примерно такие же, как и по всей стране. Болезни системы кровообращения стоят на первом месте, но удельный вес этой патологии в Кузбассе почти в 2 раза меньше (22,3 % против 39,0 % на 10 тыс. взрослого населения); в то же время, последствия травм и отравлений (в 2001 г. — 13,9 %) более чем в 2 раза выше аналогичных показателей в РФ (в 2001 г. — 5,8 %).

В области очень высокая первичная инвалидность при заболеваниях костно-мышечной системы (в 2001 г. — 14,4 % против 5,8 % на 10 тыс. человек взрослого населения в РФ). Характерно, что большинство инвалидов с последствиями травм (в 2001 г. — 71,7 %) были в трудоспособном возрасте: мужчины — до 45 лет, женщины — до 40 лет. А 70 % инвалидов вследствие «болезней системы кровообращения» находятся в возрасте старше 60 лет.

На 01.01.2001 г. в области было 722043 детей до 18 лет. Показатель первичной инвалидности составил 20,8 % на 10 тыс. детского населения. Основными причинами были психические расстройства и расстройства поведения (19,2 %); болезни нервной системы (19,1 %); врожденные аномалии (14,4 %); болезни органов дыхания (9,2 %); травмы и отравления (6,9 %).

На наш взгляд, эти данные являются весьма тревожными, т.к. они свидетельствуют о крайнем неблагополучии в социально-экономических сферах области: высоком уровне заболеваемости родителей; частой патологии беременности и родов, высоком уровне травматизма, плохой социально-экономической обстановке, недостаточном уровне здравоохранения.

Из многочисленных причин, с которыми связывают ухудшение и стремительный рост инвалидности, можно выделить две основные: ухудшение здоровья населения и стремление населения к получению статуса инвалида, порой единственного источника существования.

Объем государственного финансирования здравоохранения в 2000-2001 годах составлял около 4 % валового продукта. Между тем, государства с развитой экономикой тратят на здравоохранение, в среднем, 7 % ВВП, при этом ни в одной из этих стран не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи. В России, несмотря на гарантированную бесплатную медицину, от 24 % до 45 % расходов на медицинские услуги осуществляются самим населением.

В такой ситуации в худшем положении оказались мало обеспеченные слои населения и, в первую очередь, пенсионеры и инвалиды.

Существующие системы государственной службы реабилитации инвалидов не обеспечивают потребности нуждающихся в этой помощи. Жесткие сроки стационарного лечения и объем медицинской помощи, гарантируемые базовой программой ОМС, не в состоянии обеспечить длительные и затратные реабилитационные мероприятия. Поэтому катастрофически растет число недолеченных больных с осложнениями и частыми обострениями заболеваний. Иллюстрацией этого могут служить наши исследования. Более 80 % больных Кемеровской области с ампутационными дефектами конечностей обращаются для первичного протезирования в поздние сроки (от 6 мес. до 1 года), у 45-50 % из них имеются пороки и заболевания культур, препятствующие или затрудняющие функциональное протезирование.

Российское общество, как и общество других стран, развивается по принципу максимального использования человека на пике его функциональных возможностей, которые проявляются в 20-50 лет.

Исследования динамики первичной инвалидности лиц молодого возраста (до 29 лет), проведенные ЦИЭТИНом [1982] в 73 территориях РСФСР за 1970-1979 годы, позволили определить, что показатель нуждаемости инвалидов в обучении составляет около 10 % от общей численности инвалидов.

В докладе министра социального обеспечения РСФСР (В.А. Казначеева, 1988) на учредительной конференции Всероссийского общества инвалидов было отмечено, что в Российской Федерации различными видами труда занято 890 тыс. инвалидов, или 30 % от их общей численности. В стране в те годы имелось свыше 400 специализированных предприятий и 54 цеха для преимущественного трудоустройства инвалидов. Для обучения и переобучения инвалидов в системе Минсобеса РСФСР имелись 53 специализированных учебных заведений (11 техникумов и 42 профтехучилища). Одновременно в них обучались около 8 тыс. лиц с ограниченными возможностями. Но даже при небольшом количестве обучающихся инвалидов невыполнение плана набора учащихся этими учебными учреждениями колебалось от 2,4 до 20 %. В эти годы трудоустройство инвалидов III-й группы составляло 85 %, II-й группы — 10 %, I-й группы — около 1 %.

Таким образом, за годы советской власти у инвалидов был сформирован стойкий иждивенческий, «рентный», принцип жизни. На фоне отсутствия вакантных рабочих мест для здоровых людей, государство не видело особой необходи-



мости осуществлять кардинальные меры по привлечению к труду инвалидов. Такая позиция во многом объяснялась тем, что труд инвалида в корне противоречил государственной политике, т.к. лишь капиталисты могли ставить перед собой задачу «превратить пострадавшего из получателя государственных субсидий в налогоплательщика».

Коренные изменения, которые произошли в начале 90-х годов XX века, привели к глубокому системному кризису: спаду промышленного производства, снижению уровня жизни населения, инфляции, криминализации.

Появление рыночных отношений неизбежно повлекло за собой сокращение рабочих мест и появление безработицы. Стало вполне объяснимым стремление работодателей к внедрению современных технологий, механизации и автоматизации производства. Такая ситуация еще более усугубила далеко не идеальное положение работающих инвалидов, т.к. при ликвидации низкоквалифицированных рабочих мест, «на улице» оказались многие инвалиды, ранее как раз и занимавшие эти рабочие места.

На сегодняшний день, при катастрофическом росте общего числа инвалидов, существенно возросла роль их профессиональной реабилитации. Вышел ряд Законов РФ и Постановлений правительства, направленных на социальную поддержку инвалидов: ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г.; Постановление Минтруда России «Об утверждении рекомендаций по инвестированию рабочих мест на предприятиях, учреждениях и организациях для лиц, особо нуждающихся в социальной защите», февраль 1995 г.; Указы Президента РФ: «Об основах социального обслуживания населения РФ», ноябрь 1995 г., «О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов», июль 1996 г. Этими и другими законодательными актами была регламентирована реабилитация в целом, и профессиональная реабилитация в частности.

Сегодня одним из показателей качества и эффективности реабилитационных мероприятий является возвращение инвалида к трудовой деятельности. Значимость профессиональной реабилитации трудно переоценить, т.к. только работающий инвалид может считать себя полноценным гражданином общества.

Для инвалида получение образования и трудовое устройство — это не только средство для материального благополучия и независимости, а также возможность для самоутверждения и интеграции в общество.

Для государства решение вопросов по профессиональной реабилитации — это уменьшение социальной напряженности среди многомиллионной армии слабо защищенных слоев насе-

ния; сокращение расходов на обеспечение инвалидов и увеличение налоговых поступлений.

Задача государства: создать такую систему профессиональной реабилитации, при которой каждый человек с ограничениями жизнедеятельности молодого и трудоспособного возраста смог бы осуществить свое гражданское право на труд. Отсутствие ясной и четко спланированной политики по привлечению инвалидов к труду можно считать провокацией социального иждивенчества.

В настоящее время менее трети инвалидов трудоспособного возраста имеют работу, а по некоторым данным эта цифра составляет 10-11 %.

Говоря об итогах работы Минтруда России в 2002 году на расширенной коллегии министерства в феврале 2003 года, министр А. Починков привел следующие данные: общее число инвалидов, обучающихся в системе профессионального образования разного уровня, составляет 20 тыс. человек, фактическая потребность значительно выше и приближается к 70 тыс.

Почему же у российских инвалидов сегодня отсутствуют мотивации к профессиональному обучению и труду? С одной стороны, этому способствует крайне малое число специальных образовательных учреждений для инвалидов. С другой, инвалиды до тех пор не будут стремиться к трудовой деятельности, пока размер их пенсий будет примерно равен будущей заработной плате.

В Москве в 1995 году работало 46 % инвалидов III-й группы и 10,3 % инвалидов I-II-й групп. Анкетирование 7645 инвалидов, проведенное в 1995-1997 годах показало, что в профессиональной ориентации нуждается 20,1 %; в профессиональном обучении — 9,6 %; переобучении — 6,1 %; в трудовом устройстве — 59,4 %. Из общего числа (7645 человек) имели работу только 21 % инвалидов, причем каждый третий был недоволен своей работой. Большинство опрошенных (93,2 %) основной причиной незанятости указали «плохое состояние здоровья».

Определен статус «Специализированного предприятия, принимающего труд инвалидов». Подготовлены необходимые формы отчетности.

Благодаря принятым мерам, на предприятиях разных форм собственности было создано более 4 тыс. рабочих мест для инвалидов. В счет установленных квот на предприятиях города работают около 60 тыс. лиц с ослабленным здоровьем.

Следует отметить, что за 15 лет (с 1988 по 2003 гг.) существенных перемен в системе профессионального образования инвалидов не произошло. Более того, количество учебных учреждений в системе Минтруда России за эти годы сократилось с 53 до 42. Из почти 11 миллионов инвалидов, в т.ч. 685 тыс. детей-инвалидов, обучаются всего около 20 тыс. человек.

Федеральный Закон «О мерах по профессиональной реабилитации и занятости инвалидов» от 1993 г. остался на местах незамеченным.

На федеральном уровне был разработан механизм установления рабочих мест, порядок и величина обязательной платы за каждое вакантное место для инвалида, но за 10 лет в большинстве регионов страны серьезной работы в этом направлении пока не просматривается.

Хотя опыт некоторых субъектов федерации свидетельствует о том, что при реализации комплексного подхода удастся привлечь к работе от 50 до 70 % инвалидов трудоспособного возраста.

К сожалению, в Кузбассе до настоящего времени нет соответствующих нормативных документов четко спланированной деятельности по профессиональной реабилитации инвалидов. Отсутствует статистическая и достоверная информация для анализа инвалидности и реабилитации инвалидов.

Минтруд России в 2003 году провел анализ содержания и финансирования региональных целевых программ реабилитации. Выяснилось, что финансовое обеспечение мероприятий профессиональной реабилитации составляет в среднем по стране около 9 %, в том числе 5,4 % на трудоустройство инвалидов и 3,6 % на их профессиональное обучение.

Большое количество средств (более 36 %) расходится на пассивные формы социальной защиты (льготы, компенсации по оплате жилья и коммунальных услуг, продукты и др.).

При реализации комплексного подхода и задействовании всех механизмов удастся трудоустроить более 50 % инвалидов, а в отдельных субъектах Федерации — 71-73 % инвалидов трудоспособного возраста.

Катастрофически низки показатели трудового устройства в регионах, не имеющих местных нормативных документов, регламентирующих профессиональную деятельность инвалидов. К сожалению, к этим регионам можно отнести и Кузбасс.

В г. Новокузнецке, с численностью населения (на 1 января 2001 г.) 576,5 тыс. человек, число работающих на промышленных предприятиях, организациях и учреждениях составило 215 тыс. человек. Из всей когорты пенсионеров (151,8 тыс. человек) доля инвалидов составила почти 20 % (более 30 тыс. человек). Работающие инвалиды составили 4,2 % ко всем инвалидам города. А по отношению ко всему населению города этот показатель составил всего 0,6 %.

Средние показатели по работающим инвалидам по Кемеровской области, в целом, примерно такие же.

Хотелось бы отметить, что существующие формы статистической отчетности не дают досто-

верной информации по многим позициям, необходимым для анализа инвалидности и реабилитации инвалидов. Давно назрела необходимость в разработке и внедрении нового, единого по России, автоматизированного реестра по учету инвалидов.

Учитывая, что большую роль в реализации государственной политики по реабилитации инвалидов играют субъекты Российской Федерации, сотрудниками Минтруда России [Е.Г. Свистунова, 2003; А.С. Проценко, Е.Г. Свистунова, 2003] были проанализированы региональные целевые программы (их содержание и финансовое обеспечение).

На I-м месте стоят расходы на социальную реабилитацию, технические средства реабилитации и обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры — 49,4 %.

Финансовое обеспечение профессиональной реабилитации составило 9 %, в т.ч. на содействие по трудоустройству — 5,4 %, на профессиональное образование — 3,6 %.

Одновременно было отмечено, что большое количество средств расходуется на предоставление пассивных форм социальной защиты: льгот, выплат, компенсаций, «предоставлений» и «обеспечений». Более 36 % от общего количества средств уходило на льготы по оплате жилья и коммунальных услуг, услуг связи, обеспечение топливом и др.

На технические средства реабилитации расходы составили 12 %, из них на обеспечение спецавтотранспортом — 9,7 %, на предоставление тифло- и сурдоприборов — 2,3 %.

В качестве примера грамотной государственной политики по профессиональной реабилитации инвалидов можно привести Германию. Когда в 1998 г. количество безработных среди лиц с тяжелой инвалидностью возросло до 194 тыс. человек, Правительство ФРГ приняло Резолюцию: «Интеграция инвалидов — срочная задача политических кругов и общества». Для выполнения задания Правительства были подготовлены три новых законодательных акта: «Закон о борьбе с безработицей среди лиц с тяжелой инвалидностью»; «Акт о равных возможностях для инвалидов» и «Девятая книга общественного кодекса — реабилитация и участие инвалидов».

В результате реализации этих законов предполагалось, что безработица среди инвалидов через 3 года уменьшится на 25 % (от исходных 194,0 тыс. человек).

Предложенные меры оправдали себя. Рынок труда для лиц с тяжелой инвалидностью пришел в движение. За 3 года было создано 150 тыс. новых рабочих мест для инвалидов. К концу 2002 г. 43,3 тыс. тяжелых инвалидов были тру-



доустроены на постоянной основе. Уместно пояснить, что население ФРГ сегодня составляет 83,2 млн. человек, а новые законы были направлены на трудоустройство тяжелых инвалидов, которые примерно соответствуют отечественным I-й и II-й группам инвалидности.

Понятно, что сравнивать социально-экономические условия в ФРГ и РФ, по меньшей мере, некорректно. Но, в то же время, страна с населением 83,2 млн. человек, увидев, что 194 тыс. тяжелых инвалидов не могут осуществить свои гражданские права, приняла срочные и действенные меры. А Россия, с населением 144 млн. человек и общим числом инвалидов около 11 млн. человек, из которых работают только 8-10 %, пока спокойно наблюдает за происходящим.

На наш взгляд, руководство страны и субъектов РФ, планируя мероприятия по выходу из демографического кризиса, не поняли, какую позитивную роль смогут сыграть инвалиды при решении серьезной государственной проблемы — катастрофического сокращения трудового потенциала.

А ведь инвалидность и реабилитация инвалидов уже около 5-6 лет из ведомственной социаль-

ной проблемы перешла в проблему национальной безопасности.

Таким образом, позитивную роль профессиональной реабилитации инвалидов в увеличении трудовых ресурсов страны пока никто не замечает, ни на федеральном, ни на региональном уровнях. Во многом решение проблем реабилитации является категорией психологической. Руководство всех уровней и общество в целом не понимают (или не хотят понимать), что продолжение «рентной» политики по отношению к инвалидам — это провокация возможных социальных взрывов, т.к. удовлетворить всех инвалидов достойной пенсией невозможно.

Расходы на реабилитацию, в т.ч. профессиональную, не пустая трата сил и средств. Миллионы работающих инвалидов не только смогут обеспечить себе достойное качество жизни, но и внесут существенный вклад в экономику страны. Учитывая государственную значимость реабилитации, источником финансирования реабилитационных мероприятий, в т.ч. для содействия работодателям и инвалидам по их трудоустройству, может стать вновь организованный Федеральный фонд реабилитации инвалидов.

Ю.А. ГРИГОРЬЕВ

*ГУ научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний СО РАМН, г. Новокузнецк*

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КУЗБАССЕ НА ФОНЕ ОБЩЕСИБИРСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ

Вывявленные нами особенности динамики медико-демографических процессов в Сибири, подтвержденные при углубленном изучении ситуации в Кузбассе и Новокузнецке, свидетельствуют, что к началу 70-х годов структура безвозвратных потерь здоровья приобрела характер, свойственный завершению первого этапа эпидемиологического перехода. Появилась принципиально новая структура основной патологии и причин смерти, когда острые болезни заменились хроническими, основными причинами смерти в молодом возрасте (особенно у мужчин) стали травмы и отравления, а у пожилых преобладали причины смерти инволюционного характера (болезни системы кровообращения, новообразования). О завершении первого этапа эпидемиологического перехода свидетельствует снижение младенческой смертности, сведение к малозначимым величинам потерь от инфекционных и паразитарных болезней, достижение значительного роста продолжительности жизни. Все это на самом деле произошло в Кузбассе и в Сибири к началу 70-х годов. На следующем этапе

можно отметить явный застой, а в 90-е годы медико-демографические процессы имели уже выраженную негативную тенденцию.

Известно, что целями второго этапа эпидемиологического перехода становится не устранение неинфекционных болезней, а их сдвиг на старшие возрастные группы, повышение среднего возраста смерти от болезней системы кровообращения, новообразований и другой хронической патологии. В Кузбассе и на территории Сибири такие тенденции не прослеживались, что говорит о стратегическом запаздывании в профилактической деятельности.

Задачи профилактической медицины в экономически развитых странах рассматривались в этот период с оптимистических позиций: предупреждение врожденной патологии и отдаление во времени тяжелых осложнений неинфекционных болезней. При этом осложнения должны быть исключены в трудоспособном возрасте, а сам возраст — продлен до 70 лет. Прорисовывалась основная задача современной профилактической медицины — отодвинуть все неминуемые болез-



ни на укороченный период старческой инволюции. Прогрессивное улучшение показателей продолжительности жизни у мужчин до 75-78 лет, у женщин до 81-83 лет в странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Японии реально подтвердило правоту нового профилактического мышления, новой профилактической деятельности.

Выполненный нами анализ показывает, что, при наличии определенной специфики, в динамике медико-демографических процессов в регионах Сибири и в Кузбассе, они, как в девяностые годы, так и в предыдущий период, достаточно синхронно изменялись с данными по России в целом. Из этого следует предположение, что в Сибири и в России причины для усиления экзогенной детерминации безвозвратных потерь в 90-е годы были одни и те же. На основе проведенного анализа можно высказать следующее итоговое суждение: в стране имеются те особенности потерь здоровья, та продолжительность жизни, которые соответствуют нынешнему уровню жизни, уровню самосохранительного поведения людей. При катастрофически низких показателях общественного здоровья в России и регионах, в деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья необходимо выявление проблем первостепенной важности.

Новшества, предлагаемые в настоящее время в охране здоровья, часто неэффективны, поскольку нацелены на решение второстепенных задач. *Либерализация общественной жизни, как стратегическое направление* развития нашей страны, может уменьшить неэффективное государственное вмешательство в охрану здоровья, создаст надежную основу самосохранительного поведения у людей, даст возможность осуществления в перспективе результативных программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Одно из важнейших преобразований — легализация частной деятельности в охране здоровья с адекватным государственным вмешательством — осуществляется пока еще непоследовательно.

Для преодоления негативных последствий в состоянии общественного здоровья необходимы также продуманные *тактические действия* в следующих направлениях:

- разработка и реализация мер по снижению смертности от экзогенных причин — несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных действий, особенно в трудоспособном возрасте;
- преодоление высокого уровня заболеваемости и смертности по причинам сердечно-сосудистых нарушений и злокачественных новообразований, особенно у молодой части населения;
- преодоление все еще высокого уровня младенческой смертности;

- разработка и реализация мер по улучшению репродуктивного здоровья населения.

Важной предпосылкой их выполнения должно стать создание развитого экономического базиса, повышение доходов и рост благосостояния населения, правовые меры улучшения здоровья, интенсивное наращивание всего комплекса социально-бытовых и культурных услуг, оказываемых населению, особенно связанных с развитием сферы здравоохранения и социального обеспечения, с улучшением жилищных условий населения. Все эти изменения должны выстраиваться в новой России на основе реализации не потребительских, а деятельностных прав, то есть в условиях утверждения либеральной модели общественного устройства. При последовательной реализации либеральной модели общественного устройства, в перспективе можно ожидать следующие результаты в деятельности системы охраны здоровья:

1. *Привлечение средств населения для охраны здоровья как непосредственно, так и через добровольное медицинское страхование.* Таким образом, в отдаленной перспективе в нашей стране будет покончено с нищетой здравоохранения из-за скудности бюджетных ассигнований и отсутствия возможности у населения законным образом платить за медицинские услуги.
2. *Реализация права людей решать проблемы, связанные с охраной здоровья, самим, не дожидаясь милостей от государства.* У пациента появится право покупать любые вещи и услуги, в том числе профилактические, а у врача — зарабатывать и расширять свою деятельность в зависимости от ее результативности и от умения расположить к себе пациентов.
3. *Создание ориентиров качества, цен и уровня оплаты труда.* Качество лечения и обслуживания в частных медицинских учреждениях, как показывает мировая практика, выше, чем в государственных. Только рынок может адекватно определить цены на медицинские услуги и труд медиков.
4. *Актуализация организационных и научно-технических новшеств,* без которых нельзя выжить в конкурентной борьбе за пациента и клиента профилактических, оздоровительных учреждений.
5. *Снятие части нагрузки с государственной системы охраны здоровья.* Государственные органы и учреждения всех уровней должны решать только те задачи, которые за них никто не решит: а) защита прав граждан на охрану здоровья при незаконном покушении на эти права частных или должностных лиц; б) медицинская помощь бедным; в) медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях;



г) военная медицина; д) выполнение функций, представляющих общий интерес в вопросах охраны здоровья (деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, развитие медицинской науки и прочих исследований в области охраны здоровья).

6. *Снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности, повышение ожидаемой продолжительности жизни населения.*

Эффективная деятельность по профилактике неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья населения требует следующих условий:

- хорошо продуманного проекта;

- межотраслевого (межведомственного) взаимодействия;
- согласия между участниками этого процесса;
- достаточных финансовых ресурсов.

Создание действенной политики профилактики неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья возможно только в том случае, если объект профилактики (население) активно участвует в процессе, превращаясь в деятельностный субъект — граждан, людей с ярко выраженными целями в жизни, среди которых одним из главных является как сохранение и развитие своего собственного здоровья, так и здоровья своих детей, своих родных, окружающих людей.

И.Ф. КОПЫЛОВА, М.Т. ЧЕРНОВ, С.В. СМЕРДИН, Н.Н. СТАРЧЕНКОВА
*Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ,
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
ГУИН МЮ по Кемеровской области*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу (ТБ) в Кузбассе с 1990 г. значительно ухудшилась, достигнув масштабов эпидемии. Эпидпоказатели в области значительно превышают их средний уровень по России и Сибири. Цель исследования — разработка комплекса мероприятий для улучшения эпидобстановки с учетом международного опыта контроля над ТБ.

Туберкулез является инфекционным заболеванием, которое передается от больного, выделяющего «туберкулезные палочки» в окружающую среду. Эта передача осуществляется воздушно-капельным путем и поэтому практически у всех людей существует риск заболеть туберкулезом.

Действительно, в Кемеровской области за последнее десятилетие ситуация по туберкулезу резко ухудшилась, что привело к росту заболеваемости и смертности почти в три раза.

Показатель заболеваемости за 2001 год составил 130,8 на 100 тыс. населения, что превышает признанный Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) эпидемический порог для туберкулеза в 100 на 100 тысяч. Наряду с медицинскими причинами сложившейся ситуации, большую роль играет социально-экономическое положение, в котором оказалось общество с начала 90-х годов. Давно доказано, что туберкулез начинает «поднимать голову», когда в обществе появляется нестабильность, войны, снижается уровень жизни населения, усиливаются стрессовые ситуации, увеличивается миграция населения. Все это приводит к снижению защитных сил организма,

что является благоприятными условиями для развития туберкулезного заболевания.

Кроме этого, на территории области расположено большое количество учреждений исполнения наказания для осужденных, где ситуация с туберкулезом, по сравнению с 1996 годом, хотя и улучшилась, но остается достаточно напряженной. А так как осуществляется постоянное перемещение лиц из пенитенциарной системы в гражданское общество и наоборот, то взаимосвязь этих двух эпидемиологических процессов гарантирована. И, конечно, большую роль сыграло ухудшение медицинского обслуживания населения в связи с недостаточным выделением средств на здравоохранение. Недостаточное количество противотуберкулезных препаратов в середине 90-х годов привело к снижению эффективности лечения больных, что является главным условием установления контроля над этим заболеванием.

В сложившейся ситуации Администрация области проводит работу, направленную на стабилизацию туберкулеза.

За последние два года по программе «Неотложные меры борьбы с туберкулезом» были выделены средства, позволившие обеспечить противотуберкулезные учреждения области медикаментами, а также оснастить оборудованием областной клинический противотуберкулезный диспансер. Приобретен передвижной и цифровой стационарный флюорографы, рентгенодиагностический аппарат, аппарат искусственной вентиляции легких. Кроме этого, привлекаются средства международных партнеров, как в пени-



тении системы, так и в гражданском здравоохранении. Проводится ремонт в противотуберкулезных учреждениях для улучшения условий пребывания больных.

В организации противотуберкулезной работы Департамент охраны здоровья населения области активно взаимодействует с Главным управлением исполнения наказания МЮ по Кемеровской области. В рамках этой работы подписан совместный план мероприятий по вопросам преемственности в лечении больных туберкулезом между пенитенциарными учреждениями и гражданскими, активно внедряются единые стандарты лечения.

Укрепляется роль областного клинического противотуберкулезного диспансера, как организационно-методического центра на всей территории области. С этой целью расширен организационно-методический кабинет, активизирована курация территорий, с углубленным анализом ситуации и оказанием практической помощи на местах.

Большое внимание уделяется подготовке кадров фтизиатрической и общей лечебной сети по вопросам профилактики, раннего выявления, диагностики и организации лечения больных туберкулезом. За 1,5 года в ОКПТД прошли подготовку 150 врачей по 16 программам обучения.

Для обеспечения механизма взаимодействия между всеми участниками контроля над туберкулезом, на территории области 21.12.2001 г. подписано «Соглашение о сотрудничестве»; с июня 2002 г. действует межведомственный Экспертный Совет по туберкулезу, который является консультативным органом.

С целью совершенствования противотуберкулезных мероприятий, ведущими областными специалистами по туберкулезу, совместно с международными участниками, были разработаны стандарты деятельности по выявлению, диагностике, лечению туберкулеза, а также по мониторингу мероприятий, которые после экспертизы центральных институтов туберкулеза, международных организаций и ВОЗ были утверждены Департаментом охраны здоровья населения области и поэтапно, с июня 2002 г., внедряются в практическую деятельность на всей территории области.

Активизирована работа по санитарному просвещению населения и больных. Совместно с международными партнерами, ежегодно 24 марта отмечается Всемирный день борьбы с туберкулезом и проводится месячник борьбы с туберкулезом. Распространяются цветные буклеты, как в пенитенциарной системе, так и среди гражданского общества.

В декабре 2002 года проведена областная коллегия «О неотложных мерах по защите насе-

ления области от туберкулеза», на которой принято постановление, направленное на совершенствование в области мероприятий по контролю над туберкулезом, создание межведомственной областной целевой программы, реализация которой позволит улучшить создавшееся положение.

На основании результатов исследования, подготовлены приказы по совершенствованию противотуберкулезных мероприятий, создано «Справочное руководство» для медицинских работников, разработана «Комплексная программа неотложных мероприятий по борьбе с ТБ в области».

В 2002 г. на базе фтизиатрической службы ГУИН организован научно-методический совет, с участием сотрудников кафедр фтизиатрии и эпидемиологии КГМА.

В целом, по области существенно повысилась эффективность лечения больных, получена некоторая стабилизация эпидобстановки. Работа продолжается. С целью повышения качества обследования больных на туберкулез в общей лечебной сети составлен алгоритм такого обследования, проведено обучение врачей. Проводится работа по организации правильного забора и качественной микроскопии мокроты в лабораториях ОЛС в соответствии с составленными стандартами. Определены группы риска для активного флюорообследования населения на ТБ.

Разработаны стандарты культурального обследования на микобактерии ТБ в лабораториях тубучреждений, обучен персонал, внедряется контроль качества. Для повышения эффективности лечения составлены стандарты химиотерапии, разрабатываются и внедряются методы непосредственного контроля над приемом больными препаратов, привлечения к лечению оторвавшихся, организации долечивания на базе ОЛС, оказания социальной поддержки больным.

Внедряются стандарты проведения противотуберкулезных мероприятий и система инспектирования состояния этой работы в области. Разрабатываются и внедряются методы преемственности в работе между отделениями, учреждениями, ведомствами.

Внедрение результатов исследования в пенитенциарной системе позволило достигнуть снижения смертности в 6 раз, заболеваемости — в 2 раза. Но ситуация, бесспорно, остается сложной. Чтобы ее кардинально изменить к лучшему, необходимо осуществлять комплексные мероприятия, не только медицинского, но и социального характера. Этому будет способствовать разработка и утверждение межведомственной региональной целевой программы по контролю над туберкулезом.



А.А. ЛОПАТИН, Н.П. КОКОРИНА, Ю.Ю. КИРИНА

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии*

ПСИХИЧЕСКИЕ И НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗА 20 ЛЕТ

Наметившийся в последние годы в Российской Федерации рост психических расстройств и связанных с этим последствий в виде увеличения наркоманий, алкоголизма, суицидов, а также неврозов, депрессий и т.п. заставляют задуматься о мерах не только по лечению этих явлений, но и об их эффективной профилактике. При этом, масштабы этого явления стали настолько значительными, что, например, основными составляющими повышенной смертности в России являются, в первую очередь, высокие показатели летальности от несчастных случаев, отравлений, травм, убийств и самоубийств. В результате, впервые за послевоенный период, начиная с 1991 г., население Российской Федерации начало неуклонно сокращаться. Такая демографическая тенденция требует осмысления причин этого, безусловно, неблагоприятного явления в истории нашей страны.

Кемеровская область не является исключением, кроме того, в связи с целым рядом особенностей региона, вышеуказанные тенденции в Кузбассе имеют более выраженный характер. В частности, это касается значительного роста завершенных суицидов, превышающего общероссийский более чем в 1,5 раза. При этом, нужно иметь в виду, что рост суицидов среди здорового контингента населения – серьезный показатель нарастания кризисных состояний в обществе, так как на один заверченный случай суицида приходится 10 попыток, а среди молодежи этот показатель равен 100 (А.Г. Амбрумова, 1995).

Распространенность завершенных суицидов в Кузбассе значительно превышает таковые и по Западно-Сибирскому региону. Так, по данным Л.И. Постоваловой (1989) в 1986 г. по этому региону интенсивный показатель завершенных суицидов составлял 24,5 на 100 тысяч населения, в том же году в Кемеровской области эта цифра составляла 31,6 на 100 тысяч населения. В Томской области (Н.А. Корнетов, 1995) количество суицидов на 100 тысяч населения в 1993-1994 гг. удерживалось на уровне 17,9.

Изучение динамики количества завершенных самоубийств по Кузбассу свидетельствовало об их росте с 47,2 на 100 тысяч населения в 1980 г. до 61,6 в 1994 г. В дальнейшем, на протяжении 90-х годов интенсивные показатели завершенных суицидов в регионе составляли 52,3 на

100 тысяч населения в 1997 г., в 1999 г. – 48,7. Начиная с 2000 г., и по 2002 г., эти показатели не опускались ниже 46 случаев на 100 тысяч населения.

Изучение распространенности суицидов среди различных возрастных групп Кузбасса показало, что в середине 90-х годов наибольшее число самоубийств отмечалось у лиц 40-49 лет, 50-59 лет и свыше 80 лет (соответственно, 93,5; 86,3 и 93,5 на 100 тысяч населения этого возраста). Высокий интенсивный показатель регистрировался в возрастной группе 30-39 лет (80,8 на 100 тысяч населения этого возраста). Минимальный интенсивный показатель завершенных суицидов отмечался в возрастной группе 10-14 лет (4,6 на 100 тысяч населения этого возраста). Однако настораживает факт значительного роста показателей в этой группе, которые в 1980 г. составляли только 0,8 на 100 тысяч населения этого возраста.

Достаточно высокая распространенность завершенных суицидов наблюдается у подростков и молодых людей 14-19 лет (49,9 на 100 тысяч населения), что превышает данный показатель в 1980 г. больше, чем в 2 раза. Среди жителей в возрасте 70-79 лет интенсивный показатель составил 45,2, а в остальных возрастных группах – в среднем, 53,8.

Анализ динамики суицидов в возрастных группах за 20 лет позволил говорить о том, что наиболее высокая суицидальная активность стабильно отмечалась в возрастной группе 50-59 лет. Высокую суицидальную активность в этой группе можно было объяснить возрастными личностными особенностями: тревожностью, колебаниями настроения с преобладанием депрессивного фона, а в последние годы – социальной неустроенностью, опасениями безработицы, ожиданием пенсионного возраста и выходом на пенсию без достаточного материального обеспечения.

Выраженные колебания в распространенности завершенных суицидов наблюдались в возрастной группе 40-49 лет. В период 1980-1985 гг. эти показатели составляли 66,8-59,8 на 100 тысяч населения этого возраста; в 1986-89 гг. они снижались, соответственно, до 35,5-34,6; затем постепенно увеличивались до 83,5 на 100 тысяч населения. Вероятно, снижение суицидального

риска в 1986-89 гг. в этой группе можно объяснить благоприятным действием социальных реформ, в частности, антиалкогольной политики государства, проводимой в эти годы, так как в рассматриваемой возрастной группе отмечалось наибольшее потребление спиртных напитков на душу населения. Такие же тенденции в динамике завершенных суицидов прослеживались и в возрастной группе 30-39 лет.

Более благоприятной в плане уменьшения суицидального риска оказалась группа лиц в возрасте 20-29 лет. Положительную динамику распространенности суицидов в этой возрастной группе можно объяснить наибольшей приспособляемостью молодых людей, возросшей возможностью в последние годы попробовать свои силы в области предпринимательской деятельности, надеждой на высокий уровень материальной обеспеченности в ближайшем будущем.

У лиц в возрастной группе 10-19 лет интенсивные показатели в период 1980-1992 гг. составляли 11,68-12,8, увеличиваясь в 1993 г. до 16,8, и в 1994 г. — до 23,1, причем, если у подростков 10-14 лет интенсивный показатель завершенных самоубийств колебался без какой-либо закономерности на всем протяжении рассматриваемого периода от 0,4 до 5,0, то в возрасте 14-19 лет с 1980 г. по 1982 г. распространенность суицидов колебалась от 12,0 до 24,1 на 100 тысяч населения этого возраста, а в 1993-94 гг. отмечался значительный рост этих показателей (соответственно, 30,5 и 49,9 на 100 тысяч населения этого возраста).

А.Г. Амбрумова (1989) указывает на то, что среди самоубийц отмечается преобладание мужчин. При этом, автор считает, что у мужчин пик самоубийств приходится на возраст 55-59 лет (56,1 на 100 тысяч населения), затем в возрасте 60-69 лет наблюдается некоторое снижение, и вновь увеличение до 72,3 у лиц 70 лет и старше. У женщин наибольшие показатели наблюдаются в группе 60-69 лет и старше (27,5 на 100 тысяч населения).

Наши исследования показали, что в Кузбассе также количество суицидов в 1994 г. среди мужчин значительно превышало эти показатели у женщин (соответственно, 101,7 и 22,3 на 100 тысяч жителей каждого пола), причем такая тенденция прослеживалась на протяжении 20 рассматриваемых лет. Эти же закономерности наблюдались и в годы спада суицидальной активности в 1986 г. (соответственно, 46,5 и 16,8 на 100 тысяч населения).

Однако возрастная динамика суицидов в Кемеровской области у лиц разного пола была иной. При этом, если в среднем по стране наиболее высокие цифры суицидов у мужчин фиксируются среди лиц старше 55 лет, то в Кузбассе

наибольшее количество завершенных самоубийств совершают лица мужского пола более молодого и наиболее трудоспособного возраста. Несколько отличается от среднероссийских и возрастная динамика суицидов у женщин.

Анализ возрастного состава всех умерших в результате самоубийств в 90-е годы показал, что в регионе большую часть суицидов совершали лица трудоспособного возраста (женщины 16-54 лет и мужчины 16-59 лет). В 1993 г. они составили 75,2 %, а в 1994 г. — 76,1 %. Значительно чаще суициды в трудоспособном возрасте совершали мужчины. Так, в 1993-94 гг. эти показатели у мужчин составляли 81,2 % и 80 %, соответственно, у женщин — 54,1 % и 59,7 %. Среди лиц, совершивших завершённые суициды в трудоспособном возрасте в 1994 г., оказалось больше жителей сел, чем города (соответственно, 80,7 % и 75,2 %), причем также преобладали мужчины.

Подростки и молодые люди до 20 лет составили 6,1 %, 20-29 лет — 12,7 %. Значительную группу составили суициденты в возрасте 30-49 лет (36,1 %) и лица 50-59 лет (21,5 %). Лица старше 60 лет составляли 23,6 % от всех умерших в результате суицидов.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что Кемеровская область является регионом с повышенным суицидальным риском. Показатели распространенности завершённых суицидов в Кузбассе значительно превышают таковые не только по России, но и по Западной Сибири, что, по-видимому, объясняется целым рядом особенностей области — значительным преобладанием городского населения над сельским, доминированием угольной, химической и металлургической промышленности при наличии слабой социальной инфраструктуры, высоким уровнем экологической загрязненности региона, серьезной криминогенной обстановкой, в частности, значительной насыщенностью области пенитенциарными учреждениями.

Неблагоприятным является тот факт, что в Кемеровской области наиболее высокие показатели завершённых самоубийств отмечаются в группах лиц молодого и среднего возраста. В структуре умерших вследствие завершённых суицидов преобладают лица трудоспособного возраста. Настораживает динамика суицидов. В большинстве возрастных групп за последние 20 лет отмечается значительный рост интенсивных показателей. Неблагополучна в этом плане возрастная группа подростков и молодых людей до 20 лет.

Неуклонный рост общего числа самоубийств в Кузбассе за последние 20 лет, доминирование среди суицидентов наиболее работоспособной



части населения, устойчивая тенденция к их «омоложению» определяют проблему изучения суицидального поведения и разработку действенных мер его профилактики как одну из наиболее актуальных медико-социальных проблем в Кузбассе, и, в частности, обуславливают необходимость развития подразделений суицидологической службы в Кемеровской области.

Успешный опыт работы такой службы в нашем регионе имеется. Вот уже более 10 лет в г. Кемерово функционирует самостоятельная, независимая от психиатрической системы, специализированная суицидологическая служба. При этом сравнительный анализ динамики завершенных суицидов среди населения двух крупных городов Кемеровской области, в целом схожих как по половозрастному составу населения, так и по социально-экономической инфраструктуре (г. Кемерово и г. Новокузнецк), свидетельствует о достоверном снижении уровня распространенности завершенных суицидов в г. Кемерово ($p < 0,01$), где функционирует городская суицидологическая служба. В г. Новокузнецке, где служба психического здоровья представлена лишь традиционной формой (городской психиатрической больницей), изменения интенсивных показателей за последние годы не достоверны ($p > 0,05$).

Приведенные результаты показывают целесообразность создания самостоятельных суицидологических служб, не связанных с традиционной психиатрической системой. Создание таких единых суицидологических служб в составе целого ряда специализированных структурных подразделений (Телефон Доверия, кабинеты социально-психологической помощи, кризисный стационар) и их активная деятельность позволяют не только эффективно купировать кризисные состояния, в том числе и с суицидальным поведением, но и добиваться прекращения их роста и последующего снижения их уровня, а также уровня завершенных суицидов среди всех контингентов населения региона.

Завершая тему суицидов, необходимо отметить, что, по данным ВОЗ, если уровень самоубийств в стране достигает отметки 20 случаев в год на 100 тысяч населения, этот уровень считается критическим и указывает на выраженную социально-психическую дезадаптацию населения. В России уже многие годы этот показатель ни разу не опускался ниже 20, при этом только в 2001 г. покончили жизнь самоубийством более 57000 человек, из них 6000 — дети и подростки. Характерно, что на 90-е годы в РФ приходится и максимум душевного потребления алкоголя. С 1985 по 1987 год, в период антиалкогольной кампании, потребление алкоголя снизилось на 26 %, за эти же годы число самоубийств уменьшилось почти на 40 %, преимущественно среди

мужчин. В абсолютных цифрах это выразилось тем, что если в 1984 г. в СССР было совершено 80000 завершенных суицидов, то в 1986-87 гг. ежегодно отмечалось не более 50000 случаев.

В целом, проблема суицидов и насильственной смерти в зависимости от потребления алкоголя и других психоактивных веществ для России всегда была актуальной. Так, употребление алкоголя перед суицидальной попыткой отмечается у 50-65 % совершивших ее лиц (Д.И. Шустов, Ю.В. Валентик, 1998). И.Н. Пятницкая (1994) указывает, что риск совершения суицидов больными наркоманией более чем в 200 раз выше, чем у здоровых лиц.

Наркологическая ситуация в Кемеровской области в течение последних 20 лет остается крайне напряженной. Особенно неблагоприятные тенденции наметились с середины 90-х годов, когда значительными темпами стало происходить утяжеление наркологической патологии среди населения Кузбасса. Как следствие, отмечается все увеличивающийся шлейф медико-социальных последствий употребления и злоупотребления ПАВ населением Кузбасса.

Растет количество острых отравлений алкоголем и его суррогатами, в том числе с летальными исходами; в сотни раз увеличилось число передозировок от наркотиков и смертности от этого; все больше ВИЧ-инфицированных, основной путь заражения при этом — инъекционные наркомании; одновременно — рост ВГ, ИППП, гнойной патологии у наркоманов (гнойно-некротические язвы, постинъекционные флегмоны и абсцессы на фоне хроносеписов); циррозов, панкреонекрозов, нередко смерти от туберкулеза на фоне наркомании. На сегодняшний день в области зафиксировано появление на свет сотен новорожденных от матерей-наркоманок.

Неуклонно повышается уровень криминогенности в регионе. Так, до 80 % преступлений, совершенных несовершеннолетними, связаны с НОН.

Кроме того, в плане анализа распространенности наркологических расстройств в Кузбассе, необходимо отметить две основные негативные тенденции.

Во-первых, среди потребителей стала возрастать доля потребления так называемых «тяжелых» наркотиков, в первую очередь, героина. Подтверждением этой негативной тенденции является ежегодное, начиная с 1999 г., изъятие килограммами героина сотрудниками правоохранительных органов Кемеровской области.

И, во-вторых, отмечается значительный рост абсолютного показателя распространенности алкоголизма — алкогольных психозов. При этом, нужно отметить следующее. Рост алкогольных психозов отмечается повсеместно, как в городской, так и в сельской местности. Увеличивает-

ся количество алкогольных психозов и у женщин. Ежегодно, начиная с 1999 г., фиксируются случаи алкогольных психозов у несовершеннолетних, чего не наблюдалось с 80-х годов.

В результате этого в Кузбассе постоянно растет число больных, впервые взятых под наблюдение (все наркологические заболевания), с 205,8 на 100000 населения в 1999 г. до 238,5 в 2000 г. и 241,3 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 150,6).

При изучении показателей болезненности алкоголизмом и наркоманиями в Кемеровской области, в целом, отмечается негативная динамика, также преимущественно за счет утяжеления наркологической патологии.

Продолжается постоянный рост заболеваемости наркоманиями, так, если в 1991 г. показатель заболеваемости наркоманиями по Кемеровской области составлял 3,5 на 100 тысяч населения, то в 1998 г. — 98,3, а в 2001 г. — 115 (средне российский показатель в 2000 г. — 50,6). Также, продолжается рост числа лиц, впервые взятых под наблюдение наркологическими учреждениями в связи со злоупотреблением наркотическими средствами, с 99 на 100 тысяч населения в 2000 г. до 113 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 35,3).

Уровень болезненности наркоманиями среди всего населения области продолжал расти с 277 на 100 тысяч населения в 1999 г. до 442,6 в 2000 г. и 534 в 2001 г. (показатель болезненности по Кузбассу в 1991 г. — 22,3; средне российский показатель в 2000 г. — 185,8). Также, продолжается рост числа лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, находящихся под наблюдением на конец отчетного года, с 228,5 на 100 тысяч населения в 2000 г. до 246 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 86,9).

Особо тревожные тенденции наблюдаются с распространенностью наркологическими расстройствами у подростков Кемеровской области, причем это касается как подросткового алкоголизма, так и подростковой наркомании.

Болезненность алкоголизмом среди подростков Кузбасса выросла с 29,9 на 100 тысяч подросткового населения в 2000 г. до 43 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 18,1). Продолжается рост числа подростков, впервые взятых под наблюдение в связи со злоупотреблением алкоголя: в 2000 г. — 1597,3 на 100 тысяч подросткового населения, в 2001 г. — 2051 (средне российский показатель в 2000 г. — 251,4). Также увеличивается число подростков, злоупотребляющих алкоголем, находящихся под наблюдением на конец отчетного года: в 2000 г. — 2385,7 на 100 тысяч подросткового населения, в 2001 г. — 3044 (средне российский показатель в 2000 г. — 819,8).

Продолжается рост заболеваемости наркоманией среди подростков Кемеровской области: в 2000 г. — 169,7 на 100 тысяч подросткового населения, в 2001 г. — 296 (средне российский показатель в 2000 г. — 84,5). Увеличивается число подростков, впервые взятых под наблюдение со злоупотреблением наркотиками: в 2000 г. — 555,7 на 100 тысяч подросткового населения, в 2001 г. — 667 (средне российский показатель в 2000 г. — 151,9). Растет болезненность наркоманиями у подростков: в 2000 г. — 271,9, в 2001 г. — 294 (средне российский показатель в 2000 г. — 125,1).

Также среди подросткового контингента населения Кузбасса отмечается рост заболеваемости токсикоманиями — с 6,2 на 100 тысяч соответствующего населения в 2000 г. до 26 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 7). Такая же тенденция и с болезненностью токсикоманиями у подростков — с 46,2 в 2000 г. до 59 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 41,8).

Подтверждением общей неблагоприятной тенденции к росту наркологической патологии среди населения Кемеровской области в последние годы являются данные по наркологическим заболеваниям среди женщин. Так, отмечается увеличение числа женщин, больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих на учете на конец отчетного года — с 623,8 на 100 тысяч женского населения Кузбасса в 2000 г. до 649 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 443,5). Также увеличивается число женщин, впервые взятых на учет с диагнозом наркомания — с 33,8 в 2000 г. до 38 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 16,1). Болезненность наркоманиями у женщин также выросла — с 135,7 в 2000 г. до 164 в 2001 г. (средне российский показатель в 2000 г. — 53,9).

При оценке состояния материально-технической базы наркологической службы Кемеровской области, необходимо отметить следующее.

На сегодняшний день в Кузбассе имеется всего 4 наркологических диспансера. На трехмиллионную область, где 20 городов и 19 сельских районов, имеется 51 наркологический амбулаторный кабинет; 16 стационарных отделений, из которых собственно наркологических — 11 (г. Кемерово — 4; г. Прокопьевск — 3; г. Новокузнецк — 2; гг. Л.-Кузнецкий и Междуреченск — по одному); ДС — 7 со 153 местами. При этом, более 80 % указанных наркологических структур и подразделений размещены в приспособленных помещениях, не отвечающих санитарно-техническим требованиям. Продолжается сокращение количества коек — с 849 в 1999 г. до 730 в 2000 г. и 725 в 2001 г. (в 1988 г. — 7,2 койки на 10 тыс. населения, в 2000 г. — 2,46, в 2002 г. — 2,4).



Существующие неблагоприятные, экстремальные в социально-психологическом смысле условия привели к необходимости разработки новых, соответствующих данной конкретной ситуации, подходов к профилактике, лечению и реабилитации лиц с наркологическими расстройствами в Кемеровской области. В первую очередь, это касается организации и развития наркологической службы Кузбасса, особенно подразделений, оказывающих помощь несовершеннолетнему контингенту населения. Исходя из этого, в Кузбассе начато формирование новой наркологической сети, учитывающей радикальные нозологические, возрастные и др. изменения наркологической ситуации в области. Наиболее заметными в этом направлении стали:

- организация региональной системы амбулаторных детско-подростковых наркологических кабинетов в городах и районах области;
- открытие двух детско-подростковых наркологических диспансеров (гг. Кемерово, Новокузнецк) со стационарами для несовершеннолетних с наркозависимостью на 85 коек;
- организация в г. Кемерово первого в области специализированного наркологического реабилитационного амбулаторного отделения для несовершеннолетних с наркозависимостью на 25 мест;
- открытие наркологического стационара в г. Анжеро-Судженске на 30 коек;
- открытие наркологического диспансера в г. Березовском;
- организация и открытие в 2001 г. первой в Кемеровской области областной химико-токсикологической лаборатории для определения наркотических средств и психотропных веществ в организме человека.

В области разработана перспективная программа развития наркологической помощи населению региона, в которой определены наиболее важные направления развития наркологической службы Кузбасса:

- создание современной компьютеризированной системы оценки эффективности деятельности наркологической службы Кемеровской области;
- улучшение материально-технической базы наркологической службы области, в т.ч. развитие мало затратных амбулаторных и полустационарных подразделений, и повсеместное создание наркологических реабилитационных учреждений, в первую очередь, для несовершеннолетних;
- создание современной диагностической базы наркологических расстройств, в особенности среди несовершеннолетнего контингента населения, в том числе за счет повсеместного использования экспресс-диагностики;

- максимальное использование современных профилактических, лечебных и реабилитационных наркологических технологий;
- координация и совместные действия с заинтересованными ведомствами и общественными организациями в деле профилактики наркологической патологии среди населения, в первую очередь среди несовершеннолетних и молодежи, в том числе по проблеме предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа на территории области.

Департамент охраны здоровья населения активно работал по привлечению дополнительных источников финансирования наркологической службы области, в том числе и за счет федерального бюджета. Так, в рамках федеральной программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», для оснащения областной химико-токсикологической наркологической лаборатории было получено диагностическое оборудование на 6 млн. рублей.

Учитывая прямую связь между уровнем заболеваемости населения наркоманией и ВИЧ-инфицированием, проводится планомерная работа в области профилактики ВИЧ/СПИДа. Координирует деятельность различных служб и ведомств по важной проблеме созданная областная межведомственная комиссия.

Налажено взаимодействие в работе органов и учреждений здравоохранения, военных комиссариатов и призывных комиссий по освидетельствованию призывников с подозрением на наличие наркологических заболеваний, для чего регулярно проводятся совместные с областным военкоматом тематические мероприятия для подготовки врачей-наркологов и других специалистов. Наркологической службой, общей лечебной сетью проводится целый комплекс профилактических антинаркотических мероприятий с широким привлечением всех средств массовой информации (печать, радио, телевидение), молодежных, общественных и религиозных организаций. Регулярным стало проведение месячника борьбы с наркоманией, который начинается с 26 июня, в день Всемирной борьбы с наркоманией.

Создана система подготовки кадров для наркологической и профилактической работы в области — через систему интернатуры в Кемеровской медицинской академии и Новокузнецком ГИДУВе готовятся врачи психиатры-наркологи, психотерапевты; в других ВУЗах области готовятся специалисты по социальной работе, социальные педагоги, психологи.

Наркологическими и профилактическими учреждениями области налажен выпуск литературы, видеоматериалов, рекламной продукции ан-

тинаркотической направленности для различных категорий и социально-возрастных групп населения (методические пособия, рекламные буклеты, информационные листовки, научно-методические сборники и т.д.).

Совместные акции и текущая работа по выявлению и ресоциализации наркозависимых ведется наркологической службой области со всеми заинтересованными организациями и ведомствами (правоохранительные органы, служба занятости, социальные службы и др.).

Таким образом, наркологическая ситуация в Кемеровской области за последние десять лет ос-

тается достаточно напряженной. Все это диктует необходимость дальнейшего развития во всех городах и районах области полноценных специализированных наркологических учреждений, причем эти учреждения должны состоять, в первую очередь, из амбулаторных и реабилитационных подразделений.

Важным направлением работы специалистов наркологической службы Кемеровской области должно являться более широкое их участие в деле первичной и вторичной профилактики наркологической патологии среди населения региона.

Г.А. УШАКОВА

Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Развивающиеся демографические процессы в стране, в том числе в Кемеровской области, представляют реальную угрозу для выживания российского населения. В соответствии с прогнозом на 2005 год, показатель естественной убыли населения в Кемеровской области составит 10,2 (самый высокий в Западной и Восточной Сибири), а суммарный коэффициент рождаемости — 1,07 (самый низкий в регионе).

Кроме уменьшения численности населения, особенно детского, значительно ухудшилось качество репродуктивного здоровья у женского населения. Ухудшение качества репродуктивного здоровья коснулось всех возрастных групп женского населения: новорожденных, детей препубертатного и пубертатного периода, женщин репродуктивного возраста.

Заболеваемость женщин Кемеровской области, начиная с 1991 года, как и в России, имеет тенденцию к увеличению распространенности по основным классам заболеваний: активный туберкулез — в 1,4 раза; сифилис — в 186,2 раза, психические расстройства — в 1,2 раза, наркомания — в 61,3 раза.

Болезни репродуктивной системы также увеличились: воспалительные заболевания — в 1,8 раз; расстройства менструального цикла — в 1,3 раз; эндометриоз — в 5,6 раз.

Увеличивается распространенность злокачественных заболеваний репродуктивной системы: рак шейки матки и тела матки — в 3,0 раза; рак яичников — в 1,5 раза.

Картина общей заболеваемости женщин становится особенно тревожной при анализе здоровья самой активной в репродуктивном отношении части женского населения — беременных

женщин. За последние 8 лет в Кемеровской области, среди осложнений родов и послеродового периода, анемия увеличилась в 3,6 раз; болезни системы кровообращения — в 1,4 раза; болезни мочеполовой системы — в 1,9 раз; поздние гестозы — в 1,6 раз. Материнская смертность превышает среднеевропейский уровень более чем в 3 раза.

Среди всех возрастных групп наиболее резкие изменения произошли среди подростков 15-17 лет. В Кемеровской области среди подростков распространенность новообразований увеличилась в 2,0 раза; инфекционных и паразитарных болезней — в 1,7 раз; болезней эндокринной системы — в 1,4 раз; мочеполовой системы — в 5,1 раз; болезней крови и кровеносных органов — в 5,5 раз; болезней костно-мышечной системы — в 3,8 раз; психических расстройств — в 1,7 раз.

Раннее начало половой жизни у подростков вызвало целый шлейф проблем, среди которых одной из важнейших является проблема подростковой беременности и, связанная с ней, проблема аборт. Распространенность аборт у подростков практически такая же, как и у женщин фертильного возраста, а в отдельные годы превышает ее. Среди первобеременных аборт производят преимущественно подростки — до 80 %.

Заболевания репродуктивной системы у подростков за период 1991-1997 гг. увеличились: воспалительные — в 2 раза, расстройства менструального цикла — в 1,5 раза. Усложнилась структура заболеваний репродуктивной системы подростков: пороки развития, опухоли половых органов.



Детское население, его численность, состояние здоровья определяют количественную и качественную характеристику новых поколений. Прежде всего, тревожным является то, что на фоне общего снижения численности населения нашей области, как и в стране, наиболее заметно уменьшается численность детей и их доля в общей структуре населения. В Кемеровской области доля детей в общей численности населения составляет 21,6 %. Среди детского населения увеличилась распространенность новообразований — в 2,4 раза; инфекционных и паразитарных болезней — в 2,5 раза, болезней эндокринной

системы — в 3,0 раза, мочеполовой системы — в 1,4 раза, болезней крови — в 1,6 раза, психических расстройств — в 1,7 раза. Среди 18 регионов Сибири Кемеровская область по уровню первичной общей заболеваемости среди детей занимает 7-е место из 18-ти. Выделяется Кемеровская область по болезням дыхания, травмам и отравлениям.

Таким образом, для женского населения Кемеровской области характерно уменьшение его численности, особенно, уменьшение численности детского населения, а также ухудшение состояния его соматического и репродуктивного здоровья.

Г.Н. ЦАРИК

*Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ,
Институт социально-экономических проблем здравоохранения, г. Кемерово*

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Переход Российской Федерации от плановой экономики к рыночным отношениям не имеет аналогов в мировой практике формирования социально-экономических систем, что обуславливает актуальность определения эффективности происходящих перемен и, прежде всего, использования ресурсов сферы формирования.

Многоуровневая система оказания медицинской помощи предполагает организацию больниц (отделений, коек), дифференцированных по интенсивности и напряженности лечебно-диагностического процесса.

Многоэтапное оказание медицинской помощи предусматривает четкое определение срока интенсивного лечения, долечивания пациента на койке, с учетом адекватного дифференцированного финансирования.

Многоэтапная дифференцированная медицинская помощь в условиях многоуровневой системы оказания стационарных медицинских услуг в рамках программы госгарантий — это предоставление адекватных состоянию здоровья услуг на соответствующем уровне и этапе медицинского обслуживания, с учетом норматива финансирования.

Цель создания многоэтапной многоуровневой системы стационарного лечения — обеспечение эффективного использования ресурсов медицинских организаций.

Задачи многоэтапного дифференцированного лечебно-диагностического процесса в условиях многоуровневой системы оказания стационарных медицинских услуг в рамках программы госгарантий предполагают определение реальной

потребности населения в медицинской помощи, организацию оказания адекватных состоянию здоровья медицинских услуг, оценку эффективности медицинской помощи.

Основные принципы формирования многоуровневой и многоэтапной системы стационарной помощи предусматривают обеспечение адекватности медицинской помощи, с учетом состояния здоровья больных, определение четких критериев для пребывания и завершения лечения на этапах оказания медицинских услуг, дифференцированную оплату койко-дня, с учетом интенсивности лечебно-диагностического процесса.

Основной многоуровневой системы медицинской помощи является формирование стационаров (отделений) или выделение больничных коек для краткосрочного пребывания (коррекции неотложных состояний), интенсивного лечения, долечивания с круглосуточным пребыванием, долечивания с дневным пребыванием в стационаре, долечивания с дневным пребыванием в поликлинике, пребывания в стационаре на дому, медико-социальной помощи.

Организация вышеперечисленных этапов осуществляется на базе республиканских, краевых (областных), городских и центральных районных больниц.

Экспериментальная апробация многоуровневой и многоэтапной системы оказания медицинской помощи свидетельствует о необходимости использования алгоритмов медицинских технологий, включающих диагноз и шифр по МКБ, показания для пребывания пациента на этапе, сроки лечения, перечень диагностических проце-



дур в расчете на 100 пациентов, перечень лечебных процедур, выполняемых врачом и средним медработником, количество консультаций в расчете на 100 пациентов, критерии завершенности этапа, дальнейший маршрут пациента.

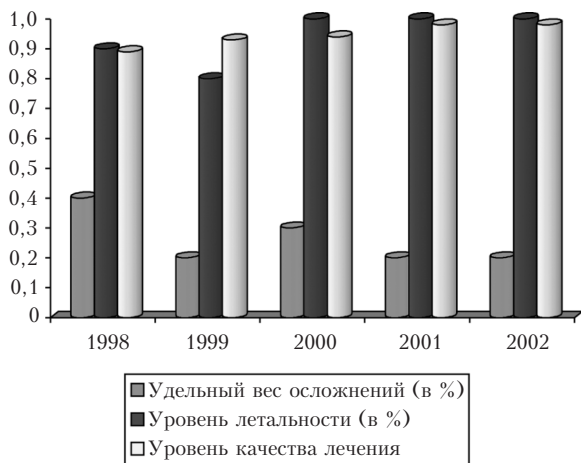
Оценка эффективности многоуровневой системы медицинской помощи осуществлялась на основе определения медицинского и социального эффекта, а также расчета экономической эффективности. Пилотные объекты представлены муниципальной клинической больницей № 1 г. Новокузнецка, муниципальной клинической больницей № 2 г. Кемерово и муниципальной клинической больницей № 29 г. Новокузнецка.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЭФФЕКТА

В качестве критериев для определения медицинского эффекта использовались показатели, характеризующие удельный вес осложнений и летальных исходов, уровень качества лечения.

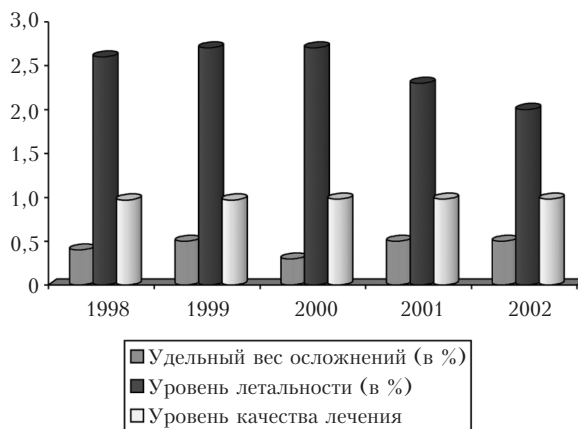
Согласно полученным данным по ГКБ № 1, удельный вес осложнений в 1998-2002 гг. соответствовал 0,2-0,4 %. Уровень летальности в больнице на протяжении 5 лет (1998-2002 гг.) колебался в пределах 0,8-1,0. Уровень качества лечения в течение рассматриваемого периода составил 0,93-0,98 (рис. 1).

Рисунок 1
Динамика показателей ГКБ-1,
характеризующих наличие
медицинского эффекта



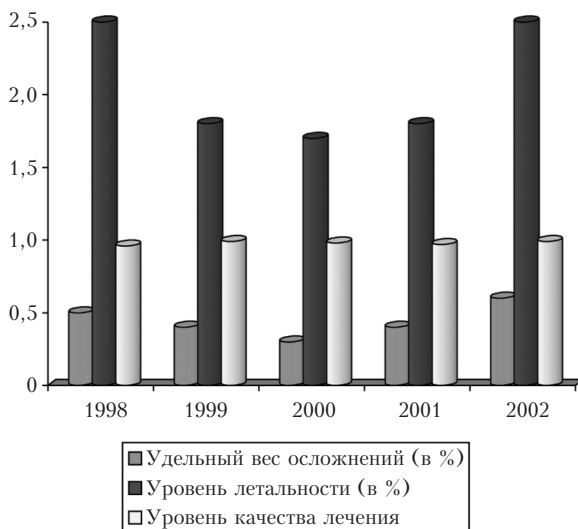
Аналогичные показатели, полученные по материалам ГКБ № 2, свидетельствуют, что в 1998-2002 гг. удельный вес осложнений соответствовал 0,3-0,5 %. Уровень летальности в 1998-2002 гг. снизился с 2,6 % до 2,0 %. Качество лечения в 1998-2002 гг. оставалось практически стабильным (рис. 2).

Рисунок 2
Динамика показателей ГКБ-2,
характеризующих наличие
медицинского эффекта



В городской клинической больнице № 29 г. Новокузнецка в 1998-2002 гг. удельный вес осложнений находился в пределах 0,3-0,6 %. Летальность на протяжении изучаемого периода составляла 1,8-2,5 %. Качество лечения 1998-2002 гг. характеризовалось показателями, близкими 1,0 (0,96-0,99) (рис. 3).

Рисунок 3
Динамика показателей ГКБ-29,
характеризующих наличие
медицинского эффекта



ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА

Для определения социального эффекта использовались материалы социологического опроса, учитывались жалобы на отказ в госпитализации, число госпитализированных на 1000 населе-



ния, очередность на плановую госпитализацию в динамике.

Согласно полученным данным, претензий и обоснованных жалоб на отказ в госпитализации по ГКБ № 1, ГКБ № 2 и ГКБ № 29 в 2000-2002 гг. не зафиксировано.

При оценке социальной эффективности число госпитализированных на 1000 населения не учитывалось, так как в г. Кемерово и г. Новокузнецке имеется несколько крупных многопрофильных больниц. Прикрепление населения к стационарам не практикуется.

Продолжительность ожидания плановой госпитализации в 2000-2002 гг. в ГКБ № 1 составила 14-15 дней, в ГКБ № 2 — 14 дней, в ГКБ № 29 — 14-16 дней.

Следовательно, внедрение многоэтапной системы медицинской помощи не оказало отрицательного влияния на доступность медицинских услуг.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Оценка экономической эффективности строилась на основе мониторинга количества развернутых больничных коек, среднегодовой занятости больничной койки, оборота больничной койки, среднего пребывания больного на койке и сопоставления затрат на лечение без применения многоэтапной системы медицинской помощи и с ее использованием. При этом учитывались плановые нормативы финансирования в расчете на койко-день интенсивного этапа и долевания.

Количество проведенных в стационаре койко-дней определялось по факту пребывания больных на этапах лечения.

Представленный подход к оценке экономической эффективности исключал завышение экономического эффекта за счет возможного недофинансирования.

Согласно полученным данным по ГКБ № 1, количество больничных коек в учреждении сократилось с 1630 в 1995 г. до 1485 в 2000-2002 гг. Среднегодовая занятость больничной койки

уменьшилась с 355,5 в 1999 г. до 340,0 в 2002 г. Среднее пребывание больного на койке снизилось с 16,5 дней до 12,9 (табл. 1).

Таким образом, внедрение многоуровневой системы медицинской помощи в ГКБ № 1 способствовало сокращению числа развернутых больничных коек и не оказало негативного влияния на доступность медицинской помощи.

При рассмотрении аналогичных показателей деятельности городской клинической больницы № 2 было установлено, что количество больничных коек сократилось с 606 в 1995 г. до 500 в 2002 году. Среднегодовая занятость больничной койки в 2000-2002 гг. приблизилась к нормативу и соответствовала 327-337 дней в году. Оборот больничной койки на протяжении последних трех лет находился в пределах 27,4-29,3 дней. Среднее пребывание больных на койке в 2000-2002 гг. соответствовало 11,2-11,7 дням.

Следовательно, внедрение многоуровневой системы медицинского обслуживания обеспечило сокращение числа больничных коек и не оказало отрицательного воздействия на доступность медицинской помощи (табл. 2).

Анализ показателей деятельности городской клинической больницы № 29 г. Новокузнецка показал, что количество больничных коек сократилось с 820 в 1995 г. до 763 в 2002 г. Среднегодовая занятость больничной койки за период внедрения названной системы возросла с 334,5 дней в 1999 г. до 340 (2000-2002 гг.). Среднее пребывание больного на койке сократилось с 15,2 дней в 1999 г. до 12,0 в 2002 г. (табл. 3).

Проведенный анализ позволяет констатировать, что внедрение многоуровневой многоэтапной системы медицинской помощи способствует повышению эффективности использования ресурсов стационарных отделений больниц.

Оценка экономической эффективности многоэтапной системы медицинской помощи на базе ГКБ № 1 свидетельствует, что расчетная среднегодовая стоимость оказания стационарной помощи в больнице без внедрения многоуровневой

Таблица 1
Производственные показатели ГКБ № 1

Название показателей	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Количество развернутых больничных коек	1630	1621	1730	1666	1666	1485	1485	1485
Среднегодовая занятость больничной койки	355,5	332,9	321,6	330,0	319,5	329,1	320,0	340,0
Оборот больничной койки	21,5	20,3	20,8	23,4	25,6	25,7	25,6	26,3
Среднее пребывание больного на койке	16,5	16,3	15,3	13,8	13,4	12,8	12,3	12,9
Продолжительность ожидания плановой госпитализации (в днях)	18	17	18	16	14	15	14	14
Жалобы на отказ в госпитализации	-	-	-	-	-	-	-	-



Таблица 2
Производственные показатели ГКБ № 2

Название показателей	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Количество развернутых больничных коек	606	584	476	510	615	600	510	500
Среднегодовая занятость больничной койки	335	323	334	308	310	332	337	327
Оборот больничной койки	27	31	33	23,9	26,2	27,4	28,7	29,3
Среднее пребывание больного на койке	13	13	13	12,8	11,8	11,7	11,7	11,2
Продолжительность ожидания плановой госпитализации (в днях)	15	14	13	12	13	14	14	14
Жалобы на отказ в госпитализации	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблица 3
Производственные показатели ГКБ № 29

Название показателей	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Количество развернутых больничных коек	820	820	775	770	775	746	741	763
Среднегодовая занятость больничной койки	342,2	325,3	327,9	321,5	334,5	325,9	322,1	340,0
Оборот больничной койки	23,3	21,0	21,2	20,9	21,9	23,7	23,9	28,3
Среднее пребывание больного на койке	14,7	15,5	15,5	15,4	15,2	13,7	13,5	12,0
Продолжительность ожидания плановой госпитализации (в днях)	18	17	15	15	17	16	14	14
Жалобы на отказ в госпитализации	-	-	-	-	-	-	-	-

системы медицинской помощи в 2000-2002 гг. соответствовала 54302787,0 руб.

Среднегодовая стоимость оказания стационарной помощи в результате внедрения многоэтапного лечения была равной 43523303,0 руб. Перерасход расчетных объемов финансирования имел место в трех отделениях (хирургическом, стоматологическом, гинекологическом). В целом, экономия затрат соответствовала 10779478,0 руб., что составило 19,8 % от плановой суммы затрат на 2000-2002 гг. (табл. 4).

В условиях ГКБ № 2 в 2000-2002 гг. на стационарное лечение планировалось израсходовать, в среднем, 15934848,5 руб. Стоимость стационарной помощи в результате внедрения многоэтапной системы составила 13491239,0 руб. в год, что на 2443609,5 руб. меньше плановой. Экономический эффект соответствовал 15,3 % (табл. 4).

Среднегодовая расчетная стоимость оказания стационарной помощи на базе городской клини-

ческой больницы № 29 г. Новокузнецка без применения многоэтапной системы предоставления стационарных медицинских услуг в 2000-2002 гг. составила 33815877,0 руб. Фактическая стоимость оказания медицинской помощи при многоэтапной системе стационарного лечения соответствовала 26099614,5 руб., что на 7716262,5 руб. меньше плановой. Экономический эффект равен 22,8 % (табл. 4).

Экономическая эффективность внедрения многоэтапной системы организации медицинской помощи за трехлетний период (2000-2002 гг.) в условиях крупных многопрофильных больниц составляет 15,3-22,8 %.

Таким образом, использование критериев медицинской, социальной эффективности и определение экономического эффекта свидетельствует о целесообразности широкого внедрения многоуровневой, многоэтапной системы организации медицинской помощи населению.

Таблица 4
Результаты оценки экономической эффективности многоэтапной системы медицинской помощи (2000-2002 гг.)

Пилотные объекты	Расчетная среднегодовая стоимость оказания медицинской помощи без применения многоэтапной системы	Стоимость оказания медицинской помощи с применением многоэтапной системы	Экономический эффект от применения многоэтапной системы оказания медицинской помощи (в руб.)	Экономический эффект от применения многоэтапной системы оказания медицинской помощи (в %)
МГКБ-1	54302787,0	43523303,0	10779478,0	19,8
МГКБ-2	15934848,5	13491239,0	2443609,5	15,3
МГКБ-29	33815877,0	26099614,5	7716262,5	22,8



Л.С. БАРБАРАШ, Г.В. АРТАМОНОВА, С.А. МАКАРОВ, Н.П. ГОМАН
Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ,
МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер

РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОЛОГИИ

В течение последних лет состояние здоровья населения характеризуется высоким уровнем заболеваемости системы кровообращения, что выступает ведущей причиной ограничения трудоспособности населения и смертности, следовательно, сопровождается экономическими потерями со стороны общества.

Так, анализ показал, что в городе Кемерово уровень заболеваемости в разные годы был от 145,6 случаев на 1000 населения (1993 год) до 199,5 случаев (2002 год). Эти показатели значительно выше, чем в г. Новокузнецке и в целом по области (табл. 1).

Обращает внимание, что в структуре заболеваемости существенную долю (23-27 %) составляет ишемическая болезнь сердца. Средняя длительность пребывания на больничном листе в связи с болезнями системы кровообращения не снижается и равна 19-21 дню.

Уровень смертности от болезней сердечно-сосудистой системы в трудоспособном возрасте, начиная с 1989 года, в 1994 году вырос на 37,8 % и сохраняется в последние годы в диапазоне 8,2-9,4 случаев на 1000 населения соответствующего возраста.

Такая ситуация не может не вызывать тревогу у организаторов здравоохранения. И, в первую очередь, возникает вопрос о необходимости совершенствования системы оказания кардиологической помощи населению. В связи с этим, в 1991 году в городе Кемерово был создан специализированный кардиологический диспансер (ККД). Организация диспансера как учреждения предполагала развитие кардиологической службы на совершенно ином уровне.

Целью создания ККД было обеспечение единого организационно-методического руководства кардиологической службы города и области, расширение доступности высокоспециализированной кардиологической помощи для населения, внедрение новых ресурсосберегающих медицинских технологий.

Организационная структура ККД представлена на кардиологической поликлиникой, стационар-

ными отделениями (терапевтическими и хирургическими), кардиологическим санаторием «Меркурий», диагностическими и вспомогательными отделениями. Следовательно, в ККД предоставляются следующие виды медицинской помощи: внебольничная амбулаторно-поликлиническая, специализированная больничная (стационарная), санаторно-курортная (реабилитационная).

Таким образом, кардиологическая служба представлена совокупностью элементов (структур), работающих на общую цель — повышение качества оказания специализированной помощи.

Управленческие решения включали, в первую очередь, внедрение принципа планирования на основе потребности населения в специализированной помощи, механизма финансирования кардиологической службы города.

Каждому этапу кардиологической помощи определены клинко-организационные задачи, разработан механизм взаимодействия специалистов, с учетом степени интенсивности лечебно-диагностического процесса.

С целью повышения эффективности амбулаторной кардиологической помощи, все ставки кардиологов территориальных поликлиник города были переданы в ККД. В результате увеличилось количество специализированных амбулаторных приемов и введены должности районных кардиологов. Районные кардиологи, располагаясь на базе ККД, осуществляют координацию, контроль качества и эффективности работы кардиологов ЛПУ своего района (рис.).

Это совместное управленческое решение (управление здравоохранением города, СМО ГБК Кемерово, ККД и ЛПУ) позволило сделать диспансер не только организационно-методическим центром, но и обеспечить преемственность и расширить доступность кардиологической помощи жителям города.

За пять лет работы (1998-2002 годы) единой кардиологической амбулаторной службы города доступность помощи населению возросла. Об этом свидетельствует увеличение числа врачебных посещений в 1,95 раз (табл. 2).

Таблица 1
Распространенность болезней сердечно-сосудистой системы (по обращаемости на 1000 взрослого населения)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
г. Кемерово	145,6	170	152,3	175,2	236	180,2	180,4	174,5	190,1	199,5
г. Новокузнецк	102,7	117,5	101	125	121,4	128,8	140,3	157,9	151,8	140,6
Кемеровская область	98,2	109,4	98,9	111,3	120,1	115,1	122,2	127,2	135,2	140,8

Организационная структура амбулаторно-поликлинического этапа
кардиологической службы города Кемерово

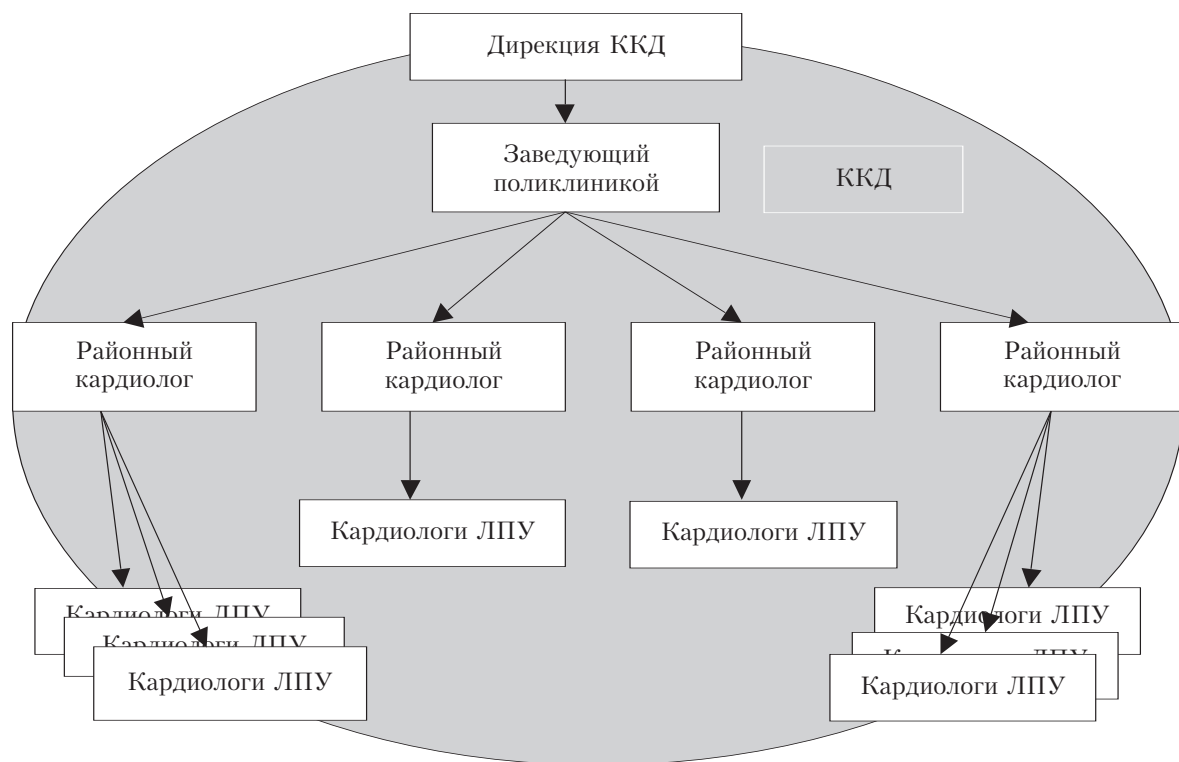


Таблица 2
Посещения к кардиологам амбулаторно-поликлинического этапа

	1989	1998	1999	2000	2001	2002
Посещения к кардиологу в г. Кемерово	32395	54073	51141	57362	60254	60779
Посещения на 1 тыс. взрослого населения	75	133	124,6	139	145	146

Число посещений к кардиологу в 2000 году составило 139 на 1000 жителей, в 2002 году — 146 посещений, что превышает установленный МЗ РФ и ФФ ОМС норматив (125,7 посещений на 1000).

В результате нагрузка за один час работы кардиолога возросла в 1,4 раза, показатель выполнения плана — с 64 % до 99 %.

Объединение всех кардиологов города в составе кардиодиспансера позволило обеспечить единство методических подходов в вопросах отбора больных на плановую госпитализацию, проведение на догоспитальном этапе необходимых диагностических исследований, что способствовало снижению затрат стационарного этапа. Очевидно, что исходное состояние пациента определяет затраты стационарного лечения и операции, а также риск развития осложнений.

Например, при новой системе организации помощи пациент готовится на коронаровентрикулографию (КВГ) на догоспитальном этапе, а КВГ выполняется в день госпитализации. Ранее длительность предварительного обследования до проведения КВГ в стационаре составляла 8,5 дней. В настоящее время после проведения КВГ пациент находится в стационаре всего 12 часов вместо 3-х суток до реструктуризации службы.

В динамике отмечается рост доли амбулаторной КВГ среди всех исследований. Только это организационное решение принесло экономию в размере 206 тыс. рублей (2000-2002 гг.).

Для повышения финансовой стабильности работы амбулаторного звена было принято решение передать кардиологическую долю городского подушевого норматива в поликлинику ККД. Расходы на содержание составили 42 % от всех средств на кардиологическую помощь в общегородском подушевом нормативе. Оставшиеся средства сохранялись в территориальных ЛПУ для обеспечения кардиологической помощи своим жителям терапевтами поликлиник.

Реструктуризация кардиологической службы в городе позволила укрепить материально-техни-



ческую базу амбулаторно-поликлинического этапа, как на уровне диспансера, так и на уровне территориальных ЛПУ. Это обеспечило развитие диагностической кардиологической службы.

Кроме инвазивных методов, в последние годы на амбулаторном этапе внедрены новые диагностические методы: МРТ, Стресс-ЭХОКГ, через пищеводная ЭХОКГ, вариабельность ритма. Данные методики позволяют, используя самые новейшие медицинские технологии, значительно повысить качество диагностики ИБС в максимально ранних стадиях и с максимальной точностью. Их успешное внедрение стало возможным в результате единого подхода к ведению кардиологического больного и преемственности между этапами.

Реструктуризация кардиологической службы обеспечила преемственность ведения кардиологического пациента не только на уровне амбулаторного звена (районный кардиолог, кардиолог и терапевт территориальной поликлиники), но и в условиях специализированного стационара, на этапе реабилитации.

Следует отметить, что, начиная с 1993 года по настоящее время, количество кардиологических коек в стационарах города Кемерово сокращалось (с 302 до 197). При этом число коек в ККД в эти годы не изменялось и составляло 92-97, то есть почти половина всего коечного фонда города (30,5-49,2 %).

Следовательно, это сконцентрировало на койках диспансера большую часть кардиологических больных, особенно с тяжелыми формами, в том числе с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Так, удельный вес больных, пролеченных на специализированной койке ККД, по отношению к общему числу возрастает из года в год. Например, в 1993 году он составлял 25,3 %, в 1998 — 48,9 %, в 2002 году — 52,9 %.

Доля больных с ОИМ, поступивших в ККД в сроки до 24 часов, увеличилась с 25,9 % в 1993 году до 84,9 % в 2002 году относительно всех в городе.

Результатом активного взаимодействия ККД со станциями скорой медицинской помощи города является тот факт, что в настоящее время специализированную помощь при ОИМ в срок до 24 часов получают 64,9 % больных (в 1994 году их удельный вес составлял 45,6 %).

Организация своевременной, качественной помощи в условиях единого высокоспециализированного кардиологического центра позволило улучшить ряд показателей деятельности кардиологической службы города в целом.

Так, в городе Кемерово отмечается снижение уровня досуточной летальности от ОИМ. По сравнению с 1995 годом (16 %), в 2002 показатель уменьшился в 1,6 раза (10,2 %). Аналогич-

ный показатель в ККД в 1995 году составлял 12 %, а в 2002 году — 8,6 %.

Качественный отбор пациентов на уровне амбулаторного этапа для лечения в стационаре, развитие на базе ККД высокоспециализированных медицинских технологий, повышение уровня профессионализма медицинского персонала способствовали тому, что средняя длительность пребывания больных на специализированной койке в стационарах города уменьшилась.

Так, за период с 1993 по 2002 год средняя длительность лечения на кардиологической койке города сократилась на 3,8 дня, соответственно, с 18,6 до 14,8 дней. Необходимо отметить, что в ККД этот показатель во все годы был ниже, чем в целом по городу. В 1993 году он составил 17,9 дней, в 2002 году — 13,4.

Средняя длительность пребывания больных с ОИМ по городу в 1995 году была 24,5 дней, к 2002 году она снизилась на 6,8 дней (17,8 дней). За этот же период в кардиологическом диспансере показатель уменьшился на 11,3 дней и составил 14,7 дней, что ниже, чем в целом по городу, на 3,1 дня.

Внедрение новых организационных, диагностических и клинических технологий активизировало и кардиохирургическую помощь.

Успехи сердечно-сосудистых хирургов в вопросах снижения смертности от болезней сердца и сосудов, улучшения качества жизни к началу 90-х годов были очевидны. Однако, эффективный симбиоз кардиологов, неврологов и сердечно-сосудистых хирургов сдерживался по следующим причинам:

- недостаточная информированность значительной части практических врачей первичного звена о современных эффективных методах диагностики и хирургического лечения;
- довольно слабое представление у врачей об условиях, которые обеспечивает эффективность лечения, прежде всего, о критериях перехода от консервативных методов лечения к хирургическим;
- поздняя диагностика и неэффективность лечения из-за отсутствия в большинстве ЛПУ возможности применения современных достижений медицины по причинам экономического, организационного, методического характера.

Желание устранить эти причины ускорило процесс консолидации консервативных и хирургических методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний в условиях Кемеровского кардиологического диспансера.

За период 1999-2002 гг. количество пролеченных больных на 30 кардиохирургических койках ККД составило 2160 человек (от 451 до 601 человека в год). Уровень хирургической активнос-



ти в 2000-2002 гг., по сравнению с 1999 годом, вырос почти в 2 раза и составил 78-80 %.

Уровень послеоперационной летальности снизился с 6,5 % до 3,5 %, удельный вес послеоперационных осложнений составляет 3,7-5,3 %.

Средняя длительность лечения снизилась с 20,7 до 17,4 дней, при этом сроки пребывания пациента до операции уменьшились с 9,5 дней до 6,5; после операции — с 11 дней до 13,4.

Необходимо отметить, что кардиологический пациент после стационарного лечения на кардиологической или кардиохирургической койке направляется на реабилитационный этап. В зависимости от заболевания больного, это либо реабилитация в условиях кардиологического санатория «Меркурий», либо к районному кардиологу, кардиологу поликлиники на диспансерное наблюдение. При такой организации специализированной помощи пациент не теряется, снимается вопрос «Куда выписывать пациента?».

Кардиологическая помощь, особенно кардиохирургическая — высокочрезвычайная, как для бюджета, так и для самого пациента. Один из первоочередных вопросов, которые необходимо было решать — поиск экономических подходов к обеспечению числа дорогостоящих видов хирургического лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В России нет единых подходов к формированию финансирования дорогостоящих видов кардиохирургической помощи и тесно связанных с ними ангиографических диагностических процедур.

В 1998-99 гг. в ККД была сформирована единая концепция по вопросам оказания и финансирования дорогостоящих технологий, согласованная с департаментом охраны здоровья и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

С учетом статистических и экономических показателей деятельности диспансера, разработанная система финансово-экономических тарифов на все виды хирургических операций и дорогостоящих исследований, с учетом прямых затрат в зависимости от сложности курации и операции.

Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью (МЗ РФ, ФФ ОМС, МФ РФ, 1998 год) установлены нормативы средней длительности пребывания (на кардиологической и кардиохирургической койке — 17,8 дней) и стоимости одного дня лечения (кардиология — 104,8 рублей, кардиохирургия — 264,6 рублей).

Следовательно, потенциальный экономический эффект от внедрения современных клиничко-организационных технологий в кардиологии не трудно посчитать. Интенсификация работы специализированной койки только за два последних года обеспечила суммарную экономию в размере 6,6 млн. рублей.

Таким образом, в результате организационных преобразований, в городе Кемерово сложился уникальный для России технологический цикл оказания помощи больным с патологией сердечно-сосудистой системы, когда в составе одного специализированного учреждения задействованы все основные этапы: амбулаторные (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение), госпитальная помощь терапевтического и хирургического профилей, санаторная реабилитация. Все это позволило получить медицинский, социальный и экономический эффект. Главная задача развития ресурсосберегающих технологий в кардиологии — повышение качества жизни кардиологических пациентов, их долголетней активности.

Г.И. ЧЕЧЕНИН, Н.М. ЖИЛИНА, Т.В. САПРЫКИНА,
Т.Г. НЕТЯГА, Н.А. КОЗЛОВА, Т.В. ЯКИМОВА

*КМИАЦ, Государственный институт усовершенствования врачей, Центр госсанэпиднадзора,
ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
г. Новокузнецк*

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СРЕДЫ ОБИТАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТА ПРИНЯТИЯ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫХ РЕШЕНИЙ

Необходимость разработки новых методов комплексной информационной поддержки фундаментальных научных исследо-

ваний и практического здравоохранения обусловлена переходом к новым принципам управления в территориальном здравоохранении, свя-



занным с возрастающей сложностью задач и бурным развитием современных информационных технологий.

Разработка и функционирование автоматизированной информационной системы социально-гигиенического мониторинга (АИС СГМ) направлены на выявление причинно-следственных связей «Здоровье — Среда обитания» в рамках разработки фундаментальных проблем экологии человека и гигиены окружающей среды. После выявления причин, влияющих на уровень здоровья населения, весьма важной задачей системы охраны здоровья является оперативное руководство ситуацией, рациональное использование имеющихся ресурсов и т.п.

Все это выдвигает новые требования к совершенствованию информационного обеспечения медицинской науки и системы управления охраной здоровья населения. Необходимо выявлять зависимости состояния здоровья от совместного влияния многих факторов: среды обитания, образа жизни, генетических факторов, медицинской помощи.

АИС СГМ — это эффективный инструмент информационной поддержки проведения научных исследований и оперативного анализа ситуации для принятия решений руководителями здравоохранения, эколого-охранных организаций учреждений, районных, городских и региональных уровней.

Основная цель АИС СГМ: создание своевременного адекватного информационного обеспечения для представителей медицинской науки, руководителей различных территориальных уровней, а также учреждений и организаций, участвующих в прогнозе, оценке и анализе общественного здоровья населения и влияющих на него факторов; выявление зон риска для принятия оперативных мер по улучшению общественного здоровья, социальных условий и экологической ситуации в городе (регионе).

Используемые методы: Система предусматривает применение методов математического моделирования и экспертных оценок, позволяющих создавать варианты, фрагменты и компоненты программного средства и выделять возможные методы реализации предполагаемых функций.

В системе предусматривается прототипирование (использование предыдущих наработок), а также использование аналогичных программных средств (как в целом, так и отдельных компонент).

На этапе разработки АИС СГМ актуальны проблемы типизации проектных решений и единства информационного поля, преодоления дублирования разработок, не полноты информации и других проблем, снижающих эффективность информатизации.

При создании системы используется методология объектно-ориентированного анализа и проектирования — одно из современных направлений системного анализа и проектирования, основанное на декомпозиции предметной области. Иерархический характер сложной системы представляется в виде иерархии классов, а ее функционирование рассматривается как взаимодействие объектов. При этом особенностью жизненного цикла системы является возможность итерационного наращивания и развития компонент АИС СГМ. Кроме вышеперечисленных, при разработке системы используются методы компьютерной поддержки принятия решений, динамического анализа информации, математической и медико-биологической статистики.

Научная новизна работы:

1. Модифицированы методы интеграции показателей и системно применены в межотраслевой и многоуровневой системе с комплексным использованием методов нормирования и анализа ситуации.
2. Методы компьютерной поддержки принятия решений и экспертных оценок комплексно применены для разработки сложной межведомственной информационной системы с участием экспертов — специалистов необходимой предметной области.
3. Методы оценки рисков формализованы и адаптированы, как часть программного обеспечения системы.

Практическая значимость: Система используется в здравоохранении г. Новокузнецка, центре государственного санитарно-эпидемиологического надзора, при проведении фундаментальных научных исследований. Информация предоставляется на уровень городской Администрации и обсуждается на городских коллегиях. Блок «Здоровье» АИС СГМ адаптирован и внедрен в республике Хакасия. В настоящее время заключен договор на разработку системы областного уровня с Администрацией Кемеровской области.

Результаты исследования могут применяться для разработки типовых автоматизированных информационных систем социально-гигиенического мониторинга на любых территориях, в профессиональной деятельности руководителя любого уровня, научного работника, эксперта-специалиста. Теоретические положения и практические выводы исследования могут использоваться в учебном процессе.

Реализация результатов работы: Результаты использованы при разработке систем прототипов. Например, методы стандартизации, интеграции показателей и экспертных оценок применяются в ЭС «Качество медицинской помощи», АИС «Анализ деятельности стационара» и т.д. АИС СГМ внедрена и функционирует в

системе здравоохранения, в межведомственной системе охраны здоровья населения г. Новокузнецка, а также за пределами города и области.

Теоретические положения и практические выводы работы использованы для научных медицинских исследований, а также в учебном процессе. Они апробированы на кафедре медицинской кибернетики и информатики Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей (ГИДУВа) и заседаниях научно-технического совета КМИАЦ, а также использовались в качестве методического руководства при выполнении курсовых и дипломных работ студентами высших учебных заведений (СибГИУ, КемГУ), проходившими практику в КМИАЦ.

Апробация результатов: АИС СГМ была представлена на межрегиональной выставке-ярмарке «Кузбасс — ЭКСПО-2000» в г. Новокузнецке (награждена дипломом), результаты разработки доложены на научно-практических конференциях в гг. Москве и Красноярске. В настоящее время на систему подготовлена и передана документация в отраслевой фонд алгоритмов и программ (ОФАП). Кроме того, материалы разработки АИС СГМ отражены в ряде научных публикаций и диссертационных работ.

В АИС СГМ организовано три блока: «Здоровье», «Среда обитания», «Социальные условия». Система иерархическая. На нижнем уровне идет разработка и поддержка баз данных по блокам системы. На втором уровне создаются базы расчетных показателей, происходит их стандартизация и расчет интегрированных оценок состояния здоровья, среды обитания и социальных условий. На верхнем уровне выявляются причинно-следственные связи «Здоровье — Среда обитания», «Здоровье — Социальные условия». Выявляются конкретные популяционные группы риска по видам заболеваний, определяется интегрированный показатель уровня благополучия.

Основные источники данных:

- а) блок «Здоровье» — КМИАЦ, ЛПУ, Управление здравоохранения;
- б) блок «Среда обитания» — ЦГСЭН, природоохранные организации;

в) блок «Социальные условия» — Территориальный отдел госстатистики.

Основные пользователи системы: представители учреждений и организаций, участвующих в прогнозе, оценке и анализе общественного здоровья населения и влияющих на него факторов (ЛПУ, ЦГСЭН, научные медицинские организации, средства массовой информации и др.), руководители районного, городского, регионального и др. уровней.

Эффективность АИС СГМ: Функционирование АИС СГМ позволяет снизить потери человеческого и трудового потенциала; оптимизировать и улучшить медико-демографическую ситуацию — показатели общей и младенческой смертности; оптимизировать использование производственных ресурсов (человеческих и технических); повысить достоверность и эффективность использования информации; рассчитать экономический ущерб от дополнительной заболеваемости, связанной с экологическими и социальными рисками; увеличить производительность труда руководителя; улучшить экологическую ситуацию за счет принятия оперативных управленческих решений.

Актуальность и перспективы развития: Актуальность развития АИС СГМ обусловлена необходимостью совершенствования информационных методов в проведении фундаментальных исследований, важностью интеграции теоретических научных исследований в области охраны здоровья с практическим здравоохранением, необходимостью выявления причинно-следственных связей «Здоровье — Среда обитания — Социальные условия».

Система может быть адаптирована для внедрения, как на областной уровень, так и на всей территории СФО, а также в других регионах РФ, ближнего и дальнего зарубежья. Несанкционированное использование продукта затруднительно. Объект нуждается в привязке к определенной территории, что может быть реализовано на стадии адаптации техно-рабочего проекта (разработка необходимой нормативно-справочной и экспертной информации, стандартов благополучия по блокам системы, выходных картограмм и т.д.).



Ю.А. ЧУРЛЯЕВ

ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН, г. Новокузнецк

О МЕХАНИЗМАХ ВТОРИЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ), кроме медицинских аспектов, обусловленных значительной распространенностью (более 4-х случаев на 1000 населения) и высокой летальностью, имеет также социальное и экономическое значение ввиду высокого уровня временной нетрудоспособности и большой инвалидизации, в основном, лиц трудоспособного возраста. Показатели летальности в последние годы существенно не меняются, при тяжелой черепно-мозговой травме составляя 35-65 и более пациентов.

По генезу поражения мозга выделяют первичные повреждения как результат непосредственного воздействия механической энергии, и вторичные повреждения, возникающие вследствие сложных и многообразных реакций организма, инициированных травмой. Вторичные механизмы поражения мозга делятся на интракраниальные (сдавление мозга внутричерепными гематомами; нарушение гемо- и ликвороциркуляции, обусловленное субарахноидальными и внутрижелудочковыми кровоизлияниями; набухание мозга вследствие отека, гиперемии или венозного полнокровия; гидроцефалия) и экстракраниальные (гипоксемия и анемия; артериальная гипотензия и гипертензия; гиперкапния и гипокания; гиперосмолярность, гипоосмолярность; гипертермия, внутрисосудистое свертывание крови и др.).

Вторичные повреждения мозга обнаруживаются у 90 % пострадавших с ЧМТ. Поэтому проблема изучения механизмов вторичного повреждения головного мозга при критических состояниях, обусловленных ЧМТ, представляется особо актуальной.

Важным механизмом интракраниального вторичного повреждения головного мозга является активация протеолитических процессов в центральной нервной системе, т.к. в очагах ушиба происходит гиперпродукция протеиназ и их дополнительное поступление из крови вследствие повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера. Поскольку пространство, занимаемое спинномозговой жидкостью (СМЖ), представляет собой непосредственное продолжение внеклеточного пространства головного мозга и имеет место свободная диффузия экстрацеллюлярной жидкости в спинномозговую жидкость и обратно, протеиназы легко контактируют со структурными элементами мозговой ткани, вы-

зывая их вторичное повреждение. Следовательно, зона некроза расширяется, и образуются новые очаги деструкции.

Наиболее полно изучено влияние избыточной активации протеолитических процессов в ликворе на течение рассеянного склероза, в патогенезе которого доказано участие плазминогена-плазмина (ПГ-ПН), являющегося одним из основных протеолитических ферментов крови. Сообщения об изменении протеолиза в спинномозговой жидкости при тяжелой ЧМТ немногочисленны, содержат в основном экспериментальные данные, не отражают характер указанных нарушений, их влияние на течение и исход патологического процесса. На сегодняшний день появляется все большее количество данных, свидетельствующих о несостоятельности точки зрения о «прорыве» гематоэнцефалического барьера в раннем посттравматическом периоде. Тем не менее, вопрос, когда измененная проницаемость барьера является защитной реакцией, а когда происходит перенапряжение этих механизмов и они приобретают патологический характер, требует дополнительного изучения.

Вышеизложенное позволяет считать актуальным рассмотрение вопроса об изменении протеолитических процессов в спинномозговой жидкости и проницаемости гематоэнцефалического барьера при критических состояниях, обусловленных ЧМТ.

Исследования проводились на базах межинститутской клиники по анестезиологии и реаниматологии и ЦНИЛ Новокузнецкого ГИДУВа. Мы оценивали проницаемость гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) для плазминогена-плазмина (ПГ-ПН), α_2 -макроглобулина (α_2 -МГ), α_1 -антитрипсина (α_1 -АТ), лактоферина (ЛФ) и альбумина — белков с различной молекулярной массой и физико-химическими свойствами, — у пострадавших в критическом состоянии при ЧМТ. Биологическая суть изучаемых белков: ПГ-ПН — один из основных протеолитических ферментов организма, который в избыточной концентрации губителен для клеток головного мозга; α_2 -МГ — ингибитор, оказывающий в ликворе основной антиплазминовый эффект; α_1 -АТ — второй ингибитор ПН; ЛФ — обладает антиоксидантными, антибактериальными и противовоспалительными свойствами; альбумин — осуществляет транспорт метаболитов и токсинов. Для определения концентрации ПГ-ПН,

α_2 -МГ и ЛФ в спинномозговой жидкости использовали твердофазный иммуноферментный метод. Содержание α_1 -АТ и альбумина изучали с помощью низковольтного ракетного иммуноэлектрофореза с применением моноспецифических антисывороток. Кроме того, в желудочках мозга измерялось внутричерепное давление (ВЧД) трубчатым манометром.

Обследовано 133 пациента с изолированной тяжелой ЧМТ, поступивших в стационар в крайне тяжелом состоянии со степенью утраты сознания по шкале ком ГЛАЗГО 408 баллов. Из них, 61 человек с благоприятным исходом травмы (1-я группа), 72 — с летальным (2-я группа). Контрольную группу составили 18 пациентов с грыжей диска поясничного отдела позвоночника. Забор СМЖ проводили перед диагностической миелографией. Данные контрольной группы приняты за норму. Результаты обработаны с использованием программы in Start 2 (Sigina, USA).

В изменении концентрации изучаемых белков в СМЖ пациентов с благоприятным и летальным исходом травмы выявлены определенные различия. Так, при благоприятном исходе концентрация ПГ-ПН была ниже или равна контрольным данным на протяжении всего исследования. При летальном исходе содержание протеиназы повышалось с 1-х по 5-е сутки. Установлено, что основной ингибитор активного ПГ — α_2 -АП в СЖМ всех пациентов, как и в контрольной группе, используемыми нами методами не определялся, что позволило считать его содержание равным «0», а антиплазминовую емкость оценивать по уровню двух других ингибиторов. Мы соотнесли молярные концентрации ПГ-ПН, α_2 -МГ и α_1 -АТ, поскольку это позволило вычислить, какое число молекул ингибитора приходилось на протеолитический фермент.

Эти данные позволили заключить, что при благоприятном исходе тяжелой ЧМТ происходит активация протеиназы, не превышающая антиплазминовую емкость спинномозговой жидкости, обусловленную α_2 -МГ. При неблагоприятном исходе происходило избыточное поступление и активация ПГ-ПН, на фоне недостаточной антиплазминовой емкости, когда истощался запас α_2 -МГ и дополнительно расходовался α_1 -АТ. В этом случае создавались условия для участия протеиназы не только в саногенных реакциях, но и в процессах вторичного нейронального некроза.

Изучение концентрации лактоферрина (ЛФ) спинномозговой жидкости позволило выявить следующие закономерности. У всех пациентов уровень этого белка повышался с момента травмы и не достигал контрольных данных за все время наблюдения. Кроме того, с 3-х суток появлялась достоверная разница в концентрации ЛФ

у больных с различным исходом. При неблагоприятном исходе она была более высокой. Как известно, железо-насыщенный ЛФ, поставляя Fe^{3+} , может являться участником реакции образования гидроксильного радикала $\text{OH}^\cdot$ (по реакции Хайбер-Вейса), который обладает наибольшей активностью из всех метаболитов кислорода. С другой стороны, железо-ненасыщенный ЛФ, способный к связыванию ионов железа, может выступать белком, тормозящим развитие свободных радикалов. Эти радикалы кислорода не только дают «очистительный» эффект, направленный на расщепление поврежденной ткани и инфицирующих агентов, но также могут оказывать прямое и опосредованное, через химические медиаторы, повреждающее воздействие на клеточные мембраны и ткани головного мозга. С этих позиций ЛФ, по-видимому, можно рассматривать как один из факторов, способный регулировать указанные процессы. Более высокое содержание лактоферрина в СМЖ пациентов с летальным исходом, скорее всего, свидетельствует о том, что при такой патологической ситуации создавались условия оксигеназному пути использования кислорода с дополнительным образованием различных гидроперекисей.

При критических состояниях, обусловленных тяжелой ЧМТ, происходит изменение проницаемости ГЭБ, но сохраняется его регуляторная функция. Подтверждением этому являются данные, полученные при исследовании состояния проницаемости барьера. Основываясь опять-таки на молярных соотношениях изучаемых белков, нами предложены так называемые коэффициенты относительной проницаемости и элиминации. Эти коэффициенты позволяют рассчитать, какое количество молекул любого из веществ может проникнуть из крови в СМЖ и обратно, при прохождении через ГЭБ 10 молекул альбумина, в условиях, когда концентрации определяемых белков в крови равны. Как следует из сказанного, альбумин принят нами маркером проницаемости. На основании вышеизложенного, выделено три степени повышения проницаемости ГЭБ, которая развивается в первые трое суток с момента травмы.

1-я степень: Проницаемость для альбумина увеличивается менее чем в 2 раза. Кроме альбумина, происходит ее увеличение для α_2 -МГ, ЛФ. Проницаемость для ПГ-ПН и α_1 -АТ снижается. Летальность в этой группе составила 9,1 %.

2-я степень: Проницаемость для альбумина возрастает в 2-4 раза. В этом случае увеличивается относительная проницаемость для всех белков, но при этом сохраняется нормальная, согласно повышенному поступлению, элиминация из СМЖ. Летальность в этой группе составила 28,6 %.



3-я степень: Проницаемость для альбумина возрастает более чем в 4 раза. Отмечается ее значительное увеличение и для других белков, с одновременным снижением элиминации. Летальность у этих пострадавших равнялась 47,6 %

Таким образом, изучение проницаемости ГЭБ для альбумина ПГ-ПН, α_2 -МГ, α_1 -АТ и ЛФ при критических состояниях, обусловленных ЧМТ, показало, что на фоне благоприятного течения посттравматического периода в спинномозговой жидкости происходит изменение их концентрации, что свидетельствует об участии белков в саногенных процессах. Неблагоприятный исход сопровождается избыточным поступлением из крови в спинномозговую жидкость альбумина, ПГ-ПН, α_2 -МГ, α_1 -

АТ и ЛФ. При этом, увеличение концентрации альбумина, ЛФ и α_1 -АТ можно рассматривать как защитный механизм, поскольку все они принимают участие в процессах, направленных на нормализацию гомеостаза внутренней среды головного мозга. Что касается ПГ-ПН и α_2 -МГ, то при чрезмерно высокой концентрации эти белки становятся одним из факторов нейронального некроза.

Поэтому у данной категории больных совершенно обосновано проведение дополнительных лечебных мероприятий, направленных либо на удаление из СМЖ излишнего количества ПГ-ПН и комплексов α_2 -МГ — протеиназа, либо применение ингибиторов с целью купирования избыточной активности ПН.

А.Н. ФЛЕЙШМАН

*ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
г. Новокузнецк*

МЕДЛЕННЫЕ КОЛЕБАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ГЕМОДИНАМИКИ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ И ПРИКЛАДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Спектральные и нелинейные показатели медленных колебаний гемодинамики (МКГ) и вариабельности ритма сердца (ВРС) имеют большое диагностическое и прогностическое значение, так как отражают энергетические и регуляторные процессы в организме и используются в решении актуальнейших проблем медицины: сердечно-сосудистой патологии, репродуктивного здоровья, неврологических заболеваний и др.

Начиная с 1997 по 2002 гг. в России по этой проблеме ежегодно проводятся симпозиумы (Новокузнецк, Москва, Санкт-Петербург, Челябинск, Минск), опубликовано несколько монографий.

МКГ могут рассматриваться, с одной стороны, как фундаментальная проблема биологии и медицины, с другой, как инструмент эффективного решения многочисленных прикладных задач диагностики и лечения различных патологических изменений в организме, раскрытия механизмов развития человека в онтогенезе, разнообразных форм деятельности, типологии, измененного состояния сознания, репродуктивного здоровья населения и т.д. Отмечается высокий уровень прогностической значимости показателей вариабельности ритма сердца при инфаркте миокарда, инсульте, патологии беременности и родов.

С 1986 года в лаборатории физиологии НИИ КППЗ и Центре диагностики нейровегетативных нарушений изучается проблема регуляции мед-

ленных колебаний гемодинамики (ВРС, ВРЭГ, ВРВГ) в норме и при нейросоматических нарушениях, в частности, разрабатывается методология изучения МКГ, закономерности метаболического и нейровегетативного обеспечения, отражающейся в показателях МКГ, классификация, модели анализа, клинико-медленноволновые синдромы и особенности дифференцированной терапии. Проведены три Всероссийских симпозиума и Школа по нелинейной динамике с международным участием (1997, 1999, 2001), получены патенты.

Основная цель исследований: изучить закономерности регуляции медленных колебаний гемодинамики в норме и при нейросоматических нарушениях и на этой основе создать новые диагностические и лечебные технологии. На основе полученных результатов дано системное теоретическое представление о МКГ. Впервые разработана и представлена метаболическая модель анализа МКГ. Расширены онтогенетические и многоуровневые нейрогенные концепции, изучены закономерности нелинейных процессов в кардиологии. Разработаны методические аспекты изучения МКГ, включая:

- методику исследования, спектрального и нелинейного анализа МКГ;
- классификацию спектральных и нелинейных показателей МКГ и ее теоретические основы;
- правила анализа результатов и выходные документы экспресс-диагностики метаболических и нейроавтономных нарушений.

Установлены закономерности изменения МКГ у здоровых лиц:

- определены возрастные особенности структуры и энергетики спектра ВРС от периода новорожденности до 20 лет;
- впервые установлены типологические особенности изменений медленных колебаний пульсового кровенаполнения ЦНС и кардиоритма при активном обучении операторской деятельности, при измененных состояниях сознания (ИСС), на производстве в ночное время и при БОС-тренинге;
- установлена связь МК в диапазоне от 0,004 до 0,08 Гц (VLF) с уровнем потребления кислорода.

Изучены клиничко-спектральные медленноволновые синдромы МКГ, проявляющиеся в виде выраженных изменений энергетического медленноволнового гомеостаза, нарушений нейровегетативного профиля спектра и сопутствующих клинических и параклинических изменений при неврологической и соматической патологии.

На основании исследования медленных колебаний гемодинамики в клинике и на производстве и создания новой классификации МКГ, даны клиничко-спектральные признаки энергодефицитных состояний и пути их коррекции.

Выделение и описание гемодинамических неспецифических клиничко-медленноволновых синдромов дополняет знания о патогенезе неврологической и соматической патологии, создает основу для новых диагностических и лечебных технологий, оптимизирует лечебный процесс.

Прогностические свойства медленноволновых процессов, их связь с метаболическим, иммунным и нейровегетативным обеспечением организма определяют тактику лечения неврологической и соматической патологии, патологии беременности и родов и других заболеваний.

В результате выполнения работы решен комплекс теоретических, экспериментальных и прикладных задач по развитию нового научного направления в области физиологии и патофизиологии медленных колебательных процессов гемодинамики и их использования в клинике и профилактике.

При форсированном обучении операторской деятельности и аппаратурной саморегуляции наблюдаются типологические особенности реагирования МКГ, проявляющиеся в виде «мозгового», «кардиального» или смешанного типа в достижении положительного результата. Спектральные характеристики МКГ (РЭГ и кардиоритма) при поисковой активности и достижении положительного результата обучения претерпевали вначале усиление, а затем снижение корреляционных взаимоотношений между МКГ РЭГ и ВРС.

Формирование измененных состояний сознания при ночных сменах сочетается с выраженным падением энергетики медленноволновых процессов variability пульсового кровенаполнения ЦНС и кардиоритма, и зависит от уровня нейросоматического здоровья.

При нагрузочном тестировании и увеличении физической работоспособности установлена связь МК кардиоритма в диапазоне 0,004-0,08 Гц с уровнем потребления кислорода.

Неотъемлемым признаком неврологической и соматической патологии являются клиничко-спектральные медленноволновые гемодинамические неспецифические синдромы, проявляющиеся в выраженных нарушениях медленноволнового энергетического гомеостаза и нейровегетативного профиля.

Патофизиологические неспецифические процессы при сосудистой энцефалопатии и ишемическом инсульте, патологии беременности и родов, артериальной гипертензии проявляются в разнообразных динамических изменениях спектральных характеристик кардиоритма — важнейшем индикаторе эффективности лечебных мероприятий:

- депрессия МКГ в остром периоде ишемического инсульта и устойчивое сохранение этой депрессии при лечебном процессе ухудшают прогноз и сочетаются с выраженными нарушениями обменных метаболических процессов;
- различия типологии клиничко-спектральных и нелинейных синдромов МКГ при неврологической патологии, патологии беременности, артериальной гипертензии сочетаются с различными формами метаболического и нейровегетативного обеспечения, и требуют дифференцированной терапии.

Полученные при выполнении настоящей работы результаты нашли широкое практическое применение в клинической практике медицинских и научно-исследовательских учреждений пяти городов страны. В частности, в муниципальном Центре диагностики и коррекции нейровегетативных нарушений, женской консультации № 1 городской больницы № 2, онкодиспансере, роддоме № 3 г. Новокузнецка, в Центре охраны здоровья шахтеров г. Ленинск-Кузнецкого, отделе плацентарной недостаточности Института общей патологии и экологии СО РАМН г. Новосибирска, поликлинике курорта «Белокуриха» (Алтайский край) и др. Материалы исследования используются в учебном процессе кафедр Новокузнецкого ГИДУВа и самостоятельном курсе д.м.н. А.Н. Флейшмана, а также были представлены и получили диплом 1-й степени на Международной Кузбасской Ярмарке.



Внедрение результатов исследования нашло отражение в:

- создании службы спектральной экспресс-диагностики, метаболического, нейровегетативного обеспечения при патологии беременности и родов, нейросоматических нарушениях и радиационных поражениях;
- в результатах деятельности роддома № 3 г. Новокузнецка в виде снижения перинатальной смертности, объемов оперативного родоразрешения и МКГ диагностического сопровождения анестезиологических пособий при патологических родах;
- создании службы диагностики в поликлинике санатория «Белокуриха» для оценки функционального состояния пациентов, определения показаний и противопоказаний использования термальных источников.

Перспективы фундаментальных и прикладных исследований логично вытекают из предыдущих работ и касаются следующих разделов.

Фундаментальные исследования: возрастные аспекты изучения МКГ; половые различия; репродуктивные функции женщины и

МКГ; особенности метаболизма, отражающиеся на показателях МКГ, энергодифицитные синдромы; медленноволновой гомеостаз и метаболический энергодифицит; углеводно-липидный «маятник» и его отражение в системе спектральных показателей ВРС (HF/VLF); многоуровневые нейрогенные и нелинейные модели регуляции МКГ; нейроэндокриннометаболический аспект МКГ, транскраниальная электростимуляция и МКГ.

Прикладные исследования: коррекция метаболических нарушений под контролем МКГ при патологии сердечно-сосудистой системы, в онкологии, неврологии; соотношение регуляции местных и общих медленноволновых процессов в диагностике и коррекции патологии беременности и родов; прогнозирование лечебных мероприятий в наркологии и токсикологии, санаторно-курортной терапии, артериальной гипертензии.

Методические аспекты: развитие аппаратно-программных средств обеспечения фундаментальных и прикладных исследований МКГ.

Теоретические и прикладные аспекты технических устройств.

О.Л. БАРБАРАШ, С.А. БЕРНС

Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Внезапная сердечная смерть (ВС) остается одной из главных проблем современной кардиологии. Основной причиной ВС, особенно у больных перенесших инфаркт миокарда (ИМ), являются желудочковые тахикардии (ЖТ).

За последние 50 лет существенно снизился показатель госпитальной летальности при ИМ. Если в середине 20 века он приближался к 30 %, то в 60-е годы, в результате создания блоков интенсивного наблюдения и кардиологических бригад скорой помощи, летальность снизилась до 20 %. Появление тромболитической терапии ознаменовалось дальнейшим снижением летальности. Использование в ранние сроки ИМ первичной ангиопластики в конце 20 века позволило приблизить госпитальную летальность к 6-7 %. Вместе с тем, постгоспитальная летальность при перенесенном ИМ не претерпела столь заметных изменений. Безусловно, использование ИАПФ, антиагрегантов и бета-адреноблокаторов позволило изменить данный показатель, однако даже в США темпы снижения постгоспитальной летальности при ИМ низки.

В первый год после ИМ умирают еще около 20 % больных, причем более половины из них внезапно, в результате устойчивой желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков. Одним из главных путей снижения частоты ВС служит выявление пациентов с высоким риском возникновения желудочковых нарушений ритма (ЖНР). Степень риска развития ЖНР у пациентов после перенесенного ИМ, с определенной долей вероятности, может быть оценена только на основании клинических характеристик и результатов использования инструментальных методов, включающих мониторинг ЭКГ по Холтеру; нагрузочные тесты; эхо кардиографию; изотопную вентрикулографию; коронаровентрикулографию; внутрисердечное электрофизиологическое исследование (ЭФИ).

По мнению ряда авторов, наиболее значимыми предвестниками ВС у больных ИБС являются ЖНР высоких градаций по классификации В. Lown, ФВ менее 40 % и возможность индцирования ЖТ при программной стимуляции сердца. Однако первые два показателя недостаточно специфичны, и лишь косвенно свидетельствуют о наличии условий для возникнове-

ния ЖНР, а ЭФИ, вследствие сложности проведения и риска для больного, не может быть рекомендована для широкого использования. В связи с этим, является актуальным поиск новых информативных методов исследования для оценки риска развития ВС.

В период с 1994 по 2003 гг., с целью оценки риска развития ВС, нами обследовано 650 пациентов с острым инфарктом миокарда в различные сроки заболевания. Исследование включало оценку традиционных клинико-инструментальных методов (ЭКГ в состоянии покоя, нагрузочные тесты, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ) и более «тонких» методов для оценки проаритмического статуса (регистрация замедленной желудочковой активности, оценка суточной вариабельности ритма сердца, коронароангиография, показатели систолической и диастолической дисфункции миокарда). Главной задачей исследований явилась оценка чувствительности, специфичности и представляющей ценности различных методов выявления группы риска развития злокачественных нарушений ритма.

Концепция, выдвинутая в ранний период формирования интереса к проблеме ВС, согласно которой начало фатальных аритмий считалось случайным, оказалась недостаточно обоснованной.

Согласно современной модели развития угрожающих жизни аритмий, их генез рассматривается во взаимосвязи структурных и функциональных нарушений. Определяющим условием для возникновения летальных аритмий является наличие структурной патологии сердца, которая под действием различных функциональных факторов превращается в нестабильный субстрат.

Данные большинства исследований свидетельствуют о том, что наиболее частым механизмом тахикардий является механизм повторного входа импульса (re-entry). Для реализации данного механизма достаточно наличия участка поражения ткани миокарда небольшого диаметра, изменившего свои электрофизиологические свойства вследствие острой ишемии или ставшего гетерогенным в результате фиброзно-некротических изменений.

Наиболее изученным в эксперименте является моделирование механизма re-entry при ИМ, где субстратом ЖТ является зона миокарда, пограничная с некротизированными участками и образованная из переплетенных между собой островков жизнеспособного миокарда и рубцовой соединительной ткани. В таких случаях электрокардиограммы, записанные с эндокарда или эпикарда, отражали асинхронную электрическую активность изо-

лированных волокон миокарда в виде флуктуаций в конечной части желудочкового комплекса.

На обычной ЭКГ, записанной с поверхности тела, данный феномен не регистрируется. С появлением ЭКГ высокого разрешения, с помощью усреднения сигнала, стало возможным выявление так называемых поздних потенциалов желудочков (ППЖ). При этом ППЖ регистрируются с поверхности тела в виде низкоамплитудной фрагментированной активности, локализованной в конце комплекса QRS и на протяжении сегмента ST. Таким образом, зоны миокарда с замедленной желудочковой деполяризацией могут представлять собой анатомический субстрат для re-entry, а ППЖ являются маркерами этого аритмогенного субстрата.

Первые сообщения о возможности диагностического использования СУ-ЭКГ появились в конце 80-х годов. Начало 90-х годов ознаменовалось первыми отечественными сообщениями. В Кемеровском кардиологическом центре возможность оценки ППЖ появилась в 1995 году. Результаты использования данного метода для выявления группы больных повышенного риска развития злокачественных нарушений ритма позволили нам сделать следующие выводы:

1. ППЖ выявляются даже у практически здоровых лиц (5,5 %). Частота их выявления растет у пациентов с ИБС (23 %) при появлении ЖНР (55 %).
2. У больных ИМ в первые сутки заболевания и в течение всего острого периода ППЖ непостоянны, они то появляются, то исчезают, отражая динамичность процессов ишемии, некроза и отека, предопределяющих лабильность электрофизиологических свойств кардиомиоцитов. Устойчивые ППЖ появляются на 15-е сутки заболевания.
3. Диагностическая ценность ППЖ в течение первой недели ИМ низкая (чувствительность — 31 %, специфичность — 23 %), она увеличивается к 15-м суткам ИМ (40 % и 37 %, соответственно) и в период формирования постинфарктного кардиосклероза (51 % и 62 %, соответственно).
4. Прогностическая ценность ППЖ увеличивается к 40-м суткам ИМ (42 %). Однако ценность положительного результата низкая во все сроки наблюдения за пациентами ИМ. Вместе с тем, с 15-х суток отмечается очень высокая (98 %) прогностическая ценность отрицательного результата.
5. Из трех показателей СУ-ЭКГ наиболее точно определяет прогноз продолжительность фильтрованного комплекса QRS, свидетельствующая, по мнению ряда авторов, о размере очага поражения.



Данные наших исследований позволили сделать выводы и о том, что:

1. ППЖ, в лучшем случае, отражают лишь наличие задержки проведения и, тем самым, предрасположенность сердца к аритмии.
2. Некоторые постинфарктные аритмии могут быть обусловлены другими механизмами.

По-видимому, для реализации ЖНР у пациентов с наличием замедленной желудочковой активности необходимы некоторые провокационные факторы.

Считается, что изменение баланса вегетативной регуляции сердца в качестве пускового механизма может выступать ЖНР. В связи с этим, на следующем этапе наших исследований была оценена диагностическая и прогностическая значимость изменений variability ритма сердца (BPC), отражающей баланс между симпатическими и парасимпатическими влияниями на ритм сердца у пациентов ИМ.

Выяснилось, что в остром периоде ИМ наблюдается повышение тонуса симпатической нервной системы и снижение парасимпатических влияний на ритм сердца. Как известно, вагусные влияния повышают порог фибрилляции желудочков и обеспечивают «антиаритмическую защиту» (возможно, за счет снижения возбудимости кардиомиоцитов). Чувствительность и специфичность снижения показателя SDNN, косвенно отражающего уровень симпатических влияний на ритм сердца в остром периоде ИМ, находилась в пределах 55-70 %.

К сожалению, предсказуемая ценность положительного результата (ПЦПР) этой методики оказалась низкой (20 %). Поэтому в дальнейшем нами была оценена прогностическая ценность комбинации факторов — наличия ППЖ и низкой BPC (SDNN < 70 ms), а также наличия ППЖ, низкой BPC и низкой ФВ (менее 40 %). Выяснилось, что использование комбинаций различных факторов риска более эффективно для прогнозирования.

ПЦПР_{ППЖ + SDNN менее 70 ms + ФВ < 40 %} на 15-е сутки ИМ для годового прогноза составила 78 %.

Как известно, дисбалансом вегетативной нервной системы сопровождается большинство неблагоприятных психоэмоциональных реакций, что может являться одним из самостоятельных пусковых факторов аритмий у больных ИБС. Симптомы депрессии и тревоги очень распространены у пациентов с острыми и хроническими формами ИБС. Показатели психоэмоционального статуса — такие, как депрессивный синдром, личностная и реактивная тревожность, связаны с тяжестью заболевания. Так, у обследованных нами больных с инфарктом миокарда IV класса тяжести чаще выявлялся высокий уровень личностной тревожности и повышение реактивной

тревожности, уровень депрессии был достоверно выше по сравнению с больными с инфарктом миокарда I класса тяжести.

Далее выяснилось, что оценка психоэмоционального статуса повышает эффективность прогнозирования течения инфаркта миокарда. Так, наличие у больных инфарктом миокарда на 15-е сутки заболевания сочетания депрессивного синдрома, высокой личностной тревожности и ФВ левого желудочка < 40 % имеет высокую прогностическую ценность как положительного (72 %), так и отрицательного результатов (68 %). При сочетании депрессии, ППЖ, низкой ФВ и SDNN менее 70 ms прогностическая ценность положительного результата возрастает до 92 %, отрицательного — до 100 %. Кроме того, существует обратная корреляционная связь между показателями variability ритма сердца (SDNN) и уровнем личностной тревожности, определяющей степень проаритмической активности пациента с острым инфарктом миокарда.

Таким образом, метод анализа BPC в комплексе с другими методами можно достаточно эффективно применять для выявления больных с высоким риском развития угрожающих жизни аритмий. Но на сегодняшний день в оценке BPC есть две проблемы. Первая проблема — стандартизация методики. Необходимо определить, каковы должны быть условия регистрации ЭКГ, какие из индексов и способов анализа BPC являются наиболее информативными, каковы значения нормы в различных половозрастных группах.

Вторая проблема связана с оценкой чувствительности, специфичности и предсказующей ценности этого метода у больных с различной патологией в отношении ВС. Необходимо выяснить, как органические и психосоматические заболевания влияют на BPC и является ли дисбаланс вегетативной нервной системы причиной аритмий или просто сопутствует им. Также важно знать, имеет ли BPC самостоятельное прогностическое значение для оценки электрической нестабильности миокарда. Имеющиеся на сегодняшний день факты не дают возможности однозначного ответа на эти вопросы, а для их решения необходимо проведение дальнейших изысканий в этом направлении.

Развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) — единство систолических и диастолических расстройств. В течение многих лет прогноз пациентов с ХСН связывали, в основном, с показателями систолической дисфункции. Однако низкие показатели сократимости левого желудочка не всегда определяют тяжесть декомпенсации, толерантность к нагрузкам и даже прогноз больных ХСН. В настоящее время

получены серьезные доказательства того, что показатели диастолической дисфункции в большей степени, чем сократимость миокарда, коррелируют с клиническими и инструментальными маркерами декомпенсации.

Вместе с тем, если связь проаритмических показателей, определяющих прогноз у большинства больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с показателями систолической дисфункции, достаточно четко определена, то роль диастолической дисфункции в формировании электрической нестабильности миокарда остается не выясненной.

Данные проведенного нами исследования указывают на то, что пациенты с систолической дисфункцией миокарда обладают менее благоприятным проаритмическим статусом по сравнению с пациентами, характеризующимися диастолической дисфункцией. Эта закономерность проявляется не только большей частотой регистрации злокачественных нарушений ритма, но и свойственной пациентам с систолической дисфункцией гиперсимпатикотонией, а также более частой регистрацией замедленной желудочковой активности.

В настоящее время нет эффективной общепринятой тактики лечения больных ИБС с ЖНР. Вопрос об эффективности антиаритмических препаратов для предотвращения ВС у больных ИБС остается открытым. Подход к антиаритмической терапии как средству профилактики ВС за последние 10 лет претерпел радикальные изменения. Поставлена под сомнение целесообразность использования антиаритмических препаратов I-го класса (исследование CAST-1 выявило увеличение летальности в группе больных, получавших антиаритмические препараты I-го класса), однако перспективные в этом направлении антиаритмические средства II-III-го класса также не лишены недостатков. Они оказывают отрицательное влияние на гемодинамику, автоматизм и проводимость миокарда.

Кроме того, амиодарон (представитель III-го класса антиаритмических средств) в снижении частоты ЖНР эффективен в среднем в 51 % случаев, но он не уменьшает число случаев внезапной смерти и, более того, увеличива-

ет вероятность развития ЖТ типа *torsades de pointes*.

В связи с этим, сохраняется актуальным поиск средств, направленных на снижение риска ВС у такого рода пациентов.

Использование ТЛТ у пациентов в остром периоде ИМ значимо «ухудшило» аритмический статус пациентов в 1-е сутки ИМ с признаками реперфузии инфаркт-связанной артерии, однако обеспечило в дальнейшем повышение ФВ, SDNN и, соответственно, снизило количество ЖНР в постинфарктном периоде.

В крупных многоцентровых исследованиях показано, что у больных с постинфарктной дисфункцией левого желудочка, в том числе асимптомной, ИАПФ — эналаприл способен снижать частоту появления как ЖРН, так и случаев ВС. Однако механизмы данного эффекта не ясны. В связи с этим нами оценен антиаритмический эффект эналаприла у пациентов с ИМ в зависимости от наличия систолической дисфункции миокарда. Полученный в настоящей работе факт отсутствия значимого влияния в условиях относительно высоких значений ФВ на SDNN и показатели СУ-ЭКГ говорит о том, что первичным эффектом ИАПФ является гемодинамический, вторичным — антиаритмический. Учитывая, что предупреждение процессов ремоделирования желудочков является одним из главных положительных свойств ИАПФ в постинфарктном периоде, можно думать, что антиаритмическое действие препаратов этой группы, возможно, связано с предотвращением нарушений сократительной функции ЛЖ.

Таким образом, становится все более очевидным, что выделение группы больных ИБС с высоким риском развития злокачественных аритмий и мероприятия по профилактике их возникновения должны быть комплексными. Необходимо анализ как возможной природы (морфологического субстрата аритмий — замедленной желудочковой активности), так и различных пусковых факторов, инициирующих такие НР, в частности, изменений баланса симпатической и парасимпатической регуляции ритма сердца, патологической дисфункции миокарда и особенностей психофизиологического статуса.



ОГЛАВЛЕНИЕ

ЗАКОН О ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНОЙ И (ИЛИ) НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ РФ Г. НОВОКУЗНЕЦК	25
ПОЛОЖЕНИЕ О НАУЧНОМ СОВЕТЕ ПО ПРОБЛЕМАМ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА ПРИ ГУБЕРНАТОРЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	КЕМЕРОВСКИЙ ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	27
ПРИКАЗ СО РАМН "О ФИЛИАЛЕ СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАМН - КУЗБАССКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ"	МАТЕРИАЛЫ ПЕРВОЙ НАУЧНОЙ СЕССИИ КУЗБАССКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА СО РАМН ПО ПРОБЛЕМЕ "ЗДОРОВЬЕ И СОХРАНЕНИЕ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА"	
Л.С. Барбараш, Г.В. Артамонова ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КУЗБАССА	А.А. Михайлуц, С.В. Куркатов ПРОБЛЕМА РИСКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ПРОИЗВОДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИНДУСТРИАЛЬНЫХ ГОРОДАХ СИБИРИ	28
ВЕДУЩИЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В КУЗБАССЕ	В.В. Разумов О КАРДИНАЛЬНОМ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ РАСХОЖДЕНИИ МЕЖДУ ПРОФПАТОЛОГИЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНОЙ	31
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ ГИГИЕНЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СО РАМН	Л.В. Сытин РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ТРУДОВОМ ПОТЕНЦИАЛЕ КУЗБАССА	34
ФИЛИАЛ ГУ НИИ ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ РАМН В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ	Ю.А. Григорьев МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КУЗБАССЕ НА ФОНЕ ОБЩЕСИБИРСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ	39
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ – НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ С КЛИНИКОЙ СО РАМН	И.Ф. Копылова, М.Т. Чернов, С.В. Смердин, Н.Н. Старченкова СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ТУБЕРКУЛЕЗА	41
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НОВОКУЗНЕЦКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	А.А. Лопатин, Н.П. Кокорина, Ю.Ю. Кирина ПСИХИЧЕСКИЕ И НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗА 20 ЛЕТ	43
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ МЗ РФ	Г.А. Ушакова РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	48
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ»	Г.Н. Царик ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	49



Л.С. Барбараш, Г.В. Артамонова,
С.А. Макаров, Н.П. Гоман
РЕСУРСОБЕРЕГАЮЩИЕ
ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОЛОГИИ 53

Г.И. Чеченин, Н.М. Жилина,
Т.В. Сапрыкина, Т.Г. Нетяга,
Н.А. Козлова, Т.В. Якимова
ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ
ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ
АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ
ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО
МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ И СРЕДЫ
ОБИТАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТА
ПРИНЯТИЯ НАУЧНО
ОБОСНОВАННЫХ РЕШЕНИЙ 56

АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ю.А. Чурляев
О МЕХАНИЗМАХ ВТОРИЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ
ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 59

А.Н. Флейшман
МЕДЛЕННЫЕ КОЛЕБАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ
ГЕМОДИНАМИКИ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ И ПРИКЛАДНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ 61

О.Л. Барбараш, С.А. Бернс
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ФОРМАМИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 63

