



Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
Т.С. Ахметгалиева
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Отпечатано:

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

Тираж: 1500 экз.

Журнал распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. -
зам. главного редактора, Луцик А.А. - зам. главного редактора, Ми-
хайлуц 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), Га-
леев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горба-
товский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гу-
кина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Заха-
ренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк),
Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово),
Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово),
Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Но-
вицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Ры-
ков В.А. (Новокузнецк), Селедцов А.М. (Кемерово), Сы-
тин Л.В. (Новокузнецк), Усов С.А. (Кемерово), Устьянце-
ва И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово),
Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово),
Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк),
Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

ОГЛАВЛЕНИЕ:

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Виноградов А.З., Андриевский Б.П.

АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ
В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ3

Грачева Т.Ю.

ПОТРЕБНОСТЬ В ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЯХ У РАБОТНИКОВ
ВЕДОМСТВЕННЫХ ЛПУ И ВОЗМОЖНОСТИ
ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ5

Дружинина Т.В., Егорова Л.А., Барсукова Ю.И.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
КОМПЕТЕНТНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ
СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ8

Богомолова Н.Д.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ11

Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Карпова И.П.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕОРИИ
КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ13

Барбараш Л.С., Артамонова Г.В.,

Гоман Н.П., Макаров С.А.
ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ15

Петров Г.П., Филиппук Д.Б.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ПРОБЛЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ
АПТЕЧНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ17

Темерханова Л.И., Старинчикова Л.И., Поткина Т.Н.,

Лончакова И.Ю., Мамонтов О.К.
РАБОТА ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ
В СВЕТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ19

Соколовский В.С.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ
РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ В УСЛОВИЯХ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ22

Тутельян В.А., Позняковский В.М., Парамонова Е.С.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ПИТАНИЯ:
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРОДУКТОВ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ,
В ТОМ ЧИСЛЕ БАД, В ПИТАНИИ
СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА25

Рынза О.П.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ
СТЕРЕОТИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА29

Шибанова Н.Ю., Громов К.Г.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕРЕОТИПОВ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ШАХТЕРОВ КУЗБАССА32

Курилов К.С., Позняковский В.М., Минаков Е.С.

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ
НА ПРИМЕРЕ КУЗБАССА34

Дроздова О.М., Бажайкина О.С, Спядлов А.М.

ЭВОЛЮЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В39

Куркина Л.В.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А
СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОГО РАЙОНА41

Маслов А.К., Рощин О.Н.,

Медведева Н.В., Маслова Г.А.
ВОДНЫЙ ФАКТОР В РАСПРОСТРАНЕНИИ
ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ
И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕГО АРГУМЕНТАЦИИ
КРАТКОСРОЧНЫМ ПРОГНОЗОМ43

Давыдова Н.Н.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ
ВНУТРИСМЕННЫХ РЕЖИМОВ ТРУДА
НА УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ КУЗБАССА45

Медведева Н.Л., Громов К.Г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ
ГОРОДА КЕМЕРОВО47

Копылова И.Ф., Лукашева Е.Н.,

Щавелькина И.И., Пискунова Н.Н.
ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
ПОДРОСТКОВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ48

Помыткина Т.Е., Козляткина Ю.Н., Масенко Я.Л.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ
ТРУДОСПОСОБНОСТИ НА КОАО «АЗОТ»50

Тусюк А.Ю., Евгенова О.В.,

Шибайкина А.Б., Яровикова Г.А.
ШКОЛА МАТЕРИ – ФОРМИРОВАНИЕ
ЗДОРОВЬЯ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА52

Темерханова Л.И., Малин М.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
МЕТОДОВ ПО ЕГО СОХРАНЕНИЮ54

Виноградов А.З., Андриевский Б.П.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Как и в любой другой социальной системе, здравоохранению, различным его подразделениям и службам, присущи единые процессы управления.

На кафедре социальной медицины, экономики и управления здравоохранением НГИУВ в течение ряда лет разрабатывается и внедряется в учебный процесс методология системного исследования различных объектов здравоохранения [1]. В качестве примеров используются как имитационные, так и реальные ситуации из практики здравоохранения. Например, «ликвидация аварии на доменном производстве НКМК», «локализация вспышки особо опасной инфекции», «работа амбулаторно-поликлинического учреждения в условиях резкого дефицита врачебных кадров» и т.п. Однако анализ разбора ситуаций показывает чрезвычайное разнообразие процедур при выработке и принятии решений, что снижает эффективность деятельности всей системы здравоохранения.

Цель исследования — разработать и реализовать алгоритм принятия решений, который мог бы использоваться как универсальный в практике здравоохранения при возникновении различных реальных ситуаций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование операций — комплексная научная дисциплина, предусматривающая выполнение следующих этапов: 1) постановка задачи, 2) моделирование изучаемой системы, 3) нахождение оптимального решения с помощью модели, 4) принятие решения.

На первом этапе — постановка задачи — составляется содержательное описание характеристик процессов деятельности [2] городских учреждений здравоохранения. Результаты анализа оформлялись в виде текстового и графического материала по методике Н.Р. Семач [3]. В итоге были составлены 164 оперограммы по каждому перечню лиц в различные периоды работы, включая экстремальные ситуации и относительно спокойные отрезки времени.

Для изучения трудоемкости работы персонала методом хронометражных наблюдений [4] учитывались затраты времени по выделенным нами операциям. Было оформлено 685 хронокарт. При анализе этого материала были вскрыты свойственные и несвойственные функции каждой изучаемой должности по обработке документированной информации.

На втором этапе — моделирование системы — осуществлялся синтез проведенных ранее исследований. Используя методику А.А. Воронова [5], мы наметили пути устранения недостатков существующей организационной структуры в системе здравоохранения и выработали конкретные рекомендации по совершенствованию ее функционирования.

Нахождение оптимального решения с помощью модели — третий этап «исследования операций». В нашей работе основной упор сделан на моделирование информационных основ управления. Этого оказалось достаточно, чтобы применить матричные графики и модели, которые могут быть использованы при анализе значимости факторов, имеющих отношение к тому или иному процессу деятельности учреждений. Например, в подлежащем мы располагали виды применяемых решений, а в сказуемом — виды информации, используемые на различных уровнях системы управления, в полях матрицы — степень отношения данного вида информации к принятию того или иного решения. С матричными моделями непосредственно связаны сетевые графики процессов управления. Они применяются для координации, взаимного увязывания ряда работ, выполняемых одновременно. Особенно обнадеживающий эффект сетевые графики дают при выполнении функций планирования. Отличительной чертой сетевого планирования является определение ответственности на уровне непосредственного исполнителя работ. Введение нового понятия — ответственный исполнитель — делает систему более гибкой и строгой по сравнению с традиционной системой планирования.

Выбор вариантов решения проводился при «проигрывании» моделей, путем выделения необходимого и достаточного объема и распределения информации для оптимального управления на соответствующие уровни.

Завершающий этап — принятие решений, т.е. получение результата решения, выводов и рекомендаций. Этому этапу предшествовала экспериментальная проверка модели на практике, а также корректировка ее с учетом новых требований развития науки или изменением оборудования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рассмотрим логику нашего исследования. В процессе выработки и реализации решений должны быть отражены определенные действия и их последовательность. Необходимость в принятии того или иного решения обуславливается внешним или внутренним воздействием, вызывающим отклонение от заданного режима работы системы, т.е. возникновением ситуации.

Процесс подготовки решения начинается с осмысления задачи и уточнения цели. Это, по существу, этап формирования замысла, выработки общей стратегии решения с учетом предварительной оценки обстановки и перспектив ее развития. Цель же решения может быть продиктована вышестоящим органом в соответствии с ситуацией, которая сложилась в данное время. При формировании цели необходимо оп-

разделить, какие конкретные задачи встают перед подразделениями, его подсистемами, а также перед отдельными работниками. Возникает своеобразное «дерево» целей. Это сложная работа, требующая наличия у руководителя особых знаний, умения широко мыслить, обобщать явления, использовать знания и опыт специалистов всего коллектива.

Определение цели должно основываться на объективной оценке возможностей, учете экономических факторов, технической целесообразности, социальной значимости результатов. Выработка цели — процесс многосторонний и многоступенчатый, поэтому, как правило, вначале она должна проводиться самим руководителем с привлечением минимального количества работников и только по мере формирования концепции круг привлеченных к этой работе может расширяться. При этом необходимо одновременно с формулировкой цели определить и состав критериев, используемых при выборе решения.

После определения цели предстоящего решения, оценки обстановки и прогнозирования результата необходимо определить, какие работники должны быть привлечены к его подготовке. От этого зависит успех подготовительного этапа.

Для выработки и реализации решения особое значение имеет сбор необходимой информации. Прежде всего, следует выяснить, какие директивы вышестоящих организаций имеются по изучаемому вопросу, нужно также исследовать правовую сторону всех аспектов решения, которое может быть принято только при условии, если оно основано на законодательных актах, директивах вышестоящих органов, и если это решение не противоречит им.

Первостепенное значение имеет информация о современных достижениях науки и техники, передовом опыте. Информация в этой области, охватывающая как собственное учреждение, так и аналогичные учреждения, позволит объективно оценить обстановку, извлечь полезные сведения, знать, какой ценой достигнут тот или иной результат, какие трудности встречались при проведении в жизнь подобных решений. Это направит поиск в нужном направлении, ограничит круг возможных вариантов решений, сэкономит время и средства.

Руководителю также необходима разносторонняя внутренняя информация о состоянии и результатах деятельности системы здравоохранения и ее структурных подразделений. На основании этой информации можно определить слабые места в управлении.

В процессе подготовки решения следует широко использовать и советы консультантов, хорошо знающих тот или иной вопрос. При этом желательно выслушать как сторонников, так и противников осуществления цели, которая поставлена перед коллективом. Всесторонняя подготовка информации дает возможность накопить позитивные и негативные данные, которые можно использовать как при выработке, так и при реализации решения.

Затем уточняется прогноз-результат и, на основании полученных данных, вырабатываются рекомендации по решению задачи. Далее следует этап

разработки вариантов решения и выбор окончательного варианта. В процессе выработки решения главная задача состоит в рассмотрении и оценке различных вариантов достижения поставленной цели. Необходимо разработать несколько вариантов проекта решения и объективно оценить их преимущества и недостатки. Здесь главная задача руководителя состоит в определении возможного состава вариантов и формулировке конкретных заданий.

После оценки отдельных вариантов решения, на основе ранее выработанных критериев и предварительного отбора наиболее приемлемых вариантов, обычно организуется их рассмотрение на различных уровнях системы управления здравоохранением в масштабе города или региона. Только с учетом замечаний и предложений, полученных в процессе этого обсуждения, руководитель выбирает наиболее эффективный вариант и утверждает его.

После этого необходимо четко поставить перед каждым участником процесса реализации решения конкретные задачи, зафиксировать их и приступить к организации выполнения решения. В процессе реализации необходимо определить те новые отношения и связи, которые должны возникнуть в коллективе (организационные, социальные, экономические и др.).

Этап реализации решения обычно начинается с разъяснения в коллективе смысла и значения принятого решения, его возможных результатов. Пропаганда принятого решения должна быть тем шире и действеннее, чем больший круг лиц будет участвовать в претворении его в жизнь.

На этой стадии большое значение приобретает контроль выполнения принятых решений (или организация обратной связи). Контроль и проверка исполнения являются одним из важных факторов, укрепляющих дисциплину и обеспечивающих реализацию заданной программы. Для осуществления контроля необходима оперативная информация о ходе исполнения решения, так как иногда возникает необходимость в срочном принятии дополнительных решений.

Изложенная схема технологии подготовки и принятия решений может быть использована во всех случаях, но, учитывая, что все это невозможно удерживать в голове, необходимо широко пользоваться моделированием, в частности, сетевой моделью. Описывая взаимосвязанные операции и их конкретные промежуточные цели (результаты), сетевая модель позволяет всесторонне рассмотреть тот или иной вариант решения, прогнозировать достижение промежуточных и конечных результатов. Сетевая модель дает возможность наиболее глубоко проанализировать значение и место каждой отдельной операции в общем комплексе процедур, направленных на достижение цели, изменять последовательность проведения операций, определять ответственность по иерархическим ступеням управления системой здравоохранения. Считаем целесообразным напомнить, что существуют пять неперенных условий, которые необходимо учитывать при разработке алгоритма принятия решений в практике здравоохранения.

Цель. Это желаемое состояние системы или результат ее деятельности. На верхних уровнях цели носят общий характер, наиболее полно отображаемые в качественных и количественных показателях. Эти глобальные цели разветвляются в совокупность соподчиненных подцелей, при этом они конкретизируются, и все более детализируются. Распределение целей по уровням в соответствии с общностью и значимостью позволяет представить их в виде, так называемого, «дерева». Следовательно, целенаправленность — определяющий принцип системного подхода.

Пути ее достижения. В системном подходе необходимо иметь в виду, что одни и те же цели могут быть достигнуты путем использования нескольких средств и методов. При проведении системного исследования важно установить наиболее полный набор возможных путей достижения поставленных целей. Отсюда вытекает следующий принцип, заключающийся в поиске нескольких вариантов решения возникших проблем. Руководитель должен понимать, что достигнуть общих целей организации можно только в том случае, если рассматривать ее как единую систему. причем некоторым элементам придется уделять наибольшее внимание.

Ресурсы и их распределение. Для осуществления того или иного выбранного способа достижения поставленной цели необходимы определенные ресурсы. Одним из основных условий определения ресурсов и их распределения является ограниченность их, что вызывает необходимость определения приоритетности выделения и использования ресурсов. Кроме того, нужно учитывать дополнительные ограничения на особо дефицитные виды ресурсов. Если исследование показывает, что потребности в ресурсах удовлетворить невозможно, то приходится пересматривать цели и стратегию до тех пор, пока не будет достигнута их обеспеченность ресурсами. Пересмотр целей и стратегий возможен и в случае, если обнаружится недоиспользование одного или нескольких видов ресурсов.

Модель. Это некоторое подобие, аналог действительности, который может быть построен и исследован с помощью различных средств, начиная от словесного описания и кончая имитацией на ЭВМ. Модели создаются для изучения реальных систем и управления ими. Системный подход строится на

единой комплексной модели или на основе комплекса самостоятельных моделей, к которым относятся окружающая среда, операция, ресурсы потребления и др. Такой комплекс моделей характеризует решаемую проблему со всех сторон и позволяет организовать многоэтапный процесс ее постепенного осознания и формулирования в виде, доступном для решения. Критерий эффективности. Это условие, по которому выделяется наиболее предпочтительный из различных вариантов, способов достижения поставленной цели при их сопоставимости. Критерий должен отвечать следующим основным требованиям: учитывать все главные стороны деятельности системы; при сравнительно малых изменениях в параметрах системы меняться в ощутимых пределах. В системном подходе оптимальным решением считается такое, которое обеспечивает выполнение поставленной цели при минимуме затрат ресурсов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, системный подход к изучению деятельности здравоохранения в целом представляет собой совокупность методологических принципов и теоретических положений, позволяющих рассматривать каждый элемент системы в его связи и взаимодействии с другими элементами, проследить изменения, происходящие в системе в результате изменения отдельных ее звеньев, изучать специфические системные качества, делать обоснованные выводы относительно закономерностей развития системы, определять оптимальный режим ее функционирования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Куршин, М.А. Комплексный подход к обучению врачей педиатрической службы /Куршин М.А., Андриевский Б.П., Ветков В.И. //Актуальные проблемы подготовки руководящих кадров здравоохранения: Сб. науч. тр. — Л., 1983. — С. 143-145.
2. Калью, П.И. Современные проблемы управления здравоохранением /Калью П.И. — М., 1975. — 248 с.
3. Симач, Г. Изучение организации труда в учреждении: Пер. с англ. /Симач Г. — М., 1974. — 96 с.
4. Кант, В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения /Кант В.И. — М., 1978. — 136 с.
5. Воронов, А.А. Исследование операций и управление /Воронов А.А. — М., 1970. — 128 с.

Грачева Т.Ю.

НУЗ Отделенческая больница на ст. Кемерово

ПОТРЕБНОСТЬ В ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ У РАБОТНИКОВ ВЕДОМСТВЕННЫХ ЛПУ И ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

Информатизация амбулаторно-поликлинических учреждений в настоящее время развивается активно, особенно после реализации

закона о льготном лекарственном обеспечении. Это предполагает наличие подготовленных кадров здравоохранения, причем не только врачей, но и сред-

них медицинских работников, а также немедицинского персонала. Требования, предъявляемые к профессиональной деятельности медицинских работников, все в большей степени затрагивают различные аспекты информатики и предполагают использование в работе современных информационных технологий. В целом, исследованию социально-гигиенических аспектов интеллектуальной деятельности медицинского персонала, главным образом врачебных кадров, посвящено значительное число работ (В.А. Жуков, 1985; В.А. Катаева, 1989; Т.В. Резцова, 1989; Л.И. Кром, 1993; Е.И. Русанова, 1993; А.М. Лакшин с соавт., 1994; В.А. Корзунин, 1994; М.М. Кузьменко, 1996; Н.В. Кудрявая с соавт., 1998; К.С. Calman et al., 1989). Однако в литературе недостаточно полно освещены аспекты профессиональной деятельности с применением медицинскими работниками информационных технологий.

Цель работы — изучить потребность в информационных технологиях работников ведомственных (железнодорожных) ЛПУ до и после внедрения технологий, а также возможности получения новой качественной информации работниками, в том числе со специализированных сайтов интернета по доказательной медицине.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами была поставлена задача выявления потребностей в информационных знаниях и информационных технологиях медицинского персонала учреждений здравоохранения. Исследование проводилось по субъективным оценкам при анкетировании. В анкетном опросе принимали участие медицинские работники лечебно-профилактических учреждений отраслевой системы здравоохранения на железнодорожном транспорте. Опрос проводился по методике Т.В. Андреевой (2001). В опросе приняли участие 271 человек из железнодорожных ЛПУ (Кемерово, Топки, Промышленная, Белово), в учреждениях которых с 1998 года имеется сетевое информационное обеспечение.

Были опрошены руководители учреждений здравоохранения разных уровней (11,6 %), врачи (37,7 %), медицинские сестры (33,3 %) и немедицинский персонал (17,3 %). По возрасту преобладали группы до 39 лет (43,2 %), 40-49 лет (39,1 %) и 50 лет и старше (12,7 %). Стаж работы в медицинских специальностях составил 5-10 лет (19,2 %), 11-15 лет (23,1 %), более 20 лет (19,5 %). Таким образом, свое мнение о значении информационных знаний и информационных технологиях высказали лица, преимущественно находящиеся в активном трудоспособном возрасте и имеющие большой профессиональный стаж, то есть самый продуктивный и эффективный с точки зрения интересов отрасли пласт кадрового потенциала.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке потребности в информационных знаниях мы ориентировали анкетлируемых на при-

менение информационных технологий (ИТ) в профессии. В целом только 5,7 % респондентов отметили, что для профессии (или их должности) нет необходимости привлекать средства компьютеризации. Это, главным образом, медицинские сестры (11,5 %) и 3,8 % врачей. Среди руководителей и немедицинского персонала таковых не было. По степени потребности предлагались градации от уровня ввода данных (48,8 %), врачи и руководители, что в равных степенях есть заинтересованность в получении статистических обобщений и предполагается участие в анализе информации, соответственно, по 44,4 % и по 50 %. В целом, более 60 % медицинских работников уверены в том, что профессиональная деятельность не ограничивается рутинным подходом к информации. Все без исключения группы респондентов подчеркнули, что при работе на компьютере следует вникать в профессиональные вопросы (от 72 % и выше по группам). Примечательно, что даже средний персонал, определивший потребности своей профессии вводом данных, не ориентирован на механическую работу. Таким образом, человеко-машинное взаимодействие происходит на интеллектуальном уровне, и мы вправе говорить о технологическом процессе, если в работе используется ПЭВМ.

Блок вопросов «Потребность в справочной информации» выяснял, имеется ли такая потребность и ее характер. Всего 4 человека (1,4 %) ответили, что потребности в справочной информации не испытывают (1-25 % руководитель (!) и 3-75 % немедицинский персонал). Из оставшихся лиц реже 1 раза в месяц испытывают такую потребность 10,3 %, примерно 1 раз в месяц — 43,9 %, 1 раз в неделю — 24,6 %, чаще 1 раза в неделю — 18,8 %. Из последних примерно половина отметила практически ежедневную необходимость в справочном материале. На вопрос «какого рода информация Вас интересует (можно было выбрать более 1 ответа)» получено:

- медицинская информация — 79,7 %,
- нормативные документы (законы, постановления и др.) — 48 %,
- справочники (льгот, медикаментов и др.) — 65 %,
- приказы МЗиСР — 72 %,
- ведомственные приказы и распоряжения — 50,7 %,
- юридическая информация — 91 %,
- информация экономического характера — 82,3 %,
- расписание работы, кадровые ресурсы — 71 %.

Таким образом, имеется значительная потребность в справочном материале, которую трудно удовлетворить старыми бумажными методами, без использования сетевых компьютеров, в основном это юридическая, экономическая и специальная медицинская информация.

Вопрос «насколько в настоящее время удовлетворена Ваша потребность в информации?» респонденты (работающие последние 7 лет в учреждениях с использованием сетевых компьютерных программ)

ответили: «удовлетворены полностью» — 27 человек (9,9 %), «более 50 %» — 37,6 %, «менее 50 %» — 34,8 %, «не удовлетворены» — 17,7 %. Это свидетельствует о недостаточном, по мнению пользователей, или неполноценном справочном материале, имеющемся в программе, либо о возрастающей потребности в процессе работы с таким материалом.

Мы попытались оценить, основываясь на мнении самих респондентов, возможность удовлетворения потребности в информации. Основной на сегодняшний день вопрос — компьютерная грамотность. В исследовании Андреевой Т.В. (2001) не умеют работать на компьютере почти половина опрошенных врачей и медицинских сестер и треть руководителей, но лишь единицы думают, что им не пригодится и в будущем, основная же часть уверена, что «рано или поздно придется учиться» (36,4-45,7 %). В нашем исследовании 2005 года используют в работе компьютер 88,4 % опрошенных, имеют дома компьютер 67,5 % опрошенных, работают на нем дома 50,7 %. Имеют домашний электронный адрес 13 % — 35 человек.

На вопрос «Использование компьютера в процессе работы», включавший такие возможные виды ответов, среди которых можно было выбрать более одного, получены данные:

- ввод информации — 87,5 % руководителей, 57,6 % врачей, 78,3 % медсестер, 100 % немедицинский персонал;
- получение информации — 87,5 % руководителей, 46,1 % врачей, 73,9 % медсестер, 16,7 % немедицинский персонал;
- обработка информации — 87,5 % руководителей, 42,3 % врачей, 65,2 % медсестер, 16,7 % немедицинский персонал;
- анализ информации — 100 % руководителей, 61,5 % врачей, 47,8 % медсестер, 25 % немедицинский персонал;
- прогнозирование на основе информации — 75 % руководителей, 11,5 % врачей, 17,4 % медсестер, 25 % немедицинский персонал.

Лишь 2,7 % опрошенных проявили безразличие к вопросу о формах приобретения требуемых компьютерных знаний и, что особенно удивляет, врачи чаще, чем медицинские сестры (7,2 % против 2,2 %). Подавляющая часть по всем группам считает, что преподавание должно быть обязательным (93,7 %), меньшая часть опрошенных — за факультативную форму.

Хотя степень заинтересованности в овладении компьютерным делом и информационными технологиями различна, никто из респондентов не отнесся к этому пренебрежительно, считая, что речь идет «о нажатии кнопок». Врачам и среднему медицинскому персоналу главное видится в понимании логики при использовании ПЭВМ (около 70 % ответов), руководителям — в понимании сути и профессионального содержания информации. Следует подчеркнуть, что в подходе к информатизации мнения респондентов при группировке по данному учетному признаку статистически значимо не различались.

Интересны и во многом поучительны ответы на вопрос об оценке каждой группой респондентов потребности владения ПЭВМ в других группах. Средний медицинский персонал был наиболее требователен сам к себе, поскольку в 78 % отметил, что степень владения должна быть у всех одинакова (то есть присутствовать, быть достаточной и т.д.). Руководители были чуть сдержаннее, считая так в 60,5 % случаев. Врачи же явно дистанцировались от среднего звена (56 %), однако компенсировались в ответе «в зависимости от рода профессиональной деятельности» (87,2 % против 64 % у руководителей и 38 % у медицинских сестер).

По блоку вопросов «Доказательная медицина и работа на медицинских сайтах в интернете» нами получены следующие данные. Знают, что такое «доказательная медицина», 40,6 % опрошенных, в том числе 87,5 % руководителей, 69,2 % врачей, 13 % медицинских сестер и никто из немедицинского персонала. Значительно меньше количество лиц, использующих принципы доказательной медицины в процессе поиска медицинской информации: 50 % руководителей, 48,9 % врачей, 3 % медицинских сестер. Из всех опрошенных только 3 человека (1,1 %) имеют навыки, достаточные для работы на англоязычных медицинских сайтах, и работают с ними. Интересен анализ причин отрицательных ответов (36,5 % от опрошенных) на вопрос «Имеется ли у Вас потребность в изучении принципов доказательной медицины»: у 3 лиц нет, так как имеются навыки работы, 45 человек — немедицинский персонал, 51 человек — врачи и медицинские сестры по специальности со стажем работы более 20 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценивая результаты проведенного исследования, можно сделать следующие выводы. Вне зависимости от должностного уровня, медицинский персонал высоко оценивает роль информационных знаний и технологий в работе медицинских специалистов вообще и в частности. Группа руководителей наиболее адекватно реагирует на применение современных информационных технологий и четко нацелена на аналитическую работу в условиях компьютеризации, предъявляет сбалансированные требования к участию в процессе информатизации всех групп специалистов и, по сравнению с другими, максимально владеет и применяет в работе необходимые технологии. Наличие компьютеров дома, пожалуй, в большей степени отражает уровень благосостояния опрошенных.

Наиболее инертны и скептически врачи (в относительном выражении). Проникновение в свою профессиональную деятельность компьютеров они оценивают сдержаннее, хотя не преуменьшают роль самой проблемы в здравоохранении и видят участие среднего звена. Сами же медицинские сестры весьма мотивированы по отношению к участию в информационном процессе и, даже занимаясь рутинным вводом информации, не считают эту работу механической, видят свои возможности и предполагают равный дос-

туп к благу цивилизации — компьютерам, нацелены на логическое мышление при общении с ПЭВМ.

В педагогической деятельности, несомненно, следует учитывать установленную специфику основных должностных уровней медицинского персонала, их психологический настрой и ориентиры. Следует ис-

кать пути преодоления явно имеющегося противоречия между достаточно невысоким уровнем компьютерной грамотности специалистов, с одной стороны, и быстро возрастающей потребностью отрасли здравоохранения в кадрах, владеющих современными технологиями, с другой.

Дружинина Т.В., Егорова Л.А., Барсукова Ю.И.

*Департамент охраны здоровья населения КО,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский областной медицинский колледж,
г. Кемерово*

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ

В условиях реформы здравоохранения и профессионального образования все большее значение приобретают вопросы подготовки руководящих кадров, не только обладающих профессиональными медицинскими знаниями, но и компетентных в вопросах управления.

В настоящее время в России осуществляется переход системы здравоохранения от централизованной к децентрализованной модели, от бюджетной к бюджетно-страховой медицине, переориентация на более широкое оказание первичной медико-санитарной помощи.

Реформа высшего медицинского образования предусматривает открытие новых для России направлений подготовки медицинских кадров, таких как семейные врачи и специалисты в области менеджмента в здравоохранении, а также открытие факультетов высшего сестринского образования. На этих факультетах, уже имеющихся в ряде вузов России, началась подготовка сестер-преподавателей медицинских училищ и менеджеров. Идея подготовки специалистов в области менеджмента в здравоохранении получает все большее признание среди медицинской общественности. Менеджмент в здравоохранении России должен стать профессиональной дисциплиной со своей теорией и практикой, что является залогом осуществления реформы здравоохранения.

В системе здравоохранения четко обозначился тип медицинского работника-менеджера, т.е. руководителя, профессионально занимающегося вопросами организации работы, как всей системы здравоохранения, так и отдельных коллективов.

Профессиональный подход к подготовке медсестер-менеджеров чрезвычайно важен, особенно в настоящий момент, в условиях нестабильности, при отсутствии взаимодействия между коммерческими и государственными структурами в системе здравоохранения.

Исходя из анализа научной литературы по проблеме, эффективность деятельности руководителя сестринских служб зависит от уровня его профессионализма, который рассматривается как качественная

характеристика субъекта деятельности — представителя данной профессии, которая определяется мерой овладения им современным содержанием и средствами решения профессиональных задач, продуктивными способами ее осуществления, характеризуется общими признаками:

- владение специальными знаниями о целях, содержании, объекте и средствах труда;
- владение специальными умениями на подготовительном, исполнительском, итоговом этапах деятельности;
- формирование специальных свойств личности и характера, позволяющих осуществлять процесс деятельности и получать искомые результаты.

В связи с этим, необходимость изучения особенностей профессиональной деятельности и личности руководителей учреждений здравоохранения различных уровней управления, а так же факторов, способствующих развитию их профессионализма, становится наиболее важной и актуальной проблемой, что и определило цель и задачи нашего исследования.

Цель исследования — изучить социально-психологические особенности, потенциальные возможности личности руководителей сестринского персонала для совершенствования подбора и подготовки руководителей сестринских служб.

Задачи — изучить психологические характеристики личности руководителя сестринского персонала; изучить факторы, влияющие на формирование профессионально значимых качеств руководителя сестринского персонала; разработать рекомендации по совершенствованию подбора и подготовке руководителей сестринских служб.

В работе использованы методы исследования: социологические (анкетирование, тестирование, интервьюирование), статистический (непараметрическая статистика), моделирования (создание модели руководителя сестринских служб — управленца, менеджера).

Объект исследования — специалисты сестринского дела, имеющие различные уровни профессио-

нального образования (базовый уровень среднего профессионального образования, повышенный уровень среднего профессионального образования, высшее (неоконченное) сестринское образование), занимающие должности руководителей сестринских служб.

Предмет исследования — социально-психологическая компетентность руководителей сестринских служб.

Научная новизна и значимость работы состоит в том, что впервые в Кемеровской области на значительном фактическом материале исследован психологический статус руководителя сестринского персонала и внесены предложения в программы подготовки организаторов сестринских служб, что позволило оптимизировать организацию труда сестринского персонала и разработать рекомендации по подбору и подготовке руководителей — организаторов сестринских служб.

Полученные результаты используются в учебном процессе Кемеровского областного медицинского колледжа (дополнены программы последиplomной подготовки медицинских сестер-организаторов, введена факультативно дисциплина «Управление персоналом»). Материалы исследования легли в основу методических рекомендаций «Совершенствование подбора и подготовки руководителей сестринских служб».

Исследуя политические, социальные, экономические, психологические силы, действующие в стране, изучая влияние этих сил на тех, кто занимает управленческие посты, можно отметить изменяющееся содержание работы руководителя, выявить те способности и умения, которые потребуются от менеджера в будущем.

В настоящее время выделяют основные группы должностных функций руководителя сестринского персонала: лечебная, управленческо-распределительная, организационно-методическая, информационно-статистическая, экспертно-аналитическая, профилактическая, финансово-экономическая.

В исследовании приняли участие специалисты сестринского дела, имеющие базовый уровень профессионального сестринского образования, повышенный уровень профессионального сестринского образования, неоконченное профессиональное высшее образование, занимающие руководящие посты (главные сестры, старшие сестры), а также «дублиры» главных и старших сестер, практикующие медицинские сестры.

На 01.01.2004 года численность сестринского персонала в Кемеровской области составляла 27532 человек. Структура сестринского персонала по возрасту достаточно сложна и представлена возрастными группами равномерно: до 25 лет — 10 %, 25-29 лет — 13,7 %, 30-34 года — 11,2 %, 35-39 лет — 9,4 %, 40-44 года — 14 %, 45-49 лет — 16,4 %, 50-54 года — 14,2 %, 55-60 лет — 4,4 %, старше 60 лет — 5,9 %. Таким образом, через 5 лет 20 % персонала будут иметь пенсионный возраст.

Тенденции кадровой обеспеченности в последние годы сохраняют прежнюю динамику: прирост

врачей составляет 6,7 %, сестринского персонала — 1,2 %. По Кемеровской области отток специалистов сестринского дела за 2001 год составил 532 чел. (2,1 %), за 2002 год — 1767 чел. (6,4 %), за 2003 год — 2160 чел. (7,8 %). Основными причинами оттока являются пенсионный возраст кадров, низкая заработная плата, высокий коэффициент загрузки сестринского персонала. Самые высокие показатели оттока у специалистов, отработавших в отрасли более 10 лет и имеющих стаж 1-2 года. Если рассматривать отток по специальностям, то самые высокие показатели оттока среди специалистов лечебного дела (6,6 %), сестринского дела (7,4 %) (палатные, участковые медицинские сестры). В России соотношение врач/ медицинская сестра равен 1/2,28; в Кемеровской области — 1/2,6. Причем, самый низкий показатель наблюдается в крупных городах области (1/2), самый высокий — в малых городах (1/3,2).

Специалисты сестринского дела составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения. Обеспеченность населения Кемеровской области специалистами сестринского дела составляет 72,0 на 10000 населения. Укомплектованность лечебно-профилактических учреждений региона сестринскими кадрами составляет 73,9 % от штатного расписания.

Установлено, что наиболее многочисленной группой специалистов сестринского дела являются медицинские сестры стационаров (58,7 %), второй по численности — медицинские сестры поликлиник, амбулаторий и диспансеров (14,7 %), третьей — фельдшеры (12,5 %); акушерки составили 3,9 %.

Сегодня в должности главных медсестер трудятся 161 человек. Интересна качественная характеристика организаторов сестринского дела. На должностях главных сестер специалисты, имеющие базовую специальность «Сестринское дело», составили 61,2 %, «Лечебное дело» — 26,7 %, «Акушерское дело» — 11,2 %, «Стоматология ортопедическая» — 0,6 %. Среди организаторов высшую категорию имеют 76,8 % специалистов, первую — 14,3 %, в 9,9 % случаев сведений нет. Средний стаж организаторов составил 28,7 лет, 50,9 % имеют стаж более 31 года. Повышенный уровень образования имеют 64 чел. (39,8 %).

В результате научных исследований были сформулированы качества лидера — на основе интеллектуальных способностей (ум и логика, рассудительность, проницательность, оригинальность, концептуальность, образованность, знание дела, ораторские качества, любопытство, познавательность, интуиция), черт характера (инициативность, гибкость, бдительность, созидательность и творчество, честность, целостность личности, смелость, самоуверенность, уравновешенность, независимость, самостоятельность, амбициозность, потребность в достижениях, настойчивость и упорство, энергичность, властность, работоспособность, агрессивность, стремление к превосходству, обязательность, участливость), профессиональных навыков (умение заручиться

поддержкой, умение кооперироваться, умение завоёвывать престиж, такт и дипломатичность, умение брать на себя риск и ответственность, умение организовывать, умение убеждать, умение менять себя, умение быть надёжным, чувство юмора, умение разбираться в людях). Указанные качества являются становым хребтом лидерского потенциала. Выявление степени выраженности этих качеств и свойств личности осуществляется совокупностью различных методов: наблюдением за деятельностью индивида, путем изучения продуктов его деятельности, а также с помощью личностных тестов.

На базе упомянутой системы лидерских качеств руководителям сестринских служб была предложена шкала самооценки лидерских качеств. Исследование руководителей проводилось по методике Кеттелла, позволяющей вывести средний психологический профиль личности руководителя и оценить его профессионально-психологические качества.

Необходимо отметить, что у руководителей сестринских служб и их «дублеров» отмечаются высокие и средние показатели лидерских качеств по самооценке, но у главных медицинских сестер они значительно выше (по-видимому, в силу сложившегося менталитета). У всех традиционно низок показатель устремленности к роскоши (во всех должностных группах).

Средние показатели (4-6 стэны) отмечают по факторам F, I, M, O, что характеризует личность как сдержанную, озабоченную последствиями своих поступков, планирующую свою деятельность. Такие руководители, наряду с мягкостью, имеют мужественность, практичность, реалистичность, верят рассудку, достаточно рациональны, уравновешены, здравомыслящие, трезво оценивают обстоятельства, уверены в своих успехах и достижениях, живо откликаются на все происходящие события.

Интересны показатели Q2 и Q4, которые характеризуют степень проявления самостоятельности и склонность к инновациям и переменам. В группе главных и старших медицинских сестер они выше в 1,39 и 1,62 раза, соответственно, чем у дублеров, что может быть связано с отсутствием возможности самостоятельного принятия решений и несения персональной ответственности, привязанностью к группе, удовлетворенностью любым положением дел, низким стремлением к достижениям и переменам.

Показатели теста Кеттелла в зависимости от уровня образования выявили их прямую зависимость; максимальные показатели по всем факторам отмечаются в группе руководителей, получающих профессиональное высшее образование, минимальные — в группе с профессиональным базовым образованием, но все показатели оптимальны и приближены к «идеалу» руководителя сестринских служб.

Заключение. Исходя из результатов исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Психологические факторы, влияющие на эффективность управления сестринским персоналом,

находятся в тесной взаимосвязи с качеством профессиональной подготовки руководителя, его лидерскими и социальными показателями.

2. Профессионально важными качествами руководителя сестринского персонала являются аналитичность мышления, уравновешенность, организованность, самостоятельность, дисциплинированность, самоконтроль, решительность, настойчивость, социальная активность, умение ладить с людьми, общительность, коммуникабельность, внимательность, тактичность, добросовестность, порядочность.
3. Результаты проведенного комплексного исследования позволяют утверждать, что высокие показатели самооценки лидерских качеств руководителей сестринских служб и высокие показатели оценки лидерских качеств со стороны коллег (руководителей, рядовых сотрудников) свидетельствуют о психологической готовности к управлению.
4. Сравнительный анализ психологической компетентности в зависимости от занимаемой должности позволяет установить более высокие показатели у главных сестер по сравнению со старшими, но не по всем свойствам личности; при этом выявлена прямая зависимость психологических свойств личности и лидерских качеств от уровня образования.
5. В системе профессиональной подготовки руководителей сестринских служб необходимо формировать психологические качества компетентного лидера путем введения дисциплины «Управление персоналом».
6. Методика психометрии позволяет в значительной степени оптимизировать систему целенаправленного подбора управленческих кадров, в частности в системе здравоохранения, формировать качественный резерв руководителей, избегать ненужных затрат в течение их подготовки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аносова, Л.И. Анализ эффективности коммуникаций в управленческой деятельности руководителей сестринских служб ЛПУ /Л.И. Аносова, З.П. Жохова //Гл. мед. сестра. — 2003. — № 6. — С. 123-130.
2. Бойко, А.Т. Основы научного управления (менеджмента) и маркетинга в здравоохранении: Уч. пособ. /А.Т. Бойко, И.С. Бахтина. — СПб., 2003.
3. Бадаев, Ф.И. Руководители среднего звена различных медицинских учреждений: сравнительная психологическая характеристика /Ф.И. Бадаев, В.Л. Громова, В.А. Серебренников //Пробл. упр. здрав. — № 5. — С. 19-23.
4. Ельцова, Е.В. Личность современного менеджера — руководителя сестринского персонала /Е.В. Ельцова //Медицинская помощь. — 1996. — № 4. — С. 9-12.
5. Жариков, Е.С. Лидерские технологии — технологии влияния //Гл. мед. сестра. — 2002. — № 8. — С. 77-84.
5. Хейфец, А.С. Основы управленческой деятельности главных медицинских сестер /Хейфец А.С. //Гл. мед. сестра. — 2001. — № 2. — С. 35-39.

Богомолова Н.Д.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кемеровская область является промышленно развитым регионом Сибирского федерального округа, характеризуется высокой степенью урбанизации. Социальные и экономические преобразования в России, начавшиеся в 90-х годах, привели к снижению численности населения области и оказали негативное влияние на его здоровье. Демографическая ситуация в области более неблагоприятна, чем в Российской Федерации. Так, численность населения с 1990 года уменьшилась на 5,5 % (в 1990 году — 3096,5 тыс. чел., в 2003 г. — 2918,9 тыс. чел.).

Основополагающими факторами воспроизводства населения являются рождаемость и смертность. В Кузбассе отмечено снижение общего коэффициента рождаемости, с 12,6 ‰ в 1991 г. до 8,3 ‰ в 1999 г. В то же время, с 2000 г. наметилась тенденция к его повышению. Показатель общей смертности населения области с начала 90-х годов постепенно увеличился, с 12,7 ‰ до 18 ‰ в 2004 году. Среди основных причин общей смертности населения 1-е место занимают болезни системы кровообращения, 2-е — травмы и отравления, 3-е — злокачественные новообразования. Снижение рождаемости населения и рост его смертности сформировали отрицательный естественный прирост, от -2,7 в 1992 г. до -7,5 в 2003 г., что выше аналогичного показателя в Российской Федерации.

Общая заболеваемость по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения является важнейшим критерием оценки здоровья населения определенной территории. Уровень общей заболеваемости населения Кемеровской области вырос с 1136,3 ‰ в 1992 г. до 1321,0 ‰ в 2003 г. Ведущей причиной общей заболеваемости населения Кемеровской области являются болезни органов дыхания, на 2-м месте — болезни системы кровообращения, на 3-м — травмы и отравления. В структуре первичной заболеваемости также преобладают болезни органов дыхания, второе место занимают травмы и отравления, третье — болезни кожи и подкожной клетчатки.

Для комплексной оценки здоровья населения используются показатели инвалидности. С точки зрения профилактики наибольшее значение имеют показатели первичной инвалидности трудоспособного возраста. За десятилетний период показатели первичной инвалидности выросли с 47,9 на 10000 населения трудоспособного возраста в 1993 г. до 64,0 в 2003 г.

Показатели физического здоровья детей являются важным критерием оценки здоровья населения. За период с 1994 г. по 2003 г. отмечено снижение количества детей с I-й группой здоровья (с

50,9 % до 30,3 %) и увеличение числа детей, отнесенных ко II-й группе (с 42,1 % до 65,5 %).

Сложившаяся ситуация требует проведения целенаправленных профилактических мероприятий, к важнейшим из которых относится гигиеническое обучение и воспитание населения с целью формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) [1].

В Кемеровской области работают 68 подразделений службы медицинской профилактики, из них 3 центра. В лечебных учреждениях области открыты 45 кабинетов мед. профилактики. В Кузбассе функционирует 352 школы здоровья, организуемых на базе женских консультаций, взрослых и детских поликлиник, в которых обучены 65469 человек.

Координатором работы в области гигиенического обучения и воспитания населения является Кемеровский областной центр медицинской профилактики (КОЦМП). Основным направлением его деятельности является анализ причинно-следственных связей между здоровьем населения, его образом жизни и санитарной культурой; разработка конкретных мер индивидуальной и коллективной профилактики; организация, контроль и анализ деятельности отделений, кабинетов медицинской профилактики и кабинетов здорового ребенка ЛПУ; осуществление консультативно-оздоровительной и реабилитационной деятельности; оказание консультативной профилактической помощи другим ведомствам и хозяйствующим субъектам, независимо от формы собственности.

Одним из направлений деятельности является мониторинг основных факторов риска развития заболеваний и патологических состояний. В течение 2000-2001 гг. было проведено 4 социологических опроса населения по выявлению распространенности основных факторов риска развития заболеваний, табакокурения, вредных привычек среди сельских школьников (в рамках Всероссийского мониторинга), а также выяснялось отношение врачей поликлиник г. Кемерово и пациентов к медицинской профилактике.

Разработанная в области «Концепция стратегического развития Кемеровской области до 2010 года» [2] определяет генеральную цель в сфере охраны здоровья населения — стабилизацию показателей общественного здоровья, снижение потерь общества по медико-биологическим аспектам за счет сокращения предотвратимой части преждевременной смертности, увеличение средней продолжительности жизни.

С целью стратегического управления охраной здоровья населения, при Департаменте охраны здоровья населения Кемеровской области создан меди-

цинский совет, который является координационным и консультативным межведомственным органом. Он выявляет стратегически значимые проблемы в сфере охраны здоровья населения области, проводит их коллективное обсуждение и выработку рекомендаций по решению этих проблем; обсуждает проекты нормативных актов в сфере охраны здоровья и принятие решений по их совершенствованию; заслушивает руководителей органов управления и организаций, действующих в сфере охраны здоровья; внедряет передовой опыт. В его состав входят руководители органов управления здравоохранением всех уровней, Территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций, медицинских образовательных и научных учреждений, профессиональных медицинских союзов, ассоциаций врачей и средних медицинских работников, областных научных медицинских обществ. В структуре Совета созданы комитеты и рабочие группы по профилактике и формированию здорового образа жизни, по научному обеспечению охраны здоровья, по подготовке кадров и кадровой политике, по первичной медицинской помощи, по охране репродуктивного здоровья и ряд других. Перспективным направлением работы комитета по профилактике и формированию здорового образа жизни является алгоритмизация (стандартизация) медицинских профилактических услуг и реабилитации; управление качеством медицинской профилактики, а также разработка закона Кемеровской области «О медицинской профилактике». В настоящее время разработаны алгоритмы профилактики основных видов заболеваний и патологических состояний для различных категорий населения (дети, подростки, трудоспособное население, пенсионеры).

В 2003 году в Кемеровской области принята целевая региональная программа «Здоровье кузбассовцев», финансирование которой составило 296,2 млн. руб. Удельный вес финансирования данной программы за счет средств федерального бюджета составил 34,5 %, субъекта федерации — 14,1 %, местных бюджетов — 29,7 % (29,92 руб. в расчете на одного жителя). Большая часть финансовых средств направлялась на профилактику социально-значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ-СПИД, сахарный диабет), программу «Здоровый ребенок» и другие.

Особая роль в гигиеническом обучении и воспитании населения принадлежит санитарно-эпидемиологической службе. В соответствии с законодательством России [3], на санитарно-эпидемиологическую службу возлагается гигиеническое обучение, воспитание и аттестация декретированных групп населения. Развитие новых экономических отношений в России потребовало расширения контингентов обучаемого населения, изменения кратности гигиенического обучения отдельных декретированных групп, перехода от «сантехминимума» к профессиональной гигиенической подготовке руководителей, должностных лиц и работников предприятий, учреждений и организаций всех форм собственности [4]. С целью координации этого ви-

да деятельности, в санитарно-эпидемиологической службе города Кемерово было создано специализированное отделение гигиенического воспитания и обучения декретированных групп населения. Результаты работы данного отделения позволили более чем в три раза увеличить количество обучаемого контингента. При обучении декретированных групп населения возникла необходимость в автоматизированном учете конкретных категорий обучаемых, прогнозировании их количества на предстоящий период обучения. С этой целью был разработан автоматический реестр обучаемого населения, позволяющий получать информацию о кадровой структуре, периодичности и качеству медицинских осмотров.

Одним из важных направлений деятельности по гигиеническому обучению и воспитанию населения является последипломное обучение с выдачей сертификата врачей и среднего медицинского персонала [1]. В соответствии с лицензией на право ведения образовательной деятельности, на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения Кемеровской медицинской академии проводятся сертификационные циклы для врачей центров медицинской профилактики, лечебно-профилактических учреждений, центров госсанэпиднадзора, занимающихся гигиеническим воспитанием населения. Программа обучения предусматривает подготовку по основной специальности в объеме 90 часов, преподавание смежных дисциплин — 24 часа, элективов (углубленного изучения специальных вопросов) — 30 часов. Процесс подготовки по основной специальности предусматривает изучение вопросов формирования здорового образа жизни отдельных категорий населения, при этом большое внимание уделяется детям и подросткам. Помимо этого, преподаются основы профилактики основных социально-значимых заболеваний с учетом региональной патологии, маркетинговые подходы к формированию общественного мнения в области сохранения и укрепления здоровья.

В течение 2003 года произошла некоторая активизация профилактической работы: увеличилось в 1,4 раза количество школ здоровья, возрос охват профилактической работой, увеличился тираж издательской деятельности по выпуску методических материалов в помощь врачам, а также для программ курсовой гигиенической подготовки.

Однако, к сожалению, специализированные учреждения медицинской профилактики до сего времени не имеют достаточно проработанной и детализированной нормативно-правовой и инструктивно-документальной базы, регламентирующей их деятельность, недостаточно реализуется межсекторальное сотрудничество, не отработана единая система оценки деятельности учреждений и специалистов в области профилактики, не достаточно активно ведется работа по последипломной подготовке специалистов в области медицинской профилактики. Решение данных проблем поможет улучшить здоровье населения области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года (одобр. распор. Правит. РФ от 31.08.2000 № 1202-р).
2. Шипачев К.В. // Медицина в Кузбассе. – 2002. – № 1. – С. 4-6.
3. Федеральный закон № 52-ФЗ от 30.03.1999 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
4. Гигиеническое воспитание и обучение декретированных групп населения на муниципальном уровне: состояние, проблемы и перспективы совершенствования / Под ред. Л.В. Баркова. – Кемерово, 2004. – 124 с.

Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Карпова И.П.
Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕОРИИ КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В последние годы в отечественном здравоохранении достаточно остро стоит проблема рационального использования всех имеющихся ресурсов и, в первую очередь, проблема подготовки и управления медицинских кадров. Здравоохранение представляет крупный сектор приложения квалифицированного труда, в котором занято около 5 % от численности экономически активного населения [1, 2, 3]. Однако, темпы структурных преобразований в системе здравоохранения низкие, что обусловлено в значительной степени несовершенством системы управления, прежде всего, ее фрагментацией, ослаблением функций стратегического и текущего планирования, недостаточным развитием механизмов координации различных субъектов управления [4, 5].

Концепция кадрового менеджмента, наиболее часто применяемая в зарубежных моделях здравоохранения, принципиально включает в себя два направления:

- планирование и обучение персонала, т.е. подготовка медицинских кадров с учетом численности и структуры, которая включает в себя развитие и совершенствование системы высшего и среднего специального медицинского образования, обеспечение выпуска необходимых учебных материалов и наглядных пособий, а также проведение научных исследований в кадровой политике;
- управление человеческими ресурсами здравоохранения, т.е. развитие персонала на этапе профессиональной деятельности, включая информационное обеспечение, эффективное использование медицинских кадров, непрерывное последипломное обучение.

Применительно к системе управления кадрами на уровне лечебного учреждения предложена следующая схема [1]:

1. Планирование ресурсов: разработка плана удовлетворения будущих потребностей в людских ресурсах.
2. Набор персонала: создание резерва потенциальных кандидатов по всем должностям.
3. Отбор: оценка кандидатов на рабочие места и отбор лучших из резерва, созданного в ходе набора.

4. Определение заработной платы и льгот: разработка структуры заработной платы и льгот в целях привлечения, найма и сохранения служащих.
5. ПрофорIENTATION и адаптация: введение нанятых работников в организацию и ее подразделения, развитие у работников понимания того, что ожидает от него организация и какой труд в ней получает заслуженную оценку.
6. Обучение: разработка программ для обучения трудовым навыкам, требующимся для эффективного выполнения работы.
7. Оценка трудовой деятельности: разработка методики оценки трудовой деятельности и доведение ее до работника.
8. Повышение, понижение, перевод, увольнение: разработка методов перемещения работников на должности с большей или меньшей ответственностью, развитие их профессионального опыта путем перемещения на другие должности или участки работы, а также процедура прекращения договора найма.
9. Подготовка руководящих кадров: управление продвижением по службе, разработка программ, направленных на развитие способностей и повышение эффективности труда руководящих кадров.

Цель исследования — изучение системы управления кадрами на уровне лечебного учреждения с целью возможной адаптации концепции кадрового менеджмента, используемого в экономически развитых странах, в отечественной модели здравоохранения.

Проведено социологическое исследование на базе областного медицинского диагностического центра. Разработанная анкета структурно включала вопросы, анализ результатов которых отображает фактическое состояние системы управления кадрами в применении к теории менеджмента. В анкетировании принимали участие 137 сотрудников центра, что составляет 65,6 % от всего медицинского персонала и обеспечивает высокую степень достоверности полученных данных. Обработка материалов исследования проводилась ручным способом с расчетом экстенсивных и интенсивных показателей и составлением комбинационных таблиц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предложенная анкета позволила отобразить ряд положений теории кадрового менеджмента.

Средний общий стаж работы сотрудников составил $14,9 \pm 0,7$ лет, средний стаж работы в диагностическом центре — $6,2 \pm 0,4$ лет. Характеристика профессиональной квалификации и степени профессионального роста отражена в вопросе изменения уровня квалификационной категории за время работы в диагностическом центре. В целом отмечается тенденция к профессиональному росту сотрудников ДЦ. Так, за время работы в данном лечебном учреждении повысили свой профессиональный уровень по результатам аттестации до 2 категории — 14,6 %, до 1 категории 18,2 %, до высшей категории — 18,9 % сотрудников, участвующих в анкетировании. В соответствии с приказом № 314 «Об аттестации медицинских работников», аттестация на квалификационную категорию является добровольной и зачастую формально оценивает профессиональный уровень специалиста, но тем не менее другого объективного показателя профессионального роста сотрудников практически нет. Поэтому в анкету включен вопрос о том, что может являться действительным стимулом для повышения профессиональной квалификации.

При анализе ответов на этот вопрос использовались интенсивные показатели в расчете на 100 опрошиваемых. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1
Возможные причины для повышения профессиональной квалификации

Основание для повышения профессиональной квалификации	Ранг	На 100 опрошенных (%)
Собственное стремление к профессиональному росту	1	87,6
Возможность увеличения заработной платы	2	70,1
Требования со стороны руководства	3	10,2
Моральное удовлетворение	4	2,2

При ответе на вопрос о том, что могло бы качественно улучшить результаты профессиональной деятельности, большая часть респондентов отмечает необходимость увеличения заработной платы — 67,9 %, второй по значимости компонент — самосовершенствование (63,5 %). Возможность повышения в должности важна для улучшения качества для 10,9 % респондентов, только 2,2 % признают ужесточение контроля со стороны руководства как основание для повышения качества; 11,7 % считают, что обучение на центральных базах, смена оборудования и внедрение инновационных технологий могли бы существенно повлиять на результаты работы. Потенциальная текучесть кадров, по результатам опроса, достаточно высока и составляет 84,6 %. Основными причинами возможного перехода на другую работу 71,3 % называют более высокую заработную плату; 17,2 % планируют поменять профессию и заняться деятельностью, направляющую не

связанной с медициной; для 10,3 % смена места работы связана с возможным повышением в должности; «оправданная» текучесть в связи с переменной места жительства является наиболее редкой причиной и встречается у 1,2 % респондентов.

Для оценки корпоративности членов коллектива респондентам был задан вопрос о том, кто заменит его в случае перехода на другую работу. Большая часть респондентов (46,7 %) не задумывались над этим, 38,7 % считают, что это может быть подготовленный сотрудник из этого же лечебного учреждения, 9,5 % — рекомендуемый ими сотрудник.

Наиболее действенной формой контроля качества медицинской услуги является самоконтроль — 77,4 на 100 опрошенных высказали подобное убеждение. По 27 %, соответственно, считают, что необходим постоянный либо периодический контроль со стороны непосредственного руководства, 2,9 % вообще отрицают контроль как функцию управления.

В ходе собеседования 90,5 % были предъявлены их функциональные обязанности, при этом только 78,8 % считают, что соответствовали требованиям, 13,3 % не имели достаточной подготовки для выполнения своих функций, еще 8,8 % затруднились ответить.

Удовлетворены социально-психологическим климатом в коллективе 55,5 %. Часть респондентов указывают на ухудшение социально-психологического климата в коллективе. На наш взгляд, возраст может существенно влиять на способность к адаптации на рабочем месте, а также оказывать влияние на взгляды человека и отношение его к окружающей обстановке, поэтому мы попытались определить наличие связи между возрастом и возможностью адаптации на рабочем месте и в коллективе (таблица 2).

Наибольшая способность к адаптации в профессиональном и социально-психологическом отношении выражена в возрастной группе 31-40 лет ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование основных положений теории кадрового менеджмента позволяет реализовать основные функции управления — планирование, координацию, контроль на уровне конкретного лечебного учреждения с целью улучшения и рационализации использования кадрового потенциала. Концепция создания российской теории менед-

Таблица 2
Соотношение возраста и возможности адаптации в течение временного промежутка (в %)

Критерии адаптации	Возраст (лет)			
	21-30	31-40	41-50	51-60
Сразу	30,1	51,3	50	53,8
В течение месяца	59,1	34,9	38,2	46,2
В течение квартала	5,4	6,9	11,8	-
В течение года	5,4	6,9	-	-
Всего:	100	100	100	100

жмента исходит из необходимости учета особенностей российской ментальности с использованием мирового опыта управления. Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

- в целом на локальном уровне отсутствует комплексный подход к системе планирования и управления персоналом; отдел человеческих ресурсов (служба кадров) выполняет чисто техническую функцию, не реализуя в должной мере систему подбора, отбора и управления медицинского персонала;
- наиболее действенным стимулом для поощрения работника и совершенства качества выполняемой работы является материальная заинтересованность;
- разработка и внедрение оптимальной модели управления персоналом позволит существенно улучшить социальную удовлетворенность населения при получении медицинской помощи.

В соответствии с полученными результатами, предложены конкретные рекомендации, позволяю-

щие оптимизировать систему управления кадровым потенциалом, как на локальном уровне, так и на уровне муниципальной системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубынина, Е.И. Актуальные проблемы управления медицинскими кадрами на региональном уровне /Е.И. Дубынина, А.В. Зарубина, Г.В. Стешенко //Рос. мед. журн. – 2003. – № 5. – С. 6-8.
2. Дьяченко, В.Г. Управление кадрами отрасли здравоохранения дальневосточного федерального округа: региональные проблемы и перспективы /В.Г. Дьяченко, И.В. Пчелина //Пробл. управл. здравоохран. – 2003. – № 4. – С. 29-32.
3. Изменения в обеспечении медицинским персоналом в Свердловской области /А.Б. Блохин, Г.М. Насыбуллина, Ф.И. Бадаев, Н.Н. Кивелева //Здравоохран. РФ. – 2003. – № 6. – С. 34-38.
4. Организация эффективного управления человеческими ресурсами в учреждении здравоохранения /Н.К. Поволокина, В.Ф. Задорин, В.А. Данилов, В.В. Задорин //Здравоохран. – 2001. – № 6. – С. 41-47.
5. Rogoznyy, A.D. Подходы к экономическому стимулированию деятельности медицинского персонала /А.Д. Rogoznyy //Здравоохран. – 2003. – № 5. – С. 37-46.

Барбараш Л.С., Артамонова Г.В., Гоман Н.П., Макаров С.А.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер,
 г. Кемерово*

ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

80-е годы ... Негативные социально-экономические факторы, происходившие в стране, ощутимо отразились на сфере здравоохранения и привели в начале 90-х годов к кризису демографического развития. В Кемеровской области показатели смертности превысили показатели рождаемости, а естественный прирост приобрел отрицательное значение.

В структуре смертности населения растет удельный вес умерших от болезней органов кровообращения, и в последние годы он достиг 52-55 %. Так, в Кузбассе в 2002 году на 52 тыс. умерших — более половины умерли от болезней органов кровообращения.

Развитие кардиологической службы города Кемерово сдерживалось по ряду причин, но более очевидными из них были:

- недостаточная информированность врачей об эффективных методах диагностики и хирургического лечения;
- слабое представление о критериях перехода от консервативных методов к хирургическим;
- в кардиологической службе отсутствовала возможность применения современных достижений медицины.

Наряду с этим, служба в начале 90-х годов не имела единой организационной системы. Помощь оказывалась кардиологическими отделениями многопрофильных больниц, врачами-кардиологами территориальных поликлиник.

Деятельность кардиологических коек в г. Кемерово характеризовалась как недостаточно эффективная (низкий оборот койки, высокая средняя продолжительность лечения, отсутствие тенденций к снижению внутрибольничной летальности). Средние сроки лечения у больных с инфарктом миокарда, находящихся на стационарном лечении, составляли практически месяц. Каждый пятый из госпитализированных умирал.

В городе работал кардиохирургический центр, но его деятельность, как самостоятельного звена оказания специализированной помощи, тормозилась отсутствием четкой системы взаимодействия с кардиологами Кемерово и области.

Кардиохирургические койки в составе областной клинической больницы, не имея качественной организационно-методической «подпитки» для своего развития, работали в четверть своих возможностей, с длительными сроками среднего пребывания и дооперационного обследования, низкой оперативной активностью, высокой хирургической летальностью.

Невозможность обеспечения преемственности с кардиологами приводила к тому, что на оперативные вмешательства, выполняемые в условиях ИК, преимущественно попадали пациенты с 4 функциональным классом расстройств гемодинамики. Как следствие, при небольшом количестве операций кардиохирурги имели показатели высокой летальности.

Бурное развитие кардиохирургических технологий диктовало необходимость научного обоснования и формирования перспективной модели кардиологической помощи, которая смогла бы существенно продвинуть вперед всю службу и стать единой системой ее управления.

В 1991 году в г. Кемерово был создан специализированный кардиологический диспансер. Основными стратегическими задачами его деятельности были определены:

- создание единого организационно-методического центра;
- формирование единой идеологии — специалистов кардиологического профиля;
- создание замкнутого цикла технологии оказания помощи больным с БОК;
- подготовка кадров;
- укрепление диагностической базы.

Формирование структуры Кемеровского кардиологического диспансера начато с реорганизации амбулаторно-поликлинического звена, от которого в условиях происходящего реформирования здравоохранения города зависели своевременность, объемы, качество и эффективность лечения, проводимого на других этапах помощи и, в конечном итоге, складывалась экономическая и клиническая эффективность.

Главным управленческим решением стало объединение всех кардиологов города в административное подчинение кардиодиспансеру, что обеспечило единство подходов к лечебно-профилактической помощи.

Создание единой амбулаторно-поликлинической службы позволило:

- увеличить число кардиологических приемов в поликлиниках города;
- ввести должности районных кардиологов для координации, контроля качества и оценки эффективности работы службы;
- внедрить единые подходы к своевременному отбору пациентов на диагностическое обследование, стационарное лечение, реабилитацию;
- сконцентрировать высокоспециализированные диагностические исследования;
- развить стационарзамещающие и другие новые формы организации амбулаторной помощи.

За прошедшие 6 лет (1998-2004 гг.) единая структура специализированной амбулаторной службы доказала свою жизнеспособность и эффективность, обеспечила доступность помощи населению, расширила диагностические возможности. Так, на догоспитальном этапе внедрена подготовка больных к дорогостоящим технологиям (коронароангиографии, плановой ангиопластике, ЭФИ и РЧА), которые ранее проводились только в стационарных условиях. Проведение коронароангиографии с амбулаторного этапа позволило в среднем на 7 дней сократить сроки временной нетрудоспособности и длительности пребывания в стационаре. Только за 2 года экономический эффект составил 206 тыс. руб.

Одновременное совершенствование стационарной помощи затрагивало как терапевтическую кар-

диологическую, так и хирургическую службу. В течение 10 лет на терапевтической койке кардиодиспансера сконцентрированы наиболее тяжелые больные с острым коронарным синдромом. Это позволило внедрить и развивать в кардиодиспансере современные медицинские технологии — раннюю реабилитацию, тромболитическую, ангиопластику при остром коронарном синдроме и стентирование, что привело к сокращению сроков стационарного лечения, снизило при ОИМ досрочную летальность на 38 %, госпитальную летальность на 16 %.

От реализации управленческих решений кардиологической службой достигнуты результаты, отражающие медицинскую и экономическую эффективность. Внедрение прогрессивных организационных, диагностических, лечебных технологий активизировало и кардиохирургическую помощь. Благодаря единому взгляду кардиологов и кардиохирургов на вопросы догоспитальной подготовки больных к хирургическому лечению, за последние годы:

- более чем в 2 раза сократились средние сроки лечения на хирургической койке и сроки дооперационной подготовки (с 31,9 до 14,5);
- уменьшить исходную тяжесть больных, госпитализированных для хирургического лечения;
- повысить оперативную активность — выросла с 41 % до 82 %;
- снизить уровень послеоперационной летальности в 2 раза (с 7,7 до 3,4);
- в 3 раза увеличить количество выполненных высокотехнологичных кардиохирургических вмешательств в условиях ИК (с 86 до 245);
- снизить летальность после оперативных вмешательств в условиях ИК (с 22,03 до 5,3).

Безусловно, важным звеном в повышении качества медицинской помощи кардиологическим пациентам рассматривался этап реабилитации. В структуре ККД создан собственный санаторий для реабилитации больных с острым инфарктом миокарда и после оперативных вмешательств на сердце. С 2003 года в санатории открыто отделение для пациентов, перенесших инсульт. Количество пациентов, попадающих на этап реабилитации, увеличилось в два раза и составляет ежегодно 800 человек.

Таким образом, в г. Кемерово создан замкнутый технологический цикл оказания помощи пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы. В структуре одного специализированного учреждения организованы все виды помощи: амбулаторно-поликлиническая, госпитальная, санаторная. Каждому этапу регламентированы свои клинико-организационные задачи, решение которых в конечном итоге обеспечило медицинскую, экономическую и социальную эффективность кардиологической помощи.

Завершая данное сообщение, хочется свои выводы подкрепить несколькими «индикаторными» статистическими показателями, которые могут свидетельствовать о положительных тенденциях в освещаемых организационных вопросах.

Так, за последние годы регистрируемый уровень общей и первичной заболеваемости БОК стал успеш-

твенно выше областных показателей, а так же показателей города Новокузнецка, с которым мы сравниваемся регулярно и оцениваем динамику показателей. Вместе с тем, смертность от БОК в городе Кемерово на 19 % ниже показателей области и на 14 % ниже, чем в городе Новокузнецке. В группе населения трудоспособного возраста этот показатель на 22 % ниже областного и на 15 % — города Новокузнецка.

Управление и организация кардиологической помощи по модели «Единого технологического цикла» обеспечивает качественный уровень преемственности и ведения пациентов, расширяет доступность, повышает качество медицинской помощи и гибко коррелирует с изменяющимися организационными формами и схемами финансового обеспечения в Российском здравоохранении.

Петров Г.П., Пилипчук Д.Б.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра управления и экономики фармации,
г. Кемерово*

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ АПТЕЧНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

В условиях рыночных отношений все более насущной становится задача подготовки руководителей, которые в своей деятельности могут учитывать особенности психологии как отдельных исполнителей, так и подчиненного коллектива в целом [1]. Основой решения указанных проблем является повышение уровня социально-психологической компетентности и формирования личных качеств руководителей аптечных организаций [2].

На современном этапе в фармации происходят существенные изменения, в первую очередь, в структуре и методах управления. В этой связи для эффективного планирования подготовки руководителей аптечных организаций большое значение имеет знание социально-психологических характеристик специалистов. Практически не изучены личностные особенности и управленческие аспекты их деятельности. Сложилось в определенной мере парадоксальное положение, что руководители аптечных организаций, как представители одной из самых «психологичных» профессий, не имеют достаточной психологической подготовки. В современных условиях повышение образованности и информированности руководителей аптечных организаций в области социальной психологии дает не только экономический эффект, но и повышает уровень культуры управленческой деятельности.

Анализируя деятельность многих аптечных организаций, можно отметить, что при одинаковых кадровых и материальных возможностях, успехи отдельных аптечных коллективов заметно различаются. Бесспорно, проблема здесь не только в объективных условиях, но и в личности руководителя. Поэтому на кафедре управления и экономики фармации Кемеровской государственной медицинской академии уделяется большое внимание последипломной подготовке провизоров, занимающихся управленческой деятельностью.

Программа обучения ежегодно адаптируется к современным реалиям. В связи с этим, весомой ее частью стало преподавание социально-психологических аспектов делового общения, переговорного

процесса и психологии управления коллективом аптечных организаций. Включение этих вопросов обусловлено тем, что в современных условиях успешность управления определяет не только профессиональная компетентность руководителя, но и его умение работать с людьми на основе знаний в области психологии управления и умений эффективно взаимодействовать с людьми. Это ключевой фактор личного успеха руководителя [3].

Известно, что для эффективной деятельности руководителей аптечных организаций большое значение имеют их личностные качества. Однако до настоящего времени этой проблеме уделялось недостаточное внимание.

Цель исследования — формирование стилей работы руководителей аптечных организаций и анализ его поведения в рискованных ситуациях в системе менеджмента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью изучения данной проблемы было проведено анкетирование более ста руководителей аптечных организаций Кемеровской области. Им предлагалось ответить на разработанную нами анкету, состоящую из трех блоков. В первый блок вошли вопросы для определения стиля руководства и социально-психологического климата в коллективе. Второй блок включал вопросы для определения темперамента руководителя аптечной организации. В третий блок вошли вопросы, позволяющие изучить психологию поведения руководителя в ситуации риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Преобладающая линия поведения руководителя находит свое отражение в различных стилях руководства.

Стиль руководства — это система способов, методов, приемов воздействия, используемая менеджерами для мобилизации коллектива на достижение поставленных целей. Стиль руководства во многом определяет авторитет руководителя. В широком понимании — это признанное превосходство

данного человека в какой-либо области деятельности, знаний, степень доверия, которую он заслуживает своей практической деятельностью [4].

Стиль управления — это привычная манера поведения руководителя по отношению к подчиненным, чтобы оказать на них влияние и побудить их к достижению целей организации. Это степень, до которой управляющий делегирует свои полномочия, типы власти, используемые им, и его забота, прежде всего, о человеческих отношениях или, прежде всего, о выполнении задачи — все отражает стиль руководства, характеризующий данного лидера.

Каждая организация представляет собой уникальную комбинацию индивидов, целей и задач. Каждый управляющий — это уникальная личность, обладающая рядом способностей.

Следовательно, стиль руководства выражается в том, какими приемами руководитель побуждает коллектив к творческому выполнению задач, стоящих перед аптечной организацией, как контролирует результаты деятельности подчиненных. Стиль руководства находится в тесном отношении и взаимодействии с методом управления.

На первом этапе наших исследований было установлено, что из трех основных стилей руководства преобладающим является демократический стиль (64 %), либеральный стиль (23 %) и авторитарный стиль (13 %).

Тип стиля определяется тем компонентом, который доминирует в его личности. Результаты подтверждаются нашими исследованиями взаимоотношения руководителя с подчиненными.

Изучая личность, необходимо оценить ее способность к адаптации в новых условиях. Как известно, нарушение процессов адаптации сопровождается иногда конфликтностью с окружающими, понижением работоспособности и ухудшением состояния здоровья. Это свидетельствует о том, что многие руководители аптечных организаций нуждаются в психологической помощи в процессе профессиональной деятельности для предупреждения возможных заболеваний нервно-психического характера.

Особое значение при изучении личности руководителя аптечной организации имеет определение субъективного контроля, социальной ответственности личности.

Наши исследования показывают, что 61 % руководителей всю полноту ответственности за деятельность организации принимают на себя.

В современных условиях все аптечные организации предъявляют все более высокие требования к своим работникам и особенно к руководителям. Установлено, что среди сильных сторон руководителей 1-е место, по их мнению, занимает умение влиять на окружающих (57 %), на 2-м месте находится понимание особенностей управленческого труда (44 %), на 3-м — умение обучать (42 %), на 4-м — четкие личные цели (40 %). Однако значительное количество испытывают те или иные проблемы в управлении. Недостаток творческого подхода отмечен у 51 % руководителей, неумение управлять собой — у

41 %, ограничения навыков решения проблем делового характера — у 35 %, ограничения в возможности руководить людьми — у 27 %. Следует подчеркнуть, что эти качества являются управляемыми. Поэтому именно на них необходимо обращать внимание, как самим руководителем, так и всем субъектам, обеспечивающим кадровую политику, при формировании и развитии управленческого персонала.

В зависимости от стилей руководства, особое значение приобретает детализация поведения руководителей аптечных организаций. У 47 % руководителей авторитарного стиля выявлена нетерпимость к критике, переоценка собственных возможностей и потребность командовать другими. Недостаточная уверенность в себе выявлена в 21 % случаев, несдержанность и вспыльчивость определена в 10 % случаев, чувство превосходства выявлено в 4 % случаев, недоверчивое отношение к окружающим и подозрительность — в 2 % случаев.

Для руководителей демократического стиля, в основном, характерны доброжелательность, уступчивость, склонность к компромиссу. Нами выявлено, что большинство руководителей делят свои полномочия со своими сотрудниками (71 %), сосредотачивают полномочия у себя (23 %), передают полномочия, но на контроль затрачивают больше времени, чем если бы их выполняли сами (6 %).

Установлено, что при решении сложных вопросов в деятельности аптечной организации активность и инициативность проявляют руководители и подчиненные (91 %), исходит инициатива только от руководителей (15 %), со стороны подчиненных не поощряется (5 %); ожидают инициативу со стороны подчиненных и сами избегают ее проявлять 4 % руководителей.

По результатам социологического исследования установлено, что обращаются к подчиненным за советом 71 %, часто делают замечания и выносят вердикты 24 % и обычно приказывают и никогда не просят совета 5 % руководителей. Недостаток знаний не скрывают 58 % руководителей, решают лично даже те вопросы, с которыми недостаточно знакомы 38 %, не стремятся восполнить пробелы в своих знаниях 5 % руководителей. 80 % руководителей отметили, что контролируют работу сотрудников регулярно, не вмешиваясь в их работу, отмечая их успехи, постоянно и жестко контролируют работу подчиненных (10 %), контролируют работу от случая к случаю (10 %).

Установлено, что на критику со стороны подчиненных не обижаются 84 % респондентов, отрицательно относятся к критике 16 %. В общении с подчиненными обращаются вежливо и доброжелательно 91 % руководителей, проявляют временную нетактичность и даже грубость 6 %, равнодушны в общении 3 %. Большинство руководителей аптечных организаций стараются создать хорошие отношения между людьми в коллективе (93 %), интересуются только достижениями функциональных целей 7 %. Нами установлено, что производительность труда коллектива в отсутствие руководителя не снижается в 84 % случаев, снижается в 9 %, повышается в 7 %.

На втором этапе нами была выявлена взаимосвязь между стилем руководства и типом темперамента руководителя. Было установлено, что основным для руководителей типом темперамента является сангвиник (65 %), затем флегматик (26 %), холерик (6 %) и меланхолик (3 %). Становление руководителя может объясняться многими причинами. В их числе, прежде всего, отметим тип темперамента и характер.

На практике нет такого руководителя, который идеально соответствовал бы тому или иному типу руководства. Такое деление относительно. И в реальной жизни у каждого руководителя проявляются черты, присущие всем стилям руководства при доминирующей роли какого-либо одного из них. Поэтому под стилем руководства понимают преобладающий характер служебного поведения руководителя. При этом следует помнить, что он может меняться по мере изменения определяющих условий [5].

На третьем этапе был проведен анализ психологии руководителя в ситуации риска. При проявлении риска жесткие условия среды, неопределенности вынуждают руководителя аптечной организации постоянно находиться в поиске новых возможностей, средств, условий предотвращения возможных неудач, способов контроля над обстоятельствами, их тенденциями, закономерностями; побуждают стремиться к выбору наилучшего из возможных вариантов решений [6].

Рынок сталкивает интересы предпринимателей, заставляет их постоянно рисковать, пересматривать даже самые удачные прошлые решения. Руководитель, избегающий принятия рискованных решений, считается в общественном смысле опасным для организации, т.к. обрекает ее на застой [6]. Между тем, в повседневной жизни далеко не всегда человек принимает решения, взвешивая вероятность возможных событий, определяя величину риска и полезность явлений. Нередко решения принимаются импульсивно, под влиянием эмоциональных состояний. В той или иной степени в реальной жизни «эмоциональная компонента» присутствует при разрешении любой производственной ситуации [3].

Нами установлено, что при совершении рискованных финансово-хозяйственных операций советуется с коллективом 71 % руководителей, а лично принимают решения 29 %; охотнее идут на риск, находясь в рискованной ситуации, чем входят в нее 55 %, испытывают боязнь неудач 58 %; не скрывают от коллектива сложность ситуации и находят

выход из нее совместно 72 % руководителей; всю полноту ответственности за деятельность организации принимают на себя 61 %.

В ходе исследований также было выявлено, что рискованность руководителя зависит от стиля его управления. Так, руководители с авторитарным стилем управления легко входят в рискованные ситуации ($R = 0,64$), с демократическим стилем — в рискованных ситуациях нерешительны ($R = 0,27$), руководители с либеральным стилем не входят в рискованные ситуации в системе менеджмента.

Что касается аптечных организаций разных форм собственности, то оказалось, что их руководители по-разному входят в рискованные ситуации в системе менеджмента. Так, легко входят в рискованные ситуации 30 % руководителей государственных аптек, 85,7 % муниципальных аптек и 93 % руководителей частных аптек.

Проведенные исследования подтверждают необходимость детальной оценки кадрового потенциала руководителей аптечных организаций на региональном уровне. Кроме того, следует совершенствовать систему подготовки и повышения квалификации руководителей аптечных организаций с обязательным преподаванием основ социально-психологических аспектов управления.

Актуальность разработки этих проблем в фармации определяется также возрастанием роли руководителя в управлении аптечной организацией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе исследования выявлены основные стили руководства аптечных организаций, установлена взаимосвязь между стилем руководства и типом темперамента. Проведен анализ закономерностей принятия управленческих решений в ситуациях риска.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Томилов, В.В. Культура предпринимательства /Томилов В.В. – СПб., 2001. – 368 с.
2. Петров, Г.П. Социально-психологические аспекты управления коллективом аптечных организаций /Петров Г.П. – Кемерово, 2002. – 131 с.
3. Сливак, В.А. Корпоративная культура /Сливак В.А. – СПб., 2001. – 352 с.
4. Кимен, Ф. Вопросы управления /Кимен Ф. – М., 1981. – С. 14-26.
5. Дафт, Р.Л. Менеджмент /Дафт Р.Л. – СПб., 2001. – 832 с.
6. Черкасов, В.В. Деловой риск в предпринимательской деятельности /Черкасов В.В. – К., 1996. – С. 216-218.

Темерханова Л.И., Старинчикова Л.И., Поткина Т.Н., Лончакова И.Ю., Мамонтов О.К.
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово

РАБОТА ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В СВЕТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реформы, проводимые в стране в последнее десятилетие, привели к переоценке объема медицинской помощи, оказываемой населению ста-

ционарным и поликлиническим звеном. С учетом новых экономических условий, некоторые виды лечебно-диагностических и реабилитационных меро-

риятий были переведены в амбулаторно-поликлинические учреждения.

В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (1997 г.) в разделе совершенствования медицинской помощи населению особая роль отводится развертыванию дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи [1]. В свете этой Концепции необходимо было решить проблемы, стоявшие перед стационарной службой — сокращение сроков лечения больных, предотвращение внутрибольничной инфекции и снижение количества осложнений, улучшение психологического состояния больного в ответ на «хирургическую агрессию» (создание лечебно-охранительного режима), снижение стоимости лечения.

Развитие амбулаторной хирургии, насчитывающей почти 100 лет, происходило с постоянной тенденцией к расширению объема оперативного лечения. Изучение возможностей амбулаторной хирургии вначале базировалось на экономических критериях. Неоправданно большие затраты на содержание больных в стационарах требовали тщательного их анализа. Первые же положительные результаты расширения объема помощи на догоспитальном этапе, в сравнении с аналогичными госпитальными в сопоставимых группах больных, продемонстрировали разительный экономический эффект [2]. К 70-80-м годам XX века в США, Швеции, Англии, Западной Германии накопился убедительный опыт в этом направлении. В 1978 году M.W. Adler [3] сообщил о сокращении госпитализации больных с первичными грыжами на 50 % и о том, что от 80 % до 90 % больных и врачей избирают амбулаторный принцип лечения этого заболевания. В наши дни, по данным зарубежных авторов [4], до 60 %, а по некоторым видам до 90 %, операций проводится в амбулаторных условиях.

В России Центры амбулаторной хирургии начали создаваться в Санкт-Петербурге в 1981 году [2]. Оказание хирургической помощи в центрах амбулаторной хирургии рассматривается как эффективная современная стационароразмещающая технология. Цель работы центра — оказание высококвалифицированной оперативной помощи больным в условиях поликлиники для освобождения койко-мест в специализированных хирургических стационарах.

Цель исследования — оценка экономической эффективности работы центра амбулаторной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве экономической модели был взят центр амбулаторной хирургии, основанный в 1997 году на базе хирургического отделения клинической поликлиники № 5 города Кемерово. Центр амбулаторной хирургии осуществляет:

1. Оперативные вмешательства в рамках «Положения о центре амбулаторной хирургии» и включает в себя общую хирургию, сосудистую хирургию, урологию, ортопедию и травматологию.

2. Долечивание больных в послеоперационном периоде в условиях дневного стационара, стационара на дому, амбулаторно.

3. Реабилитация больных до полного восстановления трудоспособности.

Для оказания высококвалифицированной хирургической помощи в центре созданы следующие условия:

- наличие квалифицированных кадров хирургов, урологов, ортопедов-травматологов, анестезиолога, операционных сестер;
- хорошо оборудованный операционный блок, оснащенный современной анестезиологической и реанимационной аппаратурой, хирургическим инструментарием;
- палата круглосуточного наблюдения за больным в раннем послеоперационном периоде;
- четкая организация работы внутри отделения и взаимосвязь с другими отделениями и диагностическими службами поликлиники;
- санитарный транспорт для транспортировки больных домой;
- госпитальная база, готовая при необходимости принять больного;
- соответствующее финансирование.

Обязательными требованиями к оперирующим хирургам являются опыт работы по общей хирургии не менее 5 лет, владение методикой операций, глубокие знания по патогенезу данных заболеваний, умение использовать различные операционные методы лечения конкретного больного по индивидуально подобранному способу.

Кроме традиционных амбулаторных вмешательств (иссечение мягкотканых опухолей, пластика вросшего ногтя, наложение вторичных швов и т.д.), широко внедрены операции расширенного объема, являвшиеся ранее традиционными для стационаров (табл. 1). За счет постоянного развития центра и внедрения новых технологий, процент стационароразмещающих операций только за последние пять лет вырос более чем в четыре раза.

Отбор больных происходит на первичном приеме, профилактических осмотрах. Перед операцией больные проходят минимально необходимое обследование, при необходимости осматриваются терапевтом, узкими специалистами, онкологом, проводится коррекция сопутствующей патологии. Основными противопоказаниями для лечения в условиях ЦАХ являются длительность заболевания конкретной болезнью и ее запущенность, хронические инфекции дыхательных путей и мочеполовой сферы, сердечно-сосудистые заболевания (стенокардия, инфаркты миокарда в анамнезе, гипертоническая болезнь), неустойчивость нервной системы и психики, алкоголизм, отсутствие домашнего телефона, проживание в неблагоприятных социальных условиях, одиночество.

В начале хирургической деятельности в ЦАХ с целью премедикации назначали промедол с реланиумом. Однако в последующем мы полностью отказались от наркотических анальгетиков и для премеди-

Таблица 1

**Оперативные вмешательства,
выполненные в условиях ЦАХ (1997–2004 гг.)**

Название операции	Количество
Иссечение мягкотканой опухоли (липомы, атеромы и т.д.)	2077
Герниопластика грыж пер.бр.стенки	101
Венэктомия	38
Склеротерапия подкожных вен	15
Резекция грудной железы, простая мастэктомия	6
Пластика вросшего ногтя	250
Иссечение копчиковой кисты	5
Иссечение кисты урахуса	1
Иссечение келоидного рубца	5
Операция Бергмана	8
Циркумцизия	20
Операция Иванисевича	2
Иссечение кисты придатка яичка	4
Иссечение гигромы, бурсита	148
Иссечение ладонного апоневроза	102
Рассечение кольцевидной связки	56
Пластика сухожилия	61
Металлоостеосинтез	182
Удаление металлических конструкций	85
Всего:	3183

кации и послеоперационного обезболивания используем ненаркотические анальгетики и нестероидные препараты. Операции проводятся под местной, проводниковой, внутривенной анестезией (при непереносимости местных анестетиков и операциях расширенного объема). В раннем послеоперационном периоде больные находятся (по показаниям) в палате круглосуточного пребывания под наблюдением дежурной медсестры. В течение следующих суток больной транспортируется домой транспортом поликлиники, где наблюдается лечащим врачом в условиях стационара на дому. Остальные пациенты, у которых тяжесть перенесенной операции не требует ограничений в физической активности, наблюдаются оперирующим хирургом амбулаторно. За период работы ЦАХ 1997–2004 гг. не отмечено ни одного серьезного послеоперационного осложнения, требующего госпитализации в стационар, ни одного инфекционного осложнения со стороны послеоперационной раны.

Для расчета стоимости лечения хирургических больных мы использовали данные, предоставленные Городской больницы кассой. Стоимость лечения хирургических больных [5] в стационаре складывается из:

- стоимости койко-дня (заработная плата, затраты на питание, медикаменты, мягкий инвентарь, хозяйственные расходы и т.д.) — на 2005 год в среднем по городу составила 273,15 рублей;
- стоимости операции (заработная плата, затраты на организацию операционной, медикаменты, инструментарий, шовный материал, амортиза-

ция оборудования и т.д.) зависит от нозологии и категории стационара; - анестезиологического пособия; - стоимости обследования пациента; - оплаты временной нетрудоспособности.

Для центра амбулаторной хирургии стоимость оперативного лечения такой же патологии складывается из:

- стоимости койко-дня в дневном стационаре (заработная плата, затраты на медикаменты, мягкий инвентарь, хозяйственные расходы и т.д.) — в 2005 году составила 76,75 рублей;
- стоимости операции (заработная плата, затраты на организацию операционной, медикаменты, инструментарий, шовный материал, амортизация оборудования и т.д.);
- стоимости койко-дня в стационаре на дому (74,83 рубля);
- анестезиологического пособия;
- стоимости обследования;
- оплаты временной нетрудоспособности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С внедрением в практику центров амбулаторной хирургии, появилась реальная возможность сокращения стоимости операций. Из приведенных выше данных видна существенная разница в стоимости койко-дня в стационаре и стационарозамещающих структурах (дневной стационар и стационар на дому) — в 3,5 раза. Кроме того, в ЦАХ отсутствуют предоперационные койко-дни, послеоперационная госпитализация проводится не во всех случаях и составляет для дневного стационара 1 койко-день, для стационара на дому — 5–7 койко-дней. Для данного исследования были взяты показатели для городского стационара (категория В) и нашего центра (табл. 2). Стоимость оплаты временной нетрудоспособности не учитывалась. Экономическая эффективность рассчитана как разница между стоимостью услуг хирургической помощи в условиях стационара и ЦАХ в расчете на одну операцию.

Таким образом, за годы работы центра амбулаторной хирургии клинической поликлиники № 5 экономический эффект составил 3833811 рублей.

ВЫВОДЫ:

1. Наше исследование показало высокую экономическую эффективность работы центра, которая и далее будет расти при учете дальнейшего развития работы. Снижение стоимости лечения делает хирургическую помощь более доступной для пациентов.
2. Центр амбулаторной хирургии представляет перспективное направление в работе системы здравоохранения. Не являясь альтернативой стационару, ЦАХ демонстрирует перенос высоких тех-

Таблица 2

**Экономическая эффективность хирургической помощи в условиях ЦАХ
(в расчете на одну операцию)**

Нозология	Стоимость операции		Экономическая эффективность
	стационар	ЦАХ	
Герниопластика	3651,24	2370,85	1280,39
Венэктомия	2602,9	2311,76	291,14
Операция Бергмана	2285,4	1964,37	321,03
Операция Иванисевича	2285,4	1964,37	321,03
Циркумцизия	2285,4	826	1459
Иссечение копчиковой кисты	1777,2	552,55	1224,65
Пластика вросшего ногтя	1636	1027,42	608,58
Лигатурный свищ, гранулема	1777	751	1026
Иссечение ладонного апоневроза	4848,6	1121,39	3727,21
Рассечение кольцевидной связки	3570	839,80	2730,2
Пластика сухожилия	3168	1121,39	2046,61
Металлоостеосинтез	3401,4	1392,77	2008,63
Удаление металлических конструкций	2010	1155,12	854,88
Удаление мягкотканной опухоли, гигромы, атеромы	1636,14	562,5	1073,64

нологий медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3. Перенос части оперативных вмешательств в условия ЦАХ изменяет структуру коек в больницах и госпиталях, ускоряет социальную реабилитацию больных.
4. Лечение больных в условиях ЦАХ исключает возможность развития госпитальной инфекции, что показывает отсутствие инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.
5. Существенных различий в длительности временной нетрудоспособности пациентов, оперированных в стационаре и в условиях ЦАХ, не выявлено, что является еще одним веским аргументом в экономической целесообразности орга-

низации стационарозамещающих форм хирургического лечения.

6. Снижение стоимости операций благоприятно влияет на показатели диспансеризации населения (большая часть пациентов — лица трудоспособного возраста).
7. Лечение в условиях ЦАХ с последующим долечиванием в стационаре на дому является громадным психологическим фактором для пациентов, уменьшающим операционный стресс и ускоряющим послеоперационную реабилитацию.

Необходимость развития ресурсосберегающих технологий очевидна. Оперативное лечение в амбулаторных условиях — это перспективное направление современной хирургии, имеющее экономические, медицинские и социальные перспективы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Особенности оперативного лечения вентральных грыж в поликлинике /Сажин В.П., Сажин А.В., Коновалов А.С., Кравцов В.П. //Амбул. хирургия. — 2002. — № 1. — С. 16-17.
2. История развития амбулаторной герниологии /Новиков К.В. и др. //Амбул. хирургия. — 2002. — № 1. — С. 3-5.
3. Adler, M.W. Change in local clinical practice following on experiment in medical care: evaluation of evaluation /Adler M.W. //J. Epid. Com. Health. — 1978. — Vol. 32. — P. 143.
4. Даненков, А.С. Опыт работы центра амбулаторной хирургии /Даненков А.С. //Здравоохран. — 2002. — № 1. — С. 33-36.
5. Зелькович, Р. Разработка комплексных планов здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований /Зелькович Р., Исакова Л. //Метод. реком.

Соколовский В.С.

*Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Кафедра анестезиологии-реаниматологии,
г. Новокузнецк*

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Отсутствие стройной концепции развития здравоохранения России в период перехода к рынку доказывает не только сложность задач, с которыми столкнулись реформаторы, но и подтверждает положение о том, что внедрение государственно-страховой медицины в практику анестезиологии-реанимации, как в отрасли вообще, не может быть простым копированием накопленного опыта стран с развитой системой социальной защиты населения [1].

Парадоксально, но ни в одном регионе страны так и не был научно обобщен опыт работы по I и II формам бригадного подряда. В специальной же литературе имеются лишь единичные сообщения по данному вопросу, но и они посвящены преимущественно анализу показателей производственной деятельности отделений ИТАР [2].

Одним из важнейших достижений работы по II модели бригадного подряда явилось то, что фи-

нансовые взаимоотношения служб, отделений больниц стали базироваться на величине стоимости медицинских услуг, полученных пациентами и выраженных для каждой нозологии в виде медико-экономического стандарта (МЭС). Таким образом, МЭС стал предполагать не только определенный набор приемов, способов, методик диагностики, лечения для каждой категории больных, но и определять в конкретном денежном выражении величину стоимости объемов оказанной помощи при регламентированных сроках лечения пациентов [3, 4].

Работа здравоохранения в условиях I и II форм бригадного подряда повысили мотивацию к труду всех звеньев медицинского персонала отделений анестезиологии-реанимации, но сохранившийся остаточный принцип бюджетного финансирования отрасли не позволил улучшить состояние материально-технической базы ЛПУ и, следовательно, активно не повлиял на процесс внедрения новых, более прогрессивных технологий, методик в практику диагностики и лечения пациентов.

Цивилизованные рыночные отношения характеризуются наличием механизмов, свойственных саморегулирующим системам. В практике реанимации-анестезиологии эту роль призвана играть экспертная оценка качества оказанной специализированной помощи, но к этой малоизученной, сложной и щепетильной проблеме ИТАР ни отечественные исследователи, ни страховые организации, структуры и не приступали, а в практике реанимации используются инструкции, схемы больничных касс, страховых компаний, которые обладают свойствами двоякого толкования своих положений и грешат слабостью юридической проработки. Кроме того, несовершенство медицинского, налогового законодательства, юридический вакуум в правовых вопросах, определяющих взаимоотношения всех заинтересованных участников, не только сдерживают темпы, но и отрицательно влияют на социальные стороны результатов внедрения рыночных отношений в медицину [3, 5].

Цель исследования — разработать и внедрить в практику методику ценообразования и экспертной оценки реанимационных видов медицинской помощи пациентам для ЛПУ с учетом штатного расписания отделений, источников финансирования, величины индивидуальной нагрузки врача анестезиолога-реаниматолога, тяжести состояния больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Реаниматологический раздел работы включил в себя исследования, которые направлены на обоснование, разработку способа определения себестоимости курсов лечения пациентов в отделениях ИТАР в зависимости от тяжести их состояния, уровня компенсации функций органов и систем, способов и сроков лечения. Одновременно исследование предполагало создание такой методики ценообразования на реанимационные услуги, которая бы, с одной стороны, являлась достойной альтернативой существующей — с помощью медико-экономического стандарта (МЭС), а с другой стороны, позволяла бы выпол-

нять экспресс-экспертизу качества, объемов полученной пациентами специализированной помощи, обоснованности сроков лечения и размеров сумм, предъявляемых для оплаты за их медицинскую реабилитацию в отделениях ИТАР.

В основу предложенной нами методики оценки тяжести состояния больных отделений реанимации положена классификация пациентов [3, 5] по уровню компенсации у них функций компрометированных органов и систем (компенсированные больные — 1 балл, декомпенсированные больные, требующие консервативного лечения — 2 балла, декомпенсированные больные, требующие аппаратного замещения утраченных функций органов и систем — 3 балла), которая вносится в математическую формулу: $(C1 - C2) + 1 =$ индекс тяжести состояния больного — ИТСБ, где $C1$ — состояние больного на момент госпитализации, но с учетом динамики заболевания в процессе лечения; $C2$ — состояние пациента на момент выписки из ИТАР, а «1» — постоянная математическая величина.

Нами изучена оригинальной методикой структуры 178 больных по величине показателя ИТСБ, которые лечились, в общей сложности, на 35 койках различного профиля отделений ИТАР: общей реанимации — 2, токсикологической — 1, нейрореанимации — 1.

Накопление материала осуществлялось методом сплошной непреднамеренной выборки за один календарный месяц работы отделений реанимации больниц № 1, № 22, № 29 г. Новокузнецка и ТМО-1 г. Междуреченска.

Первичная документация по всем пролеченным больным включала в себя информацию о сроках их терапии в ИТАР, методах аппаратного замещения у пациентов утраченных функций органов, систем и конечные результаты, исходы лечения. При этом, интенсивность труда реаниматолога выражалась показателем КТУ — коэффициент трудового участия, который вычислялся умножением величины показателя ИТСБ каждого больного на количество койко-дней его лечения в ИТАР. Подлежали статистическому анализу и все случаи с летальными исходами пациентов в отделениях реанимации, но показатель КТУ врача за лечение каждого больного, вычислялся умножением показателя ИТСБ, равного 3 баллам, на количество койко-дней госпитализации его в ИТАР.

Статистическая обработка клинического материала выполнена на ИВЦ Новокузнецкого Департамента здравоохранения, а программное компьютерное обеспечение разработано совместно с сотрудниками кафедры медицинской кибернетики и информатики Новокузнецкого ГИУВа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все 178 пациентов, которые лечились в 4-х отделениях реанимации изученных больниц (№ 1, 22, 29 г. Новокузнецка и ТМО-1 г. Междуреченска), были классифицированы нами по тяжести их состояния

на три группы. Ведущим отличительным признаком при классификации больных отделений ИТАР явился уровень компенсации у них функций органов и систем, следовательно, в зависимости от реально полученных ими объемов лечения — аппаратное протезирование функций органов и систем, или интенсивная терапия, или активное наблюдение, обследованные компенсированной категории пациентов.

Анализ статистического материала, не только каждого отделения в отдельности, но и суммированного, доказал оправданность применения нами, при реализации цели и задач исследований, классификации больных реанимационного профиля с помощью оригинальной методики, т.е. по величине значения ИТСБ пациентов. Методика позволила изучить не только структуру больных отделений ИТАР и количественно определить, посредством показателя КТУ, уровень интенсификации труда врачей-реаниматологов по их лечению, но и выявить особенности работы медперсонала отделений, осуществить анализ конечных результатов лечения пациентов в зависимости от профиля, специализации ЛПУ.

Представленные в таблице результаты лечения 101 пациента с ИТСБ 3 балла доказывают, что в отделении нейрореанимации больницы № 29 доля больных, требующих аппаратного замещения утраченных функций органов и систем, наибольшая и составляет 97,1 % (33 пациента от числа пролеченных за месяц). Отделения реанимации больницы № 1 и ТМО-1 отличаются между собой по данному показателю на статистически недостоверную величину (47,7 % и 52,6 %), т.к. разница менее 5 %, но при этом имеют статистически достоверные различия по аналогичному параметру с отделениями нейрореанимации и токсикологической реанимации (39,5 %). Установлено, из 178 больных 101 пациент (56,7 %) лечился в изученных отделениях методами и способами аппаратного замещения функций органов и систем, которые за 422 койко-дня их госпитализации потребовали интенсивности труда реаниматологов, эквивалентные 1266 КТУ врача.

Группа наблюдений с ИТСБ 2 балла представлена в количестве 65 пациентов (36,2 %). Минималь-

ное количество больных, которым проводилось лечение в объеме интенсивной терапии, зарегистрировано по отделению нейрореанимации (1 пациент, 3 %). В отделениях ИТАР больниц № 1, 22 и ТМО-1 число больных составило 22 чел. (50 %), 25 чел. (58,2 %) и 17 чел. (29,6 %), соответственно. Таким образом, установлены статистически достоверные различия, которые указывают на то, что именно между группами клинических наблюдений пациентов с ИТСБ 2 балла наблюдается максимальное разобщение работы изученных отделений, не только по показателю доли больных, требующих интенсивной терапии, но и по уровню интенсивности труда реаниматологов по ее реализации и количеству койко-дней их лечения в ИТАР.

Классификация больных с помощью предложенной нами методики позволила выявить особенности работы отделений ИТАР и по лечению пациентов с показателем ИТСБ, равным 1 баллу. Установлено, что с увеличением количества нозологических форм заболеваний, по поводу которых в ЛПУ оказывается специализированная медицинская помощь больным и пострадавшим, увеличивается вероятность госпитализации в отделение реанимации больных в компенсированном состоянии, т.е. с ИТСБ 1 балл. Это утверждение доказывает цифровой материал, представленный в таблице. В отделение ИТАР ТМО-1, являющееся абсолютным монополистом в городе на все виды реанимационной помощи, госпитализируется 17,6 % больных в компенсированном состоянии, которые требуют, как правило, дополнительных методов, способов диагностики своих заболеваний под интенсивным наблюдением реаниматолога. Зарегистрированы единичные случаи госпитализации больных в компенсированном состоянии в отделения реанимации больниц № 1 и № 22, но они не повлияли на результаты исследований, т.к. не составили статистически значимую величину (2,3 %).

Статистическому анализу подлежали и все случаи летальных исходов лечения пациентов в изученных отделениях реанимации, но при этом они были отнесены к группе наблюдений с показателем ИТСБ, равным 3 баллам. Именно такой подход позво-

вил убедительно доказать не только информативность методики оценки тяжести состояния больных, но и целесообразность ее использования для оценки соответствующих показателей деятельности отделений ИТАР, ибо полученные результаты согласуются с данными специальной литературы по этому вопросу [6, 7].

Исследование методом вариационной статистики показателей сроков лечения и уровня интенсивности труда врачей-реаниматологов по их реализации позволило выявить разрешающие способнос-

Таблица
Количественные значения результатов исследований

Исследуемые параметры	Отделения реанимации лечебных учреждений				
	№ 1	№ 22	№ 29	ТМО-1	Итого
Число больных с ИТСБ 3 балла	21 (47,7)	17 (39,5)	33 (97,1)	30 (52,6)	101 (56,7)
Число проведенных койко-дней	78	71	163	110	422
Сумма КТУ врачей	234	213	489	330	1266
Число больных с ИТСБ 2 балла	22 (50)	25 (58,2)	1 (3)	17 (29,6)	65 (36,2)
Число проведенных койко-дней	74	56	2	33	165
Сумма КТУ врачей	148	112	4	66	330
Число больных с ИТСБ 1 балл	1 (2,3)	1 (2,3)	-	10 (17,6)	12 (7,1)
Число проведенных койко-дней	3	1	-	17	21
Сумма КТУ врачей	3	1	-	17	21
Всего больных	44	43	34	57	178
Число проведенных койко-дней	155	128	165	160	608
Сумма КТУ врачей	385	326	493	413	1617

Примечание: В скобках приведено процентное соотношение к общему числу больных.

ти использованного нами способа математического выражения и классификации больных не только по уровню компенсации у них функций органов и систем, но и от объемов реально полученного лечения. Результаты исследования, представленные в таблице, позволили установить, что показатель КТУ каждой группы больных является более информативным показателем, чем показатель сроков лечения пациентов в ИТАР. Это дает все основания для использования величины показателя КТУ при расчетах стоимости курса лечения пациентов в отделениях реанимации, но уже с учетом величины индекса тяжести их состояния.

Формула для расчета стоимости курса лечения пациентов в отделении реанимации базируется на величине его среднемесячного бюджета, но при этом учитывается показатель КТУ не только соответствующей группы больных, но и количество КТУ, которое отражает интенсификацию труда реаниматологов по лечению всех больных отделения ИТАР за месяц. В качестве клинического примера приводим расчеты стоимости курса лечения больных по отделению реанимации клинической больницы № 1 г. Новокузнецка, и для этого мы использовали данные, представленные в таблице. Информация о годовом бюджете отделения ИТАР получена от экономической службы ЛПУ.

$$\text{Стоимость курса лечения пациента с ИТСБ 3 балла} = \frac{Б \times К_3}{К \times N}, \text{ где:}$$

Б — величина среднемесячного бюджета отделения, без учета стоимости основных фондов и % амортизации; K_3 — сумма КТУ реаниматологов по лечению больных с ИТСБ 3 балла; К — сумма КТУ реаниматологов за лечение всех пролеченных больных в ИТАР за месяц; N — количество пролеченных за месяц больных с величиной показателя ИТСБ 3 балла.

Таким образом, исследованиями доказано, что оригинальная методика оценки тяжести состояния

больных позволяет отказаться от способа определения стоимости лечения в ИТАР больных с помощью медико-экономического стандарта. Сущность математической проверки правильности выполненных расчетов состояла в том, что если к стоимости курса лечения пациента с ИТСБ 2 балла прибавлялась стоимость сеансов, курсов способов, методов аппаратного замещения функций органов и систем, а преискуррант цен на них есть в каждом регионе, то получали суммы денежных средств, близкие по значению к величинам, которые рассчитывались с помощью математической модели для больных группы ИТСБ 3 балла. Рассчитанная с помощью математической модели стоимость курса лечения в ИТАР больного с ИТСБ 2 балла и есть величина стоимости, эквивалентная определенной с помощью медико-экономического стандарта, но при этом учитывается тяжесть состояния больных, объемы реально полученного ими лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Половинкин, П.В. Анестезиологическая практика в Шотландии /Половинкин П.В. //Анест. и реаним. — 1997. — № 2. — С. 68-72.
2. Киселев, А.А. Анализ структуры летальности в отделении анестезиологии-реанимации межрайонной больницы /Киселев А.А., Трещеткин В.А. //Тез. докл. XI-го Всерос. пленума правл. общ. и фед. анест. и реаниматол. — Омск, 1997. — С. 143.
3. Гришин, В.В. Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования /Гришин В.В. //Здравоохран. — 1997. — № 1. — С. 35-44.
4. Острейков, И.Ф. Некоторые вопросы совершенствования анестезиологической и реанимационной помощи детям /Острейков И.Ф., Маркелова Э.Б., Жупан Е.Е. //Анест. и реаним. — 1992. — № 4. — С. 62-63.
5. Закирова, С.А. К методологии исследования стоимости и цены медицинских услуг /Закирова С.А. //Здравоохран. РФ. — 1995. — № 3. — С. 18-22.
6. Основы реаниматологии /Под ред. В.А. Неговского: 3-е изд. — Ташкент, 1977. — 600 с.
7. Рябов, Г.А. Критические состояния в хирургии /Рябов Г.А. — М., 1979. — 320 с.

Тутельян В.А., Позняковский В.М., Парамонова Е.С.

Российская академия медицинских наук,

Институт питания РАМН,

г. Москва,

Кемеровский технологический институт пищевой промышленности,

Территориальное управление в сфере защиты прав потребителей

и благополучия человека по Кемеровской области,

г. Кемерово

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ПИТАНИЯ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОДУКТОВ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ БАД, В ПИТАНИИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

В рамках государственной концепции «Здоровое питание населения России до 2005 года», одобренной Постановлением Правительства РФ

№ 917 от 10.08.1998 г., выполнены ряд кардинальных мер по улучшению качества пищевых продуктов и структуры питания, приведение ее в соответствие с

физиологическими потребностями человека в основных пищевых веществах и энергии. Эти задачи также поставлены как приоритетные при выполнении Кузбасской региональной программы «К здоровью — через питание», впервые разработанной и реализуемой Кемеровским технологическим институтом пищевой промышленности совместно с Администрацией и службой госсанэпиднадзора Кемеровской области.

Такие программы разрабатываются в рамках международной организации здравоохранения и выполняются в других регионах страны. Среди пищевых веществ, необходимых для нормального обеспечения жизненно важных функций организма, особая роль принадлежит микронутриентам: витаминам и минеральным веществам, другим биологически активным веществам и многочисленным минорным компонентам пищи.

В настоящее время глубокая недостаточность микронутриентов встречается редко. Вместе с тем, проблема оптимального обеспечения населения незаменимыми пищевыми веществами далека от своего решения, о чем свидетельствует распространение скрытых пищевых дефицитов, маргинальных состояний и, так называемых, алиментарных (неинфекционных) заболеваний (В.И. Покровский, Г.Г. Онищенко, В.А. Тутельян, В.В. Спиричев и др.).

Известно, что хронический дефицит в питании витаминов и минеральных веществ носит в настоящее время всесезонный характер, и является постоянно действующим на здоровье человека вредным фактором — снижается работоспособность, сопротивляемость простудным и инфекционным заболеваниям, усиливается воздействие на организм вредных факторов окружающей среды, увеличиваются потери рабочего времени и непроизводственные расходы по нетрудоспособности, что в целом приводит к неоправданному социальному и экономическим потерям.

В настоящее время становится очевидным, что наиболее рациональным и эффективным путем улучшения обеспеченности населения незаменимыми нутриентами является дополнительное обогащение ими пищевых продуктов и использование в питании биологически активных добавок к пище (БАД). Об этом свидетельствуют накопленный мировой опыт и достижения отечественной науки (В.А. Тутельян, В.Б. Спиричев, Л.Н. Шатнюк, В.М. Позняковский, Ю.П. Гичев, В.А. Дадали и др.).

Огромный вклад в разработку идеологии здорового питания и пищевых продуктов различной функциональной направленности внес выдающийся советский ученый-биохимик, академик АМН СССР Алексей Алексеевич Покровский, работы которого в этой области развиваются и дополняются его учениками, в т.ч. коллективом ученых Института питания РАМН, возглавляемым академиком РАМН В.А. Тутельяном.

КРИЗИС ПИТАНИЯ

По своей основной сути, рацион современного человека сложился около 400 лет назад. Вместе с тем, набор продуктов всегда носил классовый ха-

рактер (бедные и богатые), зависел от географических условий проживания, религиозных традиций и обычаев, целого ряда других факторов.

Существенные изменения в области питания начались с середины 20-го века. Каковы же основные причины кризиса питания?

Снижение энергозатрат и пищевой плотности рациона. В настоящее время энергозатраты человека в большинстве экономически развитых стран достигли критического уровня и составляют 2,2–2,5 ккал. Это связано с механизацией и автоматизацией труда, как на производстве, так и в быту. При этом значительно снизилась пищевая плотность рациона, характеризующаяся содержанием питательных веществ в единице ккал. Такой рацион не в состоянии обеспечить организм человека необходимыми нутриентами и энергией.

Переизбыток, избыточная масса тела и ожирение. Избыточным весом страдают около 50 % женщин, 30 % мужчин и 12 % детского населения. Установлена прямая и достоверная связь между ожирением и такими заболеваниями «цивилизации», как гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, сахарный диабет, злокачественные новообразования. При этом значительный процент излишней калорийности обусловлен чрезмерным употреблением сахара, алкоголя, других «пустых» по питательной ценности пищевых продуктов, о которых более подробно будет сказано ниже.

Недоедание и голод. Ежедневно в мире от голода умирают около 35 тыс. человек, главным образом в развивающихся странах с низким уровнем экономики и прожиточного минимума. Наибольшее количество — дети.

Нерациональное питание. Характеризуется избыточным потреблением животных жиров, полисахаридов на фоне недостаточного содержания животных белков, растительных жиров, овощей и фруктов. При этом следует отметить, что та пища, которую употребляли наши предки (мясо диких животных, дикие растения), в значительной степени превосходила по своей питательной ценности современные источники мясного сырья и культивируемые растения, особенно по минорным компонентам пищи.

Низкий уровень калорийности рациона и его разбалансированность по основным пищевым веществам являются причиной дефицита практически всех жизненно-важных витаминов, макро- и микроэлементов, полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон. Недостаточность незаменимых нутриентов носит всесезонный характер и является постоянно действующим вредным фактором, отрицательно влияющим на здоровье человека. В качестве примера можно привести программы Всемирной организации здравоохранения и Организации объединенных наций по преодолению йодной недостаточности, витаминного дефицита, железодефицитных состояний и др.

Употребление в пищу консервированных, рафинированных, подвергнутых технологической обработке и хранению продуктов питания. Бурное развитие новых технологий переработки сырья, про-

изводства и хранения пищевых продуктов привело к значительному снижению содержания в рационе современного человека нативных продуктов питания.

Жесткие технологические режимы обработки и хранения лишают пищу важнейших биологически активных веществ, к потреблению которых наш организм приспособлялся тысячелетиями. Примером может служить сравнительное содержание микронутриентов в рафинированном и первичном сахаре (табл. 1) или содержанием основных пищевых веществ в неполированном (коричневом) и белом рисе (табл. 2).

Таблица 1
Содержание микронутриентов в рафинированном и первичном (коричневом) сахаре, мг/100г

Состав		Рафинированный сахар	Первичный сахар
Минеральные вещества	Кальций	0	85
	Фосфор	0	19
	Железо	1,0	3,4
	Калий	3,0	344
Витамины	B ₁	0	0,01
	B ₂	0	0,02
	PP	0	0,2

Таблица 2
Содержание основных веществ в коричневом (неполированном) и белом рисе (на 100 г продукта)

Состав		Неполированный рис	Белый рис
Белок, г		13,3	10,5
Минеральные вещества	Кальций	32	24
	Фосфор	221	94
	Железо	1,6	0,8
	Калий	214	92
Витамины	B ₁	0,34	0,07
	B ₂	0,05	0,03
	PP	4,7	1,6

Другим показательным примером является потеря витамина С в овощах при хранении: салат кочаный и горошек зеленый за 1 день хранения теряют 30 % аскорбиновой кислоты, за 2 дня — 40 %, за 3 дня — 50 %, шпинат на 2-й день — 80 %. Картофель после 2-х месячного хранения теряет половину первоначального содержания витамина С, после 4-6 месяцев — 2/3.

Основными факторами, приводящими к недостаточности питания, являются низкая питательная ценность пищевых продуктов, недостаточные знания, низкий уровень культуры питания, неполноценный разбалансированный рацион; недостаточность питания, низкая покупательская способность, бедность, низкий уровень биодоступности нутриентов, неправильные и вредные привычки в области питания. Наряду с вышеперассмотренными, к ним относятся низкий уровень биодоступности поступающих с пищей некоторых нутриентов, недостаточные знания в области рационального питания, низкий уровень культуры, в т.ч. культуры питания, низкая покупательская способность, бедность (доступность

к необходимой «продовольственной корзине»), неправильные и вредные привычки в области питания.

Проблемы питания современного человека тесно связаны с вопросами качества и безопасности пищевых продуктов. Понятие качества подразумевает интегральную совокупность свойств, способных удовлетворить через этот продукт необходимые потребности человека.

Приоритетными показателями качества являются органолептические достоинства продукта, пищевая ценность и безопасность. Последний показатель связан с возможностью загрязнения продовольственного сырья и пищевых продуктов ксенобиотиками химического и биологического происхождения в связи с изменениями экологической обстановки, антропогенным воздействием, применением неразрешенных пищевых добавок, стимуляторов или ингибиторов в растениеводстве и животноводстве, влиянием целого ряда других факторов.

Перечень этих веществ и уровень загрязнения ими пищевой продукции регламентируется действующими санитарными правилами и нормами. Важное внимание в этой связи уделяется генетически модифицированным источникам пищи.

Накопленный в настоящее время опыт и обобщение имеющихся результатов по рассматриваемому вопросу позволили определить следующие важнейшие нарушения пищевого статуса населения России:

- избыточное потребление животных жиров;
- дефицит полиненасыщенных жирных кислот;
- дефицит полноценных (животных) белков;
- дефицит практически всех жизненно важных витаминов: С, В₁, В₂, фолиевой кислоты, ретинола, Е, бета-каротина и др.;
- дефицит минеральных веществ: Са, Fe;
- дефицит микроэлементов: I, F, Se, Zn;
- дефицит пищевых волокон.

Особо важное значение приобретает проблема хронического дефицита микронутриентов и, так называемых, минорных компонентов пищи. Массовые обследования обеспеченности микронутриентами различных групп населения (детей дошкольного возраста, учащихся общеобразовательных школ и профтехучилищ, студентов высших учебных заведений, беременных женщин и работников различных профессий в различных регионах страны), проводимые Институтом питания РАМН начиная с 1983 г., результаты обследований других авторов однозначно свидетельствуют о крайне недостаточном потреблении витаминов и ряда минеральных веществ (железо, йод, кальций и др.) у значительной части населения России.

Особенно неблагоприятно обстоит дело с витамином С, недостаток которого, по обобщенным данным, выявляется у 80-90 % обследуемых людей, а глубина дефицита достигает 50-80 %. У 40-80 % недостаточно обеспеченность витаминами В₁, В₂, В₆, фолиевой кислотой, 40-50 % испытывают недостаток каротина (табл. 2).

Дефицит витаминов и упомянутых выше минеральных веществ является в настоящее время наи-

более распространенным и, одновременно, наиболее опасным для здоровья отключением питания от рациональных, физиологически обоснованных норм.

Обобщение всех имеющихся данных, базирующихся на результатах клинико-биохимических исследований нескольких тысяч человек из различных регионов страны, позволяет следующим образом охарактеризовать ситуацию с обеспечением детского и взрослого населения витаминами [1]:

- выявляемый дефицит затрагивает не один какой-то витамин, а имеет характер сочетанной недостаточности витаминов С, группы В и каротина, т.е. является полигиповитаминозом;
- дефицит витаминов обнаруживается не только весной, но и в летне-осенний, наиболее, казалось бы, благоприятный период года и, таким образом, является постоянно действующим неблагоприятным фактором;
- у значительной части детей, беременных и кормящих женщин поливитаминный дефицит сочетается с недостатком железа, что является причиной широкого распространения скрытых и явных форм витаминно-железодефицитной анемии;
- как правило, поливитаминный дефицит сочетается с недостаточным поступлением йода, селена, кальция, фтора и ряда других макро- и микроэлементов;
- дефицит микронутриентов выявляется не у какой-то ограниченной категории детей и взрослых, а является уделом практически всех групп населения во всех регионах страны.

Таким образом, недостаточное потребление микронутриентов является массовым и постоянно действующим фактором, оказывающим отрицательное влияние на здоровье, рост, развитие и жизнеспособность всей нации.

Недостаточное потребление витаминов наносит существенный ущерб здоровью: снижает физическую и умственную работоспособность, сопротивляемость различным заболеваниям, усиливает отрицательное воздействие на организм неблагоприятных экологических условий, вредных факторов производства, нервно-эмоционального напряжения и стресса, повышает профессиональный травматизм, чувствительность организма к воздействию радиации, сокращает продолжительность активной трудоспособной жизни. Дефицит витамина С, каротина и других биоантиоксидантов снижает активность иммунной системы, является одним из факторов, повышающих риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Многочисленные исследования больших групп населения в различных странах свидетельствуют: чем меньше поступление с пищей этих витаминов, чем ниже их уровень в крови, тем больше частота атеросклероза и многих видов рака, тем выше смертность от этих заболеваний.

Дефицит витаминов у беременных и кормящих женщин, у которых потребность в этих пищевых веществах особенно велика, наносит существенный ущерб здоровью матери и ребенка, увеличивает

детскую смертность, является одной из причин недоношенности, нарушений физического и умственного развития детей. Особенно опасен в этом отношении дефицит фолиевой кислоты, наблюдаемый в настоящее время у 70-100 % беременных женщин.

Недостаточное поступление микронутриентов в детском и юношеском возрасте отрицательно сказывается на показателях физического развития, заболеваемости, успеваемости, способствует постепенному развитию обменных нарушений, хронических заболеваний и, в конечном итоге, препятствует формированию здорового поколения.

То же самое относится и к проблеме обеспечения здорового и больного человека недостающими минеральными веществами. Как уже упоминалось выше, поливитаминный дефицит во многих регионах Российской Федерации сочетается с недостаточным поступлением ряда макро- и микроэлементов: кальция, железа, селена и йода. Недостаточное потребление кальция повышает риск и тяжесть рахита у детей, постменопаузного остеопороза у женщин и старческого остеопороза у мужчин. Дефицит железа, наиболее часто встречающийся у детей и беременных женщин, является причиной широкого распространения скрытых (латентных) и явных форм железодефицитной анемии. Недостаток йода не только ведет к развитию эндемического зоба и повышает риск аденом щитовидной железы, но, одновременно, может являться одной из причин низкорослости, глухонемоты и нарушений умственной деятельности у детей и взрослых. Частота и тяжесть йоддефицитных состояний может усугубляться в случаях недостаточной обеспеченности организма витамином А и селеном, необходимыми для нормального усвоения йода щитовидной железой и обмена йодсодержащих тиреоидных гормонов.

Недостаточное поступление микронутриентов с пищей — общая проблема всех цивилизованных стран. Она возникла как неизбежное следствие снижения энерготрат и соответствующего уменьшения общего количества пищи, потребляемой современным человеком. В 1998 г. в Российской Федерации была сформирована и в дальнейшем реализована государственная концепция здорового питания населения на период до 2005 года, где определены приоритетные направления решений рассмотренных выше вопросов.

Достижения современной науки о питании и ее прогнозы позволяют определить питание человека 21-го века, состоящее из следующих основных блоков: традиционные (натуральные) продукты, натуральные продукты модифицированного (заданного) состава, биологически активные добавки к пище, генетически модифицированные источники пищи. Прилагаемые усилия в области решения проблем питания должны осуществляться как на федеральном, так и на региональном уровнях (В.А. Тутельян). Только такой государственный подход может обеспечить эффективность проводимых мероприятий, направленных на сохранение здоровья нации.

ПУТИ КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ

Коррекция питания и связанного с ним здоровья может осуществляться разными путями, с учетом целого ряда объективных и субъективных факторов: истории развития человека и человеческого общества, религиозных традиций, индивидуальных особенностей организма и т.д. На Земле нас 6 миллиардов и все мы питаемся по-разному.

В глубокой древности, около 20 тыс. лет назад, человек еще не был знаком с земледелием и скотоводством. Он добывал себе пищу охотой на диких животных, собиранием растений, плодов и ягод, т.е. был всеяден. То же самое можно сказать про человека Эпохи палеолита (его возраст насчитывает около 16 тыс. лет) и первых городских жителей Земли, проживавших в самом древнем городе — Иерихоне, возникшем на месте впадения реки Иордан в Мертвое море около 10 тыс. лет назад. Именно с этого города началось необратимое шествие цивилизации, возникновение более высоких форм общественных организаций, которые сопровождалось одомашниванием животных, возделыванием пшеницы и ячменя, возникновением первых способов переработки животного и растительного сырья. Очевидно, с этого периода начались первые изменения структуры питания, созданной самой гармонией природы и естественным отбором ее обитателей.

Бурный социально-экономический прогресс человеческого общества во второй половине XX века внес серьезные изменения в питание современного человека. Широкое распространение получили так называемые алиментарные (неинфекционные) заболевания, связанные с дефицитом незаменимых пищевых веществ, синтез которых человеческий организм утратил в процессе своей эволюции. Стало совершенно очевидным, что обеспечить потребности человека в этих веществах за счет обычного рациона представляется невозможным, учитывая преимущественное потребление консервированной, подвергнутой кулинарной обработке и хранению пищи.

Естественно, что в этом случае важное значение имеют разработка и внедрение прогрессивных технологий переработки продовольственного сырья и производства пищевых продуктов, обеспечивающих максимальную сохранность эндогенных нутриентов, развитие новых биотехнологий получения генетически модифицированных источников пищи

с заданными свойствами (высоким содержанием отдельных витаминов, макро- и микроэлементов, других незаменимых пищевых веществ, удлиненным сроком хранения, нужным цветом, запахом и др.).

Существенная роль в профилактике недостаточности питания принадлежит включению в рацион натуральных продуктов питания. Вместе с тем, одни из них могут быть источником совершенно определенных нутриентов: витаминов, минеральных веществ и т.д. (овощи, фрукты), другие продукты содержат совершенно другой перечень незаменимых пищевых веществ (мясо, растительные жиры, злаковые, бобовые культуры и др.).

Простое увеличение потребления продуктов питания неизбежно приводит к избыточной калорийности рациона, появлению лишней массы тела и развитию целого ряда сопутствующих заболеваний.

Таким образом, составить рацион из имеющихся натуральных продуктов с энергетической ценностью, не превышающей 2500-3000 ккал, полностью удовлетворяющий потребность в незаменимых пищевых веществах, оказывается практически невозможным.

Одним из эффективных путей коррекции питания и здоровья является использование в питании биологически активной добавки к пище — витаминов, минеральных веществ, других жизненно-важных нутриентов, а также их разнообразных комплексов. Однако таким способом восполняют недостаток в питании всего 5-10 % населения нашей страны.

Другим, не менее надежным путем, гарантирующим решение этой проблемы, является регулярное включение в рацион пищевых продуктов, обогащенных необходимыми нутриентами.

Немаловажное значение в эффективности использования БАД и обогащенных ими продуктов питания имеет базовый рацион, содержащий физиологически обоснованный минимум основных пищевых веществ, а также активный образ жизни, занятия физкультурой, спортом, культура питания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Политика здорового питания. Федеральный и региональный уровни /В.И. Покровский Г.А. Романенко, В.А. Княжев и др. — Новосибирск, 2002. — 344 с.
2. Спиричев, В.Б. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. Наука и технология /В.Б. Спиричев, Л.Н. Шатнюк, В.М. Позняковский. — Новосибирск, 2004. — 548 с.

Рынза О.П.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ СТЕРЕОТИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Благополучие населения во многом зависит от обеспеченности его полноценным питанием. К сожалению, рацион современного челове-

ка характеризуется несбалансированностью основных пищевых веществ и дефицитом биологически активных, что сопровождается снижением защит-

ных сил организма, повышением риска неблагоприятного воздействия вредных факторов окружающей среды, формированием синдрома хронической усталости, снижением умственной и физической работоспособности [1, 2, 3]. Для научно обоснованного подхода к возможным путям управления питанием населения целесообразно предусматривать установление роли факторов в его формировании [4, 5].

Цель исследования — оценить факторы, влияющие на формирование стереотипов пищевого поведения у лиц молодого возраста, проживающих на территории с экологическим неблагополучием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованием охвачено 127 человек в возрасте от 18 до 27 лет, в том числе 77 женщин и 50 мужчин, являющихся студентами и ассистентами различных кафедр медицинской академии и механических специальностей технологического института пищевой промышленности. Данные получены путем анонимного анкетирования с добровольного согласия респондентов, с использованием специально разработанной анкеты, содержащей вопросы по выявлению ряда факторов, влияющих на стереотипы пищевого поведения молодежи. Стереотипы пищевого поведения (СПП) выделяли по предпочтению и избирательному потреблению основных видов пищевых продуктов. Статистическая обработка материала проводилась с использованием факторного анализа, методом главных компонент на ПЭВМ по прикладным программам пакета «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Главным при выборе продуктов питания для 93,3 % опрошенных является их вкусовая привлекательность. 56,1 % респондентов учитывают свои финансовые возможности при формировании ежедневной «пищевой корзины», и стоимость продукта имеет для них существенное, можно даже сказать первостепенное, значение. Место изготовления пищевой продукции особо важно для 10,7 %, все они отдают предпочтение «отечественным». Ориентируются при выборе пищевых продуктов на их внешний вид, оформление, упаковку 38,7 % молодых лиц. При этом на биологическую ценность (количество белков, жиров, витаминов и т.п.) обращают внимание лишь 24,2 %. Из них, 90,4 % считают себя достаточно информированными в вопросах питания и являются представителями медицинской академии. Возможно, отсутствие заинтересованности представителей механических специальностей технологического института пищевой промышленности в биологической ценности потребляемых продуктов обусловлена недостаточной информированностью в вопросах рационального питания.

Рекламу сегодня можно считать путеводителем большей части населения мира. «Давление рекламы» является ведущим фактором в формировании пищевого поведения отдельных групп населения [5], в том числе и современной молодежи, что не может не настораживать. 21,3 % респондентов от-

метили как один из главных факторов, определяющих их выбор, широкую рекламу продукта. Поэтому рекламодателям нужно помнить, что она может и должна нести знания о функциональных свойствах пищевых продуктов, при этом нельзя допускать необъективной, вводящей в заблуждение информации [6].

Установлено, что суммарные доли вкладов всех факторов составляют 69,3 %, при этом доля вклада пола составила 5,3 %, возраста — 6,9 %, образования — 7,1 %, индивидуального месячного дохода — 10,8 %, информированности в вопросах правильного питания — 7,4 %, семейного положения — 7,1 %, соблюдения диет — 3,4 %, профессиональной принадлежности — 6,2 %, субъективной оценки состояния здоровья — 9,9 %, условий проживания — 5,2 %.

Наибольшую долю вкладов в формирование пищевого поведения лиц молодого возраста вносит индивидуальный месячный доход (табл. 1). Нами отмечено недостаточное потребление пищи у 86,7 % лиц с низким доходом, к тому же при выборе продуктов никто из них не обращает внимания на биологическую ценность потребляемой продукции. Безусловно, рост цен в торговой сети приводит к тому, что продукты приобретаются населением без учета их биологической ценности, что приводит к дефициту белка (особенно животного происхождения), витаминов, минеральных веществ [7]. Но целесообразно отметить, что с повышением материального достатка наблюдается увеличение потребления мяса и мясopодуков, содержащих значительное количество животных жиров, кондитерских изделий. Даже у лиц с относительно высоким уровнем дохода было редким потребление изделий из молока и молочных продуктов, овощей и фруктов, рыбы и морепродуктов.

Выявленные нарушения позволяют предположить, что здоровое питание складывается не только из широкого ассортимента высокоценных в биологическом отношении и доступных для потребителя продуктов питания. Не менее значимы знания о полезных свойствах пищевых продуктов, рациональном питании и здоровом образе жизни [6]. Доля вклада такого фактора, как информированность в вопросах правильного питания, составила 7,4 %.

Формирование стереотипа пищевого поведения зависит также и от пола. Доля вклада составила 5,3 %. Для современной молодежи характерна углеводистая направленность питания, при этом среди мужчин в 3,6 раза чаще доминирует потребление макаронных изделий, хлебопродуктов, картофеля, чем среди женщин. Мужчины чаще, чем женщины, отдают предпочтение мясу и мясным продуктам, содержащим значительное количество животных жиров. К тому же, для 79,1 % опрошенных мужчин характерны «ударные пищевые нагрузки», т.е. прием значительных масс высококалорийной либо медленно перевариваемой пищи, особенно во второй половине дня и вечером [4], в то время как у представительниц женского пола данное явление отмечено в 46,2 % случаев. Среди женщин отмечен значи-

тельный процент «сладкоежек» (61,7 %). Потребление сахара и кондитерских изделий у них в 2,8 раза больше, чем у мужчин. Но при этом женщины чаще потребляют рыбу, овощи и фрукты.

Литературные данные последних лет свидетельствуют, что с возрастом человек начинает любить здоровую пищу, причем не только потому, что становится мудрее. Исследователи обнаружили, что люди более зрелого возраста чаще, чем молодежь, предпочитали горьковатые, зеленые и оранжевые овощи и гораздо реже обращались к сладостям [8]. Вероятно, молодому растущему организму требуется много энергии, поэтому молодым людям хочется сладкого и жирного. Потом потребность в энергии снижается и человек познает прелесть низкокалорийных продуктов. Нами отмечено, что для лиц в возрасте от 24 до 29 лет менее характерна углеводистая направленность, они чаще потребляли овощи и фрукты, молоко и молочные продукты. А рационы лиц в возрасте от 18 до 23 лет богаты макаронными изделиями, картофелем, хлебопродуктами, мясом жирных сортов, копчеными изделиями, колбасами, кондитерскими изделиями, и бедны наиболее ценными в биологическом плане продуктами. Целесообразно отметить, что у 79,8 % лиц в возрасте 18-23 лет отмечено двух-, реже трехразовое питание, а у 67,2 % из них — «ударные пищевые нагрузки». Все это, безусловно, отрицательно сказывается на здоровье растущего поколения. И уже в группе 24-29 лет мы наблюдаем значительный процент (58,7 %) заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Нельзя забывать и о том, что состояние здоровья, в свою очередь, оказывает выраженное влияние на уровень потребления основных пищевых продуктов. Доля вклада субъективной оценки состояния здоровья в формирование пищевого поведения у лиц молодого возраста составила 9,9 %. Большая часть лиц, имеющих заболевания различной этиологии, не придерживалась диеты, что, скорее всего, можно объяснить наличием компенсаторных механизмов молодого организма и неосознанным подходом к своему здоровью и последствиям развивающейся патологии. Но 27,7 % респондентов на момент опроса придерживались диеты, 96,4 % из них исключали из своего рациона высококалорийные, жирные продукты и жиры вообще (в том числе и растительные масла) с целью быть физически привлекательными.

Данный факт нельзя назвать благоприятным, так как резкое снижение в питании количества жира может неблагоприятно отразиться на психологическом состоянии, сопровождаясь возникновением тревожно-напряженного состояния, появлением чувства страха, возрастанием уровня гнева [2]. А при недостаточном поступлении полиненасыщенных жирных кислот (основным источником которых является растительное масло) снижается интенсивность роста и устойчивость к неблагоприятным внешним и внутренним факторам, ухудшается состояние кожи, нарушается деятельность сердечно-со-

судистой системы, угнетается репродуктивная функция [9]. Целесообразно отметить, что 98,3 % из них составили женщины. Конечно, соблюдение диеты определяет перечень потребляемых индивидом продуктов, формируя у него пищевые привычки. Доля вклада данного фактора — 3,4 %.

Значительное влияние на потребление пищи оказывает образование (7,1 %). Результаты нашего исследования показали, что чаще недостаточное потребление и несоблюдение режима питания имеют лица, получающие или имеющие среднее образование, а также учащиеся первого года обучения института и академии. На формирование стереотипа пищевого поведения молодых лиц определенное влияние (6,2 %) оказывает и вид получаемого образования, так называемая профессиональная принадлежность. Среди 78,5 % представителей механических специальностей технологического института пищевой промышленности доминирует потребление макаронных изделий, хлебопродуктов, картофеля, кондитерских изделий, круп (рис), при сниженном потреблении рыбных, мясных, молочных продуктов, овощей и фруктов, тогда как процент представителей медицинской профессии, имеющих данный стереотип пищевого поведения, составил 48,7 %.

Что касается такого фактора, как семейное положение, то наибольшее отличие наблюдается в способе приготовления пищи. Среди незамужних (холостых) употребление всухомятку пищи, приготовленной «на скорую руку», продуктов быстрого приготовления, бедных витаминами и минералами, более распространено. Кроме того, среди замужних (женатых) чаще распространено употребление рыбы и морепродуктов.

Определенное влияние на пищевое поведение (5,2 %) оказывают и условия проживания. Питание лиц, проживающих дома с родителями, и тех, кто проживает в общежитии, отличается. Пищевые рационы у респондентов при проживании в общежитии менее разнообразны, часто используются лапша быстрого приготовления, булочки, хлеб (обычно белый пшеничный), картофель, сосиски, значительно реже используются фрукты и овощи, рыба и морепродукты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на формирование стереотипов пищевого поведения у лиц молодого возраста оказывает влияние комплекс факторов, которые необходимо учитывать при научном обосновании системы мер по приобщению молодого поколения к рациональному питанию, определяющему здоровье и сохранение генофонда нации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Доценко, В.А. Теоретические и практические проблемы питания здорового и больного человека /В.А. Доценко //Вопр. питания. — 2004. — № 6. — С. 36-39.
2. Alterations in mood after changing to a low-fat diet /Wells Anita S., Read Nicholas W., Langhorne Jonathan D.E., Ahluwalia N.S. //Brit. J. Nutr. — 1998. — Vol. 79, N 1. — P. 23-30.

3. Доценко, В.А. Болезни избыточного и недостаточного питания: Уч. пособ. /В.А. Доценко. – СПб., 2004. – 111 с.
4. Михайлуц, А.П. Гигиеническая оценка фактического питания населения в условиях экологического неблагополучия: Метод. реком. /А.П. Михайлуц, Н.Ю. Шибанова, Г.В. Жимкова. – Кемерово, 2000. – 61 с.
5. Михайлуц, А.П. Методические подходы к гигиенической оценке питания населения в регионах с экологическим неблагополучием /А.П. Михайлуц, Е.М. Ситникова, Г.В. Жимкова //Тез. междунар. симп. «Федер. и регион. аспекты гос. политики в обл. здор. питания». – Кемерово, 2002. – С. 28-30.
6. Покровский, В.И. Реализация государственной политики здорового питания и проблемы улучшения демографической ситуации в России /В.И. Покровский //Матер. междунар. симп. «Федер. и регион. аспекты политики здор. питания». – Новосибирск, 2002. – С. 5-6.
7. Качество питания населения /Е.Я. Долгушина и др. //Здор. насел. и окруж. среда г. Кемерово. – Кемерово, 2004. – С. 270-300.
8. Булгакова, И.В. Секреты стройной фигуры /И.В. Булгакова. – Ростов-на-Дону, 2001. – 192 с.
9. Воробьев, В.И. Организация оздоровительного и лечебного питания /В.И. Воробьев. – М., 2002. – 448 с.

Шибанова Н.Ю., Громов К.Г.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра гигиены труда и гигиены питания,
г. Кемерово*

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕРЕОТИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ШАХТЕРОВ КУЗБАССА

Обеспечение здоровья населения страны – одно из приоритетных направлений деятельности Государства. Питание в этой системе является важнейшим рычагом, обеспечивающим поддержание здоровья, работоспособности, творческого потенциала нации [1]. В социально-экономических условиях России, сложившихся к началу XXI столетия, формирование государственной политики в области здорового питания является не только современной, но и жизненно необходимой задачей, поскольку неадекватное физиологическим потребностям организма питание представляет сегодня угрозу национальной безопасности страны [2].

Кузбасс стал первым регионом России, в котором разработана региональная программа «К здоровью – через питание». Ее реализация предусматривает мониторинг пищевого статуса отдельных групп населения, пропаганду здорового образа жизни, в том числе культуры питания, а также разработку на этой основе эффективных и экономически обоснованных мероприятий по обеспечению населения полноценным питанием.

Кузбасс – крупнейший угольный бассейн России, характеризующийся интенсивным развитием горнодобывающей промышленности и позитивными преобразованиями в социальной сфере. Ежегодно открываются новые шахты и разрезы, реконструируются действующие. Увеличивается число людей, занятых в угольной индустрии. Однако предпринимаемые технические, технологические и экономические меры не приводят к существенному снижению заболеваемости и травматизма шахтеров, что свидетельствует, с одной стороны, об их недостаточности, а с другой стороны, о необходимости комплексного подхода в решении этой проблемы.

В связи с тяжелыми условиями труда, воздействием вредных факторов производства и широким распространением профессиональных заболеваний особое значение для горняков приобретает фактор

питания. Однако в годы экономических преобразований, проводимых в России, была утрачена существовавшая в советское время система организованного подземного питания. Решая проблему питания шахтеров, в первую очередь, необходимо сконцентрировать внимание на профилактике этих заболеваний, повышении их активности и работоспособности, так как в организм подземного рабочего каждую смену попадает 12-14 г угольной пыли, которую человек вдыхает или заглатывает [3, 4].

Обширные исследования фактического питания шахтеров, ранее выполнявшиеся в Донецком, Карагандинском, Канско-Ачинском угольных бассейнах, выявили значительные отклонения от рекомендуемых норм рационального питания.

Важно отметить, что данных по Кузнецкому угольному бассейну не накоплено. Вместе с тем, этот регион по климатическим условиям, структуре и традициям питания значительно отличается от обследованных угольных бассейнов.

Учитывая вышеизложенное, **целью наших исследований** стала гигиеническая оценка особенностей пищевого поведения шахтеров Кемеровской области.

Изучение имело выборочный характер с соблюдением репрезентативности, проводилось с использованием анкетно-опросного метода при оценке пищевого поведения и метода 24-часового суточного воспроизведения при оценке фактического питания [5].

Всего опрошено 288 подземных рабочих шахт «Березовская» и «Первомайская» в г. Березовском Кемеровской области. Возраст большинства обследованных составил от 30 до 49 лет (68 %), остальные были моложе (9 %) и старше (23 %). Подземный стаж составил: менее 5 лет – 20 %, 5-10 лет – 24 %, 11-15 лет – 22 %, 16-20 лет – 14 %, более 20 лет – 20 %.

Пищевое поведение любого индивида всегда представляет собой компромисс между знаниями

человека о правильном питании и возможностями их реализации на практике.

При изучении особенностей режима питания шахтеров нами определено, что недостаточную кратность приема пищи имеют 68 % работающих в шахте. Так, 1-2 раза в день пищу потребляют 5 % опрошенных, 2-3 раза в день — 63 %, 3-4 раза в день — 32 %.

Практически все шахтеры отмечали нерегулярность своего питания, которая характеризовалась несоблюдением интервалов между приемами пищи, отсутствием установленного времени приема пищи, а также постоянным потреблением пищи непосредственно перед сном в дни работы в вечернее и ночное время.

Результаты исследований выявили низкую информированность в вопросах питания у работающих обеих шахт (табл.).

Таблица
Информированность подземных рабочих шахт "Березовская" и "Первомайская" в вопросах питания

Критерии субъективной оценки информированности в вопросе	Всего шахтеров		% в зависимости от возраста		
	абс.	отн.	20-29 лет	30-49 лет	старше 50 лет
Да, я достаточно знаю об этом	63	22	1	8	13
Нет, я мало знаю об этом	108	37	15	15	7
Я не знаю об этом ничего	117	41	25	8	8

Так, субъективно считают себя достаточно информированными в этом вопросе только 22 % респондентов. Подавляющее большинство шахтеров в принципе не имеют необходимых представлений о разумном пищевом поведении, способствующем элементарной защите организма от неблагоприятных факторов производственной среды. Нами установлено, что 37 % подземных рабочих мало информированы в вопросах питания, а 41 % из них вообще ничего не знают об этом. Также следует отметить, что молодые горнорабочие проявляют меньшую информированность в сравнении с более старшими по возрасту.

Исследования показали, что берут с собой еду в шахту 93 % работающих. При этом, 80 % из них делают это ежедневно, а оставшиеся, работая в вечернее и, особенно часто, в ночное время, не употребляют пищу под землей.

Организованное подземное питание рабочих не предусмотрено на обеих шахтах. При неорганизованном питании работающие чаще всего берут в шахту пшеничный хлеб (98 %), жировые продукты: сало-шпик (33 %), вареные колбасы (37 %), полукопченые колбасы (10 %), а также лук и чеснок (54 %). Таким образом, рационы неорганизованного питания однообразны и характеризуются недостаточным содержанием биологически активных веществ, клетчатки и пектинов и, следовательно, они выполняют только функцию восполнения затраченной энергии. Шахтерские пайки не могут в принципе выполнять связывающую и детоксицирующую функции.

Оценка продуктового набора шахтерских рационов выявила их углеводисто-жировую направленность. Ежедневно потребляют картофель, макаронные изделия, растительное и сливочное масла подавляющее большинство горняков. Это — основа шахтерского питания. Вместе с тем, особенности выбора пищевых продуктов позволяют предполагать дефицит полноценного белка в суточных рационах. Нами установлено, что мясные продукты ежедневно потребляют 85 % шахтеров, молочные — 32 %, рыбу — 2 %, яйца — 12 %. Недостаточно в шахтерских рационах и продуктов — источников витаминов и пищевых волокон. Включают в свой ежедневный пищевой рацион овощи 94 % респондентов, фрукты — 11 %, крупы — 12 %.

Следовательно, продуктовые наборы шахтерских рационов не соответствуют принципам рационального питания, не способствуют алиментарной защите организма от вредных факторов производственной среды. Они предопределяют дисбаланс в поступлении пищевых и биологически активных веществ. При этом недостаточная информированность в вопросах питания не позволяет шахтерам объективно оценить свое пищевое поведение. Только 44 % горняков заявили, что их рацион питания нуждается в пересмотре и изменении структуры.

Пищевое поведение представляет собой экономически зависимую категорию, существенно изменить которую позволит только достаточное количество материальных средств. Поэтому важно подчеркнуть, что 57 % нами опрошенных заявили, что не имеют достаточного количества материальных средств для организации полноценного питания. Использование биологически активных добавок к пище могло бы определенным образом увеличить потребление витаминов и минеральных веществ, компенсировать имеющийся дисбаланс в их поступлении, но результаты исследований показали, что лишь 32 % горнорабочих эпизодически принимают их.

Не могут способствовать поддержанию здоровья такие особенности образа жизни шахтеров, как курение и прием алкогольных напитков. О пристрастии к сигаретам заявили 78 % подземных рабочих, а 44 % из них признаются, что потребляют алкогольные напитки 1 раз в неделю и чаще.

Таким образом, работающие на угольных шахтах Кузбасса недостаточно информированы в вопросах питания, не умеют осуществлять правильный выбор необходимых продуктов питания, в целом, имеют нарациональные стереотипы пищевого поведения. Сложившаяся в настоящее время система питания горняков, без учета требований гигиенической науки, не может не отразиться на уровне потребления ими пищевых веществ и метаболической энергии. Необходимы разработка и внедрение

сбалансированных рационов организованного подземного питания, программ обучения шахтеров навыкам здорового питания. Без создания системы индивидуальной алиментарной защиты работающих от неблагоприятных факторов производственной среды невозможно решение проблемы снижения заболеваемости и травматизма на угольных шахтах Кузбасса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Политика здорового питания: Федеральный и региональный уровни /В.И. Покровский, Г.А. Романенко, В.А. Княжев и др. – Новосибирск, 2002. – 344 с.
2. Тутельян, В.А. Концепция оптимального питания /Тутельян В.А. //Политика здорового питания населения России: Матер. VII Всероссий. конгр. – М., 2003. – С. 524-525.
3. Ванханен В.Д. Гигиенические основы питания подземных рабочих угольных шахт /В.Д. Ванханен: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Донецк, 1970. – 58 с.
4. Ванханен, В.В. Гигиенические основы алиментарной профилактики заболеваний горнорабочих в экстремальных условиях глубоких шахт /В.В. Ванханен: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1991. – 32 с.
5. Батурин, А.К. Разработка системы оценки и характеристика структуры питания и пищевого статуса населения России /А.К. Батурин: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – 45 с.

Курилов К.С., Позняковский В.М., Минаков Е.С.

*Администрация Кемеровской области,
Кемеровский технологический институт пищевой промышленности,
Территориальное управление в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека по Кемеровской области,
г. Кемерово*

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ НА ПРИМЕРЕ КУЗБАССА

Кузбасс — первый регион Российской Федерации, где была разработана в 1998 году и выполняется региональная губернаторская программа «К здоровью — через питание» в рамках государственной концепции «Здорового питания населения России», одобренной Постановлением Правительства РФ № 917 от 10.08.1998 г.

Основанием для создания программы явилось:

1. Необходимость разработки и расширения ассортимента продуктов здорового питания, организации их производства на предприятиях Кузбасса.
2. Профилактика заболеваний населения Кузбасса, связанных с нарушением питания: патология щитовидной железы, железодефицитная анемия, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, гипо- и авитаминозы, рахит у детей, остеопороз у лиц пожилого и старческого возраста.
3. Выполнение общероссийских программ: «Старшее поколение», «Преодоление дефицита железа», «Преодоление дефицита йода», «Преодоление дефицита селена», «Сахарный диабет», «Дети России» и др.

Цель программы: Улучшение питания и состояния здоровья населения Кузбасса.

Задачи:

- проведение исследований по изучению фактического питания и состояния здоровья различных групп населения Кузбасса;
- организация системы регионального мониторинга по обеспечению населения Кузбасса незаменимыми пищевыми веществами (железом, йодом, витаминами и др.);
- разработка и внедрение в производство новых пищевых продуктов, обогащенных указанны-

ми микронутриентами, осуществление областных программ профилактики и лечения алиментарных заболеваний;

- проведение обучения различных групп населения в области здорового питания (школы, вузы, другие воспитательные и образовательные учреждения), пропаганда здорового образа жизни и культуры питания.

Выполнение программы предусматривало анализ следующих направлений деятельности.

ОПЫТ КУЗБАССА В ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЫМ РАЦИОНАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ

Организацию здорового питания в регионе в существенной степени определяет федеральная политика питания. Вместе с тем, от эффективности выполнения региональных программ зависит объективность реализации проводимой правительством Концепции государственной политики в области здорового питания.

В России разработано и опубликовано руководство «Здоровое питание: план действий по разработке региональных программ в России». Этот шаг является частью общих усилий в европейском регионе по разработке и внедрению «Плана действий по здоровому питанию для европейского региона ВОЗ», который был одобрен резолюцией 50-го Регионального комитета ВОЗ. В создании документа принимали участие отдел политики продовольствия и питания Европейского бюро ВОЗ (в сотрудничестве с другой европейской программой ВОЗ — CINDI) и 17 российских центров программы CINDI.

В руководстве использованы положения документов «Концепция государственной политики в

области здорового питания населения Российской Федерации», «Пищевые продукты и питание: их воздействие на общественное здоровье. Доводы в пользу политики и плана действий в области пищевых продуктов и питания для европейского региона ВОЗ», «Руководство CINDI по питанию».

Согласно рекомендациям рассматриваемого руководства, региональная политика здорового питания должна включать следующие основные компоненты:

- следование научно обоснованным принципам здорового питания, обобщенным в рекомендациях по питанию программы CINDI;
- региональное законодательство и административное регулирование;
- обучение и активизация населения в решении задач здорового питания;
- организация научно обоснованного и испытанного на практике питания новорожденных — грудного вскармливания;
- активное вовлечение всех служб здравоохранения: проявление инициативы по организации программ здорового питания, образование населения и ключевых партнеров, координация партнерства, участие в ключевых проектах;
- обучение медицинских и немедицинских работников принципам и организации здорового питания, возможное создание нового типа специалистов по здоровому питанию;
- производство и распространение пищевых продуктов, обеспечивающих здоровое питание, соответствующие действия сельскохозяйственных производителей, работников пищевой промышленности и торговли;
- общественное питание, основанное на принципах здоровья и организованное так, чтобы удовлетворять запросам населения, в том числе эстетическим;
- систематический мониторинг параметров питания населения, показателей его здоровья и показателей системы, обеспечивающих здоровое питание, которые перечислены выше;
- оценка эффективности разрабатываемой и осуществляемой по этим показателям программы питания. Нельзя развивать здоровое питание населения в регионе без эффективной системы постоянного слежения и оценки. Без такой системы большие ресурсы и средства могут быть потрачены впустую.

В осуществлении здорового питания рекомендуется ориентироваться на количество пищевых продуктов (хлеб, масло, овощи), а не на количество пищевых ингредиентов (белки, жиры, углеводы). Такой подход более практичен, так как люди приобретают для питания продукты, а не пищевые ингредиенты.

Большое внимание в разработке и осуществлении политики уделяется многосекторному партнерству. Питание — это не только медицинская проблема; ее решение зависит от взаимодействий многих партнеров в регионе, в частности, разработчиков и произ-

водителей пищевой продукции. Разработка эффективной политики питания требует тщательного предварительного изучения и анализа нужд, проблем. Это изучение должно быть проведено в том же регионе, где разрабатывается политика. Информация о нуждах и проблемах других регионов и стран должна использоваться, но только для сопоставления и использования полученного опыта. Некоторые компоненты вышеуказанного руководства приняты за основу при разработке в Кузбассе региональной программы «К здоровью — через питание».

Выбор Кузбасса в качестве примера реализации государственной политики в области здорового питания обусловлен следующими причинами:

1. В регионе ведется большая многолетняя работа Министерства здравоохранения и социального развития, Академии медицинских наук РФ по оценке состояния питания и здоровья различных групп населения.
2. Накоплен собственный опыт в области коррекции питания, профилактики и лечения распространенных алиментарных заболеваний.
3. Возможность перенести имеющийся опыт в другие регионы страны, поскольку Кузбасс является примером развивающегося промышленного региона, где находит отражение весь «букет» политических, социальных и экономических проблем нашего государства. Остановимся на основных разделах Кузбасской региональной программы «К здоровью — через питание» и некоторых результатах ее реализации в рамках концепции государственной политики в области здорового питания.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ И ИЗУЧЕНИЕ НУЖД ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА

С этой целью изучены и проанализированы проблемы, связанные с питанием и здоровьем различных групп населения в регионе, собраны данные официальной статистики, включающие демографические показатели, данные медицинской статистики о смертности и распространенности заболеваний, показатели грудного вскармливания и физического развития детей, отчеты о производстве сельскохозяйственной продукции, продуктов питания, об их торговле и потреблении. Кузбасс явился первым в России регионом, в котором почти 20 лет назад совместно с Институтом питания РАМН были проведены широкомасштабные исследования состояния пищевого статуса различных групп населения: шахтеров, металлургов, химиков, людей умственного труда, студентов, школьников, детей дошкольных учреждений. Результаты этой работы свидетельствовали о разбалансированности рациона по основным нутриентам и о дефиците отдельных витаминов. В таблице показана обеспеченность организма отдельных групп населения Кузбасса витаминами путем их прямого анализа в биологических субстратах и жидкостях. Полученные данные свидетельствуют о дефиците аскорбиновой кислоты,

выявленном у 90-100 % населения. Обеспеченность организма обследуемых другими витаминами была несколько лучше.

Таблица
Обеспеченность витаминами работников
некоторых предприятий Кузбасса

Предприятие	Концентрация в сыворотке крови		
	витамина С (мг/100 мл)	токоферола (мг/100 мл)	β-каротина (мкг/100 мл)
Завод "Коммунар"	0,32 (97)	0,86 (14)	86 (53)
Механический завод	0,36 (90)	1,03 (11)	95 (33)
ГРЭС	0,36 (91)	1,29 (2)	106 (24)
Мебельная фабрика	0,32 (100)	1,27 (3)	108 (20)
Электромеханический завод	0,34 (95)	1,22 (5)	102 (17)
Мясокомбинат	0,30 (97)	1,03 (10)	101 (16)
Зап-Сиб металлург. комбинат	0,32 (98)	1,04 (15)	79 (58)
Алюминиевый завод	0,30 (100)	1,04 (12)	72 (69)
Всего (404 человека)	0,33 (95)	1,09 (9)	95 (34)
Норма	0,70-1,20	0,80-1,20	80-230

Примечание: В скобках - количество обследованных в % с уровнем ниже нормы.

По истечении 20 лет проблема дефицита отдельных витаминов переросла в проблему полигиповитаминозного состояния населения, на фоне которого еще более распространились заболевания неинфекционного характера, связанные с дефицитом йода, железа, кальция, селена, других микронутриентов.

При разработке настоящей программы проводился опрос, как представителей ведомственных структур, так и населения. Важно было получить ответы на следующие вопросы:

- Насколько осведомлены представители различных структур о здоровом питании, и какие существуют барьеры при разработке предлагаемой программы?
- Имеются ли в регионе другие программы или проекты по здоровому питанию?
- Каковы направления этих программ, каково участие в них различных учреждений? При наличии таких программ (проектов) рассматриваются варианты совместной работы и координации усилий по реализации поставленных задач.
- Каково состояние рынка реализуемой пищевой продукции, в том числе продуктов специального назначения и биологически активных добавок к пище?
- Каковы нужды местных производителей продуктов здорового питания?

Ответы на поставленные вопросы позволили оп-ределить некоторые приоритетные направления региональной политики здорового питания:

1. Улучшение структуры и эффективности питания рабочих промышленных предприятий, школьников и дошкольников, лиц престарелого и старческого возраста.
2. Поддержка грудного вскармливания, поскольку оно является неотъемлемым элементом здорового питания детей первого года жизни, обеспечи-

вает полноценный рост, развитие, защиту от инфекций и должно продолжаться примерно до 6 мес. В связи с этим, необходимо проводить защиту и пропаганду грудного вскармливания с разработкой специальных рекомендаций по ее осуществлению. Важно отметить, что беременные и кормящие женщины должны также придерживаться существующих принципов рационального питания и здорового образа жизни.

3. Образование населения в области здорового питания. Проведена оценка видения проблемы населением и уровня информированности людей о принципах здорового питания. Это позволило выяснить, в какой степени население считает неправильное питание фактором риска возникновения и развития многочисленных заболеваний, а также определить значение правильного питания для ведения здорового образа жизни.

Показаны результаты опроса жителей г. Кемерово о возможных причинах возникновения наиболее распространенных заболеваний. По мнению 26 % респондентов, существенную роль играет неблагоприятная экологическая обстановка, способствующая повышению уровня заболеваемости, 45 % основной причиной считают недостаточное (несбалансированное) питание, в том числе дефицит витаминов и минеральных веществ, 27 % отводят главную роль социальным причинам. Среди других причин заболеваемости отмечали: возраст, отсутствие доступной информации о вреде или пользе импортных и отечественных продуктов питания, алкоголизм, наркоманию, наследственность, интеллектуальное невежество и пр.

Поскольку качество продуктов играет, по мнению многих респондентов, основную роль в колебании уровня заболеваемости, необходимо было выяснить степень информированности населения в вопросах здорового питания. Людям задавали вопрос: «Можно ли с помощью лечебно-профилактических продуктов питания оградить организм человека от вредного воздействия окружающей среды и других неблагоприятных факторов?» Более половины респондентов (58 %) ответили, что правильный подбор продуктов питания в рационе может способствовать снижению риска многих распространенных заболеваний, причем каждый пятый был полностью уверен в этом утверждении. Выявлена низкая информированность горожан о том, какие именно продукты питания содержат необходимые организму вещества. Только четверть опрошенных могли назвать некоторые содержащиеся в продуктах питания микронутриенты, способствующие профилактике указанных болезней. Наиболее осведомленными кемеровчане оказались в вопросах профилактики заболеваний щитовидной железы — 41 % назвали йод как средство профилактики; чуть больше трети (37 %) смогли указать железо для по-

вышения уровня гемоглобина; 29 % респондентов знали, что при заболеваниях костной системы человеку нужен кальций. Выявленный недостаток знаний подтверждает необходимость обучения основам здорового питания всех групп населения. Вместе с тем, обращает на себя внимание все возрастающий интерес населения к проблемам питания и здоровья.

КОАЛИЦИЯ, ВЫРАБОТКА КОНСЕНСУСА И ПОСТРОЕНИЕ ПАРТНЕРСТВА

При составлении программы определены структуры и потенциальные партнеры, занимающиеся вопросами питания в Кузбасском регионе. Было понятно, что для успешной реализации программы необходима единая политика, которую можно обеспечить путем вовлечения в работу департаментов пищевой и перерабатывающей промышленности, образования и науки, здравоохранения, сельского хозяйства, торговли, а также законодательное собрание, социальные, учебные и научные учреждения, производителей пищи, органы государственного контроля и т.д.

При построении партнерских отношений учитывались интересы всех партнеров: для одних (производители, торговля) — экономическая выгода, для других (медики) — возможность обеспечения здоровья людей, для населения — и то, и другое.

Для согласования действий и координации политики здорового питания необходимо создание специального органа — координационного совета, объединяющего основных партнеров из различных секторов общества.

Пятилетняя практика работы показала, что создание такого органа обеспечивает согласие в выполнении стратегического плана действий, цели и задач сотрудничества.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ И АДМИНИСТРАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

В настоящее время в России принят целый ряд законодательных актов: Законы РФ «О сертификации продукции и услуг» (1993), «О защите прав потребителей» (1996), «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1999), «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (1999), Постановление Правительства РФ «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода» (1999), Концепция государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 г. и др. Эти Законы и Постановления направлены, в основном, на обеспечение безопасности пищи и, в меньшей степени, на оздоровление питания населения. Существующие положения, касающиеся здорового питания населения, часто не выполняются и порой носят декларативный характер в силу отсутствия механизма контроля за их исполнением. В этой связи, для успешной реализации региональных программ, местные власти могут принимать свои законодательные акты.

Опыт Кузбасса и других регионов свидетельствует, что для реализации региональной политики здо-

рового питания наиболее важны и необходимы законодательные акты по следующим направлениям:

- производство в регионе здоровой пищи (увеличение производства овощей и фруктов, продуктов с низким содержанием животных жиров, обогащенных микронутриентами и др. При этом определяется стимулирующая роль налогообложения, предусматриваются другие поощрительные меры);
- расширение торговли продуктами, обеспечивающими здоровое питание;
- проведение активной рекламной политики;
- законодательное регулирование маркетинга смесей для искусственного вскармливания детей, в том числе заменителей грудного молока;
- обучение и подготовка высокопрофессиональных кадров в области здорового питания.

РОЛЬ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ. ПРОПАГАНДА ЗНАНИЙ И ОБУЧЕНИЕ ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Одним из организаторов Кузбасской региональной программы «К здоровью — через питание» является территориальное управление по Кемеровской области в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, которое обладает опытом в деле обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, охраны здоровья и окружающей среды. Центральное место в этой работе занимает отдел гигиены питания. Другим инициатором и активным участником программы является КемТИПП, в частности, НИИ биотехнологий, кафедре биотехнологии, товароведения и управления качеством. Важно отметить координирующую роль администрации Кемеровской области. Эту работу возглавляют заместитель губернатора по здравоохранению, и зам. губернатора по агропромышленному комплексу.

Одним из направлений работы в области здорового питания и профилактики заболеваний является пропаганда научных знаний с обучением различных социальных и профессиональных групп населения навыкам здорового питания. На базе отделов гигиены питания территориального управления в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека проводятся семинары для врачей и учебные занятия для студентов Кемеровской государственной медицинской академии и медицинского колледжа.

В КемТИППе впервые разработана программа обучения студентов — будущих технологов пищевой промышленности и товароведов продовольственных товаров — в области гигиены питания, охватывающая вопросы безопасности пищи и принципы здорового питания. В институте, на основе многолетнего опыта, издан учебник с грифом Минобразования и науки РФ «Гигиенические основы питания, безопасность и экспертиза пищевых продуктов», который выдержал четыре издания (Позняковский В.М.). Совместно с Институтом питания РАМН, подготовлен и издан учебник с грифом Министерства здра-

воохранения и социального развития РФ для постдипломного образования врачей всех специальностей «Биологически активные добавки к пище в питании человека» (Тутельян В.А., Суханов Б.П. Австриевских А.Н., Позняковский В.М.).

Появление этого направления в системе постдипломного образования врачей имеет важное значение в понимании приоритетной роли БАД (и здорового питания в целом) в профилактике неинфекционных заболеваний и в комплексном лечении распространенных заболеваний.

В рамках рассматриваемой программы в Кузбассе в 2001 г. создан Центр здорового питания и его филиал в Новокузнецке, где потребитель может получить квалифицированную консультацию о состоянии своего питания и здоровья, приобрести по рекомендации врача БАД или другой пищевой продукт специального назначения, обогащенный микронутриентами.

Следует отметить, что программой работ предусмотрена активная роль СМИ и общественных организаций в пропаганде знаний и обучении принципам здорового питания. С этой целью используются радио, телевидение и периодическая печать. Роль общественных организаций — не только в участии в формировании политики здорового питания, но и во влиянии на принятие решений в этой области.

Поддерживается связь с крупнейшими отечественными производителями продуктов здорового питания, имеющими возможность проводить высококвалифицированную рекламную деятельность и издавать методические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

ПРОИЗВОДСТВО ПРОДУКТОВ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ, ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

За 30 лет работы в области здорового питания разработаны десятки рецептур и технологий пищевых продуктов специального назначения, направленных на профилактику или комплексное лечение алиментарных заболеваний.

В рамках программы «К здоровью — через питание» определены приоритетные направления производства таких продуктов. Это, в первую очередь, продукты массового потребления, обогащенные комплексом жизненно важных витаминов, а также железом, йодом, кальцием и селеном. Разрабатываются и внедряются в производство препараты БАД, действующими началами которых являются перечисленные и другие незаменимые нутриенты. При этом используется местное сырье, применяются современные технологии производства, упаковки и хранения, обеспечивающие не только высокие потребительские свойства продукта, но и его эффективность в коррекции питания и здоровья.

Значительное место в программе занимают вопросы оптимизации питания в организованных кол-

лективах. Это, прежде всего, касается питания школьников и лечебно-профилактического питания рабочих промышленных предприятий (шахтеров, металлургов, химиков). Институтом питания РАМН разработан ряд методических рекомендаций по обогащению витаминами блюд и кулинарных изделий в системе массового питания в том числе школьного.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОВОДИМЫХ РАБОТ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ПРОГРАММЫ

При оценке проводимых работ важно использовать подходы, которые позволяют в короткие сроки определить ход развития программы, степень вовлечения в программу партнеров и достижения между ними соглашений по основным целям и задачам, роль СМИ в реализации положений программы и т.д. Областной и городской центры ГСЭН ежегодно публикуют результаты мониторинга по отдельным показателям гигиены питания и здоровья населения.

Рассмотренные стратегические направления развития программы имеют в настоящее время результаты на отдельных этапах ее выполнения и могут служить показателями для оценки получаемых результатов. Перечень этих показателей представлен в руководстве ВОЗ — программе CINDI — по оценке процессов. Естественно, что чем успешнее достигаются промежуточные цели, тем реальнее ожидать успешных конечных результатов. Оценку программы и пути решения проблемы в области здорового питания можно представить в виде схемы, куда включены обсуждаемые составляющие.

Ожидаемые результаты — создание системы производства и потребления продуктов здорового питания, позволяющей в рамках краткосрочной программы проводить профилактику алиментарных заболеваний, улучшить состояние питания и здоровья, что, в свою очередь, обеспечит снижение распространенных заболеваний, повышение работоспособности и качества жизни населения Кузбасса. Выявлению конечных результатов предшествует период наблюдений, который может длиться годами в зависимости от специфики программы и региона.

Для контроля за ходом реализации политики здорового питания и ее оценки целесообразно придерживаться следующих рекомендаций:

- оценка программы должна осуществляться на стадии планирования политики здорового питания;
- выбранные стратегии, процессы развития стратегий и показатели этих процессов должны характеризовать промежуточные этапы и результаты программы;
- конечные результаты программы, которые будут оцениваться по прошествии достаточно долгого времени, должны быть четко определены;
- необходимо вести протокол оценки программы с подробным указанием методов и сроков оценки процессов и конечных результатов.

Региональная губернаторская программа «К здоровью — через питание» включает в себя различные

подпрограммы, через которые ее участники реализуют свои конкретные задачи и проекты. Программа разработана и осуществляется при научной и методической помощи Академии медицинских наук РФ (акад. РАМН В.И. Покровский); Главного Государственного санитарного врача РФ, руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты потребителей и благополучия человека (акад. РАМН Н.Г. Онищенко); Института питания РАМН (акад. РАМН В.А. Тутельян).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Княжев, В.А. Научное обоснование системы разработки и реализации государственных научно-технических программ в области охраны здоровья населения /Княжев В.А.: Дис. ... докт. мед. наук в форме научного доклада. – М., 1996. – 66 с.
2. Концепция государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года. Постановление Правительства РФ № 917 от 10.08.98.
3. Общественная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI) /Протокол и практ. руковод. Пересмотр 1994 года. ВОЗ. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 1996.
4. Пищевые продукты и питание: их воздействие на общественное здоровье. Доводы в пользу политики и плана действий в области пищевых продуктов и питания для европейского региона ВОЗ на 2000-2005 гг.
5. Политика здорового питания. Федеральный и региональный уровни /В.И. Покровский, Г.А. Романенко, В.А. Княжев и др. – Новосибирск, 2002. – 344 с.
6. Разработка и применение рекомендаций по рациональному питанию /Тез. совм. совещ. FAO/ВОЗ. – Программа по питанию ВОЗ, Женева. – 1996.
7. Руководство CINDI по питанию (CINDI Dietary Guide. WHO, Regional Office for Europe, 1999 / EUR/00/5018028).
8. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении (Адаптированный вариант рекомендаций ВОЗ «Prevention in primary care»). – М., 2000. – 216 с.

Дроздова О.М., Бажайкина О.С., Спядлов А.М.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
 ТУ Роспотребнадзора по Кемеровской области,
 г. Кемерово*

ЭВОЛЮЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Вирусные гепатиты представляют глобальную проблему, все еще далекую от своего разрешения. Особое место в структуре вирусных гепатитов занимает вирусный гепатит В (ВГВ), который отличается высокой детальностью, формированием хронических форм (у 5-10 % заболевших) с возможными исходами в цирроз и первичный рак печени [1, 2, 3].

В России в течение многих десятилетий эпидемическая ситуация по вирусному гепатиту В расценивается как неблагоприятная. Показатели заболеваемости манифестными формами инфекции в десятки раз превосходят показатели, регистрируемые в странах Западной Европы и США [2, 3]. Ситуация стала еще более тревожной с середины 90-х годов, когда практически повсеместно уровни заболеваемости выросли в 2-4 раза [1, 2, 3, 4].

В последние годы на территории Российской Федерации наблюдается изменение эпидемического процесса вирусного гепатита В (ВГВ). После интенсивного роста заболеваемости в середине 90-х годов прошлого столетия и длительного сохранения ее на высоком уровне, в начале третьего тысячелетия на многих территориях инцидентность инфекции заметно снизилась [1, 2, 4].

Цель исследования — изучение состояния эпидемического процесса вирусного гепатита В и причин, определивших его изменения, на территории г. Кемерово.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучена динамика эпидемического процесса ВГВ за 24 года (1981-2004 гг.). Основные эпидемиологические закономерности гепатита исследованы на основе ретроспективного эпидемиологического анализа 5739 случаев манифестных форм ВГВ, зарегистрированных за эти годы. Для оценки скрыто протекающего эпидемического процесса, проведен анализ результатов обследования 260033 безвозмездных доноров и 658 больных хроническим вирусным гепатитом В.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее количество больных манифестным ВГВ за 24 года составило 239 случаев в год, средний многолетний показатель заболеваемости ВГВ — $46,6 \pm 3,1 \text{ ‰}$.

В динамике манифестного эпидемического процесса выявлено четыре основных периода, существенно отличавшихся эпидемиологическими параметрами. Первый период продолжался 8 лет (1981-1988 гг.) и отличался относительно низкими показателями заболеваемости, которые колебались от $22,1 \pm 2,1$ до $29,8 \pm 2,4 \text{ ‰}$, составляя в среднем $28,6 \pm 2,3 \text{ ‰}$. Во втором периоде, который продолжался 5 лет (1989-1993 гг.), появилась тенденция к активизации эпидемического процесса — показатели заболеваемости колебались от $27,5 \pm 2,4$

до $42,2 \pm 2,9 \text{ ‰}$, а средний многолетний ($38,2 \pm 2,7$) вырос в 1,3 раза по сравнению с предыдущими годами ($p > 0,05$). С 1994 года начался интенсивный рост инцидентности ВГВ, продолжавшийся в течение 8 лет (1994-2001 гг.). В эти годы многолетний средний показатель вырос в 3 раза, по сравнению с первым относительно благополучным периодом ($p < 0,05$), и достиг $85,3 \pm 4,3 \text{ ‰}$. Уровни инфекции колебались от $104,8 \pm 4,5$ до $61,4 \pm 3,4 \text{ ‰}$. В 2002-2004 гг. установлена тенденция к снижению активности эпидемического процесса — показатели заболеваемости оказались от 3 до 8 раз ниже по сравнению с предыдущим неблагоприятным периодом ($p < 0,001$). Многолетний средний показатель уменьшился почти в 3,5 раза ($p < 0,001$) и составил $24,4 \pm 3,0 \text{ ‰}$. В 2004 году, впервые за 24 года, инцидентность достигла $15,7 \pm 1,7 \text{ ‰}$ — беспрецедентно низкого уровня не было за все годы регистрации ВГВ.

Динамику скрыто протекающего эпидемического процесса ВГВ изучали на основании изучения результатов обследования безвозмездных доноров и больных хроническим ВГВ. За 24 года проведено 260033 исследований их крови на HBsAg. Возрастная и социально-профессиональная структура безвозмездных доноров позволяет считать их репрезентативной группой населения г. Кемерово. Установлена прямая коррелятивная зависимость между заболеваемостью ВГВ и «носителем» HBsAg у доноров. Многолетняя динамика «носительства» поверхностного антигена практически повторяла проявления эпидемического процесса манифестных форм ВГВ с «опозданием» на 1-2 года. Максимальные уровни выявления HBsAg установлены в 1996 году и составили $3,6 \pm 0,3 \%$, минимальные — в 2004 году, $1,4 \pm 0,1 \%$. Чаще были инфицированы доноры тех же возрастных и социально-профессиональных групп. Вместе с тем, распространение стертых форм гепатита В отличается меньшими колебаниями показателей в многолетней динамике, что свидетельствует о большей устойчивости этой части паразитарной системы.

Аналогичные закономерности выявлены при анализе распространения хронического ВГВ, официальная регистрация которого начата только с 1999 года. За эти годы выявлено 658 случаев, а показатели заболеваемости существенно не менялись и колебались от $20,1 \pm 2,0 \text{ ‰}$ до $23,4 \pm 2,1$.

Следовательно, многолетняя динамика манифестного ВГВ в г. Кемерово свидетельствует о проявлении цикличности эпидемического процесса этой инфекции, где годы подъема заболеваемости сменяются периодами интенсивного ее снижения. Такая динамика требует дифференцированных мероприятий в системе эпидемиологического надзора за ВГВ. Вместе с тем, изучаемый период недостаточно велик для определения истинной продолжительности всего эпидемического цикла. На основании представленных данных следует предположить, что его длительность не менее 25-30 лет. Латентная часть эпидемического процесса ВГВ в десятки раз превышает его манифест-

тную составляющую и отличается большей инертностью. Необходимы специальные эпидемиологические исследования для характеристики распространения острых и хронических безжелтушных форм ВГВ в целях разработки эффективной системы управления эпидемическим процессом ВГВ.

В отдельные периоды формирования манифестного эпидемического процесса ВГВ роль разных возрастных групп существенно отличалась. Динамику заболеваемости определяли в основном 2 возрастные группы населения — 15-19 и 20-29 лет. Инцидентность лиц других возрастных когорт за 24 года практически не изменилась. В начале изучаемого периода самые высокие средние многолетние показатели заболеваемости были зарегистрированы у лиц 20-29 лет ($54,3 \pm 9,2 \text{ ‰}$), а молодые люди 15-19 лет занимали лишь пятое место ($27,0 \pm 4,6 \text{ ‰}$). Во втором периоде уровни ВГВ в последней группе увеличились в 4,1 раза, в третьем — в 24 раза ($p < 0,001$) по сравнению с первым. У населения 15-19 лет установлены максимальные показатели в 1995 г. — $721,3 \pm 45,4 \text{ ‰}$. Лица 20-29 лет в 1994-2001 гг. оказались на второй позиции — их заболеваемость выросла в 4,3 раза ($234,7 \pm 18,1 \text{ ‰}$; $p < 0,001$). Снижение заболеваемости в последние годы (четвертый период) в основном связано с этими же возрастными группами. За три последних года инцидентность ВГВ у молодых людей 15-19 лет уменьшилась в 8,8 раз ($82,1 \pm 13,6 \text{ ‰}$; $p < 0,001$), в 20-29 лет — в 2,9 ($67,5 \pm 8,8 \text{ ‰}$; $p < 0,05$).

В последние годы (2002-2004 гг.) не выявлено существенных изменений в структуре заболевших ВГВ по социально-профессиональному признаку, по сравнению с периодом максимальных уровней инфекции. По-прежнему около половины случаев ВГВ было связано с заболеваниями безработных и, так называемых, «прочих» групп населения. Доля школьников старших классов, учащихся СУЗов, студентов техникумов и ВУЗов с ВГВ оставалась неизменной с 1995 года и составляла примерно треть часть от всех зарегистрированных заболеваний ВГВ. Вместе с тем, инцидентность инфекции существенно снизилась в указанных группах высокого риска, оставаясь без существенных изменений у населения другой социально-профессиональной принадлежности. Так, у школьников старших классов заболеваемость уменьшилась в 6,5 раз ($133,3 \pm 24,9 \text{ ‰}$ в 1995 г., $20,5 \pm 4,5$ в 2004 г.; $p < 0,001$), у учащихся СУЗов и техникумов — в 6,8 раз ($555,7 \pm 49,1$ и $81,9 \pm 13,6$; $p < 0,001$), у студентов ВУЗов — в 6,9 раз ($209,5 \pm 33,9$ и $30,5 \pm 7,6$; $p < 0,001$). Количество безработных и лиц, отнесенных к прочей группе населения, с ВГВ уменьшилось, соответственно, в 3,0 и 3,4 раза ($p < 0,05$).

Изменение динамики эпидемического процесса в определенной мере обусловлено изменениями значения действующих путей передачи вируса гепатита В. Если в первом периоде большая часть заболевших инфицировалась в результате парентеральных пособий в ЛПУ (до 85 %), то во втором и третьем периодах ведущими стали половой и па-

рентеральный при немедицинском использовании наркотиков (соответственно, 33,1 % и 43,5 %). При этом, в первые годы (1981-1988 гг.) инфицированные при сексуальных контактах и инъекционном использовании наркотиков практически не выявлялись. Такая структура действовавших до середины 90-х годов путей передачи вируса в значительной мере была отражением господствовавшей официальной позиции, в соответствии с которой ВГВ рассматривался, прежде всего, как внутрибольничная инфекция и связывался с различными парентеральными пособиями в лечебно-профилактических учреждениях. Эта позиция определяла тактику эпидемиологической диагностики в очагах инфекции в течение многих десятилетий, и еще в начале 90-х годов в России не придавали большого значения естественным путям передачи инфекции. Ретроспективно можно предположить, что количество ВГВ, обусловленного медицинскими манипуляциями, было не таким большим, а часть заболевших инфицировалась другими естественными путями.

Снижение интенсивности эпидемического процесса ВГВ в 2002-2004 гг., по сравнению с серединой 90-х, обусловлено уменьшением значения полового пути передачи вируса (в 5,1 раз) и парентерального при применении наркотиков (в 12,4 раз). Это подтверждается снижением распространения среди населения города наркоманий и заболеваний, передающихся половым путем.

С 1981 по 2004 гг. доля больных с профессиональным заражением при контакте с кровью и биологическими субстратами была небольшой (3,8-1,1 %) Контактно-бытовой путь передачи, из-за

трудностей диагностики, выявлялся не более чем у 1,1-3,5 % заболевших. Значительной оставалась доля больных с не установленным механизмом инфицирования (15-28 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на территории г. Кемерово установлена цикличность эпидемического процесса ВГВ. Латентная часть эпидемического процесса отличается большей стабильностью по сравнению с манифестной. Динамику заболеваемости ВГВ определяли, в основном, две возрастные группы — 15-19 и 20-29 лет, на долю которых приходится около 70 % от всех заболевших. Группами высокого риска в течение многих лет остаются безработные, учащиеся СУЗов, студенты техникумов, ВУЗов. Основные пути передачи вируса — половой и парентеральный при внутривенном введении наркотиков, интенсивность которых неодинакова в разных фазах эпидемического процесса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балаян, М.С. Энциклопедический словарь — вирусные гепатиты /Балаян М.С., Михайлов М.И. — М., 1999. — 304 с.
2. Актуальные проблемы гепатологии: эпидемиология вирусных гепатитов: Прилож. к СССРХIII тому «Военно-медицинского журнала» /Раков А.Л., Лобзин Ю.В., Горбаков В.В. и др. — М., 2002. — 96 с.
3. Шахгильдян, И.В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) /Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. — М., 2003. — 384 с.
4. Вирусные гепатиты в Российской Федерации: Аналит. обзор, вып. 4. /Под ред. А.Б. Жебуруна. — СПб., 2003. — 200 с.

Куркина Л.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра общей гигиены,
г. Кемерово*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОГО РАЙОНА

До 1985 г. включительно уровень регистрации вирусного гепатита А (ВГА) в России систематически превышал 200 случаев на 100 тыс. населения, а в 1983 г. достигал 283,8 случаев. В 1990 г. заболеваемость едва превысила указанный уровень (204,3), в 1996 г. впервые за последние десятилетия она опустилась до 86,9, в 1997 г. — до 49,7 на 100 тыс. Средний показатель заболеваемости ВГА по России за период 1978-1988 гг. составил 208,5 на 100 тыс. населения, а в последние 15 лет (1989-2003 гг.) — 167,6 [1].

В начале 90-х гг. на территории России лишь в единичных областях заболеваемость была ниже 55,0 на 100 тыс. населения, в 2002-2003 гг. таких областей и республик было по 10, а в 2003 г. — 23. Основная часть этих территорий (18 из 23) расположена западнее Урала. Особенно низкой заболеваемость в 2001-

2002 гг. была в Костромской области (31,4), Ярославской (20,3), Кировской (32,9), а также в республиках Марий Эл (22,2), Татарстан (30,9) и других [2].

На территории всех районов России, как и по стране в целом, отмечена нисходящая тенденция заболеваемости ВГА, но с разными темпами снижения. В Центральном районе, к которому по уровню и тенденции заболеваемости близок Центрально-Черноземный район, за исключением отдельных лет, регистрируемая заболеваемость ВГА была значительно ниже федерального уровня [3].

В начале 90-х гг. в Кемеровской области заболеваемость была ниже 45,0 на 100 тыс. населения, а в 2002-2003 гг. в городах области — 10 на 100 тыс. населения. В 2001-2002 гг. заболеваемость была особенно низкой в Новокузнецке (20,5), Кемерове (19,7), Мариинске (18,9).

Цель исследования: Установить социально-гигиенические факторы, которые оказывают влияние на заболеваемость вирусным гепатитом А сельского населения Кемеровского района.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено сравнение годовых динамик заболеваемости ВГА сельского населения Кемеровского района и районов области (Тяжинский, Беловский, Новокузнецкий и т.д.), которое основывалось на статистических данных ЦГСЭН. На основе статистических данных исследована помесечная динамика заболеваемости ВГА сельского населения Кемеровского района. Проведен анализ результатов многолетних лабораторных исследований ЦГСЭН в Кемеровском районе воды на бактериологическое загрязнение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследования установлено, что за период 1995-2003 гг. заболеваемость ВГА взрослого контингента по районам Кемеровской области составила 376,97, а заболеваемость ВГА в Кемеровском районе — 362,82 (табл. 1).

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что наблюдается снижение заболеваемости ВГА среди взрослого контингента, как по Кемеровскому району, так и по другим районам области. Годовая динамика заболеваемости ВГА взрослого контингента Кемеровского района повторяет динамику заболеваемости взрослого контингента районов области и отражает периодичность эпидемиологического процесса.

Анализ полученных результатов показал, что заболеваемость ВГА детей (до 14 лет) по районам Кемеровской области составила 802,67, а заболеваемость ВГА детей Кемеровского района составила, в среднем, 508,89 (табл. 2).

Анализ заболеваемости ВГА позволил сделать вывод, что в течение 1995-2003 гг. наблюдалось уменьшение заболеваемости ВГА детского контингента, как по Кемеровскому району, так и по районам Кемеровской области.

Годовая динамика заболеваемости ВГА детей Кемеровского района повторяет годовую динамику заболеваемости детей в других районах области, отражает периодичность эпидемиологического процесса. Приведенные в таблице 2 данные позволили сделать вывод, что с 1995 по 2003 гг. показатель заболеваемости ВГА детского населения Кемеровского района и районов области уменьшился.

Представляет определенный интерес внутригодичная динамика заболеваемости ВГА, так как эпидемиологические подъемы связаны с определенными путями передачи. Помесечная заболеваемость носит дискретный характер, т.е. месяцы подъема и спада постоянно чередуются, что связано с упот-

Таблица 1
Заболеваемость вирусным гепатитом А
взрослого сельского населения (на 10000 населения)

Год	Кемеровский район	По районам Кемеровской области	Темп прироста	
			по Кемеровскому району	по районам
1995	104,33	87,65	3,2	-18,7
1996	104,38	87,65	3,5	-19,5
1997	83,76	62,15	-19,7	-29,1
1998	33,25	51,92	-60,3	-16,5
1999	7,7	19,1	-76,9	-63,2
2000	8,8	18,8	-77,8	-62,2
2001	5,2	17,9	-76,2	-76,2
2002	7,7	16,5	-71,1	-75,9
2003	7,7	15,3	-78,2	-75,8
Итого:	362,82	376,97	-50,4	-48,6

Таблица 2
Заболеваемость вирусным гепатитом А
детского сельского населения (до 14 лет) (на 10000 населения)

Год	Кемеровский район	По районам Кемеровской области	Темп прироста	
			по Кемеровскому району	по районам
1995	135,49	152,15	18,2	-10,7
1996	161,59	152,15	19,3	-11,7
1997	123,4	93,01	-23,6	-38,9
1998	12,65	100,46	-89,7	8,0
1999	14,2	23,5	-12,3	-76,6
2000	14,2	21,5	-12,3	-76,2
2001	15,4	21,5	-12,3	-76,2
2002	15,4	23,6	13,1	-76,9
2003	16,56	21,3	14,2	-75,9
Итого:	508,89	802,67	-9,5	-48,34

реблением не кипяченой воды, низким санитарно-гигиеническим уровнем жизни населения, купанием населения в открытых водоемах. Максимальное количество заболевших ВГА пришлось на март-апрель (86,3 %) и июнь-август (94,6 %).

Результаты многолетних лабораторных исследований воды в Кемеровском районе показали, что месяцы подъема приходятся на паводковый период (март-апрель), когда происходит максимальное бактериальное загрязнение источников водоснабжения населенных пунктов за счет талых вод.

Анализ бактериального загрязнения воды Кемеровского района показал, что этот уровень составляет $30,23 \pm 3,65$ на 1000 исследованных проб. Основным бактериологическим загрязнителем воды являлся пикорнавирус из рода энтеровирусов. В последние 9 лет бактериологическое загрязнение воды носило дискретный характер — отмечались периоды подъема и спада. В 1996 году было максимальное бактериальное загрязнение (37,1 %), в 2003 году — минимальное (29,1 %), уменьшение составило 8 % ($p < 0,01$).

Таким образом, основные причины второго подъема заболеваемости ВГА в июне-августе связаны

со снижением уровня воды подземных источников, подсосом воды из открытых источников водоснабжения и купанием населения в открытых водоемах.

Снижение роста заболеваемости ВГА сельского населения Кемеровского района связано с уменьшением бактериального загрязнения воды в источниках водоснабжения, т.к. были проведены мероприятия по благоустройству зоны охраны водонапорных башен и дополнительного хлорирования воды при подаче ее населению.

ВЫВОДЫ:

1. Снижение заболеваемости ВГА сельского населения Кемеровского района обусловлено уменьшением употребления не кипяченой воды и ее бактериального загрязнения в источниках водоснабжения.
2. Годовая динамика заболеваемости ВГА свидетельствует о том, что имеются два периода подъема заболеваемости, март-апрель и июнь-ав-

густ, что обусловлено бактериальным загрязнением воды в источниках водоснабжения и купанием населения в открытых водоемах.

3. Различия в уровнях заболеваемости ВГА связаны с интенсивным бактериальным загрязнением воды в паводковый и летний периоды, со снижением уровня воды в подземных источниках, подсосом воды из открытых источников водоснабжения и купанием населения в открытых водоемах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Потапов, А.И. Социально-гигиенические проблемы Сибири /Потапов А.И., Васильев Н.В. //Здравоохран. РФ. – 1992. – № 3. – С. 5-8.
2. Шагильдян, И.В. Осторожно, вирусный гепатит А! /Шагильдян И.В. //Медицина для всех. – 2003. – № 4. – С. 4-5.
3. Савилов, Е.Т. Инфекция и техногенные загрязнения /Савилов Е.Т., Колесников С.И., Красовский Г.Н. //Новосибирск, 1996. – С. 188.

Маслов А.К., Рощин О.Н., Медведева Н.В., Маслова Г.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ВОДНЫЙ ФАКТОР В РАСПРОСТРАНЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕГО АРГУМЕНТАЦИИ КРАТКОСРОЧНЫМ ПРОГНОЗОМ

За многолетний период изучения роли водного фактора в распространении острых кишечных инфекций (ОКИ) нами получен фактический материал микробиологического, эпидемиологического и санитарно-гигиенического характера, убеждающий в том, что функционирующие ныне очистные водопроводные сооружения, при использовании в качестве источников централизованного водоснабжения открытых водоемов (рек, водохранилищ и пр.) с интенсивным антропогенным загрязнением, не могут обеспечить получение питьевой воды с постоянно гарантированной эпидемической безопасностью [1, 2].

Из этого следует, что в условиях централизованного водоснабжения из открытых водоемов водопроводную воду можно считать потенциально ведущим фактором в распространении возбудителей кишечных инфекций, действующим в течение всего года, что определяет постоянно высокий уровень заболеваемости кишечными инфекциями, проявляющейся спорадичностью, низкой очаговостью, полиэтиологичностью, с активизацией в периоды сезонного подъема. На сегодня известно, что динамика и выраженность сезонного подъема ОКИ определяется климатическими особенностями в этот период года, которые обуславливают степень активизации водного пути распространения возбудителей.

Механизм активизации водного пути в летне-осеннее время, по нашим представлениям, может

происходить следующим образом. С наступлением теплого периода года с выраженным подъемом положительных температур воздуха возрастает потребность человека в воде, что создает вероятность проникновения в организм более значительных доз возбудителей при минимальном их количестве в воде. Это ведет к увеличению уровня заболеваемости, а возросшее количество источников инфекции определяет нарастание доз возбудителей во внешней среде, в том числе и в водоемах. В то же время, наблюдаются значительные изменения уровня воды в реке-водоисточнике, с максимальным падением дебита в июле-августе-сентябре, в зависимости от погодно-климатических условий этого периода года. Это также ведет к увеличению доз тех или иных возбудителей (с учетом их биологических свойств) на единицу объема воды в источнике водоснабжения, обуславливая возрастание эпидемической роли водопроводной воды в распространении возбудителей инфекций. Колебания температуры воздуха имеют прямую связь с динамикой заболеваемости ОКИ в этот период. С наступлением периода значительного снижения температур воздуха в осеннее время уменьшается количество потребляемой человеком воды и заболеваемость падает, имея тесную корреляционную связь с динамикой средненедельных температур воздуха.

Цель исследования — для подтверждения ведущей роли водопроводной воды в распространении

ОКИ предлагается методика краткосрочного прогноза динамики диарейных заболеваний по неделям года.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В получении прогноза использован количественный показатель, названный «индекс эпидемической опасности воды» (ИЭОВ), выражаемый как частное от деления средней температуры воздуха на средний уровень воды в источнике водоснабжения за каждую неделю на конкретной территории. При этом нами установлено, что в условиях хронического действия водопроводной воды в распространении возбудителей инфекций, величины ИЭОВ по неделям года находится в прямой тесной корреляционной связи с динамикой регистрируемой заболеваемости, со сдвигом ее на неделю назад (коэффициент линейной корреляции равен 0,7 и более).

Исходя из установленного факта, разработана методика краткосрочного прогноза заболеваемости ОКИ на следующую неделю сразу после прошедшей. На первом этапе реализации методики проводится расчет индекса эпидемической опасности воды (ИЭОВ), который получаем делением средне-недельной температуры воздуха на средненедельный уровень воды в реке-источнике централизованного водоснабжения. Учитывая, что в зимнее время температуры воздуха имеют отрицательные значения, то к величине температуры воздуха нами приплюсовано целое положительное число. В наших условиях использовано число, равное 40, так как температура зимой не опускается ниже сорока градусов.

В целом, формула вычисления индекса выглядит так:

$$\text{ИЭОВ}(n) = \frac{40 + \text{ср. температура воздуха}(n)}{\text{ср. уровень воды в реке}(n)}, \text{ где:}$$

n — порядковый номер недели, для которой проводится расчет индекса.

В расчете ИЭОВ, с целью учета возможного отклонения на заболеваемости нестабильности процессов очистки и обеззараживания воды, предполагается использование показателей качества воды. Одним из них может быть величина «неисчерпанной хлорпоглощаемости», выражаемая в виде разности величины остаточного хлора в воде на выходе с головных водопроводных сооружений и этим же показателем, определяемым в кране лаборатории на значительном расстоянии от головных сооружений. Величина разности содержания остаточного хлора в воде этих двух точек водопроводной сети, при расчете ИЭОВ увеличивается в 10 раз и суммируется с температурой воздуха с последующим делением суммы на средненедельный уровень воды в источнике водоснабжения.

На втором этапе методики проводится вычисление прогнозного уровня заболеваемости на последующую неделю ($n + 1$). Так как на уровень прогно-

зируемой заболеваемости могут влиять условия не только прошедшей недели, но и предшествующей ей (с учетом инкубационного периода и поздней обра- щаемости больных), в расчетах использованы величины ИЭОВ регистрируемой заболеваемости за две прошедшие недели.

Конечная формула прогноза выглядит так:

$$\text{Зпр}(n + 1) = \frac{\text{ИЭОВ}(n) + \text{ИЭОВ}(n - 1)}{\text{ИЭОВ}(n - 1) + \text{ИЭОВ}(n - 2)} \times \frac{\text{Зр}(n) + \text{Зр}(n - 1)}{2}, \text{ где:}$$

Зпр — заболеваемость прогнозируемая, Зр — заболеваемость регистрируемая, (n) — порядковый номер последней прошедшей недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По предложенной формуле прогноза на неделю вперед нами произведен ретроспективный расчет показателей заболеваемости ОКИ в динамике по неделям за ряд лет, с последующим анализом фактических и прогнозируемых рядов.

Анализ полученных рядов заболеваемости ОКИ по неделям года позволил обосновать реальность предположения об использовании данной методики прогноза, прежде всего, с диагностической целью в аргументации роли водопроводной воды в распространении ОКИ и определить условия применения результатов прогноза. Так, если прогнозируемые и фактически регистрируемые показатели заболеваемости совпадают, то это может расцениваться как подтверждение ведущей роли водопроводной воды в распространении возбудителей. Если же фактические показатели отличаются от прогнозируемых (выше или ниже на 30 % и более), то это, возможно, связано с подключением или активизацией других путей распространения (пищевого, предметно-бытового) или с резким снижением активности ведущего пути передачи возбудителей. При этом не должны оставаться без внимания возможность изменения условий, определяющих качество диагностики и полноты регистрации ОКИ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Считаем, что предлагаемая методика прогноза заболеваемости ОКИ на неделю вперед может быть использована для получения дополнительных аргументов в эпидемиологической диагностике роли водопроводной воды в распространении возбудителей острых кишечных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пути совершенствования системы контроля за качеством воды централизованного водоснабжения /А.К. Маслов, В.Т. Космун, И.П. Голикова и др. //Ж. гиг. и санит. — 1985. — № 4. — С. 70-71.
2. Недостатки метода санитарно-бактериологического анализа водопроводной хлорированной воды /А.К. Маслов, В.А. Зенков, С.В. Нестеров и др. //Ж. гиг. и санит. — 1986. — № 2. — С. 61-63.

Давыдова Н.Н.

Кемеровская государственная медицинская академия,
г. КемеровоКОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВНУТРИСМЕННЫХ
РЕЖИМОВ ТРУДА НА УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ КУЗБАССА

Работа в подземных условиях сопряжена с интенсивным воздействием на подземных горнорабочих шахтной среды, среднесменных доз факторов (пыль, шум, вибрация, пластовые и взрывные газы), физических и нервно-эмоциональных нагрузок, которые значительно превышают допустимые значения. Поэтому возникает необходимость, наряду с мероприятиями по нормализации санитарно-гигиенических условий труда, использовать рациональные режимы труда и отдыха.

В **цель работы** входила комплексная оценка существующих внутрисменных режимов труда на шахтах и выработка рекомендаций по их оптимизации.

Методические подходы предусматривали оценку составляющих режимов труда (количество смен в течение суток, продолжительность рабочей смены, длительность рабочей недели, время и продолжительность перерывов при различных темпах выполнения работ, длительность сверхурочных работ), учет суммарных нагрузок факторов производственной среды, изучение заболеваемости работающих.

В Кузбассе работа шахтеров осуществляется по 4-дневному скользящему графику с двумя выходными днями, утренней ремонтно-профилактической и тремя добычными сменами. Рабочий день 1-й смены продолжается с 8 до 14 час, 2-й — с 14 до 20, 3-й — с 20 до 2, 4-й — с 2 до 8 часов. Два часа в среднем расходуются для доставки горнорабочих до лавы и обратно. У ИТР рабочий день не нормирован, для начальников участков он составляет 11,5-12 часов, их помощников — 10 часов, горных мастеров — 8,5-9 часов с ежедневным пребыванием в шахтах по 50-57,1 % от указанного времени.

Поскольку регламентированные перерывы отсутствуют в виду особенностей организации технологического процесса, представляла интерес оценка режимов саморегуляции трудовой деятельности при заданном, принудительном и свободном темпе работы. Фактические исследования показали, что в заданном темпе протекает трудовая деятельность горнорабочих проходческих участков. Темп определяется обязательной необходимостью прохождения не менее 2,5 кругов выемки горной массы с креплением призабойного пространства. Саморегуляция затрагивает, в первую очередь, длительность периодов работы. Судя по этому показателю, в динамике смены у машинистов горно-выемочных машин (МГВМ) проходческих участков, время непрерывной работы колеблется от 11 до 5,9 мин, у проходчиков — от 22,8 до 15 мин. Время отдыха, по мере нарастания функциональной нагрузки, в 1-й группе увеличивалось с 2,1 до 4 мин, во 2-й — с 4,4 до 13 мин. МГВМ путем саморегуляции трудовой деятельности поддерживали функциональное рав-

новесие организма в течение 3-х часов, проходчики, соответственно, 2-х часов.

На очистных участках темп работы принудительный, определяется планом суточной добычи угля, скоростью работы комбайна. На изучаемых шахтах скорости работы комбайнов по выемке угля чаще составляли 2,3-3,7 м/мин, при зачистке дорожек — 5-6,6 м/мин, при креплении — 1,9-9,8 м/мин. Время непрерывной работы у МГВМ очистных комплексов составляло 24-17 мин, машинистов крепи — 21,4-11 мин, ГРОЗов — 8,1-4,6 мин. Величина времени отдыха, по мере нарастания утомления, у МГВМ колебалась в динамике смены от 5 до 11 мин, у машинистов крепи — от 2 до 12, ГРОЗов — от 2,2 до 4 мин. Высокий темп работы сохранялся у МГВМ в первые 3 часа работы, у машинистов крепи и ГРОЗов — в первые 2 часа работы, затем темп падал. Непрерывная работа сводилась после каждого рабочего действия к 2,2-6-кратному увеличению времени отдыха.

Во всех вспомогательных профессиональных группах (горнорабочие, электрослесари, ИТР основных и вспомогательных участков) темп работы относительно свободный. Однако следует отметить, что у машинистов подъема и опрокида свободный темп в середине смены сочетается с высокой загруженностью в начале и конце смены.

Таким образом, оценка составляющих режима труда шахтеров выявила ряд гигиенических недостатков в их организации. Принятые за норму регулярные работы в воскресные дни добычных бригад и удлинение их рабочего дня на 2 часа, наличие сверхурочных работ у ИТР могут приводить к дестабилизации ритма труда, развитию переутомления. Существующие внутрисменные режимы саморегуляции работы и отдыха в производственных условиях при заданном или принудительном темпах работы не соответствуют физиологическим нормам и ограничены по времени, что снижает работоспособность шахтеров. Последние компенсируются сокращением длительности периодов работы в 1,5-1,9 раза и увеличением длительности отдыха, усилением утомительности выполняемых работ.

При оценке режимов труда учитывались условия труда по каждому вредному фактору в отдельности, а затем выявлялись лимитирующие вредные факторы и соответствующие ему показатели, которые принимались за окончательные для данной профессиональной группы.

В первую группу вошли машинисты проходческих и очистных участков. Так, средневзвешенные концентрации пыли достигали 230-260 мг/м³, в 43,2-52,3 раза превышая ПДК, эквивалентные уровни шума составляли 92-94 дБ, что выше допустимых на 12-14 дБ,

эквивалентно-корректированные уровни вибрострессности (102-106 дБ) превышали ПДУ на 1-5 дБ. Действие данных факторов составляло 27,5-49,2 % смены.

2-я группа представлена наиболее многочисленными профессиями — проходчиками и ГРОЗами комплексно-механизированных забоев. В процессе работы на них влияют пыль и шум. Средневзвешенные концентрации пыли колебались в пределах 185-349 мг/м³ (46,3-58,2 ПДК), эквивалентные уровни шума были в 1,1 раза меньше (85-86 дБ), чем в первой группе работающих, но превышали нормативы на 5-6 дБ. С локальной низко-среднечастотной вибрацией они контактировали нерегулярно (1-2 раза в неделю).

3-ю группу составили горнорабочие, занятые буровзрывным способом отработки породы или угля (БВР), мастера-взрывники, которые подвергались сочетанному и комбинированному влиянию факторов производственной среды. Машинистам породопогрузочных и буровых установок свойственно комбинированное действие, с превышением в течение 33,3-55,6 % смены максимальных уровней пыли в 17,6-36 раз, шума — на 13-19 дБ, вибрации — на 22-29 дБ. Сочетанное влияние условий труда наблюдалось среди проходчиков, ГРОЗов, мастеров-взрывников. Сменные нагрузки в 3-й группе были выше безопасных пределов по пыли в 15,3-20,7 раз, оксидом свинца — в 2,6, шуму и вибрации — на 11-16 и 2-11 дБ, соответственно.

4-я группа сформирована вспомогательными профессиями подготовительных и очистных участков (ИТР, горнорабочие, электрослесари). Лимитирующими показателями в условиях их труда являются пыль (с превышением ПДК в 20,5-41,3 раза), шум (сменные значения выше на 12-14 дБ).

В 5-ю группу вошли подземные рабочие шахтного, шахтно-конвейерного транспорта (ШТ, ШКТ), РМУ, РВУ. Их условия труда определяют пыль, шум общая и локальная вибрация. В таких профессиях, как ИТР вспомогательных участков, машинисты опрокида, электрослесари ШТ, ШКТ — комбинированное действие пыли и шума. Среди работающих этой группы в целом за смену пылевой фактор был выше ПДК в 4-8 раз, по шуму — на 3-12 дБ, вибрация равнялась ПДУ.

Исследование заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), проведенное на шахтах Кузбасса в среднем за 3 года, показало, что в соответствии с общепринятой классификацией [1], общие уровни нетрудоспособности выше средних по количеству случаев ($114 \pm 4,4$ на 100 работающих) и высокие по количеству дней (1439 ± 90). На подготовительных участках ежегодно временно теряют трудоспособность 50-59 % работающих. Средняя длительность одного случая составляет 12,5-14,1 дня. Наиболее высокие случаи и дни нетрудоспособности имеют проходчики и горнорабочие. Поэтому существующий режим труда оценивается как «настораживающий» [2].

На очистных участках ЗВУТ имели 59,3-74,2 % работающих. Высокие уровни по числу случаев

ЗВУТ регистрировались среди ГРОЗ, по числу дней — у МГВМ очистных комплексов. Средняя длительность одного случая составляла, соответственно, 13,8 и 15,7 дней, что свидетельствует о «неприемлемом режиме» труда [2].

При буровзрывных работах обращает внимание профессия мастера-взрывника, так как процент болевших среди них составлял 72,7 %, а по числу случаев и дней был выше (на 24 и 48,6 %, соответственно), чем у машинистов буровых и породопогрузочных машин. Влияние профессионального воздействия на ЗВУТ по количеству болевших составило 44,8 %. Ниже ЗВУТ по всем показателям у занятых на участках шахтного и шахтно-конвейерного транспорта, ремонтно-монтажных и восстановительных работах. ЗВУТ имели 53,4-61,7 % работающих, при колебании средней длительности 1 случая 9,8-13,9 дней. Режим труда также следует считать переходным между «допустимым и настораживающим».

Изучение отдельных факторов в условиях труда показало, что действие аэрозолей пыли, шума на 11,8 % работающих сочетается с действием вибрацией. Перечисленные факторы оказывают влияние на общие уровни ЗВУТ, как на случаи (30,8 %), так и на дни потери трудоспособности (19,2 %). Однако ЗВУТ шахтеров, контактирующих с пылью, шумом и локальной вибрацией, выше (по числу случаев на 1 работающего на 0,24, дней — 6,7). Пыль и шум являются определяющими в условиях труда 33,9 % подземных рабочих, у 23,9 % они усиливаются действием на организм взрывных газов и аэрозолей свинца. Последние приводят к регистрации большего количества случаев заболеваний (0,12 на 1 работающего) и числа дней потери трудоспособности (на 3,2 дня). На формирование общих уровней ЗВУТ работающих основных участков оказывали влияние принятые способы отработки, преимущественно на число случаев потери трудоспособности, в то время как вид используемой техники увеличивал количество дней нетрудоспособности. Более высокие показатели отмечались на комплексно механизированных участках, при обслуживании очистных комплексов и буровых кареток.

Вышеперечисленные закономерности, выявленные в условиях труда шахтеров, дали возможность корректировать существующие режимы труда путем определения допустимого времени их действия, вида работ, рекомендуемого их чередования [3].

Основным параметром управления труда необходимо считать периоды непрерывной работы. Исследование частоты сердечных сокращений, легочной вентиляции, коэффициента импульса мышечной силы в динамике рабочей смены показало, что выполнение очень тяжелых операций (перенос и установка стоек, посадочной крепи, расчистка дорожек, подготовка ниш, крепление головки, обмотка кабеля) требует отдыха в течение 27-35 % времени выполнения работ; при работах тяжелых или приближающихся к тяжелым (пропуск угля, установка крепи, расстыковка конвейера, зачистка лавы) вре-

мя отдыха должно составлять 15-20 %, средней тяжести (управление комбайном, передвижка и крепление балки и др.) — 7,5-10 %.

С учетом действия лимитирующих показателей в условиях труда [3] было рассчитано, что для ИТР основных и вспомогательных участков время контакта с пылью в течение смены не должно превышать, соответственно, 0,4 и 2,5 часа. При проведении работ (зарядка шпуров, взрывание, бурение кареткой, погрузка горной массы) на БВ участках время однократного непрерывного действия шума в сочетании с вибрацией не рекомендуется превышать 12,7 мин. В режимах рабочих циклов следует обеспечить соотношение времени работ в фактических и благоприятных условиях труда: для работ по погрузке и бурению — 1,0 : 1,8; доставке и бурению — 1,0 : 1,3; бурению — 1,0 : 2,0; доставке — 1,0 : 2,0.

ВЫВОДЫ:

1. Проведена оценка режимов труда шахтеров с учетом комплекса показателей: составляющих режимов труда, дозно-временных зависимостей воздействия вредных факторов производственной среды, физиологических исследований в течение смены, заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

2. Установлено, что 21,8 % подземных рабочих трудятся в «неприемлемых» внутрисменных режимах труда, 27,2 % — в «настораживающих» и 51 % — в переходных между «допустимым и настораживающим». Последнее ведет к высокой утомляемости работающих к концу смены, увеличению процента болевших от 56,9 до 74,2 % и средней длительности одного случая заболевания с 12,6 до 15,7 дней.
3. Предлагается рационализация внутрисменных режимов труда шахтеров за счет увеличения длительности отдыха в зависимости от тяжести выполняемых работ, ограничения времени контакта с вредными факторами, чередования выполняемых операций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Догле, Н.В. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (методы изучения) /Догле Н.В., Юркевич А.Я. — М., 1984. — 175 с.
2. Михайлуц, А.П. Гигиеническая оценка режимов труда работающих на химических производствах: Метод. реком. /Михайлуц А.П., Гурьянова Н.О., Першин А.Н. — Кемерово, 2004. — 11 с.
3. Гигиеническая оценка и разработка внутрисменных режимов труда при воздействии отдельных факторов производственной среды (аэрозоли, химические вещества, шум, вибрация) и факторов трудового процесса (тяжесть труда): Метод. реком. /А.П. Михайлуц, Н.Н. Давыдова, Н.О. Гурьянова и др. — Кемерово, 2004. — 29 с.

Медведева Н.Л., Громов К.Г.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КЕМЕРОВО

По данным ВОЗ, рак мочевого пузыря составляет 3-4 % всех злокачественных новообразований и проявляет четкую тенденцию к прогрессированию распространенности, а также росту заболеваемости. В России опухоли мочевого пузыря занимают 8 место среди мужчин и 18 место среди женщин.

Факторы риска развития рака мочевого пузыря многочисленны и в большинстве случаев образование опухолей зависит от их комплекса. Хорошо известна роль экзогенных канцерогенов — химических факторов индуцирования так называемого профессионального рака мочевого пузыря. Различные аспекты этой проблемы анализированы в работах различных авторов [1].

Профессиональный рак мочевого пузыря составляет 15 % от общего числа профессиональных опухолевых заболеваний и в 30 раз чаще встречается у работников анилино-красочной промышленности [2].

Канцерогенным действием обладают конечные метаболиты ароматических аминов, повреждая ДНК клеток уротелия и инициируя опухолевый рост. Частота рака, вызванного профессиональными канцерогенами, зависит от длительности их воздействия на слизистую оболочку мочевого пузыря. Срок этот может составлять от нескольких месяцев до 40 лет.

Кемерово является городом с хорошо развитой химической промышленностью. Ведущие предприятия химической промышленности: «АЗОТ», «Химпром», «КХЗ», «Прогресс», «Химволокно» и др. расположены в жилой зоне, в связи с чем значительно расширяется комплекс воздействия негативных факторов на организм человека, в первую очередь, жителей города, занятых в производственной сфере, либо проживающих в промышленной зоне.

Численность города на январь 2005 года составляет 544925 тыс. человек. Численность населения по районам представлена в таблице 1.

Таблица 1
Распределение населения по районам

	Центральный	Заводский	Рудничный	Кировский	Ленинский
Численность населения (тыс. чел.)	154861	89199	56717	65027	179121
Площадь района (км ²)	18,8	92,2	46,2	72	22,2

Цель исследования — провести сравнительную оценку распространенности рака мочевого пузыря среди жителей районов города Кемерово в связи с их профессиональной принадлежностью, условиями работы и местом проживания.

За период с 1994 по 2004 гг. в условиях КООД г. Кемерово наблюдались по поводу рака мочевого пузыря 342 человека, жители г. Кемерово. Из них, 76 женщин и 266 мужчин в возрасте 54-93 лет. Жителей Заводского района было 79 человек, Рудничного — 59, Ленинского — 105, Кировского — 46, Центрального — 53.

Диагноз рака мочевого пузыря ставился на основании жалоб больного (гематурия), данных анамнеза, объективного осмотра, цистоскопии, в/в урографии, рентгенологического исследования костей таза, позвоночника, КТ органов малого таза, мочевого пузыря. Стадийность заболевания составила от I до IV. Все больные осматривались онкологом и продолжали начатое лечение и наблюдение в условиях КООД.

В ходе исследования были выявлены особенности возрастной и половой структуры заболевших, условий их проживания, профессиональной принадлежности. Возрастная структура представлена в таблице 2.

Таблица 2
Возрастная структура заболеваемости

Район	Год рождения				Всего
	1911-1920	1921-1930	1931-1940	1941-1950	
Заводский	19	33	17	10	79
Кировский	5	19	14	8	46
Ленинский	20	28	39	17	104
Рудничный	6	23	17	13	59
Центральный	9	17	17	10	53
Всего:	59	120	104	58	341

Как видно из таблицы, основное количество патологии приходится на возраст 60-80 лет. Если учесть, что длительность контакта с профессиональными вредностями может достигать 40 лет, то становится понятным, что основное воздействие данные люди получили именно в работоспособном возрасте, от 20 до 40 лет. Распределение по полу составило: Заводский район — 17 женщин и 62 мужчины; Кировский район — 6 и 40; Ленинский — 41 и 64; Руд-

ничный — 15 и 44; Центральный район — 7 женщин и 46 мужчин.

Основная часть заболевших (114 человек) в анамнезе отмечали одним из мест работы завод «Химволокно», от 1,5 до 25 лет. Второе место занимают водители (52 человека) со стажем работы 14-29 лет. Далее следуют различные группы населения, имевшие контакт с различными профессиональными вредностями, и служащие, проживающие в неблагоприятных районах. Расположение основных заводов — в Заводском и Ленинском районах. Наибольшее число заболевших приходится на Заводский (79 человек) и Ленинский (105 человек) районы. Основное количество заболевших в указанных районах проживают в непосредственной близости от промышленных объектов.

Второе место по численности занимают водители (52 человека), занятые как в химической, так и в угольной отрасли. Возраст водителей составил, в среднем, 40-50 лет, в то время как работники химической промышленности чаще заболевали в возрасте 60-70 лет. Все водители были мужчины, в то время как в химической промышленности преобладали женщины (61 человек).

Таким образом, в городе Кемерово наблюдается высокая заболеваемость раком мочевого пузыря. Основными профессиональными факторами риска являются анилино-красочные производства. Однако работники химической промышленности заболевают, в среднем, позднее, чем водители транспорта. Занятость в сфере химического производства женщин приводит к их более высокой заболеваемости, в то время как среди работников транспорта преобладают мужчины.

Особенность застройки жилого комплекса вокруг промышленных объектов и заселения работников производств привела к тому, что основное количество заболевших проживает в непосредственной близости от места работы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аль-Шукри, С.Х. Опухоли мочеполювых органов /Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. — СПб., 2000. — 90 с.
2. Гурьянова, Н.О. Направления профилактических мероприятий при рационализации режимов труда в химических производствах /Гурьянова Н.О. //Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 2-2005. — С. 36.

Копылова И.Ф., Лукашева Е.Н., Щавелькина И.И., Пискунова Н.Н.
*Кемеровская медицинская государственная академия,
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,
г. Кемерово*

ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОДРОСТКОВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В начале третьего тысячелетия в России еще не достигнута стабилизация эпидемиологической обстановки по туберкулезу. Наиболее

тяжелая ситуация сложилась в Сибирском Федеральном округе. В Кемеровской области уровень эпидемиологических показателей — один из самых

высоких в стране. Особую тревогу вызывает рост заболеваемости туберкулезом подростков. Физиологические и психологические особенности возраста predisполагают к развитию и неблагоприятному течению туберкулеза [1]. Среди факторов риска, способствующих заболеванию, одни авторы первостепенными считают, кроме контакта с больным туберкулезом, социальную дезадаптацию подростка [2], другие — низкий уровень прививочного иммунитета, наличие соматической патологии [3, 4].

Цель настоящего исследования — изучение эпидемиологической обстановки по туберкулезу среди подросткового населения Кемеровской области и анализ причин заболеваемости подростков в современных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены статистические отчетные данные по туберкулезу среди 150,5 тыс. подростков Кемеровской области с 2000 по 2004 годы. Проведен анализ факторов, способствующих развитию туберкулеза, у 28 подростков 13-18 лет, находившихся на лечении в детском стационарном отделении областного тубдиспансера в июне 2005 года. Учтены эти же факторы среди всех 27 подростков 15-18 лет, впервые выявленных в 2004 г. в г. Кемерово. Методы обследования соответствовали утвержденным современным нормативными документами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как видно из данных, представленных в таблице, за 5 лет существенно выросла инфицированность подростков (на 7,1 %) и в значительно большей степени увеличилась заболеваемость (в 1,5 раза). Достоверный рост определяется с 2003 г. и наиболее велик его темп в 2004 г.

Таблица
Инфицированность и заболеваемость подростков туберкулезом (2000–2004 гг.)

Показатели	2000	2001	2002	2003	2004
Инфицированность (в %)	73,7	73,9	76,6	79,8	80,8
Заболеваемость (на 100000 населения)	51,4	51,1	53,9	63,4	77,1

Как показал анализ состава заболевших в г. Кемерово, по полу 2/3 составили девочки. Обращает на себя внимание довольно благоприятная социальная структура заболевших: лишь 7,1 % (1 из 27) отнесены к «неорганизованным» подросткам, т.е. не занятым ни трудом, ни учебой. Преобладающее большинство из заболевших составили студенты — 48 % (13 чел. из 27) и школьники — 40,7 % (11 чел.).

Проведен более детальный анализ данных о 28 пациентах стационара. Заслуживает внимания значительный удельный вес подростков из неблагоприятных материально-бытовых условий — 39,3 % (11 чел.), и не имеющих полной семьи — 64,3 % (17 чел.). Курение отмечено в 22 %, злоупотребление алкоголем — в 11 %, дезадаптация в коллективе — в 14,8 % (4 школьника).

Преобладающее большинство заболевших (79 % — 22 чел.) были вакцинированы БЦЖ при рождении и имели поствакцинные рубчики не менее 4-5 мм в диаметре. Повторная прививка (ревакцинация) проведена лишь в 18 % случаев (5 подросткам). Почти в 2/3 случаев (60,7 % — 17 чел.) установлен контакт с больными туберкулезом, преимущественно семейный (53,6 % — 15 чел.). При этом у большинства контакт имел место с больным, состоявшим на учете до выявления туберкулеза у подростка (13 чел.) и имевшим открытую форму процесса (13 чел.).

2/3 подростков были инфицированы туберкулезом более 3-х лет до развития заболевания, в том числе более 1/2 — более 5 лет. Лишь в одном случае при выявлении заболевания установлен выраженный первичный инфицирование. Следовательно, заболели в подростковом возрасте преимущественно давно инфицированные. Степень выраженности реакции на туберкулиновую пробу Манту увеличилась почти у 2/3 заболевших (64,3 % — 18 чел.), в том числе в 28,3 % (8 чел.) она стала гиперергической. В то же время, значителен удельный вес подростков (35,7 % — 10 чел.) со стабильной чувствительностью к туберкулину на фоне развития заболевания. При выявлении заболевания чаще всего (67,9 %) наблюдалась нормергическая чувствительность к туберкулину.

Несмотря на преобладание подростков с нарастанием чувствительности к туберкулину и, следовательно, с показаниями для обследования фтизиатром, выявлены по данным туберкулинодиагностики лишь 2 заболевших (7,1 %). В 1/3 случаев (35,7 % — 10 чел.) заболевание установлено при профилактической флюорографии, в 1/5 (21,4 % — 6 чел.) — при обследовании по контакту. В целом, при профосмотре туберкулез у подростков выявлен в 2/3 случаев. В 1/3 (35,7 % — 10 чел.) диагноз установлен при обращении с жалобами к врачам общей лечебной сети.

Как видно из изложенного, заболевали туберкулезом подростки, как правило, инфицированные туберкулезом в предыдущие годы. В период первичного инфицирования состоял на учете противотуберкулезного диспансера лишь один (3,6 %) по поводу выража туберкулиновой чувствительности и еще один (3,6 %) по поводу нарастания реакции на пробу Манту. Следовательно, у большинства подростков период первичного инфицирования туберкулезом не был выявлен.

Заболевшие из ранее известных очагов туберкулезной инфекции наблюдались в диспансере по поводу контакта с больными туберкулезом лишь в 2/3 случаев (9 из 13).

Из всех подростков (11), состоявших до заболевания на учете тубдиспансеров с целью проведения профилактических мероприятий, получили полноценную химиопрофилактику лишь двое, и еще двое принимали препараты не регулярно.

В структуре клинических форм туберкулеза, диагностированных у подростков, преобладал инфильтративный туберкулез, составивший 71,4 % (20 из 28), при этом в 2/3 случаев (14 чел.) он сопровождался фазой распада. Частота очагового туберкулеза составила 14,3 % (4 чел.), экссудативного плеврита — 10,3 % (3 чел.). Лишь в одном случае установлен диагноз туберкулеза внутригрудных лимфоузлов. На основании сроков от инфицирования до развития заболевания можно считать, что туберкулез первичного генеза имел место в 28,6 %: у 8 с появлением положительной реакции на туберкулин не более чем за 3 года до развития активного туберкулеза. К первичному туберкулезу следует отнести, без сомнения, туберкулез внутригрудных лимфоузлов (1 сл.), экссудативный плеврит (3 сл.), а так же, вероятно, 4 случая инфильтративного туберкулеза. Инфильтративный туберкулез в подростковом возрасте, как известно, может иметь как первичный, так и вторичный генез.

Частота деструкций среди всех заболевших составила 50 % (14 из 28). Бактериовыделение обнаружено в 28,6 % (8 чел.). Преобладали ограниченные по распространенности процессы с поражением не более 2-х сегментов легких или не более 2-х групп лимфоузлов, составившие 2/3 случаев (19). Распространенный односторонний туберкулез диагностирован у 2 подростков, двухсторонний — у 7 чел. Следовательно, состав подростков по характеру туберкулезного процесса не совсем благоприятен: высок удельный вес деструкций, бактериовыделения, а также значительна частота распространенных форм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в Кемеровской области за 2003-2004 годы наблюдается существенный рост инфицированности подросткового населения туберкулезом и выраженное увеличение их заболеваемости. Основную часть заболевших составляют студенты и школьники. Имеют значение в развитии заболевания неудовлетворительные материально-бытовые

условия. Преимущественно заболевают ранее инфицированные, имеющие тесный контакт с взрослыми бактериовыделителями. Можно предполагать, что в подростковом возрасте в развитии заболевания туберкулезом велика роль суперинфекции. Следовательно, высокая заболеваемость подростков обуславливается в значительной степени большим резервуаром туберкулезной инфекции среди взрослых. Важной причиной высокой заболеваемости подростков является неудовлетворительное проведение профилактических противотуберкулезных мероприятий. В большинстве случаев период первичного инфицирования остается не выявленным и не осуществляется химиопрофилактика для предупреждения перехода инфицирования в заболевание. Следовательно, массовая туберкулинодиагностика оказывается недостаточно эффективной. Не все дети и подростки, имеющие семейный контакт с взрослыми больными открытой формой туберкулеза, наблюдаются в диспансере и получают химиопрофилактику.

По результатам проведенного анализа грубых дефектов в проведении противотуберкулезной вакцинации не выявлено. Однако имеет место сравнительно низкий охват ревакцинацией. Неблагоприятна структура клинических форм туберкулеза у подростков: высок удельный вес деструктивных (50 %) и распространенных (1/3) форм. Следовательно, необходимо принятие мер по повышению качества массовой туберкулинодиагностики и организации химиопрофилактики туберкулеза по показаниям.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Туберкулез у детей и подростков: Руков. /Под ред. О.И. Король, М.Э. Лозовской. — СПб., 2005. — 424 с.
2. Белобородова Н.Г., Чугаев Ю.П. //Пробл. туб. и бол. легк. — 2003. — № 6. — С. 6-9.
3. Овсянкина Е.С., Заховаева Е.Н., Куфакова Т.А. и др. //Пробл. туб. — 2001. — № 1. — С. 9-12.
4. Губкина М.Ф., Овсянкина Е.С. //Пробл. туб. и бол. легк. — 2005. — № 1. — С. 10-13.

Помыткина Т.Е., Козляткина Ю.Н., Масенко Я.Л.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НА КОАО «АЗОТ»

Условия труда работающих на промышленных предприятиях определяются количественной характеристикой вредных производственных факторов, могущих оказывать неблагоприятное воздействие на трудящихся. Одним из таких распространенных факторов является химический, с которым имеют контакт сотни тысяч работников. Данный фактор в результате длительного воздействия может привести к развитию разнообразных производственных заболеваний. Вместе с тем, он обладает и неспе-

цифическим влиянием на организм, снижая его иммунозащитные функции, что способствует повышению заболеваемости различных систем и органов, в том числе желудочно-кишечного тракта [1].

Одним из путей снижения общей и профессиональной заболеваемости является оздоровление рабочих в санаториях-профилакториях промышленных предприятий. В них проводится первичная профилактика заболеваний, основанная на повышении сопротивляемости организма, и вторичная профи-

лактика, целью которой является предупреждение прогрессирования болезни и ее обострений [2].

Цель исследования — изучить возможное влияние профессиональных факторов на организм работающих в цехах аммиачного производства, карбамида и капролактама.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были проанализированы данные медицинских документов предприятия КОО «АЗОТ». Характеристика заболеваемости с временной утратой трудоспособности получена по материалам отчета предприятия о временной нетрудоспособности работающих за 2001-2004 гг. При анализе результатов периодических осмотров рассчитывали общую заболеваемость на 100 осмотренных по результатам периодических медицинских осмотров, а также заболеваемость по отдельным классам болезней, в том числе заболеваемость болезнями органов пищеварения. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки анализировали более детально, с учетом стажа работы, цеха, профессии, возраста пациента на момент выявления или обострения заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 4 года средняя заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) работающих на предприятии составила 42,7 случая (542,2 дня) на 100 работающих и колебалась от 42,2 (542,6) в 2001 г. до 40,8 (514,7) в 2004 г. (табл. 1).

Наиболее часто наблюдались болезни органов дыхания, составляя в среднем 19,9 случая (170,5 дня) на 100 работающих. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани заняли 2-е место (9,1 случаев), болезни мочеполовых органов — 3-е (4,6 сл. или 58,5 дней). Болезни системы кровообращения (2,8 или 64,9) и органов пищеварения (2,2 или 40,9) находились на 4 и 5 месте. Заболеваемость болезнями органов пищеварения с ВУТ составила за 4 года 2,2 случая на 100 работающих (40,9 дней) и колебалась от 1,4 (26,6) в 2004 г. до 2,7 (54,4) в 2001 г. (табл. 2).

Среди болезней органов пищеварения 1-е место принадлежало язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — за 4 года от 0,5 до 1,4 случаев на 100 работающих (10,1-30,9 дней), в среднем 1,0 (19,1). Болезни печени, желчного пузыря, поджелудочной железы наблюдались в среднем в 0,6 случая (14,8 дней), гастриты и дуодениты — в 0,6 (7,1). Как видно из таблиц, на КОО «АЗОТ» после проводимого в течение 2 лет (2003-2004 гг.) лечения в санатории-профилактории работающих основных профессий отмечено снижение заболеваемости органов пищеварения.

Максимальное число случаев ЗВУТ по язвенной болезни приходится на специальности аппаратчик, слесарь, машинист, лаборант. Самый высокий показатель ЗВУТ по язвенной болезни отмечен у работающих со стажем до 5 лет. При рассмотрении случаев ЗВУТ по язвенной болезни, во всех возрастных группах общее число случаев колеблется от 9 до 59. Наибольшее число случаев было выявлено в возрастной группе 40-49 лет. При сравнении

Таблица 1
Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работающих КОО «АЗОТ» (на 100 работающих)

Класс болезней	2001		2002		2003		2004		В среднем	
	случ.	дни	случ.	дни	случ.	дни	случ.	дни	случ.	дни
Болезни органов чувств	1,3	14,8	1,8	19,3	1,5	18,9	1,3	15,2	1,5	17,0
Болезни нервной системы	0,1	2,8	0,2	3,0	0,2	1,4	0,2	2,4	0,2	2,4
Болезни системы кровообращения	2,4	55,7	2,7	60,0	3,2	70,1	3,1	73,7	2,8	64,9
Болезни органов дыхания	20,0	175,0	20,6	171,7	21,6	178,5	17,5	156,9	19,9	170,5
Болезни органов пищеварения	2,7	54,4	2,4	44,4	2,2	38,3	1,4	26,6	2,2	40,9
Болезни мочеполовых органов	4,8	62,5	4,6	64,6	4,2	53,6	4,7	53,2	4,6	58,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,7	34,9	2,5	32,1	2,3	33,2	2,4	33,7	2,5	33,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	8,3	142,6	8,9	161,2	9,6	161,5	9,5	153,0	9,1	154,6
Всего:	42,2	542,6	43,7	556,3	44,8	555,4	40,1	514,7	42,7	542,2

Таблица 2
Заболеваемость болезнями органов пищеварения с временной утратой трудоспособности работающих КОО «АЗОТ» (на 100 работающих)

Болезни органов пищеварения	2001		2002		2003		2004		В среднем	
	случ.	дни	случ.	дни	случ.	дни	случ.	дни	случ.	дни
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	1,4	30,9	1,0	19,6	0,8	15,6	0,5	10,1	1,0	19,1
Гастриты, дуодениты	0,6	6,6	0,7	7,8	0,8	8,1	0,5	5,8	0,6	7,07
Болезни печени, поджелудочной железы и желчного пузыря	0,7	16,9	0,7	17,1	0,6	14,6	0,5	10,7	0,6	14,8
Всего:	2,7	54,4	2,4	44,4	2,2	38,3	1,4	26,6	2,2	40,9

ЗВУТ по язвенной болезни в случаях и днях на 100 работающих было выявлено, что данная патология наиболее часто встречается в цехах аммиак 1 и 2, сульфата аммония, ионообменных смол, карбамида, гидрирования и капролактама.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для правильного решения вопросов управления здоровьем работающих и разработки оздоровительных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, необходимы глубокое понимание причин, поддерживающих ее определенный уровень, и

достоверные доказательства влияния на нее тех или иных факторов, в первую очередь, производственно-профессиональных, устранение или снижение воздействия которых наиболее реально. Это и послужит для нас продолжением научного исследования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Куценко, Г.И. Заболеваемость рабочих болезнями органов пищеварения в условиях свинца /Куценко Г.И., Здобнике Т.Д. //Гиг. и санит. – 2003. – № 2. – С. 31-34.
2. Руководство по гигиене труда: Т. 2 /Под ред. Н.Ф. Измерова. – М., 1987. – С. 265.

Тусюк А.Ю., Евгенова О.В., Шибанкова А.Б., Яровикова Г.А.
*МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово*

ШКОЛА МАТЕРИ – ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

Зарождение жизни — великое таинство. Во все времена беременность казалась людям процессом божественным и загадочным. Роды — одно из самых запоминающихся событий в жизни женщины. Что останется в памяти — бесконечная боль и ужас беспомощности или чувство благоговения перед совершенством и гармонией самого удивительного чуда на земле — зависит от многих причин. Удивительно, но факт: почти все пугающие истории про роды являются следствием элементарного незнания, а иногда и просто невежества.

Врач родильного дома не в силах пересказывать каждой роженице содержание учебника акушерства. Тем более что трудно предугадать, что именно может напугать женщину. Что конкретно будет происходить во время родов, в той или иной степени интересует каждую собирающуюся стать матерью женщину. На все эти вопросы ответ можно получить в школе будущих матерей.

Первые школы материнства появились в России почти сорок лет назад. Они давали матери знания о внутриутробном развитии плода, о здоровом питании и оберегающем поведении. Но все эти знания готовят женщину не к рождению ребенка, а к процедуре родов, которая удобна для врача и является общепринятой.

Во время так называемой «нормально протекающей беременности» у женщин нет повода для того, чтобы обращать внимание на плод. Фраза «Я не замечала моей беременности» в рамках медицинской модели является признаком благополучия. Информация, поступающая изнутри системы «мать-плод», расценивается как патология, интерпретируется в медицинских понятиях «болезнь здоровья», то есть информация о внутриутробном развитии жизни ребенка, выраженная в симптомах и чувствах, подлежит уничтожению.

Возникновение общности, в которой происходит зарождение и принятие позиции пренатального ма-

теринства, понимание ответственности за сотворение, воспитание новой жизни, стихийно и зависит от частной инициативы врача или может сложиться внутри семьи.

Для большинства молодых женщин является открытием, что ребенок ведет активную жизнь в животе у матери; он двигается, отталкивается пяточками от стенок матки, сосет палец, поворачивает голову к источнику интересных для него звуков, «играет» пуповиной, заявляет о себе всеми доступными для него средствами. Все, что делает мама, тем или иным образом передается ребенку. Ведь мама — это его первичный источник познания мира, его «живая сырьевая база», как с материальной точки зрения, так и с психологической. В качестве примера можно привести тот факт, что вкус околоплодных вод меняется в зависимости от того, что поела мама. Ребенок заглатывает амниотическую жидкость, и она для него является источником разнообразных вкусовых ощущений, так как сосочков на языке новорожденного ребенка в сто раз больше, чем у взрослого.

Многие реакции плода связаны с состоянием матери. Ребенок совершает судорожные движения, когда мать волнуется, делает гримасу недовольства, когда матери вводят медикаменты. Ребенок на гормональном уровне переживает все состояния матери. Каждая волна материнских гормонов резко выводит ребенка из его обычного состояния и придает ему обостренную восприимчивость. Он начинает ощущать, что произошло что-то необычное, беспокоящее, и пытается понять, что же именно. Для ребенка очень важна информация, которая поступает от мамы, это необходимое условие для развития мозга. Надо отметить, что сейчас выдвигаются версии о том, что именно во внутриутробном периоде начинается формироваться базовое доверие или недоверие к миру, и это формирование идет на основе информации, которая поступает к ребенку от ма-

мы. Вот почему так важно во время беременности уделять внимание не только вопросам здорового питания, гигиены, режиму труда и отдыха, но и интеллектуальному развитию, моральному фону, окружающего будущую мать.

Беременность для мам-студенток очень часто становится сильным стрессом, неприятной неожиданностью, которая пугает, угнетает, повергает в панику, вызывает страх, неопределенность перед будущим. К вопросу получения профессии присоединяются бытовые, материальные проблемы, связанные с рождением малыша. Большинство студенток стараются совместить беременность, роды с продолжением обучения. Конечно, ни о какой предварительной подготовке к зачатию и беременности, здоровом образе жизни чаще всего говорить не приходится.

В сроке до 12 недель к врачу обращаются менее трети несовершеннолетних беременных. Беременность — это необходимая стадия завершения психосексуального развития женщины и, если она наступает в недостаточно зрелом возрасте, процесс психологического развития юной женщины осложняется, что неизбежно сказывается на будущем ее и ребенка. Но все же основная часть будущих мам вынашивают желанного ребенка. И вполне понятно их желание узнать как можно больше о своей беременности, о развитии и здоровье, о первых самостоятельных шагах в роли матери. Учитывая новые данные о внутриутробной жизни и особенности работы гинекологического отделения студенческой поликлиники, возрастной фактор наблюдаемых пациенток (16-24 года), к школе молодой матери предъявляются совсем иные требования. Ожидание малыша не должно быть пассивным. Уже сейчас можно многое сделать ему во благо. Мы изменили стандартные формы, методы работы с будущими матерями и пошли по другому пути.

Школа молодой мамы в студенческой поликлинике делится на 2 этапа. Оба этапа включают в себя как индивидуальные, так и групповые занятия. Обучение проводится в специально оборудованной, уютной, просторной, комфортабельно обустроенной комнате, где создается климат взаимного доверия и понимания.

Формы работы: беседы, лекции, раздаточный материал в виде буклетов, информационно-методических папок. В школе работает видеолекторий. Первый этап подготовки включает в себя темы питания, гигиены, физической активности во время беременности. Специально подобранные учебные видеофильмы демонстрируют будущим мамам внутриутробное развитие плода, комплексы гимнастических упражнений для беременных и рожениц, рекомендации по уходу за ребенком. Для индивидуальных занятий разработаны специальные буклеты, где можно найти ответ на любой вопрос, интересующий беременную женщину, от рекомендаций по питанию до рецептов по уходу за кожей, гимнастики для беременных и молодых мам. Занятия начинаются с самых ранних сроков беременности или с момента обращения беременной в поликлинику.

Крайне важно рассказать об эмоциональной окраске беременности с самого начала. Создать атмосферу радости и покоя в душе женщины. Ведь мама — первая вселенная для крохи. Именно в раннем пренатальном воспитании, чутком отношении к себе с началом беременности кроется весь успех дальнейшего физиологического течения беременности, рождения здорового малыша.

Мы демонстрируем научно-популярный фильм «Обыкновенное чудо». Женщина воочию видит, как из «маленькой клеточки» растет удивительный человек». После таких занятий большинство женщин, будущих мам, по-новому относятся к своему состоянию, начинают беречь себя и будущего ребенка, быстро находят взаимопонимание с лечащим врачом. А молодые папы гордятся «своими половинками».

Второй цикл занятий начинается с усвоения традиционных знаний о течении родов. Они настраивают женщину на максимально естественные роды, как на самые легкие. Всегда очень подробно разбираются каждый период родов и то, как роженице лучше вести себя в этот момент. Женщины узнают, как можно самостоятельно обезболить роды, как отдыхать и расслабляться между схватками, как правильно дышать. Объясняются все медицинские термины, чтобы женщина не пугалась, когда их услышит, и знала, что они означают.

На занятиях также показывают фильм о родах. О родах самых обычных, самых настоящих. Будущие мамы могут увидеть весь процесс от начала до конца, узнать, что же на самом деле им предстоит. Это очень помогает, ведь известно, что лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать.

На занятиях рассказывают, как подготовить грудь к кормлению, с чего начинаются роды и когда ехать в роддом, какие вещи взять с собой и что приготовить для малыша. Часть занятий непременно посвящена послеродовому периоду, восстановлению физической формы мамы, а так же уходу за ребенком. Секреты ухода за младенцем легко укладываются в простую формулу: любовь, внимание и нежная ежедневная забота.

Большое внимание уделяется грудному вскармливанию — как правильно давать грудь, как питаться маме, что делать, если недостаточно молока или появились уплотнения в груди. Работу по пропаганде грудного вскармливания проводит не только врач-акушер, но и врач детской поликлиники. А техника грудного вскармливания наглядно демонстрируется специальным видеофильмом.

Врач-педиатр подробно рассказывает не только о кормлении малыша, но и о первом купании, пеленании, о том, как избежать многих детских болезней или их последствий. Теоретические знания закрепляются отработкой практических навыков на муляжах.

Совместно с врачами-педиатрами детской поликлиники № 1 создана аллергошкола для беременных. Частота аллергических заболеваний у детей, начиная с грудничкового возраста, увеличивается с

каждым годом и составляет почти 30 %. С женщинами проводится беседа о создании гипоаллергенной среды во время беременности и в периоде новорожденности. С беременными женщинами работает детский врач-аллерголог, который проводит индивидуальное анкетирование беременных. Вся занимающаяся группа женщин получает рекомендации по питанию, образу жизни. После обработки анкет каждая беременная получает индивидуальные рекомендации, а при необходимости приглашается на дородовую и послеродовую консультации непосредственно в детскую поликлинику для более углубленных занятий с целью снижения риска развития гиперсенсibilизации любой этиологии у новорожденных.

Совместно с будущими мамами возможность обучаться в «школе» имеют и их мужья — будущие отцы. В последнее время молодые папы все чаще посещают занятия. Некоторые из них быстрее, чем их жены, овладевают навыками правильного дыхания, осваивают гимнастический комплекс и пеленание новорожденного. Такие семейные пары «вынашивают беременность» вдвоем. Отцовские чувства, ответственность за свою семью такие папы начинают испытывать гораздо раньше, чем папы не обучающиеся в «школе».

Беседы с молодыми мамами проводит и работник социальной защиты, информируя их по вопросам социальной защиты, о льготах и выплатах, положенных им после родов. По инициативе губернатора в Кемеровской области дополнительно к государствен-

ным гарантиям студенческим семьям при рождении ребенка выделяется пакет социальной поддержки, о чем будущие мамы узнают на занятиях.

Немаловажная работа начата с представителями православной церкви. Молодые семьи получают основы духовных знаний о семье. Одно из занятий посвящено заботе о душе будущего ребенка. Настоятель церкви учит молодых родителей хранить мир и покой в душе, в доме, в семье.

Последние минуты занятий посвящены мягкой адаптации младенца к новой для него среде. Первый час после рождения — важное время для мамы и ребенка. Он может оказать влияние на их дальнейшие отношения.

Мама, прошедшая курс занятий, не только спокойна и собрана во время родов, но и подготовлена психологически к воспитанию и уходу за младенцем, трудностям и радостям материнства. В дальнейшем планируется привлечение к работе в «Школе матери» психолога, врача лечебной физкультуры.

Важность таких занятий трудно переоценить. Кроме необходимой информации и навыков, здесь получают еще и психотерапевтический эффект — знание снимает страх. А вопросы, даже самые на первый взгляд глупые, можно задать тут же и сразу получить ответ.

Общность, взаимопонимание врача и беременной женщины, заинтересованность обоих в исходе беременности, приводят к долгожданному и бесценному результату — рождению здорового малыша у здоровой мамы.

Темерханова Л.И., Малин М.В.
*МУЗ Клиническая поликлиника № 5,
г. Кемерово*

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПО ЕГО СОХРАНЕНИЮ

Современное социально-экономическое положение в нашей стране привело к существенному снижению рождаемости и высокому уровню смертности населения. Медико-демографическая ситуация в Западно-Сибирском регионе характеризуется «постарением» населения, сокращением продолжительности жизни, депопуляцией почти на всех ее территориях [1].

Кемеровская область больше других отличается количеством медико-демографических проблем. Репродуктивное здоровье современной популяции женщин, поддерживающих основной уровень рождаемости в настоящем поколении, характеризуется высокой распространенностью соматической патологии, бесплодием, заболеваниями, передаваемыми половым путем. К факторам, влияющим на этот процесс в России, относятся социально-экономические условия жизни населения, большое число аборт, относительно высокий уровень материнской и детской смертности [2] и т.д.

Наиболее реальная возможность позитивного влияния на воспроизводство населения и сохранение генфонда нации — это улучшение качества помощи матерям и детям. Женские консультации были и остаются одними из основных лечебно-профилактических учреждений, занимающихся решением медицинской стороны этой проблемы, ибо далеко не всегда проводится четкий «водораздел» между тем, что могут сделать медики и что находится вне их влияния [2].

Целью исследования был анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений г. Кемерово по охране репродуктивного здоровья женщин и мерах по его улучшению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования было женское население трех районов города (прикрепленное в системе ОМС к женским консультациям МУЗ «Клиническая поликлиника № 5») в количестве 101500 женщин, из них 58 % фертильного возраста. Методами

исследования были сбор медико-социальной информации, статистическая обработка полученных данных, а также результаты оказываемой специализированной, диагностической, лечебно-консультативной и профилактической помощи беременным и пациентам с гинекологической патологией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашей работе много внимания уделяется медико-социальным факторам формирования репродуктивного потенциала девочек-подростков, как будущих матерей. На базе женской консультации № 1 организована работа кабинета подростковой патологии, на учете в котором состоят 4500 девочек. Основными направлениями работы кабинета являются профилактическая, лечебно-диагностическая, санитарно-просветительная работа. Осуществляется преемственность с педиатрической, акушерско-гинекологической и специализированными службами. При проведении профилактических осмотров обращает внимание ухудшение показателей физического и полового развития девочек-подростков.

Из осмотренных 3109 девочек-подростков выявлено различной патологии 1226. Из них, с дисгармоничным развитием — 72 %, с воспалительными заболеваниями гениталий — 16 %, с нарушением менструального цикла — 12 %. В 2004 году комплексную диспансеризацию и оздоровление по выявленной патологии прошли 950 девочек (78 %).

В результате проведенных мероприятий отмечено снижение числа аборт, с 6,8 на 1000 девочек в 2000 году до 2,1 в 2004 году. Снижение количества родов у девочек-подростков — с 40 в 2000 году до 7 в 2004.

Итак, основной задачей для успешного развития специализированной медицинской помощи девочкам-подросткам является дальнейшее развитие подростковой гинекологии, всеобщая диспансеризация, первичная профилактика нарушений репродуктивной системы, ранняя диагностика заболеваний половой сферы, своевременное и рациональное лечение, осуществление преемственности между педиатрической, подростковой и акушерско-гинекологическими службами. По-прежнему актуальными остаются вопросы повышения гигиенической культуры девочек-подростков, пропаганда здорового образа жизни. Итогом этой работы станет подготовка девочек к предстоящему материнству.

По-прежнему приоритетным направлением в работе женских консультаций остается помощь беременным женщинам, направленная на благополучный исход беременности и родов для матери и новорожденного.

С этой целью в женской консультации № 2 введено совместное с психологом ведение беременных, организована «школа медико-психологической подготовки к родам и воспитанию здорового ребенка». Организованы и при участии психологов проводятся тренинги:

1. «Школа зрелого отцовства и материнства», которую с апреля 2001 г. посетили 351 семейная

пара. Тренинг рассчитан на семейную пару, готовящуюся к рождению ребенка; он мобилизует физические и психические силы женщины для благополучного течения беременности и хорошего исхода родов.

2. «Школа родового развития и воспитания ребенка» способствует обучению беременных навыкам общения с ребенком еще до его рождения, гармонизации отношений между матерью и ребенком (425 беременных женщин).
3. Тренинг-семинар «Адаптация женщины к беременности и стабилизация ее состояния» с применением методики компьютерной ауродиагностики способствует снижению уровня тревоги, страхов перед предстоящими родами и, следовательно, способствует снижению числа осложнений течения беременности, родов и послеродового периода, способствует сохранению здоровья малыша (384 беременных женщин).

С начала 2003 г. организованы и проводятся видеолектории «О значении грудного вскармливания», «Значение внутриутробного воспитания ребенка» (495 беременных женщин).

Все занятия, тренинги и лектории проходят в специально оборудованном кабинете на фоне аэроионотерапии, ароматерапии, аудиосопровождения. Всего с апреля 2003 г. вместе с психологом проведено 852 беременных, в том числе 260 женщин (30,5 %) с ОАГА, страдающих невынашиванием, 303 (35,5 %) с хронической внутриутробной гипоксией плода; 289 (33,9 %) с риском развития гестоза второй половины беременности. Ни в одном случае не отмечено манифестации клинических проявлений гестоза. Из числа прошедших занятия с психологом, 107 юных первородящих женщин, 226 первородящих старше 30 лет. Перинатальных потерь в представленной группе не наблюдалось. Преждевременные роды произошли у 3-х женщин данной группы (0,6 %), что в 4 раза ниже, чем в целом по консультации. Представленные данные свидетельствуют о том, что наблюдение женщин совместно с психологом — один из резервов снижения перинатальной смертности. Отдаленные результаты наблюдения в течение 6 месяцев после родов свидетельствуют о сохранении у всех женщин лактации, несмотря на имевшийся в некоторых случаях риск гипогалактии.

В 2004 году проведено анкетирование 92 беременных женщин, до и после занятий с психологом. До начала занятий к группе риска по повышенному состоянию тревожности можно отнести 22 % женщин, умеренную тревожность ближе к повышенной имели 41 % женщин, низкую тревожность — 2 %, нормальную тревожность — 35 %. После занятий состояние повышенной тревожности отмечено у 12 % женщин (в основном, при серьезных отклонениях в соматическом здоровье). У всех женщин, имевших тревожность ближе к повышенной, состояние нормализовалось. Данные проведенного анкетирования подтвердили целесообразность и необходимость проведения занятий.

Сохранение репродуктивного здоровья женщины, начиная с ее внутриутробного развития и заканчивая реализацией детородной функции — основная задача в работе АТПК. Специалисты АТПК выполняют совместную интегрированную работу по охране здоровья ребенка в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах. Работа АТПК строится по принципу прямых и обратных связей с ЛПУ района — поликлиниками № 5, № 12, ККДЦ, Детскими больницами № 2 и № 7, Областным перинатальным центром и др.

Прошедшие годы работы АТПК показали важность и значимость проспективного экспертного анализа и контроля, сущность которого заключается в повторном проведении анализа случая, динамики наблюдения за ним различными специалистами АТПК.

Основными направлениями в работе специалистов АТПК являются: совместное ведение беременных с различной ЭГП, обеспечение до- и послеродового патронажей, подготовка к материнству и лактации, послеродовая реабилитация. В 2004 году проведено 22 заседания участковых АТПК, 8 расширенных консилиумов с участием специалистов различного профиля и сотрудников кафедр КГМА, где рассматривались случаи течения беременности у женщин со сложной соматической патологией, большой степенью риска материнской смертности.

О плодотворности, значимости проводимой интегрированной работы специалистов различных служб в АТПК говорит такой показатель, как перинатальная смертность, которая за последние годы снизилась более чем в 4 раза, а также снижение показателя преждевременных родов (4,8 % в 1988 году, 2,9 % в 2004 г.). Положительным результатом нашей деятельности можно считать снижение gestозов второй половины беременности (в 1988 г. — 49,3 %, в 2004 г. — 31 %).

Совместная работа с перинатальным центром проводится с 1994 года. С 2000 года, с введением многоуровневого ультразвукового скрининга, стало возможным решение вопроса о целесообразности сохранения или прерывания беременности. За период 2000-2004 гг. были диагностированы 38 случаев ВПР плода, в 9 случаях беременность была сохранена в связи с возможной коррекцией ВПР после родов, в 29 случаях — прервана с учетом особенностей пороков развития. Всего за этот период в перинатальный центр были направлены 1256 женщин с ОАГА, осложненным течением беременности и различной соматической патологией.

Анализ работы по ведению беременных высокогемедико-биологического риска с проведением УЗИ перинатального скрининга показал ее высокую эф-

фективность в снижении осложнений во время беременности и в родах, а также в улучшении перинатальных исходов. Таким образом, интегрированная работа различных специалистов в рамках АТПК по комплексному подходу в профилактике нарушений здоровья женщины и ребенка показала свою эффективность, актуальность и результативность.

В 2003 г. в женской консультации, одной из первых в городе, организован специализированный прием по патологии эндометрия с проведением гистероскопии. В течение 2003-2004 гг. проведено 140 гистероскопических исследований. Диагностированы железистая гиперплазия эндометрия — 66 случаев (33 %), эндометриоз — 33 (12,7 %), субмукозная миома матки — 34 (12,8 %), плацентарный полип после медицинского аборта — 3 (2 %), фрагмент ранее удаленной ВМС — 1 (0,75 %). Прооперированы 12 женщин (12,5 %). Восстановление фертильности женщин детородного возраста достигнуто в 29 случаях (25 %). Все вышесказанное свидетельствует об актуальности и необходимости данного метода обследования в амбулаторных условиях.

С марта 2004 года в женской консультации № 2 начал работу пилотный проект по прегравидарной подготовке и послеродовой реабилитации женщин. Программы «Подготовка к зачатию» и «Послеродовое воспитание» включают курсы физического оздоровления, консультации гинекологов-эндокринологов, консультации и занятия у психолога-перинатолога с проведением различных психологических тренингов и лечебно-оздоровительных мероприятий, дающих стойкий и высокий эффект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложившаяся в МУЗ «Клинической поликлинике № 5» г. Кемерово система оказания медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья женщин, использование методов профилактики, диагностики и лечения женщин с различной экстрагенитальной патологией, планирование и ведение беременности в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области является достаточно эффективной для настоящего социально-экономического положения Кемеровской области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабенко, А.И. Стратегические аспекты планирования в системе охраны репродуктивного здоровья женщин /Бабенко А.И., Джурабаева М.К. — Новосибирск, 2000. — С. 8-15.
2. Сердюковская, Г.Н. Современные проблемы охраны материнства и детства /Сердюковская Г.Н., Гринина О.В. //Здравоохран. — 2002. — № 7. — С. 23-24.