



СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА РОССИИ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ

2004 ГОД

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК 5

СОЦИАЛЬНАЯ

ЗДРАВООХРА

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ

FOUNDER:

MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

С Ф Е Р А Р О С С И И



Н Е Н И Е Р О С С И И

С П Р А В О Ч Н И К

У Ч Р Е Д И Т Е Л Ь :

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



«РОДИНА-ПРО»

МОСКВА

2004

УДК 338
ББК 65.9(2 Рос) 26
Ф 48

Здравоохранение Российской Федерации

Ф 48 Общественное здоровье и здравоохранение, специализированная помощь населению, региональное здравоохранение, международное сотрудничество, здравоохранение Казахстана: анализ, проблемы, перспективы, ведомственное здравоохранение, юбилеи российского здравоохранения, деятельность ассоциаций системы здравоохранения, справочный раздел.
М: «Родина-Про». 2004

В пятом специализированном выпуске приведены сведения, характеризующие общественное здоровье и здравоохранение в Российской Федерации, представлены материалы по медицинскому страхованию, законодательной базе системы здравоохранения, проблемам кадрового потенциала, образования, науке, лекарственному обеспечению населения.

Особое место в справочнике занимают вопросы стандартизации в здравоохранении как основы повышения качества медицинской помощи населению.

В разделе «Региональное здравоохранение» содержатся материалы семи федеральных округов, ряда субъектов Российской Федерации, где дается их характеристика, проблемы и задачи в отрасли здравоохранения.

Представлен раздел о специализированных службах (стоматология, офтальмология, травматология и ортопедия, фтизиатрия, наркология, дерматовенерология).

Значительное место в данном выпуске занимают материалы по здравоохранению Казахстана.

В справочнике нашли отражение материалы, подготовленные к юбилейным датам, в том числе к 60-летию основания Академии медицинских наук, 10-летию Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России.

В отдельный раздел выделена деятельность ассоциаций.

В справочном разделе приводятся статистические сведения о состоянии здоровья населения и ресурсах здравоохранения Российской Федерации.

Справочник предназначен для сотрудников Администрации Президента Российской Федерации, Федерального Собрания, глав региональных администраций, руководителей учреждений здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора, а также руководителей учреждений и предприятий, производящих продукцию медицинского назначения. Справочник представляет интерес для широкого круга специалистов в области здравоохранения, медицинской и фармацевтической промышленности.

© «Родина-Про». 2004.

СОДЕРЖАНИЕ

НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

9

I. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОСНОВА
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

17

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

33

II. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

165

ТУБЕРКУЛЕЗ В РОССИИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

173

III. РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

О ВНЕДРЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

233

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ

251

IV. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

449

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПАРТНЕРЫ ПО ОКАЗАНИЮ
ПОМОЩИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

461

V. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАЗАХСТАНА: АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАЗАХСТАНА:
АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

481

VI. ВЕДОМСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МВД РОССИИ:
ИСТОРИЯ, ЗАДАЧИ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

541

МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ФСБ РОССИИ

545

VII. ЮБИЛЕИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К 60-ЛЕТИЮ ОСНОВАНИЯ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

575

ВСЕРОССИЙСКОМУ ЦЕНТРУ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
«ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА РОССИИ – 10 ЛЕТ

585

VIII. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АССОЦИАЦИЙ

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА

597

IX. СПРАВОЧНЫЙ РАЗДЕЛ

X. ПРЕДМЕТНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ю.Л. ШЕВЧЕНКО
Министр здравоохранения
Российской Федерации

А.И. ВЯЛКОВ
Первый заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации

Г.Г. ОНИЩЕНКО
Первый заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации

А.В. КАТЛИНСКИЙ
Заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации

Т.И. СТУКОЛОВА
Заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации

Р.А. ХАЛЬФИН
Заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации

Е.П. КАКОРИНА
Заместитель
руководителя Департамента
организации и развития медицинской
помощи населению –
Начальник отдела медицинской
статистики и информатики
Министерства здравоохранения РФ

С.И. ИВАНОВ
Руководитель
Департамента государственного
санитарно-эпидемиологического надзора
Министерства здравоохранения РФ

В.И. КУЗНЕЦОВ
Исполнительный директор

И.В. ЧЕРНЫШЕВ
Заместитель
исполнительного директора

ИСПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИРЕКЦИЯ

В.И. КУЗНЕЦОВ
Исполнительный директор

И.В. ЧЕРНЫШЕВ
Заместитель
исполнительного директора

Н.П. НУЖА
Начальник отдела
международных отношений

И.В. ПОЗДЕЕВ
Начальник отдела
по связям с субъектами
Российской Федерации

И.П. СЕМЕНОВ
Начальник отдела
по связям с органами
государственной власти
Российской Федерации

Ю.М. МЕДОВИКОВ
Главный художник

Т.П. ЛЕЩИНСКАЯ
Ответственный секретарь

А.А. КОРОЛЕВА
Руководитель
организационного отдела

М.В. МУРАВЬЕВА
Начальник
информационно-
аналитического отдела

И.С. СОБОЛЕВА
Руководитель отдела
допечатной подготовки

Т.В. ЛЕЩИК
Ассистент отдела
допечатной подготовки

А.А. ТИХОМИРОВ
Начальник
отдела распространения

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
127025 Москва, ул. Новый Арбат, д. 19
Тел.: +7 (095) 203 8067, 203 8234, 203 8069
Факс: +7 (095) 203 6045,
203 6414, 203 6198
ОТДЕЛ РАСПРОСТРАНЕНИЯ:
Тел.: +7 (095) 203 7969
E-mail: med@federalbook.ru

НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Юрий Леонидович Шевченко

Проблема охраны здоровья человека, ее социальные, медицинские, нравственные, психологические аспекты давно волнуют умы великих просветителей, ученых и государственных деятелей. Здоровье населения всегда рассматривалось как показатель благополучия нации, как системообразующий фактор, который увязывает культуру, экономику, экологию, просвещение, политику, био- и ноосферу.

В середине прошлого столетия в нашей стране были впервые законодательно закреплены права граждан на охрану здоровья. Компоненты этой стратегии стали примером для других стран мира, в сравнении с которыми отечественные санитарные нормы и гигиенические стандарты и сегодня выглядят более строгими. Вместе с тем уже тогда в отрасли имелись условия, негативно влияющие на состояние общественного здоровья. Речь идет о болезнecентрическом устройстве системы здравоохранения, в котором диагностика и лечение болезней превалировали над профилактикой, над парадигмой активного сохранения и восстановления здоровья. Образ жизни населения в высокой степени определялся экологическими, социальными и психологическими факторами. В стране отсутствовал идеал здоровья как смысл бытия и общественного престижа нации, что присуще цивилизованному обществу. Парадные декларации, закрытость истинной статистики здоровья населения, неразвитость и ничтожность экономических основ самой системы здравоохранения, недоступность современных медицинских технологий для большинства людей – все это говорит о том, что человек и его здоровье в тогдашнем нашем обществе не были ни нравственной, ни экономической ценностью.

В 1980-е годы в нашем государстве, по существу, сложился настоящий «культ» больных людей. Реализуя идеологию ложно понимаемого гуманизма, система здравоохранения была ориентирована исключительно на больных людей, которым адресовала почти все социальные и медицинские ресурсы. При этом решительно игнорировался тот факт, что болезнь в значительной мере является результатом несоблюдения как государством, так и самими заболевшими общеизвестных санитарно-

гигиенических требований. Для нашего образа жизни вообще характерно достаточно безответственное отношение к соблюдению гигиенических нормативов. Более 100 тыс. научно обоснованных стандартов для всех отраслей хозяйства выполняются лишь на 30–40%. Тем не менее и сегодня ответственность за здоровье нации возлагается на медиков. Но ведь ясно, что не медики, не здравоохранение, а социальные условия, уровень жизни определяют степень здоровья населения.

Что важно и что главное для любого государства в части создания системы охраны здоровья? Прежде всего – сохранение здорового поколения. По этому показателю мы достигли критической убыли численности населения: в стране впервые за послевоенную историю развилось состояние депопуляции. Ее причины – в долговременной тенденции популяционных процессов. Это и последствия человеческих утрат в ходе двух мировых войн, Гражданской войны, репрессий, голода и других социальных потрясений, выпавших на долю нашего народа. Это и продвижение страны к простому характеру воспроизводства населения с доминированием одно-двухдетных семей. Это и приспособление к новым социально-этическим и экономическим ценностям в сжатые сроки, что превышает физиологические адаптивные способности человеческого организма.

Итогом стало возрастание стрессогенной патологии (прежде всего алкоголизм, депрессии, острые расстройства коронарного и мозгового кровообращения). Ежедневно на больничных койках пребывают около 2 млн. наших сограждан. В России ежегодно регистрируются до 50 млн. случаев инфекционных заболеваний. Прямые и косвенные потери составляют более 50 млрд. руб. Наблюдается активизация природно-очаговых заболеваний. В масштабах, угрожающих безопасности всего мира, распространяется ВИЧ-инфекция. Не менее остра эпидемическая обстановка по гемоконтактным вирусным гепатитам. В России в последние 10 лет уровень заболеваемости гепатитом В возрос в два раза. Все это становится не только важной медицинской и социально-экономической, но и поистине государственной проблемой.

Важный показатель – здоровье подрастающего поколения. Его динамика неутешительна: 65% школьников имеют существенные отклонения в состоянии здоровья; более 80% призывников не могут выполнять элементарные нормы физической подготовки. Особенно тревожат отрицательные последствия достижений цивилизации для здоровья школьников. Перегрузка детей учебными материалами просто ошеломляет: от 3-кратного превышения по иностранному языку до 20-кратного – по математике. И к этому надо прибавить хроническую гиподинамию и почти тотальное несоответствие условий пребывания детей гигиеническим нормам и стандартам.

Не менее существенный показатель – здоровье трудоспособного населения. Около 3 млн. человек ежедневно не выходят на работу из-за болезней, 20 млн., находясь на работе, пребывают в пред- или постболезненном состоянии. Более 70% трудового населения на пороге пенсионного возраста страдают от различных органических заболеваний.

Все эти факты дают право утверждать, что существующий нозологический принцип охраны здоровья себя не оправдывает. Система здравоохранения в нынешнем виде ориентирована главным образом на борьбу с уже возникшими заболеваниями и объективно не способна радикально улучшить состояние здоровья населения страны. Для того чтобы этого достичь, необходимо разработать новую, адекватную сложившимся социально-экономическим условиям стратегию охраны и улучшения здоровья людей.

Да, сегодня становятся рутинными сложные оперативные вмешательства, пересадки органов и тканей – как следствие успеха не только хирургической техники, но и больших достижений иммунологии, фармакологии и многих прикладных и фундаментальных наук. Между тем все пересадки должны рассматриваться как признак неудачи профилактики – невозможности предотвратить или остановить развитие заболевания, когда пересадка остается единственным шансом спасения жизни или по крайней мере отдаления смертельного исхода. В таких случаях хирургия – это выбор отчаяния.

Предупреждение болезней и укрепление здоровья – вот главное, что должно занимать прежде всего власть и нас, ученых и медиков. И не в последнюю очередь самих граждан.

Нынешняя государственная ориентация на рыночную экономику, правовое демократическое устройство жизни еще не дает индульгенцию на успешную социальную политику в области здоровья нации. Сейчас важно вне зависимости от политических, научных, ностальгических при-



страстей признать, что реконструкция системы охраны здоровья нации есть объективная и насущная реальность. При этом статья 41 российской Конституции – наше общее величайшее завоевание! Ее правовой и гуманистический потенциал в развитии этой важнейшей сферы жизнеобеспечения и безопасности общества не только не исчерпан, но представляет надежный фундамент наших дальнейших усилий по совершенствованию в данном направлении.

Охрана здоровья из государственной монополии должна перейти в область правовых взаимоотношений в системе «работодатель – работник».

Это новый для России социальный феномен, когда психосоматическое здоровье становится базовым свойством человека в системе рыночных отношений. Формируется твердая психологическая установка на здоровье как источник социально-экономического благополучия в условиях деловой конкуренции. У людей все чаще отмечается внутренний страх перед болезнью как социальной дилеммой: страх заболеть, так как нет семейного капитала на лечение, страх заболеть из-за превращения в обузу для родственников.

Особую роль в этой связи призвана осуществить система медицинского страхования – но страхования здоровья, а не болезни. Иначе говоря, от примитивной схемы страхования на случай болезни нужно перейти к системе страховых вкладов, выгодных для здоровых людей, активно заботящихся о своем здоровье. Здоровье – это богатство, оно может и должно быть таковым как в прямом, так и в переносном смысле.

При такой методологической ориентации прежняя система охраны здоровья, когда центрирующим ядром была болезнь, утрачивает свою монополию. На смену должна прийти единая политика, суть которой в сохранении и развитии здорового трудового потенциала – здоровья здорового человека. Социальная политика в данной сфере должна сделать резкий моральный и материальный крен в сторону психологической работы с населением – в сторону его воспитания. Главная цель – привить нации потребность и любовь к здоровью, возвести здоровье в знак национального достоинства. Такой социальный тренинг мотивации к здоровому образу жизни сформирует у человека отношение к здоровью как к накоплению капитала, а отношение к восстановительной медицине – как к инвестиционному банку.

Ответственным шагом в реализации таких усилий станет разработка федеральной программы – она должна быть президентской программой. Ее основная задача – объединить усилия всех министерств и ведомств, государственных научных сообществ, общественных организаций, средств массовой информации в достижении стратегической цели – создания в стране социальных и экономических условий для формирования у людей культа здоровья.

О научных задачах в области охраны здоровья населения страны. Приоритетом должны стать научная разработка и реализация ширококомасштабных профилактических программ. По экспертным оценкам, каждый рубль, направленный на медицинскую профилактику, восстанавливает ресурсы здоровья на 60 руб., а потраченный на получение медицинской помощи – лишь на 30 руб.

В исследовании проблем биологической надежности экосистемы человека необходим анализ закономерностей эволюции социально обусловленных форм патологии, создание и внедрение в практику новых технологий диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и эпидемиологического надзора за болезнями. Результаты научных исследований двух последних десятилетий позволяют ставить в практическую плоскость вопрос об индивидуализации профилактических мероприятий. Индивидуально дифференцированный подход к профилактике станет в будущем наиболее эффективным и экономически оправданным в борьбе с массовой патологией человека. Цель стратегии – приоритетная защита от заболевания людей с недостаточностью механизмов генетического контроля и иммунологического гомеостаза. При этом изучение генома человека должно рассматриваться как биологическая основа современной и профилактической, и клинической медицины, как научная основа всего общественного здравоохранения.

В современном мире именно биотехнологии становятся ключевым элементом всех аспектов медико-биологической надежности и безопасности общества. Работы по генетической реконструкции начались не более 30 лет назад. Но уже в ближайшие десятилетия она займет лидирующее положение и, вероятно, определит лицо цивилизации нынешнего столетия.



Уже вошли в клиническую медицину такие понятия, как доклиническая диагностика и пре-концепционная профилактика. Создано новое направление – молекулярная медицина. Особенно интенсивно развиваются генная терапия и генодиагностика, которые по уровню финансирования занимают за рубежом третье место после исследований в области рака и СПИДа. Российские ученые внесли значительный вклад в исследование геномов микроорганизмов и разработку геномной диагностики инфекционных болезней. Благодаря созданию более дешевых технологий ПЦР-анализа (полимерная цепная реакция) объем выполняемых исследований в России гораздо больше, чем во всех других странах. При этом ПЦР-диагностика доступна даже в самых отдаленных регионах страны. Начало нового тысячелетия ознаменовалось созданием одной из самых удивительных карт – карты генома человека. Установление последовательности всех 3 млрд. нуклеотидов в геноме – это открытие, которое по своему значению уступает, возможно, лишь Периодической системе элементов Менделеева.

Какие же задачи может и уже сегодня должна ставить перед собой отечественная медицинская наука и здравоохранение?

Геномный полиморфизм человеческой популяции отражается в индивидуальной предрасположенности к соматическим и инфекционным заболеваниям, гетерогенной переносимости лекарственных средств и даже в стиле жизни! Известно, что 98% всех болезней человека – это результат нарушения экспрессии нормального гена с точечными однонуклеотидными заменами.

Сегодня многие специалисты считают, что вопрос не в том, будут ли достигнуты успехи в проведении генной терапии, а в том, когда это произойдет. Изучение путей превращения эмбриональной стволовой клетки особенно важно для трансплантологии. В условиях ограничений в совместимой донорской ткани трансплантация эмбриональных клеток человека может и должна рассматриваться в качестве альтернативы пересадки целого органа. Уже сегодня количество клеточных трансплантаций в развитых странах Европы достигло 16 операций на миллион человек.

Наиболее перспективен анализ той части генома, которая экспрессируется в виде белков – реально работающих молекулярных машин в клетке человеческого организма, тесно связанных с различными заболеваниями. Это вполне решаемая в настоящее время задача. Знание геномной последовательности человека открывает новый путь и для создания лекарств следующего поколения. Вместо известных в современной фармакологии 500 мишеней для действия препаратов появятся тысячи новых. Генотипирование (или геномная паспортизация) населения позволит резко сократить показатели побочного действия лекарственных средств. Все это составляет основу для принципиально новых подходов в области наук о человеке – постгеномных технологий.

Быстрому развитию генной терапии, несомненно, способствовали результаты, полученные в ходе выполнения международного проекта «Геном человека», который был начат в 1988 году. Многие специалисты считают выделение эмбриональных стволовых клеток человека одним из главных событий в биологии XX века. С появлением генно-инженерных методов, позволивших генетически направленно синтезировать белки, стало возможным получение живых рекомбинантных вакцин, в том числе комплексных, а также вакцин на основе трансгенных растений. Гигантские перспективы открывает биотехнология и в реализации стратегии здорового питания.

Все это – признание ведущей роли фундаментальной науки. Вдумаемся: прирост населения планеты за все прошлое столетие составил 5 млрд. человек! Неужели кто-то всерьез полагает, что в этом – решающий вклад только лечебной составляющей, только сектора практического здравоохранения, только прикладных исследований? Разумеется, нет. И состояние, и любые перспективы развития охраны здоровья нации напрямую зависят и всегда будут зависеть от уровня и достижений фундаментальных научных разработок. Задача государства – создать условия для этих исследований и для их активного внедрения в практику. Конечно, никакие результаты не могут быть достигнуты лишь преобразованиями или корпоративными усилиями в сфере самого здравоохранения. Успех – только на пути реализации комплекса общегосударственных программ с вовлечением в эту работу всех уровней власти, общественных организаций, населения страны.

При этом медицинская профилактика в самом широком и цивилизованном представлении – как система восстановления и укрепления здоровья людей – должна стать базовым интегрирующим направлением деятельности всей системы национального здравоохранения. Это каждо-



дневный приоритет в жизни общества. Нуждается в оптимизации и организационная составляющая нашей научной деятельности. Самое слабое звено в этой корпоративной стратегии – в отсутствии отлаженного и эффективного механизма внедрения результатов научных исследований, особенно достижений фундаментальных наук, в практическое здравоохранение.

Именно для решения этой ключевой задачи в 2002 году по инициативе Минздрава России и при самой активной поддержке со стороны Российской академии наук и Российской академии медицинских наук создан принципиально новый для системы российского здравоохранения институт – Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова. Основная миссия этого центра – аккумуляция отечественных и мировых научных разработок в сфере современных медицинских технологий и повсеместное внедрение их во всех регионах страны. Программная цель – обеспечить доступность дорогостоящих и высокотехнологичных видов медицинской помощи самым широким слоям нашего населения. Новый центр должен стать и базой интеграции исследований, и «полигоном» для внедрения результатов как фундаментальных, так и прикладных наук. Это инновационный центр для РАН и РАМН.

Российское здравоохранение будущего – это здравоохранение высоких технологий на базе достижений фундаментальных наук, интеграции фундаментальных знаний и технического прогресса. Это медицина предупреждения болезней, восстановления и укрепления здоровья, медицина высшего гуманизма, медицина сберегающая, медицина рациональной сдержанности, медицина нравственности, медицина права. Что же касается научных достижений в области здоровья и жизни – они не могут принадлежать кому-то одному, быть предметом монополии и торга. Это достояние всего человечества. Только такая медицина даст человеку счастье здоровой и гармоничной жизни.

З Д Р А В О О Х Р А Н Е Н И Е Р О С С И И



I

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

СТАНДАРТИЗАЦИЯ

В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

17

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

33

КОМИТЕТ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ И СПОРТУ:
ЧЕТЫРЕ ГОДА РАБОТЫ

45

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: ДОСТИЖЕНИЯ
И ПРОБЛЕМЫ

61

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ



ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР, ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН
Анатолий Иванович Вялков

Стандартизация является приоритетным направлением современного развития здравоохранения в большинстве экономически развитых стран мира. Необходимость стандартизации определяется целым рядом тенденций. Это в первую очередь неуклонно растущая стоимость медицинской помощи, что имеет место за счет совершенствования (и, соответственно, удорожания) медицинских технологий, демографического старения населения и повышения уровня требований пациентов. При этом возможности государства удовлетворять потребности в медицинской помощи ограничены, пусть и в разной степени, во всех странах мира. Разработка и внедрение в медицинскую практику стандартных унифицированных алгоритмов, позволяющих четко делить пациентов по нуждаемости в различных видах медицинской помощи, должны способствовать более рациональному расходованию ресурсов.

Несмотря на ограниченные возможности по оказанию медицинской помощи, по мнению экспертов, в медицине наблюдается значительная частота использования «лишних» процедур, без должных на то показаний. Это касается не только относительно безобидных анализов, но и инвазивных диагностических методов, и оперативных вмешательств. Будь эти тенденции результатом перестраховки, добросовестным заблуждением или осознанной практикой, они существенно удорожают стоимость помощи и наносят очевидный вред пациентам. При наличии стандартов необходимых объемов медицинской помощи появляется возможность снизить число «лишних» вмешательств за счет исключения неэффективных и регулирования применения дорогостоящих технологий.

Потребность в стандартизации обусловлена также и тем, что современному врачу действительно сложно принимать адекватные клинические решения, поскольку ему приходится выбирать из значительного числа имеющихся у него альтернатив, и с каждым днем их количество увеличивается. Практически ежедневно появляются новые методы профилактики, диагностики и лечения,

и нередко бывает трудно сравнить эффективность традиционных и новых подходов. Врач нуждается в достоверной информации, которая позволила бы ему выбирать наиболее эффективные методы диагностики лечения в условиях дефицита времени. Процесс выбора осложняется также и тем, что среди врачей нередко отсутствует согласие по поводу эффективности тех или иных методик и наблюдаются существенные различия в тактике ведения больных с одинаковыми диагнозами. Включение той или иной технологии в стандарт диагностики, профилактики и лечения фактически означает признание целесообразности ее применения и освобождает врача от трудоемкого поиска доказательств ее эффективности и безопасности.

Сложная экономическая ситуация в отечественном здравоохранении обуславливает необходимость рационального расходования ресурсов еще в большей степени, чем в других странах. При постоянной нехватке средств в России распространено применение малоэффективных лекарственных препаратов и лечебных вмешательств, дублирование диагностических обследований при переводе больного с одного этапа медицинской помощи на другой, нередко неоправданное использование дорогостоящих технологий диагностики и лечения, неэффективное использование имеющейся ресурсной базы. По имеющимся данным, в течение года простаивают койки по 50–60 дней в центральных районных, районных и участковых больницах, инфекционных больницах для взрослых и детей, и особенно в родильных домах. Эффективность использования эндоскопической аппаратуры составляет для разных типов приборов от 5,0 до 23%, эффективность использования рабочего времени специалистов-эндоскопистов не превышает 50%, а рентгенологов – 15%. По-прежнему доля расходов на стационары достигает 70%, из оставшихся 30% только 22% достается первичной медико-санитарной помощи, являющейся основным звеном системы здравоохранения.

Принятие Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации и Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью создало нормативную базу для реформирования здравоохранения. Достижение поставленных в этих нормативных документах целей требует разработки эффективных и осуществимых в настоящих условиях механизмов их реализации. Без федеральных стандартов невозможно реально гарантировать гражданам равные права на доступную и качественную медицинскую помощь и быть уверенным в том, что доступность и качество понимаются одинаково на всей территории Российской Федерации.

Термин «стандарт», означающий в сознании большинства людей нечто жесткое, обязательное к исполнению, нередко негативно воспринимается медицинскими работниками, привыкшими не без оснований считать медицину искусством. Тем не менее при массовом характере медицинской помощи, большом числе выпускников медицинских институтов и училищ, которые обладают разной квалификацией, опытом, клиническим мышлением и тем более талантом, медицина существенно нуждается по крайней мере в минимальных стандартах, не позволяющих ей снижать качество и повышать риск неблагоприятных последствий. Кроме того, медицина за последние сто лет по-настоящему стала наукой, о чем свидетельствует огромное число получивших научное обоснование разнообразных вмешательств. Наконец, следует признать, что абсолютное большинство врачей в большинстве случаев работают по стандарту, только этот стандарт носит название учебника, руководства, приказа Минздрава или неопубликованного опыта уважаемого коллеги. В результате дискуссии о необходимости и возможности стандартизации в медицине на самом деле сводятся к обсуждению степени жесткости стандартов и обязательности их к выполнению.

Таким образом, необходимость стандартизации в здравоохранении определяется:

1. Растущей стоимостью медицинской помощи при ограниченных возможностях финансирования.
2. Постоянно увеличивающимся числом медицинских технологий и лекарственных средств, что усложняет процесс принятия обоснованных клинических решений.
3. Неэффективным использованием имеющихся ресурсов.
4. Отсутствием согласия среди врачей относительно эффективности отдельных методов профилактики, диагностики и лечения.



В Российской Федерации до недавнего времени разработка стандартов велась хаотичным образом. Внедрение медицинского страхования, необходимость рационализации расходования ограниченных ресурсов побуждали организаторов здравоохранения на территориях и в отдельных учреждениях разрабатывать и внедрять собственные стандарты объемов и качества медицинской помощи еще до появления концепции стандартизации здравоохранения на национальном уровне. Временные стандарты медицинской помощи были разработаны НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. Минздравом России были утверждены стандарты помощи больным с патологией желудочно-кишечного тракта, неспецифическими заболеваниями легких, акушерско-гинекологические стандарты. Сам факт разработки и внедрения стандартов был существенным шагом вперед. Однако, поскольку работа по созданию стандартов не координировалась централизованно, все они имеют различную структуру, в их основу положены различные принципы и подходы, они не согласованы между собой. Вместе с тем только системный подход создает условия для создания реального механизма управления качеством медицинской помощи и соблюдения государственных гарантий в области охраны здоровья. Концепция стандартизации здравоохранения в Российской Федерации подразумевает создание единой системы согласованных между собой стандартов по различным направлениям медицины и здравоохранения, содержащих минимальные, но обязательные к выполнению требования, гарантирующие получение гражданами качественной медицинской помощи.

Основные задачи, направления, принципы и объекты стандартизации в здравоохранении определяются «Основными положениями стандартизации в здравоохранении» (Приложение к приказу Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 19 января 1998 года №12/2).

Основными задачами создания системы стандартизации в здравоохранении являются:

1. Нормативное обеспечение реализации законов в области охраны здоровья граждан и Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.
2. Создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно обоснованных требований к их номенклатуре, объему и качеству, обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи.
3. Установление требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов, применяемых в здравоохранении.
4. Нормативное обеспечение метрологического контроля.
5. Установление единых требований к лицензированию и аккредитации медицинских учреждений, подготовке, аттестации и сертификации специалистов.
6. Нормативное обеспечение сертификации и оценки качества медицинских услуг.
7. Создание и обеспечение функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении.
8. Нормативное обеспечение в установленном порядке надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов.

Система стандартизации в здравоохранении строится на принципах:

- согласия (консенсуальности), под которым подразумевается, что все субъекты, как разрабатывающие требования, так и применяющие их на практике, должны стремиться к согласию относительно формы и содержания нормативных документов и заложенных в них требований;
- единообразия, что предполагает установление в стране единого порядка разработки, согласования и использования нормативных документов по стандартизации;
- значимости и актуальности, означающих, что требования нормативных документов должны быть целесообразными как с научной, так и с практической точек зрения (значимость) и соответствовать международному и национальному законодательству, современным достижениям науки (актуальность);



– комплексности и проверяемости, обуславливающих согласованность требований, предъявляемых к различным объектам между собой, причем эти требования должны быть проверяемы объективными методами.

Объектами стандартизации в здравоохранении являются:

- организационные технологии (например, технологии аккредитации и лицензирования медицинских учреждений);
- медицинские услуги (технологии выполнения медицинских услуг; техническое и лекарственное обеспечение выполнения медицинских услуг; качество медицинских услуг);
- квалификация персонала;
- учетно-отчетная документация;
- информационные технологии;
- экономические показатели.

С целью реализации вышеперечисленных принципов при разработке нормативных документов в декабре 1998 года при Минздраве России создан Экспертный совет по рассмотрению проектов нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении. При Экспертном совете создано 10 профильных комиссий в соответствии с основными группами нормативных документов по стандартизации в здравоохранении.

Приказ Минздрава России от 08.12.1998 №354 устанавливает единый для России порядок разработки, согласования, принятия и введения в действие нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевые нормативные документы, касающиеся всех объектов стандартизации, подлежат рассмотрению в Экспертном совете. Уже сам по себе такой порядок должен гарантировать соблюдение принципа единообразия и комплексности.

После широкого публичного обсуждения и одобрения Экспертным советом отраслевые нормативные документы утверждаются приказами Минздрава России. Обязательные требования отраслевых нормативных документов с момента их введения в действия подлежат обязательному выполнению всеми субъектами системы здравоохранения.

Нормативные документы субъектов Российской Федерации (стандарты административно-территориальных единиц), учреждений (стандарты предприятия) и общественных организаций (стандарты ассоциаций) разрабатываются и утверждаются на своем уровне (например, стандарт предприятия – в больнице или поликлинике), однако их требования должны согласовываться с требованиями отраслевых документов. Сокращение требований отраслевых документов в стандартах иных уровней (административно-территориальной единицы, предприятия, общественной организации) не допускается.

Основой системы стандартизации в здравоохранении России должны стать протоколы ведения больных. Протоколы содержат обязательные и рекомендуемые требования к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации. Требования, обязательные к выполнению, должны быть минимальными и, желательно, реально выполнимыми на всей территории России. Тем не менее отсутствие на части территорий оборудования, необходимого для диагностики или лечения определенных заболеваний, не может служить основанием для исключения требований из группы обязательных, если без этого эффективное лечение невозможно. Соотношение между обязательными и рекомендуемыми требованиями может быть отличным в различных областях медицины.

Каждый протокол начинается с моделей пациента – структурированного описания объекта, включающего совокупность клинических или ситуационных характеристик, определяющих дальнейшую тактику врача. В модель, помимо наименования заболевания, синдрома или клинической ситуации, входят стадии, фазы и осложнения (группа заболеваний по МКБ-10, профиль и функциональное назначение отделения, медицинского учреждения для клинической ситуации). Далее для каждой модели определяется перечень обязательных и дополнительных простых медицинских услуг – диагностических и лечебных, которые необходимо выполнить при обращении пациента с определенным заболеванием (синдромом) или в определенной клинической ситуации (предоперационная подготовка, госпитализация и др.). Простые медицинские услуги включаются в протокол в формулировке, указанной в утвержденном Минздравом России Отраслевом класси-



каторе «Простые медицинские услуги» (ОК ПМУ). Для каждой услуги, внесенной в ОК ПМУ, в перспективе предусматривается стандарт технологии ее выполнения, в котором будут учитываться различные методики, в том числе выполняемые в педиатрической практике, определяться набор приборов, расходного материала и реактивов.

Наряду с диагностическими и лечебными услугами протоколы включают обеспечение лекарственными средствами. Обязательные требования к лекарственному обеспечению включают фармакотерапевтические группы согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС). Дополнительное лекарственное обеспечение может состоять из групп лекарственных средств, как входящих в состав, так и отсутствующих в Перечне ЖНВЛС. Наряду с указанием фармакотерапевтических групп протоколы ведения больных включают формулярные статьи, содержащие сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных средствах, схемах и особенностях их назначения и применения.

Включение всех позиций в протокол происходит на основании консенсуса экспертов, участвующих в его разработке. Эксперты должны основывать свое суждение, в первую очередь на имеющихся доказательствах эффективности и безопасности предлагаемых вмешательств, полученных в качественных научных исследованиях, и экономической целесообразности их применения. Следует отметить, что таким образом впервые в нормативных документах Минздрава России прозвучало признание принципов медицины, основанной на доказательствах. На основании обязательных требований протоколов должны также создаваться нормативные документы, регламентирующие лицензирование и аккредитацию медицинских учреждений и квалификацию медицинского персонала. Такой подход позволит обеспечить единство системы, снизить необоснованные расходы и повысить качество медицинской помощи.

Таким образом, основными положениями современной концепции стандартизации в здравоохранении России являются следующие:

1. Система стандартизации охватывает все основные направления здравоохранения:

- организационные технологии;
- медицинские услуги;
- квалификация персонала;
- учетно-отчетная документация;
- информационные технологии;
- экономические аспекты.

2. Основой системы являются протоколы ведения больных, которые включают в качестве обязательных требований в первую очередь вмешательства с доказанной эффективностью, безопасностью и экономической целесообразностью.

Качественно разработанные стандарты, основанные на объективных научных доказательствах, призваны обеспечить единые подходы к понятиям качества и эффективности медицинской помощи, стимулировать применение высокоэффективных и экономически целесообразных технологий.

Применение стандартов в качестве инструмента управления качеством медицинской помощи предполагается:

1. На этапе оценки ресурсов – таблицы оснащения рабочих мест и учреждений, стандарты квалификации медицинского персонала и т.п. Соответствие требованиям единых стандартов этой группы будет служить основой для получения аккредитационного сертификата/аттестата и лицензии.

2. На этапе оценки лечебно-диагностического процесса – протоколы ведения больных. Текущий и выборочный внешний контроль за соблюдением обязательных требований протоколов будет обеспечивать доступность гарантированных объемов медицинской помощи установленного качества. Использование протоколов ни в коей мере не исключает применения экспертной оценки, но облегчает и формализует работу экспертов.

3. На этапе оценки результатов – протоколы ведения больных содержат раздел «Исходы», в котором закладывается примерное соотношение благоприятных и неблагоприятных исходов при соблюдении требований протокола.



Систему управления качеством в здравоохранении, базирующуюся на стандартизации, медицине, основанной на доказательствах и клинико-экономическом анализе, можно трактовать как управление качеством через достижение оптимальной степени упорядочивания в здравоохранении путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении, на основе критического анализа результатов научных исследований с учетом экономической целесообразности.

Усилия должны быть сосредоточены не на проверке индивидуального выполнении работ, а на совершенствовании самих технологических процессов и их ресурсного обеспечения.

Совершенствование процессов предполагает переход от поиска виновных и их наказания к выявлению отклонений и причин их возникновения и предотвращение их в дальнейшем.

Методы оценки качества строятся на сопоставлении реальной ситуации с желаемой (оптимальной или идеальной). Формализованным представлением такой желаемой ситуации и являются стандарты, которые следует рассматривать как базовые (эталонные) показатели качества в системе здравоохранения.

С позиции управления качеством стандарты должны определять:

- минимально допустимый уровень качества через обозначение обязательных требований, образующих основу программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;
- направления дальнейшего совершенствования качества через формулирование дополнительных требований, носящих рекомендательный характер.

Система управления качеством в здравоохранении должна основываться на принципах непрерывного улучшения качества:

- потребности человека в сохранении и укреплении здоровья;
- доступности обеспечения медицинской помощью;
- участия всех специалистов и медицинских организаций в системе здравоохранения в работе по непрерывному повышению качества;
- принятия клинических и управленческих решений на основе результатов научных исследований;
- перехода от индивидуального контроля к совершенствованию технологических процессов, их обеспечению ресурсами, к управлению на основе выявленных отклонений от установленных требований, анализу их причин и предотвращению в дальнейшем;
- взаимного стремления специалистов к достижению согласия по наиболее значимым вопросам улучшения работы;
- единого порядка разработки, принятия и введения в действие нормативных документов и контроля за их соблюдением;
- соответствия установленных требований законодательству, нормативно-правовым актам Минздрава России, гармонизации с международными правовыми документами;
- обеспечения оценки эффективности процессов и полученных результатов объективными методами.

В самой основе стратегического управления предполагается разработка и внедрение мероприятий, содействующих непрерывному совершенствованию деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом на основе четко определенных целевых установок и задач.

Решением коллегии Минздрава России от 18 марта 2003 года утверждена отраслевая программа «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы», представляющая собой систему мер по управлению качеством на основе стандартизации, использованию доказательных технологий, клинико-экономического анализа с созданием комплекса показателей качества и методики их оценки.

В отраслевую программу «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы» включены важнейшие положения принципиального характера, требующие межведомственного подхода и решения как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Федерации, муниципальных образований. Программа подготовлена с учетом отечественного и международного опыта программно-целевого планирования.



Целью программы является создание государственной системы управления качеством в здравоохранении в целях укрепления здоровья населения.

Задачи программы:

1. Разработать и внедрить единую стратегию улучшения качества в здравоохранении на всей территории России, гармонизированную с международными стандартами в области обеспечения качества в здравоохранении.
2. Создать службу управления качеством в здравоохранении.
3. Развить технологии стандартизации, лицензирования, аккредитации и аттестации в здравоохранении.
4. Обеспечить эффективное взаимодействие органов управления здравоохранением всех уровней, фондов ОМС, организаций здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы, страховых медицинских организаций, общественных организаций в работе по непрерывному повышению качества в здравоохранении.
5. Перейти к использованию в здравоохранении технологий с доказанной эффективностью и безопасностью для пациентов с учетом клинической и экономической целесообразности их применения.
6. Разработать и внедрить систему мотивации и экономического стимулирования медицинских работников к участию в деятельности по непрерывному улучшению качества работы.

Программа состоит из шести разделов, включающих в себя 55 мероприятий.

В первом разделе «Разработка и внедрение единой стратегии непрерывного улучшения качества продукции и услуг в здравоохранении на всей территории России, гармонизированной с международными стандартами» содержатся три группы мероприятий:

1. Реализация отраслевой программы управления качеством в здравоохранении.
2. Совершенствование нормативно-правовой базы в области управления качеством в здравоохранении.
3. Разработка программ управления качеством и планов мероприятий по их реализации.

К основным мероприятиям данного раздела относятся меры по управлению ходом реализации программы, ресурсного обеспечения программных мероприятий, созданию системы мониторинга и разработке критериев и методов оценки эффективности программы.

В этом разделе также предусмотрены формирование плана работы по совершенствованию нормативно-правовой базы в области управления качеством в здравоохранении, разработка методических рекомендаций по составлению программ управления качеством в здравоохранении для руководителей территориальных органов управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций.

Второй раздел программы «Создание организационных технологий управления качеством в здравоохранении» включает в себя такие группы основных мероприятий, как:

1. Разработка методических подходов и технологий управления качеством в здравоохранении.
2. Развитие организационных структур системы управления качеством в здравоохранении.
3. Разработка системы информационного обеспечения реализации программы.

В данный раздел включены мероприятия по подготовке методических рекомендаций по технологиям управления качеством на всех уровнях управления системы здравоохранения.

Функционально система управления качеством является непрерывным циклическим процессом, каждый цикл включает аналитически-контрольную фазу, фазу разработки мероприятий по обеспечению качества и фазу их внедрения. Система управления качеством в здравоохранении реализуется на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, медицинского учреждения, каждого медицинского работника. На каждом уровне устанавливается приоритетность проблем управления качеством, описываются задачи и технологии обеспечения качества, охватывающие три фазы управленческого цикла. Для решения конкретных задач разрабатываются стандарты (стандартные операции и процедуры) соответствующего уровня.



Поэтому в рамках реализации данного раздела Программы на всех уровнях управления должны быть созданы структуры, занимающиеся вопросами:

- анализа показателей качества в здравоохранении;
- разработкой мероприятий, направленных на повышение качества в здравоохранении;
- принятием оперативных мер по устранению причин, мешающих обеспечению качества;
- осуществлением контроля за реализацией программ управления качеством.

Для реализации этих задач необходимо повсеместно:

- создание системы внедрения результатов клинико-экономических исследований (организационных технологий, алгоритмов их использования в качестве основы для разработки нормативных документов, регулирующих использование ресурсов на всех уровнях);
- внедрение стандартов представления результатов клинико-экономических исследований, обеспечивающих достоверность результатов;
- накопление и обобщение результатов проведенных исследований, создание и развитие единой информационной сети, обеспечивающей максимально возможную доступность к исследованиям, проведенным в соответствии с современными методологическими принципами (например, создание и развитие центров медицины, основанной на доказательствах и/или комплексного анализа медицинской, социальной и экономической эффективности медицинских технологий);
- обучение лиц, принимающих решения в области управления здравоохранением, и практических врачей, вопросам медицины, основанной на доказательствах, и комплексной оценки медико-социальной и экономической эффективности медицинских вмешательств.

Для организации этой работы и координации деятельности по управлению качеством между медицинскими организациями предусмотрено введение института главных специалистов по качеству медицинской помощи на всех уровнях управления системы здравоохранения.

В третьем разделе программы «Развитие системы стандартизации, лицензирования, сертификации, аккредитации и аттестации в здравоохранении» содержатся пять групп основных мероприятий.

1. Разработка и реализация программы работ по развитию системы стандартизации в здравоохранении на 2003–2007 годы.
2. Развитие стандартизации в здравоохранении на региональном уровне.
3. Развитие лицензирования в здравоохранении.
4. Создание и развитие аккредитации в здравоохранении.
5. Совершенствование системы аттестации в здравоохранении.

К основным мероприятиям данного раздела относятся меры по формированию Федеральной программы работ по развитию системы стандартизации в здравоохранении на 2004–2007 годы и ее реализация. Для руководства деятельностью в области стандартизации запланировано создание Федерального центра стандартизации, лицензирования и аккредитации в здравоохранении. Предусмотрена разработка учетно-отчетной документации по результатам внедрения нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении.

Будут разработаны положения о системе стандартизации в здравоохранении в субъектах Федерации, о создании и ведении реестров территориальных стандартов.

С целью совершенствования лицензирования в здравоохранении предусмотрено создание территориальных и федерального регистров получателей лицензий и мониторинг результатов деятельности лицензионных комиссий. Создание консультативно-методических центров лицензирования в федеральных округах.

Аналогичные мероприятия намечены по решению проблем аттестации и сертификации в здравоохранении.

В четвертом разделе программы «Обеспечение в решении вопросов непрерывного повышения качества, продукции и услуг в здравоохранении» основные мероприятия представлены двумя группами:

1. Унификация тарифной политики в сфере оказания медицинской помощи.
2. Развитие системы внешнего контроля качества медицинской помощи.



В данном разделе определены меры по разработке плана работ в области тарифной политики в сфере оказания медицинской помощи, разработке плана работ в области внешнего контроля качества. Также предусматривается разработать правила и стандарты внешнего контроля качества, создание системы мониторинга дефектов оказания медицинской помощи.

В пятом разделе программы «Переход к использованию в здравоохранении технологий с доказанной эффективностью и безопасностью» определены мероприятия по расширению и координации научных исследований по комплексной оценке клинической, социальной и экономической эффективности медицинских и организационных технологий. Запланирована разработка механизма внедрения результатов клинико-экономических исследований. Предусматривается создание для врачей Федерального руководства по использованию лабораторных и инструментальных методов исследования, ряда других методических документов.

В шестом разделе программы «Формирование мотивации и экономических механизмов стимулирования медицинских работников к деятельности по непрерывному повышению качества в здравоохранении» определены мероприятия по разработке образовательных программ и методик обучения медицинских работников вопросам управления качеством в здравоохранении, формированию плана расчетов за оказание медицинской помощи и оплаты труда с учетом качества выполнения работ и услуг.

В ходе реализации программных мероприятий должны быть разработаны стандартные требования (показатели) ко всем составляющим (структуре, процессу, результату).

Требования к ресурсам (структуре) системы здравоохранения включают:

- финансовое обеспечение;
- кадры;
- медицинскую технику;
- лекарственные средства;
- здания, сооружения;
- транспорт;
- мягкий и твердый инвентарь;
- продукты питания.

Требования к технологиям (процессу) в системе здравоохранения включают:

- технологии выполнения медицинских услуг;
- технологии процесса оказания медицинской помощи;
- организационные технологии;
- технологии производства лекарственных средств;
- технологии производства медицинской техники;
- технологии фармацевтической товаропроводящей сети;
- технологии товаропроводящей сети медицинской техники;
- технологии ремонта и обслуживания медицинской техники;
- технологии обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- технологии приготовления продуктов питания;
- технологии обеспечения безопасности труда медицинского персонала;
- технологии образования медицинского персонала;
- технологии выполнения манипуляций, исследований и процедур;
- технологии управления качеством в здравоохранении;
- технологии проведения научных исследований в здравоохранении;
- деонтологические и этические технологии;
- информационные технологии в здравоохранении.

Требования к результатам включают:

- исходы заболеваний;
- результаты оказания медицинской помощи, проведения манипуляций, исследований и процедур;
- социальные результаты оказания медицинской помощи;



- результаты экономической эффективности;
- результаты мероприятий по профилактике заболеваний;
- безопасность лекарственных средств, медицинских изделий и медицинских технологий.

Общий контроль за исполнением программы осуществляет Минздрав России, который ежегодно уточняет показатели и механизмы реализации мероприятий программы.

Управление ходом реализации программных мероприятий осуществляет дирекция программы, образуемая приказом министерства.

По имеющимся экспертным оценкам, в результате реализации программы в стране к 2007 году:

- повысится доступность населения к получению медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, а также к получению высокотехнологичных (дорогостоящих) видов;
- будет обеспечен повсеместно переход медицинских организаций к использованию профилактических и лечебно-диагностических технологий с доказанной клинической и экономической эффективностью;
- станут широко использоваться технологии управления по отклонениям от стандартного процесса;
- повысится роль и значение общественных организаций в повышении качества;
- будут введены единые технологии оценки качества в здравоохранении на уровне медицинской организации, муниципальных образований, субъектов Федерации и страны в целом.

Достижение программных целей позволит заложить в российской медицине прочный фундамент системы эффективного управления качеством медицинской помощи населению.



ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

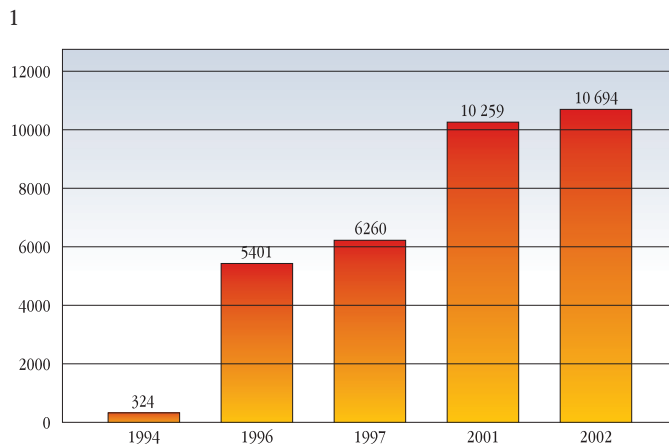


ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Геннадий Григорьевич Онищенко

Принятие в последние годы федеральных законов «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)», «О техническом регулировании», «Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях», «Об охране окружающей среды», «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», «Об ограничении курения табака», «Бюджетного кодекса Российской Федерации» потребовало уточнения целей и задач государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, разработки и принятия ряда подзаконных актов.

За последние два года издано свыше 100 санитарных правил в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе 75 в текущем году, что создает необходимые условия для подготовки разделов санитарно-эпидемиологической безопасности разрабатываемых технических регламентов. Составлен проект программы разработки этих регламентов на 2003–2010 годы, которая включает 64 проекта законов по их утверждению. В том числе разработано 3 проекта законов «О санитарно-эпидемиологической безопасности», «Требования к санитарно-эпидемиологической безопасности к воде, предназначенной для потребления человеком и питьевого водоснабжения», «Общий технический регламент по радиационной и ядерной безопасности». Созданы и приступили в декабре 2003 года к работе 10 групп специалистов для подготовки 10 технических регламентов и соответствующих законов по их утверждению.

Таким образом, за последние два года законодательная и нормативная база в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения получили дальнейшее развитие, наряду с основополагающим Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» принят ряд важнейших федеральных законов и подзаконных актов, в организацию и проведение госсанэпиднадзора внесены существенные коррективы.



РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

В результате осуществления органами и учреждениями здравоохранения и госсанэпидслужбы, федеральными и региональными органами исполнительной власти организационных и практических мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения удалось стабилизировать санитарно-эпидемиологическую обстановку в стране.

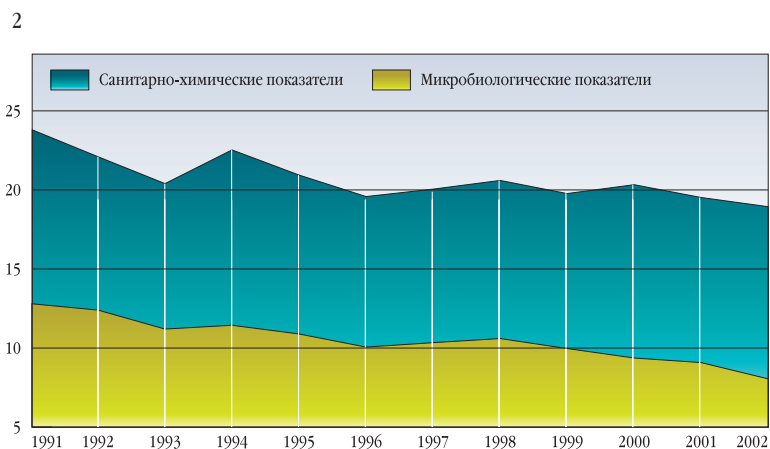
Значительно уменьшилась заболеваемость инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, кишечными инфекциями, вирусными гепатитами В и С, инфекциями, передаваемыми половым путем, наметилась тенденция снижения числа больных туберкулезом. Проводится большая работа, направленная на предупреждение заноса и распространения опасных инфекционных заболеваний, и прежде всего тяжелого острого респираторного синдрома. Сократилось количество профессиональных заболеваний. В некоторых регионах достигнуто улучшение показателей качества питьевой воды и продуктов питания.

Одним из основных механизмов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения является разработка и реализация федеральных и особенно региональных программ в этой области (рис. 1).

Реализация федеральных программ «Вакцинопрофилактика», «Анти-СПИД», «Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев» позволила решить ряд вопросов, связанных с разработкой новых диагностических и профилактических препаратов, созданием надлежащих условий транспортировки и хранения вакцин, совершенствованием эпиднадзора, обеспечением лечебно-профилактических учреждений средствами диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, внедрением постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на профилактику инфекций, управляемой средствами специфической профилактики, и инфекций, передаваемых половым путем. Финансирование этих программ из федерального бюджета в последние годы улучшилось. Однако очевидно, что эти программы направлены на решение лишь отдельных аспектов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В связи с этим необходимо обеспечить разработку и реализацию региональных программ обеспечения санэпидблагополучия населения с учетом конкретных местных особенностей санэпидобстановки и необходимости решения наиболее острых вопросов, таких как обеспечение населения доброкачественной питьевой водой, охрана водоемов, улучшение состояния атмосферного воздуха. Однако именно такие программы разработаны только в 47 регионах. При этом на их реализацию в 2002 году выделено лишь 478 млн. руб., или в 2 раза меньше, чем в 2001 году. В республиках Башкортостан и Марий Эл, Кабардино-Балкарской Республике, Брянской, Ивановской и Магаданской областях, автономных округах, за исключением Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого, средства на финансирование программ вообще не выделялись. Обращает на себя внимание и тот факт, что наибольшее количество региональных и местных программ принято в Свердловской области (596 программ), Ростовской (369), Воронежской (307), Волгоградской (302), Челябинской (259) областях, Алтайском и Краснодарском крае (351 и 262 программы). Однако ес-





УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПРОБ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИХ ГИГИЕНИЧЕСКИМ НОРМАТИВАМ ПО САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКИМ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

ли в Свердловской области на реализацию принятых программ выделено почти 139 млн. руб., то в Ростовской и Воронежской областях лишь 15,8 и 4,5 млн. руб., т.е. в этих областях существует довольно формальный подход, при котором принимается неадекватно большое количество программ, а средства на их реализацию выделяются в минимальных объемах.

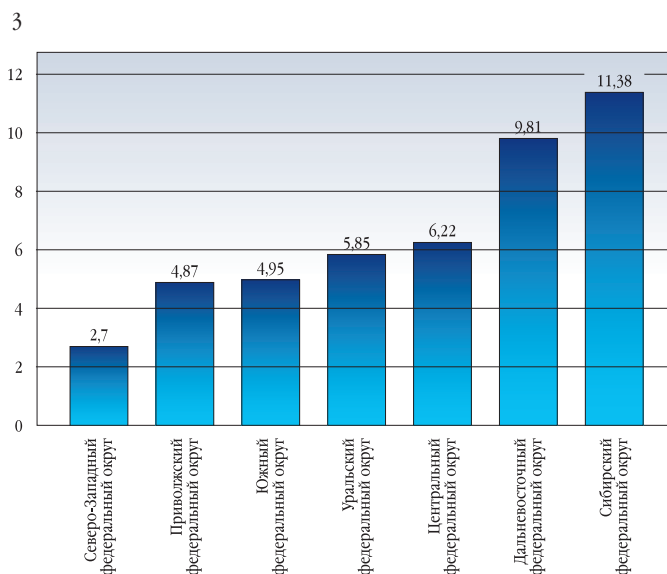
Серьезную опасность для здоровья населения представляет ухудшающееся во многих регионах положение дел с загрязнением источников питьевой воды, нерешенные проблемы с ее очисткой и обеззараживанием, неудовлетворительные показатели качества по санитарно-эпидемиологическим и санитарно-бактериологическим показателям.

Почти половина источников централизованного водоснабжения из открытых водоемов не соответствует санитарным нормам. Объем сточных вод, сбрасываемых в эти водоемы, составляет 55 куб. км, из них нормативную очистку проходит лишь 11%, что обусловлено отсутствием очистных сооружений или низкой эффективностью их работы. Не снижается и количество «залповых» аварийных выбросов. В 2002 году доля проб с выделением возбудителей инфекционных заболеваний достигла 1,5%. В целом по стране только 1% исходной воды поверхностных источников соответствует тем показателям, которые гарантируют при существующем уровне технологии водоподготовки получение питьевой воды надлежащего качества. Наибольшее количество проб воды водоемов 1-й категории, не отвечающих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, регистрируется в Архангельской и Кировской областях (79%), Вологодской, Владимирской, Калужской, Нижегородской, Ульяновской областях (49–69%) при среднем показателе по стране 29% (рис. 2). Крайне загрязнены по результатам микробиологических исследований водоемы 1-й категории в г. Санкт-Петербурге, Ставропольском, Краснодарском, Хабаровском краях, Республике Дагестан, Архангельской, Ивановской, Кемеровской и Тюменской областях.

Положение усугубляется тем, что 34% водопроводов с водозабором из открытых водоемов не имеют полного комплекса очистных сооружений, 20% – обеззараживающих установок. Крайне медленно внедряются современные технологии водоочистки, сохраняется высокая изношенность разводящих сетей – до 60%. В 2002 году 29% проб воды, поступающей непосредственно потребителям, не отвечает гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям и 8% – по микробиологическим показателям, а в Хабаровском и Приморском краях, республиках Дагестан и Карелия, Архангельской, Вологодской, Калининградской, Томской, Ульяновской областях – до 15%. За 10 месяцев 2003 года зарегистрировано 19 водных вспышек кишечных инфекций, тогда как за весь 2002 год – 12 вспышек. В г. Тольятти Самарской области во время вспышек пострадало 700 человек.

В республиках Башкортостан и Мордовия, Краснодарском крае, Рязанской, Московской и Тверской областях около 4 млн. человек пользуются питьевой водой с концентрацией фтора более 1,5 мг/л, и в ряде населенных пунктов содержание фтора превышает 2–3 ПДК, что приводит к высокой заболеваемости флюорозом.





УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПРОБ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА С ПРЕВЫШЕНИЕМ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ В 2002 ГОДУ

Несмотря на такое положение с обеспечением населения доброкачественной питьевой водой, специально уполномоченные федеральные органы не приняли действенных мер. Так, проект федеральной целевой программы «Обеспечение населения России питьевой водой» до сих пор не внесен в Правительство Российской Федерации, а проект Федерального закона «О питьевой воде и питьевом водоснабжении» с 1999 года находится на рассмотрении согласительной комиссии Государственной Думы и Совета Федерации.

Вместе с тем и на региональном уровне не принимаются меры, адекватные тому неудовлетворительному положению, которое сложилось во многих регионах с обеспечением населения доброкачественной питьевой водой. Только в Калининградской, Новосибирской, Омской, Архангельской, Липецкой, Пермской областях и Алтайском крае приняты законы «О питьевом водоснабжении» или «Об охране окружающей среды». Такие законы или региональные программы отсутствуют даже в Волгоградской, Астраханской, Самарской, Саратовской областях, несмотря на то, что река Волга и ее притоки испытывают наиболее антропогенное воздействие и из них осуществляется около 40% от общего водозабора для населения страны. Сброс в водоемы сточных вод с экстремально высоким уровнем загрязнения из городов и поселков, расположенных в бассейнах рек Нева и Северная Двина, в последние годы возрос на 70%.

Остается незначительным количество штрафных санкций, других мер административного принуждения в отношении юридических и физических лиц, виновных в нарушениях санитарного законодательства в сфере охраны водоемов и обеспечения населения доброкачественной питьевой водой. Причем это нередко относится к учреждениям Службы в субъектах Российской Федерации, где регистрируется наибольший удельный вес проб воды, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим и бактериологическим показателям.

Не уделяется должного внимания реализации Федерального закона «Об охране атмосферного воздуха». Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления не разработаны целевые программы, аналогичный закон принят только в Липецкой области.

Вместе с тем проблема загрязнения атмосферного воздуха остается крайне острой. Под воздействием воздуха с повышенной концентрацией загрязнителей проживает около 30 млн. человек. В наибольшей степени население подвергается воздействию высоких концентраций взвешенных веществ, бензопирена, фенола, оксидов азота и углерода, других органических веществ.

В 2002 году валовые выбросы загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников составили 19,1 млн. т и почти на 2% превысили уровень 2001 года (рис. 3).



За последние три года количество проб воздуха с превышением гигиенических нормативов составляет 5,6–6%. Только в Калужской, Кировской, Курганской, Мурманской, Новгородской, Пензенской, Псковской и Тульской областях не регистрируется содержание вредных веществ в атмосферном воздухе более 5 ПДК. В Омской области из-за отсутствия эффективных газоулавливающих установок на нефтеперерабатывающих и химических производствах в 2002 году зарегистрировано 152 случая превышения показателей по ацетальгиду в 3–5 раз, по этилбензолу и хлористому водороду – в 10 и более раз.

Высоким остается количество источников выбросов, не оборудованных очистными установками: в Ивановской области – 56%, в Республике Чувашия и г. Санкт-Петербурге – 76–77%.

Строительство таких установок ведется крайне медленно, нередко по устаревшим технологиям, без учета необходимости соблюдения показателей предельно допустимых выбросов.

В Челябинской, Саратовской, Нижегородской, Оренбургской и ряде других областей вывод населения, проживающего в санитарно-защитных зонах, не ведется или осуществляется низкими темпами.

Из года в год возрастает вклад автотранспорта в общий валовой выброс загрязнителей в атмосферный воздух. В Воронежской, Смоленской, Калининградской областях, Приморском крае, Республике Северная Осетия – Алания и г. Москве он достигает 77–90%. Следует сказать, что более 50% единиц автотранспорта в большинстве регионов насчитывает более 10 лет эксплуатации.

В Государственной Думе в первом чтении принят проект федерального закона «О запрещении оборота этилированного бензина». В 2002–2003 годах на региональном уровне по данному вопросу принято 20 законов, 41 постановление органов исполнительной власти. Однако в целом эта проблема остается далекой от разрешения.

Высокое содержание вредных веществ в атмосфере негативно сказывается на здоровье людей. Заболеваемость взрослого населения хроническим бронхитом в период 1998–2002 годов возросла в 1,7 раза, в том числе среди детей – 1,5 раза.

Несмотря на неудовлетворительное положение дел с охраной атмосферного воздуха от загрязнения, в 2002 году учреждениями службы недостаточно применяются меры административного принуждения. В 2002 году в целом по стране наложено 1177 штрафов (1999 год – 1211), при этом в ряде территорий (Ивановская, Калужская, Новгородская области, республики Северная Осетия – Алания, Удмуртия, Мордовия и др.) они вообще не применялись. За нарушения санитарного законодательства в указанной области было передано в следственные органы только 45 дел и лишь в 21 случае принято решение о привлечении виновных к ответственности.

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Минздравом России разработан и Правительством Российской Федерации утвержден «Национальный план действий по гигиене окружающей среды Российской Федерации (НПДГОС) на 2001–2003 годы». В минувшем году аналогичные планы разработаны в 53 субъектах Российской Федерации, однако лишь в 15 они финансируются – это республики Северная Осетия – Алания и Калмыкия, Архангельская, Новосибирская, Самарская, Свердловская, Сахалинская, Омская области, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Выделяемые ассигнования направляются на реализацию мероприятий по уменьшению вредного влияния загрязненной среды обитания на здоровье населения, обеспечения его информацией о санитарно-эпидемиологической обстановке, мерах личной и общественной профилактики. В Самарской, Свердловской, Калининградской, Новгородской областях, Республике Северная Осетия–Алания в рамках реализации региональных ПДГОС осуществлялось строительство водозаборов, очистных сооружений канализации, реконструкция и перемещение вредных производств.

Потенциальную угрозу здоровью населения представляет и сложившаяся в стране ситуация в области хранения и использования отходов. Ежегодно образуется млрд. тонн отходов, из которых используется и обезвреживается не более 30%. Объем токсичных отходов составляет более 90 млн. т, что в 2 раза превышает их переработку. На предприятиях накоплено около 1,5 млрд. т токсичных отходов. Количество пестицидов, подлежащих обезвреживанию, составляет 14 тыс. т.

В 2002 году 13% проб почвы в селитебной зоне не отвечали гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям и 16% – по микробиологическим показателям. Уровень за-



грязнения почвы в Республике Мордовия, Приморском крае, Владимирской, Вологодской, Самарской, Свердловской, Челябинской и Читинской областях, г. Москве и Санкт-Петербурге превышает средний показатель по стране в 2,3 – 5 раз.

Проводимая с 1998 года радиационно-гигиеническая паспортизация организаций, работающих с источниками ионизирующих излучений, и территорий субъектов Российской Федерации позволила оценить вклад различных источников в коллективную дозу облучения населения. Однако до сих пор эта работа не организована в республиках Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Хакасия, Корякском и Эвенкийском автономных округах.

Паспортизация показала, что наибольший вклад в коллективную дозу облучения населения вносят природные источники (67–69%) и медицинское облучение (29–31%).

Учитывая, что облучение населения от медицинских источников остается недопустимо большим, превышая среднемировые значения, Минздравом России подготовлены новые санитарные правила «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований», заканчивается разработка еще двух нормативных документов. Введена государственная система контроля и учета доз облучения.

По федеральной целевой программе «Преодоление последствий радиационных аварий на период до 2010 года» проводится радиационно-гигиенический мониторинг в 8 субъектах Российской Федерации продуктов питания, питьевой воды, доз облучения населения. Загрязненная продукция регистрируется только в Брянской и Калужской областях.

В стране медленно решается проблема создания условий, обеспечивающих потребности населения в безопасном, рациональном и здоровом питании, предусмотренных федеральными законами «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О качестве и безопасности пищевых продуктов», а также одобренной Правительством Российской Федерации Концепцией государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года.

При этом в последние годы на федеральном, а в ряде субъектов Российской Федерации и на региональном уровне проводится значительная организаторская работа по укреплению нормативной правовой базы в указанной сфере. Утверждены «Правила продажи отдельных видов продовольственных товаров, 6 санитарных правил и гигиенических нормативов. Ведется подготовка проекта федеральных законов «О санитарно-эпидемиологической безопасности пищевых продуктов», «О государственном регулировании производства и оборота пива», а также изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота алкогольных напитков».

В 52 субъектах Российской Федерации реализуются программы по предупреждению дефицита макро- и микронутриентов, в частности, по профилактике йоддефицитных состояний, рационального питания у детей, улучшения школьного питания.

Созданная нормативная и методическая база по контролю за пищевой ценностью и безопасностью пищевых продуктов, а также внедрение социально-гигиенического мониторинга, состояния здоровья и питания населения позволяют выявлять содержание приоритетных контаминантов в различных видах пищевых продуктов, оценивать токсикологическую нагрузку и рассчитывать степень риска для здоровья населения тех или иных регионов.

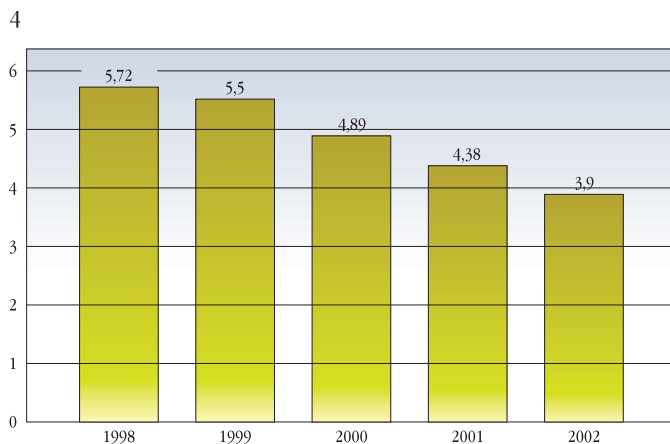
Ежегодно ЦГСЭН исследуется 1,3–1,5 млн. проб пищевых продуктов по санитарно-химическим и более 2 млн. проб по микробиологическим показателям.

Вместе с тем из 630 тыс. объектов пищевой промышленности, общественного питания и торговли только 28% полностью отвечают санитарно-гигиеническим требованиям. В целом материально-техническая база этих предприятий остается неудовлетворительной, износ технологического оборудования достигает 80%. Крайне недостаточно выделяется средств на реконструкцию, ремонт и замену устаревшего оборудования.

Удельный вес исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не отвечающих гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям, снизился с 5,7% в 1998 году до 3,9% в 2002 году в первую очередь за счет токсичных элементов и микотоксинов (рис. 4).

Наилучшие результаты достигнуты в Московской, Тульской, Воронежской, Липецкой, Амурской и Ростовской областях. Наряду с этим высокий удельный вес таких проб имеет место в Кемеров-





УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПРОБ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ И ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО СЫРЬЯ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИХ ГИГИЕНИЧЕСКИМ НОРМАТИВАМ ПО САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ (В ПРОЦЕНТАХ)

ской и Томской областях, республиках Бурятия, Калмыкия, Ингушетия, Тыва (9–13%). Вызывает беспокойство практически не снижающееся число проб, содержащих остаточные количества пестицидов. Особенно неблагоприятно обстоит дело в Курской, Оренбургской областях, Приморском крае, республиках Бурятия и Карелия, Еврейской АО, где количество проб составляет 1,2–1,6%, и особенно в Астраханской области – 3%. Не снижается удельный вес проб, содержащих токсичные элементы, в Томской, Ленинградской и Челябинской областях – 1,5–2,3%.

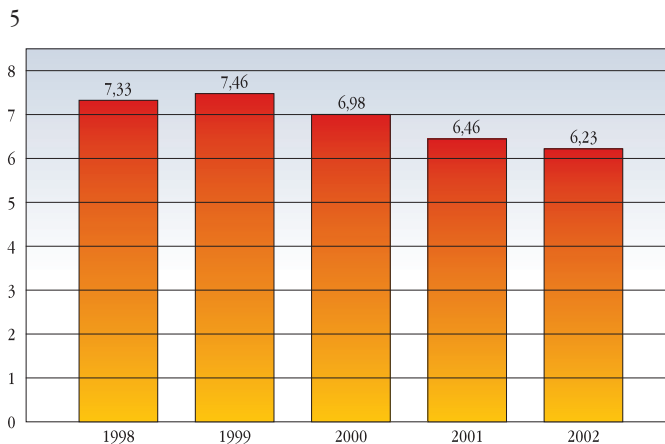
В 2002 году исследовано 2 095 419 проб пищевых продуктов по микробиологическим показателям. За последние пять лет качество продуктов питания по этому показателю существенно не изменилось. Удельный вес исследованных проб, не соответствующих установленному нормативу, составил в 2002 году 6,2% (1998 год – 7,3%). Как и в предыдущие годы, наибольший удельный вес таких проб отмечается при исследовании рыбы и рыбопродуктов, молока и молочных продуктов – соответственно 9,5 и 8,7%.

Проведенное ранжирование субъектов Российской Федерации по удельному весу проб пищевых продуктов, не отвечающих нормативу по микробиологическому показателю (рис. 5), показывает, что наиболее неблагоприятное положение имеет место в г. Москве, Архангельской области, Красноярском крае, республиках Саха (Якутия), Тыва, Калмыкия, Чукотском и Коми-Пермяцком автономных округах (11–17%). Значительно снизилось количество этих проб в Воронежской, Рязанской, Ростовской, Астраханской, Курской, Ярославской областях, республиках Адыгея, Марий Эл, г. Санкт-Петербурге, где оно не превышает 2–3,5%.

В связи с грубыми нарушениями санитарно-эпидемиологических норм и правил на предприятиях общественного питания высоким остается количество вспышек острых кишечных инфекций. В 2002 году зарегистрировано 32 крупные вспышки с числом пострадавших 3,4 тыс. человек, за 9 месяцев 2003 года – 10 вспышек с числом заболевших 637 человек. Наиболее крупные из них были связаны с употреблением молочных продуктов, инфицированных в процессе их производства, в результате несоблюдения производственной дисциплины и санитарно-противоэпидемического режима. Особенно часто такие нарушения имеют место при производстве и внесении заквасок. В текущем году такая вспышка возникла в Челябинской области.

Совместно с органами внутренних дел центры госсанэпиднадзора проводят рейдовые проверки предприятий пищевой промышленности, общественного питания и торговли по выполнению ими санитарных правил и норм. Всего в октябре–ноябре 2003 года проведено 6970 таких проверок. Анализ донесений о результатах проверок показал, что наиболее эффективно они осуществлялись в Краснодарском, Ставропольском, Приморском краях, Астраханской, Белгородской, Владимирской, Волгоградской, Воронежской, Магаданской, Мурманской и других областях, республиках Адыгея и Карелия, г. Санкт-Петербурге. В этих территориях органами исполнительной власти принимались соответствующие организационно-распорядительные документы, итоги проверок рассматривались на совместных заседаниях с участием специалистов заинтересованных органов и организаций.





УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПРОБ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ И ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО СЫРЬЯ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИХ ГИГИЕНИЧЕСКИМ НОРМАТИВАМ ПО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ (В ПРОЦЕНТАХ)

Ежегодно в ходе планового государственного санитарно-эпидемиологического надзора и в ходе рейдовых проверок выявляются значительные объемы недоброкачественной продукции (рис. 6). В 2002 году забраковано 96 479 партий, что на 23% меньше по сравнению с предыдущим годом. Наибольшее количество таких партий имело место в Томской, Пермской, Саратовской, Кемеровской областях, Красноярском крае, республиках Башкортостан и Татарстан; наименьшее – в Хабаровском крае, Еврейской АО.

По-прежнему наибольшее количество партий забракованной продукции приходится на молоко и молочные продукты, мясо и мясопродукты (до 25%).

Беспокойство вызывает значительный объем забракованной йодированной соли из-за несоответствия количества йода гигиеническому нормативу – 9,6%. При этом на предприятиях по ее выпуску этот показатель составляет 4,2%, однако в результате неудовлетворительных условий хранения он возрастает до 9,5–10,6% в предприятиях торговли, детских и подростковых учреждениях. Обеспеченность йодированной солью населения в последние годы значительно увеличилось, но в ряде регионов остается недостаточной, что требует от учреждения службы принятия дополнительных мер в решении данного вопроса.

В 2002 году значительно сократилось количество штрафных санкций, объектов, эксплуатация которых приостанавливалась, и число лиц, отстраненных от работы по требованию госсанэпидслужбы. Так, если в 2001 году по объектам пищевой промышленности было наложено 13 413 штрафов, то в 2002 году – 10 591; по предприятиям общественного питания оно сократилось с 29 891 до 22 612.

Такое сокращение в определенной степени обусловлено принятием в 2001 году Закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля». Вместе с тем тенденция сокращения проявляется с 1998 года и никак не коррелируется с незначительными позитивными изменениями в санитарном состоянии предприятий и показателями безопасности пищевых продуктов.

Минздрав России крайне озабочен негативными последствиями для здоровья населения употребления алкогольных напитков, связанными как с их количеством, так и с качеством. Продолжается рост числа летальных исходов от случайных отравлений алкоголем. В 2001 году по этой причине погибло 17 840 человек, в 2002 году – свыше 40 тысяч.

Прирост смертности составил в республиках Алтай, Башкортостан, Мордовия, Бурятия, Карачаево-Черкесской Республике, Иркутской и Воронежской областях до 140–180%, а в Кабардино-Балкарской Республике этот показатель возрос в 2,2 раза.

В 2002 году, по данным учреждения службы, забраковано 4274 спиртов и алкогольной продукции (2001 год – 6422), при этом наибольшее количество приходится на Северо-Кавказский федеральный округ – 1041 партия – и Приволжский федеральный округ – 944 партии.

В объемном выражении наибольшее количество спирта и алкогольной продукции было забраковано в республиках Татарстан, Северная Осетия – Алания, Липецкой, Ростовской, Кемеровской и Челябинской областях.



Организация и эффективность надзора за пищевыми продуктами, полученными из генетически модифицированных источников (ГМИ), приобретает особое значение в связи с интенсивным развитием генно-инженерной деятельности. В настоящее время в стране практически полностью сформирована законодательная и нормативно-методическая база, регулирующая производство, ввоз из-за рубежа и оборот пищевой продукции, полученной из генетически модифицированных источников.

В соответствии со статьей 11 Федерального закона «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» Минздравом России разработана нормативно-методическая база, включающая методы лабораторных исследований, необходимые для проведения госсанэпиднадзора за указанной группой продукции. Большинство центров госсанэпиднадзора оснащены для этого современным оборудованием, организована подготовка кадров.

Постановлением Главного государственного врача Российской Федерации от 08.11.2000 утверждено Положение о порядке санитарно-эпидемиологической экспертизы пищевых продуктов, полученных из ГМИ, а постановлением от 16.09.2003 №19 введена санитарно-эпидемиологическая, микробиологическая и молекулярно-генетическая экспертиза пищевой продукции, полученной с использованием генетически модифицированных микроорганизмов.

Разработана методика определения ГМИ в пищевых продуктах, основанная на идентификации трансгенной ДНК методом полимеразной реакции, гармонизированная с зарубежными аналогами. Это дает возможность осуществления ЦГСЭН после регистрационного мониторинга.

В ГУ НИИ питания уже прошли обучение данному методу 64 сотрудника из 52 центров госсанэпиднадзора.

Центрами госсанэпиднадзора в 2002 году исследовано 148 проб, из них ГМИ обнаружено в 39 пробах (26%); в первом полугодии 2003 года – 163 пробы, из них ГМИ обнаружено 16 (9,8%). Совершенно очевидно, что такие объемы исследований недостаточны и необходимо принять действенные меры по их увеличению.

В последние годы в стране резко возросло количество биологически активных добавок к пище (БАД) отечественного и импортного производства.

Утверждены санитарные правила «Гигиенические требования к организации производства и оборота БАД», установлен перечень растений, запрещенных при их производстве.

Все это требует установления эффективного госсанэпиднадзора, который должен осуществляться в части оценки качества и подлинности БАД, соблюдения условий их хранения и реализации, соответствия этикетки на продукцию и рекламы требованиям действующего законодательства.

В настоящее время контроль за БАД осуществляется в 52 регионах страны, лабораторные исследования проводятся на соответствие БАД гигиеническим нормативам по санитарно-химическим и микробиологическим показателям. За первое полугодие 2003 года проведено 3299 исследований по санитарно-химическим показателям, в 5% выявлено их несоответствие указанным в регистрационных удостоверениях. На соответствие БАД гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям за этот период выполнено 3600 исследований, в 7% установлено несоответствие нормативам.

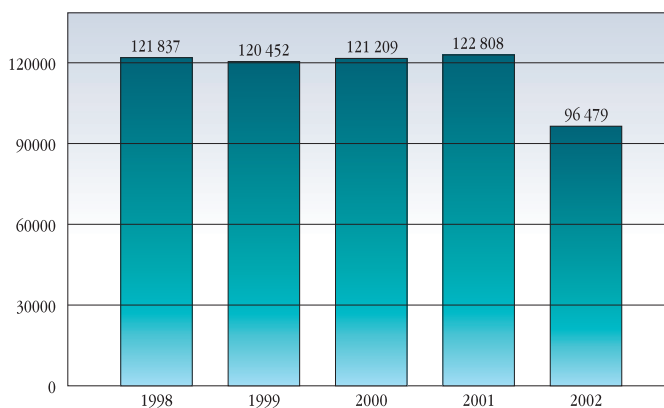
Проведено также около 12 тыс. проверок соблюдения правил хранения и реализации БАД, выявлено 906 (17%) случаев реализации их без удостоверения о качестве и безопасности, 38 случаев реализации продукции без этикетки и 58 случаев реализации с просроченным сроком годности.

Особое беспокойство вызывает большое количество нарушений, связанных с несоответствием информации, выносимой на этикетку и указанной в регистрационном удостоверении, отсутствие на этикетке ингредиентного состава продукта, отсутствие сведений об основных потребительских свойствах БАД и противопоказаний к их применению (1240 случаев), почти в трети случаев на этикетках имела место надпись «экологически чистый продукт», что является нарушением санитарных правил.

Все это требует действенного осуществления госсанэпиднадзора за производством и оборотом БАД как одного из приоритетных направлений работы центров госсанэпиднадзора, незамедлительного применения мер административного воздействия к лицам, допускающим нарушения санитарного законодательства, включая приостановку и запрещение реализации продукции, рассмотрение структуры лабораторных исследований БАД, увеличив исследования по определению ос-



6



ЧИСЛО ПАРТИЙ ЗАБРАКОВАННОГО ПРОДОВОЛЬСТВЕННОГО СЫРЬЯ И ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

новых биологически активных веществ. Необходимо своевременно доводить до сведения территориальных органов МАП России информацию о недостоверной рекламе БАД, усилить разъяснительную работу среди населения в средствах массовой информации о роли БАД в оптимизации питания, о действующих нормативных актах в области их оборота.

Следует отметить центры госсанэпиднадзора, которые наиболее активно проводят госсанэпиднадзор за производством и оборотом БАД: Республика Татарстан, Республика Башкортостан, Краснодарский край, Удмуртская Республика.

Наряду с этим в учреждениях госсанэпидслужбы в г. Санкт-Петербурге, Свердловской и Рязанских областях оценка рекламы БАД проводится в крайне ограниченном количестве.

Рациональное питание является одним из главных факторов, определяющих здоровье нации, обеспечивающих нормальный рост и развитие детей, продление жизни и профилактику заболеваний. Оно определяется состоянием экономики страны, доходами населения, уровнем гигиенической подготовки населения в области основ здорового образа жизни и прежде всего питания.

Среди факторов питания, имеющих особо важное значение для поддержания здоровья, работоспособности и активного долголетия населения России, важнейшая роль принадлежит полноценному и регулярному снабжению организма человека всеми необходимыми пищевыми веществами, в том числе белками, пищевыми волокнами, микронутриентами, прежде всего витаминами, макро- и микроэлементами.

Анализ структуры питания населения показывает, что тенденция снижения среднедушевого потребления наиболее полноценных белков животного происхождения сохраняется в большинстве регионов, хотя она уже не носит отчетливого характера по сравнению с 90-ми годами. Тревожная ситуация сохраняется среди малоимущих и социально незащищенных слоев населения, что обусловлено потреблением ими преимущественно продуктов растительного происхождения, характеризующихся низкой биологической ценностью.

В большинстве регионов в рационах населения по-прежнему отмечается дефицит макро- и микронутриентов, особенно витаминов.

Наиболее эффективным способом преодоления дефицита важнейших веществ является организация промышленного производства широкого ассортимента пищевых продуктов, обогащенных белками высокой биологической ценности, а также микронутриентами (витаминами, кальцием, железом, йодом, фтором) до уровня, соответствующего физиологическим потребностям человека. Это предусмотрено Концепцией государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации, но, к сожалению, недостаточно реализуется в региональных программах. Существенные сдвиги в этом отношении имеют место лишь в г. Москве и г. Санкт-Петербурге, ряде городов Центрального федерального округа.

Сохраняет свою актуальность проблема профилактики заболеваний, обусловленных дефицитом йода, решение которой по-прежнему заключается в основном в обогащении соли йодом.



Наряду с этим во многих субъектах Российской Федерации налажено производство йодированных пищевых продуктов (хлебобулочных, макаронных изделий, минеральной воды), а также БАД.

В ряде субъектов страны, как уже отмечалось, решение этого вопроса заложено в региональных программах. В Брянской, Кемеровской, Московской, Тверской, Томской, Тюменской, Ростовской, Челябинской областях, Хабаровском и Ставропольском краях приняты соответствующие постановления органов исполнительной власти.

На данном этапе необходимо провести детальный анализ и оценку проводимой работы, внести в нее при необходимости соответствующие коррективы.

В последние годы происходит наращивание объемов и ассортимента, а также возрастает спрос населения на пищевые продукты (готовые блюда) высокой степени готовности, полученные с помощью современных технологий. И этот процесс должен быть объектом пристального внимания со стороны госсанэпидслужбы.

В решении проблемы рационального питания особое место занимает организация питания детей в общеобразовательных учреждениях. Как известно, приватизация школьных столовых, дезорганизация систем общественного питания, сокращение ассигнований на питание школьников привели к значительному снижению охвата их горячим питанием.

Это привело к серьезным нарушениям в структуре питания школьников, многие из которых в течение всего дня не получают горячую пищу. Число учащихся старших классов, получающих горячее питание в школах, в ряде регионов не превышает 10–20%. Следствием этого является продолжение роста числа заболеваний анемией и желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время в Российской Федерации функционирует 65 687 школ различного типа, в которых обучается более 16 млн. школьников. В среднем каждое пятое учреждение не имеет столовой (18,4%). Наибольший удельный вес школ, не имеющих столовой, имеет место в Усть-Ордынском Бурятском автономном округе, Республике Адыгея, Рязанской области.

В среднем по стране 78% учащихся начальных классов получают горячее питание, среди учащихся 5–11-х классов – лишь 51%, при этом бесплатное от 0 до 69%. Продолжается вытеснение горячего питания буфетной продукцией, которая не восполняет энергетические и физиологические затраты детского организма.

Низким остается охват школьников в общеобразовательных учреждениях витаминными препаратами, витаминизированными напитками. Основные дотации на питание выделяются из местных бюджетов, в целом по стране – 1,5 руб. на ребенка.

В то же время в ряде субъектов Российской Федерации (Республика Карелия, Орловская, Липецкая, Воронежская, Курганская, Пермская, Астраханская и другие области) органами образования, здравоохранения, совместно с учреждениями госсанэпидслужбы проведена большая организаторская и практическая работа по увеличению охвата горячим питанием школьников, расширению ассортимента продукции за счет внедрения новых форм организации питания, привлечению дополнительных источников финансирования.

Наибольший процент проб, не отвечающих гигиеническим требованиям по калорийности, отмечен в Чукотском автономном округе (52,4%), Хабаровском крае (40,0%), Воронежской (37,1%), Смоленской (36,4%), Вологодской (36,7%), Мурманской (38,6%) областях, Карачаево-Черкесской Республике (40,0%).

Отмечаются случаи нарушения санитарно-противоэпидемического режима, технологии приготовления и сроков реализации готовых блюд. Неудовлетворительно решаются вопросы кадрового обеспечения пищеблоков школ и школьно-базовых столовых, а также своевременного ремонта и замены технологического и холодильного оборудования пищеблоков.

Только в 2003 году вспышки острых кишечных инфекций с числом пострадавших около 200 человек зарегистрированы в школах Кемеровской, Камчатской, Иркутской, Калининградской и Томской областей в связи с употреблением готовых блюд, инфицированных в школьных столовых при их изготовлении.

В связи с наличием ряда нерешенных вопросов и требующих решения проблем в области санэпидблагополучия, принятием новых законов, проведением административной реформы не-



обходимы дальнейшее совершенствование сети и структуры учреждений службы, реструктуризация и оптимизация их функций.

В текущем году утверждена Концепция развития государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации на 2003–2007 годы, соответствующие концепции, принятой в регионах. В этой концепции наряду с другими задачами определены дальнейшее совершенствование структуры госсанэпидслужбы как единой федеральной централизованной системы органов и учреждений, формирование подразделений юридической, ревизионных служб, отделений по связи со средствами массовой информации, социально-гигиенического мониторинга, программно-аппаратного обеспечения.

Одновременно проведен анализ проведенной за истекший период работы, обобщен полученный опыт и недостатки.

Следует признать, что в последние годы осуществлены масштабные меры по оптимизации сети, структуры, кадрового состава учреждений, укреплению их материально-технической базы.

Создание единых центров госсанэпиднадзора для обслуживания городского и сельского населения, ликвидация центров госсанэпиднадзора в административных районах крупных городов, ликвидация маломощных учреждений и сокращение их количества на водном и воздушном транспорте полностью себя оправдали. Более того, эти меры стали еще актуальнее в связи с сокращением населения во многих регионах, а также принятием Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного надзора (контроля)». Только в 2002 году количество центров госсанэпиднадзора уменьшилось на 66, число государственных унитарных предприятий дезинфекционного профиля сократилось до 93.

Позитивное влияние на эффективность госсанэпиднадзора оказало укрепление юридической службы, а также создание подразделений по связи со средствами массовой информации.

Положительное влияние на деятельность учреждений службы оказали укрепление творческого сотрудничества между центрами госсанэпиднадзора и медицинскими академиями, формирование единого заказа по подготовке кадров на условиях трехсторонних договоров, активизация деятельности научных учреждений Минздрава России и РАМН по научно-методическому обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Принят ряд мер по совершенствованию системы социально-гигиенического мониторинга. В 2003 году заключены соглашения о совместной работе по его ведению с 7 федеральными органами исполнительной власти. Расширяется Федеральный информационный фонд (ФИФ) данных социально-гигиенического мониторинга. С 2002 года база данных по показателям перечня II этапа пополнилась блоком данных оценки качества и безопасности питания населения. Определен перечень унифицированных показателей, утверждена их структура и порядок ведения II этапа социально-гигиенического мониторинга, во все центры госсанэпиднадзора направлен программный модуль по сбору данных. В настоящее время сбор их за 2002 год завершен и они введены ФИФ.

Активно ведется разработка программных продуктов. Проведена паспортизация ЦГСЭН по социально-гигиеническому мониторингу, оценке риска и использованию информационных технологий.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 23.06.2003 № 824 «О мерах по проведению административной реформы в 2003–2004 годах» в Российской Федерации осуществляются меры, направленные на повышение эффективности деятельности системы федеральных органов исполнительной власти и создание благоприятных условий для реализации субъектами предпринимательства своих прав и интересов.

На современном этапе развития страны деятельность учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации становится еще более актуальной, еще более востребованной. Государственная санитарно-эпидемиологическая служба является одним из главных гарантов обеспечения санэпидблагополучия населения.

Обстановка в стране и в мире настоятельно требует повышения эффективности и качества профилактических, противоэпидемических мероприятий, обеспечения постоянной готовности к работе в условиях реальной опасности для жизни и здоровья людей.

Выполнить эту задачу невозможно без четкой организации работы, эффективного взаимодействия со всеми ветвями власти, высокой ответственности за порученное дело.

КОМИТЕТ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ И СПОРТУ: ЧЕТЫРЕ ГОДА РАБОТЫ



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ И СПОРТУ ТРЕТЬЕГО СОЗЫВА, АКАДЕМИК РАМН

Николай Федорович Герасименко

В январе 2000 года в ходе слияния двух комитетов Государственной Думы – Комитета по охране здоровья и Комитета по туризму и спорту – был образован Комитет по охране здоровья и спорту. В его состав вошли высококвалифицированные специалисты: три академика, 11 докторов и кандидатов наук. Были представлены практически все звенья здравоохранения: районное, городское, республиканское, наука, фармацевтика.

В Комитете работали люди самых разных политических взглядов, представляющие шесть депутатских объединений: фракции «Единство – Единая Россия», КПРФ, «Отечество – Единая Россия», Агропромышленную депутатскую группу, депутатские группы «Народный депутат» и «Регионы России». Несмотря на это, вопросы, относящиеся к ведению Комитета, решались, как правило, единогласно.

Главная задача Комитета – максимально поднять значимость сферы охраны здоровья, утвердить ее приоритетность в государственной политике. При этом мы последовательно исходили из того, что здоровье народа напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения, но прежде всего с самим образом жизни людей.

В этой связи понятно, почему мы особенно настойчиво продвигали законы из так называемой профилактической корзины, непосредственно направленные на утверждение здорового образа жизни. Речь идет о таких важнейших законах, как «Об ограничении курения табака», «О качестве и безопасности пищевых продуктов», «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Были также проведены парламентские слушания «О проблемах здорового образа жизни в Российской Федерации», «Наркомания, алкоголизм, СПИД – угроза будущему России», «Религия и здоровье», «О законодательном обеспечении курортной и оздоровительной деятельности в Российской Федерации».

Ведущее направление деятельности Комитета – законотворчество, разработка фундаментальных федеральных законов в сфере охраны здоровья населения. Всего за время работы Государственной Думой третьего созыва (с января 2000 года по ноябрь 2003 года) принят и вступил в силу 21 федеральный закон, относящийся к ведению Комитета по охране здоровья и спорту:

- Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 1998 год», 2000 год;
- Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2000 год», 2000 год;
- Федеральный закон «О внесении дополнений в Федеральный закон «О лекарственных средствах» (в части установления порядка государственного регулирования цен на лекарственные средства), 2000 год;
- Федеральный закон «О качестве и безопасности пищевых продуктов», 2000 год;
- Федеральный закон «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» (об организационно-правовых формах организаций здравоохранения, осуществляющих заготовку, переработку, хранение донорской крови), 2000 год;
- Федеральный закон «О внесении дополнения в Закон Российской Федерации «О трансплантологии органов и (или) тканей человека» – в части развития российской нормативно-правовой базы биомедицины, обеспечения контроля за ходом клинических испытаний и процедур генотерапии, 2000 год;
- Федеральный закон «О внесении изменений и дополнения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (о Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи), 2000 год;
- Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 1999 год», 2000 год;
- Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2001 год», 2000 год;
- Федеральный закон «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2001 год», 2001 год;
- Федеральный закон «О внесении изменений в статью 11 Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» (в части уточнения понятия «общественный транспорт»), 2001 год;
- Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», 2001 год;
- Федеральный закон «Об ограничении курения табака», 2001 год;
- Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2000 год», 2001 год;
- Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2002 год», 2001 год;
- Федеральный закон «О временном запрете на клонирование человека», 2002 год;
- Федеральный закон «О внесении дополнения в статью 10 Федерального закона «Об ограничении курения табака», 2002 год;
- Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2001 год», 2002 год;
- Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2003 год», 2003 год;
- Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2002 год», 2003 год;
- Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2002 год», 2003 год.



Закон «О внесении дополнений в Федеральный закон «О лекарственных средствах» впервые закрепил на законодательном уровне необходимость государственного регулирования цен на жизненно важные и необходимые лекарственные препараты.

Закон «О качестве и безопасности пищевых продуктов» осуществляет правовое регулирование в сфере обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов на всех этапах их оборота, в том числе при разработке, производстве, транспортировке, хранении и реализации потребителю. Он направлен на обеспечение качества и безопасности пищевых продуктов путем осуществления государственного контроля и надзора, введения единой системы оценки соответствия качества (сертификации) продукции, а также лицензирования и государственной регистрации пищевых продуктов как ввозимых из-за рубежа, так и производимых в стране.

Закон закрепляет подконтрольные виды продукции строго за уполномоченными надзорными органами исполнительной власти. Одновременно повышает ответственность собственника за качество пищевых продуктов, своевременность и полноту производственного контроля и сертификацию управления качеством готовой продукции. Закон также усиливает ответственность всех участников оборота пищевых продуктов (включая и надзорные органы) за нарушения, приведшие к причинению морального и физического вреда потребителю.

Закон «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» привел в соответствие с Конституцией и Гражданским кодексом организационно-правовые формы организаций здравоохранения, осуществляющих заготовку, переработку и хранение донорской крови, а также закрепил право государственной (муниципальной) собственности в этой сфере.

Закон «О внесении дополнений в Закон Российской Федерации «О трансплантологии органов и (или) тканей человека» закрепил приоритет интересов человека над интересами общества или науки. Согласно закону трансплантация может осуществляться только при отсутствии альтернативных методов лечения и отсутствии трупного материала. Эти дополнения ограждают Россию от использования ее лечебных учреждений в качестве базы для научных исследований, ставят заслон необоснованному, а в некоторых случаях и незаконному забору органов и (или) тканей у живых доноров.

Закон «О внесении изменений и дополнения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» ввел в законодательство понятие «программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» и закрепил ответственность органов исполнительной власти всех уровней за обеспечение конституционного права граждан на такую медицинскую помощь.

Закон «О внесении изменений в статью 11 Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» закрепил право почетных доноров на бесплатный проезд на всех видах транспорта общего пользования (кроме такси) городского и пригородного сообщения.

Закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» впервые в истории России закрепил основные принципы организации и оказания противотуберкулезной помощи гражданам:

- диспансерное наблюдение больных туберкулезом;
- обязательное обследование и лечение больных заразными формами туберкулеза, умышленно уклоняющихся от обследования и лечения;
- ведение государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза.

В законе отражены нормы, регулирующие права и обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом, а также меры их социальной защиты. Согласно закону, больные заразными формами туберкулеза получили право на предоставление жилого помещения в домах государственного и муниципального жилищного фонда в течение года со дня постановки на учет.

Закон определил право медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно оказывающих противотуберкулезную помощь, на социальную защиту, в частности, на дополнительный оплачиваемый отпуск, сокращенную рабочую неделю, дополнительную оплату труда.



В результате организационных мероприятий исполнительной власти всех уровней, последовавших за принятием указанного федерального закона, наметилась тенденция к улучшению эпидемической ситуации по туберкулезу.

Закон «Об ограничении курения табака» призван привести к сокращению курения среди детей, подростков и молодежи, поставить заслон производству некачественной табачной продукции с повышенным содержанием смол и никотина, обеспечить защиту некурящих от вредного воздействия окружающего табачного дыма.

Два года, прошедшие после вступления в силу основных положений закона, – срок небольшой, но за это время удалось если не переломить ситуацию, то по крайней мере добиться некоторых подвижек. Согласно недавнему Всероссийскому социологическому опросу, на вопрос «Курите ли Вы?» утвердительно ответило 37% респондентов. А ведь еще недавно курильщиков в нашей стране было много больше. Но еще показательнее другая цифра. Сознательных сторонников табакокурения у нас осталось совсем немного – лишь 22%. Остальные или пробовали бросить курить, или собираются сделать это.

В этом решающую роль сыграл Закон «Об ограничении курения табака». Наивно полагать, что кто-то испугался штрафных санкций, которые налагаются за его нарушение, и решил, от греха подальше, вообще завязать с вредной привычкой. Дело, разумеется, совсем в другом. Процесс принятия закона, растянувшийся почти на три года, сопровождался мощной разъяснительной кампанией, в которую были вовлечены, причем без всякого давления извне, практически все ведущие средства массовой информации. Одновременно резко активизировали свою деятельность разного рода общественные организации: «Общественный совет по проблемам подросткового курения», «Российская ассоциация общественного здоровья», «Твой выбор» и другие. В эту кампанию были вынуждены включиться и табачные корпорации, выступившие против продажи сигарет детям и подросткам.

В сентябре 2003 года Государственная Дума приняла в первом чтении законопроект, внесенный Московской городской Думой. Его смысл состоит в том, чтобы запретить продажу табачных изделий на расстоянии менее 100 метров от образовательных учреждений. Надеемся, что со временем это приведет к сокращению курения среди школьников.

Сейчас мы должны перейти к следующему этапу борьбы с табакокурением. В мае 2003 года Всемирной организацией здравоохранения была принята Конвенция по борьбе против табака, к которой присоединилось более 90 стран, в том числе и Россия. В соответствии с требованиями Конвенции Комитетом по охране здоровья и спорту подготовлен проект закона «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об ограничении курения табака», который уже внесен в Государственную Думу.

Первое. Очень важной в этом законопроекте является статья, предлагающая полный запрет на рекламу табака во всех ее проявлениях, за исключением специализированных изданий и специализированных магазинов, где продают сигареты. В настоящее же время табачные компании тратят на наружную рекламу огромные деньги. В 2001 году сумма затрат табачных компаний на щитовую рекламу составила 49 млн. долларов. Как правило, такая реклама является имиджевой, т.е. ориентированной в первую очередь на молодежь. Подросток, глядя на такую рекламу, делает вывод, что сигарета – это пропуск в мир взрослых, элемент «красивой жизни», в которой присутствуют большие деньги, алкоголь, женщины. Нельзя согласиться с утверждениями, будто реклама лишь позволяет сделать «правильный» выбор в пользу той или иной марки сигарет и никоим образом не побуждает подростков к курению.

В 1992 году реклама табака была запрещена в четырех странах (Канада, Финляндия, Новая Зеландия, Норвегия). Спустя 5 лет подвели итоги. Оказалось, потребление сигарет на душу населения в возрасте 15 лет и старше после введения запрета упало на 14–37%. Показательно, что в трех из четырех стран распространенность курения среди молодых людей достоверно снизилась, и лишь в одной осталась на прежнем уровне. Таким образом, было доказано, что реклама негативно влияет на подростков и молодежь.

Второе. Законопроект предлагает в целях снижения подросткового курения повысить возраст, с которого можно будет покупать табачные изделия: с 18 до 21 года. Это очень важный момент – ведь к двадцати одному году человек в достаточной степени созрел психологически и морально для того, чтобы самому определить необходимость курения для себя без всякого давления извне.



Третье. В законопроекте также прописано обязательное создание специализированных пунктов для лечения никотиновой зависимости; оказание такой помощи для подростков должно проводиться бесплатно. В Москве существовало два таких кабинета, на сегодняшний день ни один из них не работает.

Четвертое. Законопроект предлагает увеличить площадь, занимаемую дополнительной надписью о вреде курения, до 50% большей стороны пачки.

Пятое. Также в целях увеличения информации о вреде курения табака законопроект обязывает производителей табака в каждую десятую пачку табачных изделий вкладывать специальную листовку.

Подготовлен парламентский запрос на имя Генерального прокурора В.В. Устинова и Министра Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций М.Ю. Лесина «Об исполнении требований статьи 7 Федерального закона «Об ограничении курения табака». Этой статьей запрещена демонстрация курения на кино- и телеэкранах, театральных спектаклях, создаваемых после вступления в силу федерального закона. Несмотря на это, телегерои продолжают дымить и в горе, и в радости, демонстрируя этим, что курение является неотъемлемым атрибутом жизни.

Конечно, предстоит сделать еще многое. Но если мы воплотим в жизнь все, что нами задумано, это будет огромным прорывом в борьбе с курением вообще и подростковым курением в частности.

Необходимость принятия закона «О временном запрете на клонирование человека» основывается на недостаточности накопленных знаний, неотработанности технологий даже по клонированию животных, непредсказуемости будущего человеческих клонов. Временной запрет (на 5 лет) позволит, учитывая развитие науки в области биомедицины, по истечении этого срока принять взвешенное решение о возможном разрешении или окончательном запрете на клонирование человека.

Содержание закона затрагивает только репродуктивное клонирование, конечной целью которого является рождение человека. Он не касается так называемого терапевтического клонирования, цель которого – выращивание из так называемых стволовых клеток органов, необходимых для трансплантации.

Практически готов ко второму чтению проект закона «О здравоохранении в Российской Федерации». Он относит здоровье к одному из важнейших прав человека, возлагая ответственность за его реализацию на государство в лице Президента и Правительства. Последнее ежегодно должно будет представлять в Государственную Думу доклад о состоянии здоровья нации.

Законопроектом предусматривается, что все основные виды медицинской помощи, сохраняющие жизнь и здоровье человека, будут предоставляться населению бесплатно. Вводится жесткая регламентация платных медицинских услуг. Их перечень, весьма ограниченный, будет устанавливать Правительство. Любая местная инициатива, когда больницы сами назначают цены на медицинские услуги, будет решительно пресекаться. Законопроект однозначно утверждает, что здоровье народа не может быть предметом рыночных отношений.

Центральное место в проекте закона занимают вопросы финансирования здравоохранения. Мы считаем, что совокупные расходы на него должны составлять не менее 5% от валового внутреннего продукта (сейчас чуть более 3%). По критериям ВОЗ – это минимум для поддержания приемлемого уровня здравоохранения.

В законопроект включена специальная глава «Социальная защита медицинских и фармацевтических работников».

К настоящему времени принят законопроект, который регулирует рекламу пива на телевидении, во втором чтении с рядом поправок, внесенных членами Комитета. Поправки касаются запрета показа рекламы пива с 17 до 22 часов.

Принят во втором чтении законопроект «О курортном регионе Кавказские Минеральные Воды».

Подготовлены к рассмотрению в первом чтении следующие законопроекты:

- «О правах пациента»;
- «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников»;
- «О регулировании частной медицинской деятельности»;



- «О телемедицине»;
- «О детско-юношеском спорте»;
- «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи»;
- «О внесении изменений и дополнений в статью 16 Федерального закона «О рекламе» (в части специальных требований к рекламе медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных средств);
- «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «О лекарственных средствах».

Приоритетным направлением в работе Комитета по-прежнему остается финансирование здравоохранения.

В результате усилий депутатов Комитета финансирование Федеральной адресной инвестиционной программы с 2000 по 2004 год выросло в 4,5 раза: с 918,7 млн. руб. до 4145,9 млн. руб. Именно за счет ее средств осуществляется строительство большинства объектов здравоохранения. С 16 998,0 млн. руб. до 48 208,3 млн. руб. возросли с 2000 года расходы федерального бюджета по разделу «Здравоохранение и физическая культура».

При активной поддержке депутатов Комитета в 2002 году была разработана Федеральная целевая программа «Здоровый ребенок», финансирование которой осуществляется с 2003 года.

Проект федерального бюджета на 2004 год содержит ряд положительных решений, выработанных с участием Комитета в процессе доработки законопроектов о федеральных бюджетах предыдущих лет:

- раздел «Здравоохранение и физическая культура» впервые отнесен к приоритетным направлениям государственной бюджетной политики, рост расходов к предыдущему году составит 122,5%, что заметно выше роста расходов федерального бюджета в целом – 113,4%, удельный вес раздела в расходах федерального бюджета увеличится с 1,68 до 1,8%;
- расходы федерального бюджета на здравоохранение и физическую культуру растут опережающими темпами по сравнению с расходами бюджетов субъектов Российской Федерации – соответственно 123 и 114%;
- в состав Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)» включена новая подпрограмма «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» с объемом финансирования 100 млн. руб., более чем вдвое увеличены расходы на подпрограмму «О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации»;
- впервые в федеральном бюджете предусмотрены средства на компенсацию затрат по предоставлению льгот, установленных статьей 11 Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» в сумме 1110,5 млн. руб.

По предложению депутатов Комитета были приняты поправки в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации в части освобождения от налогообложения:

- услуг по содержанию детей в спортивных секциях;
- оплаты стоимости питания, спортивного снаряжения, оборудования, спортивной формы, получаемой спортсменами и работниками физкультурно-спортивных организаций для учебно-тренировочного процесса и участия в спортивных соревнованиях;
- призов в денежной и (или) натуральных формах, полученных спортсменами зазовые места на крупнейших соревнованиях.

Налогоплательщик получил также право на налоговые вычеты в сумме доходов, перечисляемых в виде денежной помощи физкультурно-спортивным организациям в размере фактически произведенных расходов (но не более 25% суммы дохода, полученного в налоговом периоде).

Таким образом, физкультурно-спортивные организации получили больше средств для развития физкультурно-массовой, спортивной и оздоровительной работы.

Наряду с этим с 2000 по 2004 год почти в 4 раза – с 832,1 млн. руб. до 3314,7 млн. руб. – увеличено финансирование раздела «Физическая культура и спорт». Ежегодно удавалось сохра-



нять и даже увеличивать расходы на финансирование профсоюзных детско-юношеских спортивных школ из бюджета Федерального фонда социального страхования.

Один из острейших вопросов, который постоянно находился в поле зрения Комитета, – лекарственное обеспечение населения.

Члены Комитета последовательно выступали против введения НДС на лекарственные средства. Хотя этот налог, к сожалению, все же был введен, его ставка составила не 20%, как предполагалось ранее, а 10%. Но и при такой ставке цены на лекарства, о чем мы неоднократно предупреждали, устремились вверх. Комитетом подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений и дополнений в статьи 149 и 164 части второй Налогового кодекса Российской Федерации», предусматривающий отмену НДС на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинскую технику.

Одно из важнейших направлений деятельности Комитета – социальная защита медицинских работников. В проекте федерального закона «О федеральном бюджете на 2003 год» предлагалось отменить 25%-ную доплату сельским медикам. Однако членам Комитета удалось отстоять эту льготу еще на уровне обсуждения законопроекта в Комитете по бюджету и налогам. Благодаря активной позиции депутатов Комитета были сохранены льготы на оплату коммунальных услуг сельским медикам и донорам, а также законодательно утверждены надтарифные надбавки работникам противотуберкулезной службы.

С 2002 года вступил в действие новый Закон «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», согласно которому все медики, включая городских, получили право на досрочную пенсию, сохраняя при этом возможность работы по специальности. Депутаты Комитета неоднократно ставили вопрос о необходимости расширения списка профессий и должностей медицинских работников, имеющих право на досрочное назначение трудовой пенсии. Не дождавшись положительного решения данного вопроса Правительством Российской Федерации, группа депутатов Государственной Думы, в том числе и депутаты нашего Комитета, подготовили и внесли в Государственную Думу проект федерального закона, направленный на предоставление пенсии за выслугу лет медицинским и педагогическим работникам, занятым в детских учреждениях. Законопроект, несмотря на возражения Правительства Российской Федерации и Пенсионного фонда Российской Федерации, принят Государственной Думой во втором чтении.

Особенно активно вопросами оплаты труда работников здравоохранения Комитет занимался в конце 2002 года – начале 2003 года. Это было вызвано разработкой в Правительстве Российской Федерации проекта Концепции реформирования системы оплаты труда работников организаций бюджетной сферы, принятие которой могло повлечь за собой ухудшение условий оплаты труда медицинских работников.

В этот период проект концепции обсуждался на совместном заседании Комитета с ЦК профсоюза работников здравоохранения, заседании рабочей группы четырех центристских фракций Государственной Думы, «круглом столе», парламентских слушаниях. Кроме того, данный вопрос выносился на рассмотрение Государственной Думы в рамках «правительственного часа», по результатам которого было принято специальное постановление Государственной Думы «О проекте Концепции реформирования системы оплаты труда работников организаций бюджетной сферы».

Наши усилия не пропали даром. Проект Концепции реформирования системы оплаты труда работников организаций бюджетной сферы и проект федерального закона «О системах оплаты труда работников бюджетных учреждений» были существенно дополнены по сравнению с первоначальным вариантом. Уровень социальной защиты работников бюджетных учреждений в них значительно повысился. В соответствии с решением совещания у Президента Российской Федерации в Ново-Огарево введение в действие отраслевых систем оплаты труда перенесено с 1 октября 2003 года на более поздний срок. Это дает возможность авторам концепции доработать ее с учетом замечаний, высказанных при обсуждении.

Суть замечаний и предложений сводится к следующему. Прежде всего осуществленное в октябре 2003 года 33%-ное повышение заработной платы таковым не является. Нарушается статья 133 Трудового кодекса, согласно которой заработная плата должна быть не ниже прожиточного ми-



нимума. Недостаточно проработаны финансовые механизмы реализации Концепции. Правительство Российской Федерации гарантирует выплату только 600 руб., остальные выплаты должны обеспечивать регионы. При этом не заложена индексация заработной платы в связи с инфляцией. И, наконец, заработная плата должна стимулировать труд работника, а в проекте концепции не учитывается ни его количество, ни качество.

Все свои замечания и предложения Комитет направил Правительству Российской Федерации. Комитет предложил не утверждать концепцию в 2003 году, а создать рабочую группу для ее доработки, включив в нее депутатов Государственной Думы. И прежде чем принимать концепцию в целом, отработать ее положения в экспериментальном порядке в двух-трех регионах и проанализировать результаты.

Комитет постоянно выступает с инициативой широкого обсуждения как стратегии законодательной деятельности, так и отдельных законопроектов. За время работы Государственной Думы третьего созыва Комитетом проведено 23 парламентских слушания по самым актуальным проблемам охраны здоровья нации, утверждения здорового образа жизни:

- «О законодательном обеспечении курортной и оздоровительной деятельности в Российской Федерации», 11 апреля 2000 года;
- «О социально-экономическом положении медицинских работников в Российской Федерации», 18 апреля 2000 года;
- «О демографической ситуации в России и мерах Правительства Российской Федерации по ее оптимизации», 30 мая 2000 года;
- «О совершенствовании законодательства в области физической культуры и спорта», 6 июня 2000 года;
- «О комплексе мер по профилактике и борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (СПИД) в Российской Федерации», 21 ноября 2000 года;
- «Экономические проблемы показа и трансляции футбольных и хоккейных матчей на телевидении», 27 ноября 2000 года;
- «Об итогах игр XXVII Олимпиады в г. Сиднее и ходе подготовки российских спортсменов к зимним Олимпийским играм 2002 года в Солт-Лейк-Сити (США)», 21 декабря 2000 года;
- «О государственной политике по предупреждению распространения в Российской Федерации заболеваемости инфекционным гепатитом», 13 февраля 2001 года;
- «Национальная стратегия охраны здоровья детей в России и ее правовое обеспечение», 19 февраля 2001 года;
- «О принципах формирования размеров стипендий и социальных выплат в Российской Федерации» (совместно с Комитетом Государственной Думы по делам женщин, семьи и молодежи), 13 марта 2001 года;
- «О проекте Концепции демографической политики в Российской Федерации на период до 2015 года», 10 апреля 2001 года;
- Сопровождение «О состоянии и перспективах совершенствования законодательства в сфере охраны здоровья населения в Российской Федерации», 4–5 октября 2001 года;
- «Незаконный оборот наркотиков – угроза национальной безопасности и целостности России» (совместно с Комитетом по безопасности, Комитетом по делам женщин, семьи и молодежи), 26 октября 2001 года;
- «О проблемах здорового образа жизни в Российской Федерации», 23 октября 2001 года;
- «О здоровье работающего населения Российской Федерации», 15 апреля 2002 года;
- «О телемедицине и информационной политике в области охраны здоровья граждан Российской Федерации», 20 мая 2002 года;
- «О ситуации, сложившейся на фармацевтическом рынке Российской Федерации в связи с введением 10-процентной ставки на добавленную стоимость на лекарственные средства и изделия медицинского назначения», 3 июня 2002 года;
- «О государственной политике по усилению профилактики паразитарных болезней в Российской Федерации», 19 ноября 2002 года;



- «Наркомания, алкоголизм, СПИД – угроза будущему России», 19 декабря 2002 года;
- «Религия и здоровье», 16 января 2003 года;
- «О Концепции реформирования оплаты труда работников бюджетной сферы в части здравоохранения», 17 февраля 2003 года;
- Межпарламентские слушания на тему «Состояние и перспективы модельного законодательства в области здравоохранения в странах СНГ», 5 мая 2003 года;
- «Законодательное обеспечение развития медицинской науки», 9 мая 2003 года.

Следует отметить парламентские слушания «О проблемах здорового образа жизни в Российской Федерации». На этих слушаниях внимание было акцентировано прежде всего на причинах неблагополучия. По сути дела, впервые проблемы утверждения здорового образа жизни были вынесены на столь широкое обсуждение. Это тем более важно, что отечественное здравоохранение сегодня уже не в силах противостоять отрицательным тенденциям, которые все зримее проявляются в общественном здоровье.

Основные факторы, отрицательно влияющие на образ жизни, известны. Это алкоголь, курение, употребление наркотиков.

Главный недуг России, который может стать для нее роковым, – алкоголизм. До 200 тыс. россиян в возрасте от 18 до 60 лет ежегодно умирают неестественной смертью, что большей частью так или иначе связано с алкоголем. Тут и производственные травмы, и автодорожные катастрофы, убийства, суициды. Риск лишиться жизни в результате несчастного случая у сильно пьющих граждан раз в восемь выше, чем у нормальных. Есть и «прямые» потери. Каждый год почти 40 тыс. погибает, отравившись водкой, и эта цифра постоянно растет.

По данным Минздрава России, в России насчитывается уже более двух миллионов алкоголиков и больных алкогольным психозом. А сколько еще в той или иной степени зависимых от «зеленого змия». Если учесть, что, как правило, официально фиксируется лишь каждый десятый случай заболевания, у нас сейчас 20 миллионов «злоупотребляющих». Каждый седьмой россиянин! Настоящая алкогольная эпидемия.

Надо что-то делать, ибо полагать, что эта болезнь пройдет сама собой, было бы по меньшей мере наивно.

Прежде всего необходимо восстановить государственную монополию на розничную продажу спиртных напитков. Абсолютная свобода рыночных отношений здесь недопустима, так как речь идет о продукте, злоупотребление которым угрожает генофонду нации, национальной безопасности страны.

Без обуздания рыночной стихии в сфере розничной торговли алкоголем мы не продвинемся ни на шаг. Экономике не обманешь. Как продавали более дешевый товар, тот же «самопал», так и будут продавать, потому что это экономически выгодно, а уж изготовители всегда найдутся.

Во-вторых, надо отдавать себе отчет в том, что, как бы нам ни хотелось, в обозримой перспективе вытеснить алкоголь из жизни значительной части населения нереально. А это, в свою очередь, требует официального признания обществом и государством принципа умеренности в потреблении алкоголя. Разумеется, основа основ государственной алкогольной политики – ограждение от пьянства подрастающего поколения. В первую очередь именно от этого будет зависеть эффективность всех мер по преодолению в стране пьянства и алкоголизма.

Что касается взрослого населения, то государственная алкогольная кампания должна быть направлена на снижение потребления спиртных напитков, на изменение его структуры в сторону слабоалкогольных напитков. Какие меры здесь могли бы дать эффект? Это, конечно же, создание условий для возрождения традиций отечественного виноградарства и виноделия. Это – постепенное (резкие шаги тут противопоказаны и могут привести к обратным результатам) повышение ставок акциза на крепкие алкогольные напитки и снижение их на натуральное вино и пиво. Со временем семейный бюджет заставит людей самих выбирать не водку, а хорошее вино и пиво. Наконец, это ограничение, а потом и полное запрещение рекламы алкоголя, в том числе и пива, как во всех средствах массовой информации, так и на улицах и в общественном транспорте.



На слушаниях прозвучала мысль, что стране нужна ясная государственная политика, направленная на утверждение здорового образа жизни. Конечно, то же курение или тот же алкоголь есть свободный выбор свободного взрослого человека. Однако это вовсе не означает, что государство может равнодушно наблюдать, как его граждане вредят своему здоровью.

Несмотря на то, что Правительством утверждены Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года, Концепция государственной политики в области здорового питания до 2005 года, реальные механизмы их реализации практически отсутствуют. Что же касается соответствующих федеральных органов исполнительной власти, то они действуют зачастую разрозненно, без необходимой координации усилий. К тому же законодательно не определена ответственность как Правительства, так и других государственных структур за создание конкретных условий, способствующих утверждению здорового образа жизни.

В стране утрачивается профилактическая направленность здравоохранения. Сегодня уже не увидишь ни в аптеке, ни в поликлинике, ни на различных стендах доступной для широких масс информации о ценностях здорового образа жизни, полезных советов, что надо делать, чтобы всегда быть здоровым. Все это тогда называлось санпросветом.

Сегодня, конечно, ситуация кардинально изменилась. Разумеется, все попытки воссоздать в новых условиях санпросвет без привлечения средств массовой информации, особенно электронных, обречены на провал. Разовые акции не спасут. Нужны ежедневные публикации, теле- и радио-передачи, которые доходили бы буквально до каждого.

Понятно, что только Правительство может повлиять на электронные средства массовой информации, обязав государственные теле- и радиокomпании давать социальную рекламу. Для остальных можно было бы установить систему льгот. Не желаешь пропагандировать здоровый образ жизни, заниматься социальной рекламой – плати за сигнал, за другие услуги в полном объеме. На Западе социальная реклама стала обычным делом, заняв достойное место в телевизионных и радиовещательных программах, на страницах массовых изданий.

Конечно, говоря об ответственности государства за здоровье нации, мы столь же определенно обязаны сказать и об ответственности отдельного человека за сохранение собственного здоровья. Действительно, почему государственное здравоохранение должно бесплатно, в ущерб другим больным, оказывать медицинскую помощь человеку, которому наплевать на свое здоровье? Сколько денег уходит на лечение «пьяных травм», последствий курения, употребления наркотиков! К сожалению, пока личная ответственность гражданина за свое здоровье лишь декларируется, что неизбежно порождает иждивенческие настроения. Нужно законодательно закрепить эффективные экономические меры, утверждающие в обществе культ здорового тела, здорового духа, здоровых традиций, здоровых привычек.

На слушаниях были приняты конкретные рекомендации, обращенные ко всем ветвям власти:

1. Разработать и принять целевую федеральную программу «Формирование здорового образа жизни», заложив в ней средства прежде всего на просветительскую деятельность, на создание социальных рекламных роликов, которые бы с учетом возрастной специфики аудитории пропагандировали ценности здорового образа жизни. Необходимо задействовать всю мощь средств массовой информации для культивирования моды на здоровый образ жизни, для формирования идеала здоровья как важнейшей составляющей смысла жизни и престижа нации.
2. Продолжить работу над Кодексом законов об охране здоровья населения, уделив приоритетное внимание продвижению так называемых надзорных законов, регулирующих вопросы обеспечения безопасных условий среды обитания человека, и законов профилактической направленности.
3. Возродить профилактическую направленность отечественного здравоохранения, приняв соответствующие решения как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Федерации.

Уже сейчас можно сказать, что проведение слушаний себя оправдало. Проблемы утверждения здорового образа жизни были подняты на самый высокий уровень. 30 января 2002 года они обсуждались в Кремле на заседании Государственного Совета.



Члены Комитета хотят привлечь к утверждению здорового образа жизни людей из самых разнообразных сфер деятельности, а не только медиков. 16 января 2003 года в Свято-Даниловом монастыре прошли парламентские слушания «Религия и здоровье», которые получили большой резонанс как в религиозных кругах, так и в обществе в целом.

Еще одна острейшая проблема, которая постоянно находится в поле нашего зрения, – демография. В мае 1997 года Комитет провел парламентские слушания на тему «Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России», на которых впервые с государственной трибуны было сказано о демографическом кризисе в стране. Правительству Российской Федерации было рекомендовано подготовить и принять постановление о мерах по коренному улучшению демографической ситуации в стране.

Через три года – 30 мая 2000 года – проведены еще одни парламентские слушания на эту тему «О демографической ситуации в России и мерах Правительства Российской Федерации по ее оптимизации». В результате Правительством наконец был разработан проект концепции демографической политики Российской Федерации до 2015 года.

10 апреля 2001 года проект этой концепции был обсужден на слушаниях в Государственной Думе. В ходе обсуждения были выделены три приоритетных направления, по которым необходимо принимать безотлагательные меры для исправления демографической ситуации:

- снижение смертности, особенно преждевременной смертности трудоспособного населения;
- повышение рождаемости;
- управление миграционными процессами с учетом реальной социально-экономической ситуации в регионах страны.

В настоящее время Концепция демографического развития на период до 2015 года принята и действует. На ее базе должен быть сформирован новый тип законодательства в сфере демографической и семейной политики, должна быть выработана долгосрочная стратегия по демографическому развитию регионов и страны в целом.

В апреле 2001 года в Государственной Думе была создана Комиссия по проблемам народонаселения, в состав которой вошли 8 депутатов. Основными направлениями деятельности комиссии являются:

- участие в разработке законов, связанных с проблемами народонаселения и необходимых для стабилизации и улучшения демографической ситуации в стране;
- участие в разработке стратегии Российской Федерации в области демографической политики;
- участие в разработке федеральных программ по проблемам народонаселения и проектов международного сотрудничества в соответствующей области;
- сбор и анализ информации по проблемам народонаселения;
- участие в конференциях, в том числе международных, по проблемам народонаселения.

Еще одно направление деятельности – практически ежедневная работа со средствами массовой информации. За время работы Государственной Думы третьего созыва в средствах массовой информации было опубликовано более 760 материалов, освещающих деятельность Комитета.

Практически все решения принимаются коллегиально, после всестороннего обсуждения на заседаниях Комитета. За четыре года состоялось более 120 заседаний, на которых рассмотрено свыше 600 вопросов. Проводились выездные заседания, в том числе в Олимпийском комитете России, в Государственном комитете Российской Федерации по физической культуре и спорту, в г. Казани и др. Кроме плановых задач, касающихся текущей законодательной деятельности, на заседаниях Комитета был также рассмотрен ряд проблемных вопросов:

- О концепции реформирования здравоохранения и медицинской науки до 2005 года;
- О концепции демографической политики в Российской Федерации на период до 2015 года;
- О телемедицине;
- О перспективах развития квантовой медицины в Российской Федерации;
- О Федеральной целевой программе «Здоровый ребенок» на 2003–2007 годы;



- О проекте федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)»;
- Об обращении Российского общества психиатров о разработке подпрограммы «Развитие психиатрической помощи в Российской Федерации»;
- Об угрозе биологической безопасности и неблагоприятном состоянии большинства сибирязвенных скотомогильников Российской Федерации;
- О мерах, принимаемых Госкомспортом Российской Федерации, по дальнейшему развитию физической культуры и спорта в свете решений Госсовета Российской Федерации от 30 января 2002 года;
- О проекте Концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации.

Проведен ряд целевых совместных заседаний Комитета с Коллегией Минздрава России, Олимпийским комитетом России, Президиумом Российской академии медицинских наук, ЦК профсоюза работников здравоохранения с приглашением представителей Минздрава России, Минфина России, Минэкономразвития России, Минтруда России, Госкомспорта России, РОСТО, а также ведущих научных учреждений страны.

Комитет активно сотрудничал с Всемирной организацией здравоохранения, другими международными организациями в этой области. Председатель Комитета Н.Ф. Герасименко был избран вице-президентом Межъевропейского парламентского форума по народонаселению и развитию.

Члены Комитета принимали участие в деятельности Рабочей группы по туберкулезу в Российской Федерации, образованной под эгидой Всемирной организации здравоохранения, а также в реализации мероприятий, проводимых ВОЗ в рамках программ ООН по ВИЧ/СПИД.

Охрана здоровья народа, утверждение здорового образа жизни – ключевые проблемы развития российского общества в XXI веке. Мы делали все от нас зависящее, чтобы они нашли реальное отражение в государственной политике.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Антон Викентьевич Катлинский

В соответствии с Конституцией Российской Федерации и другими законодательными актами Российской Федерации государство гарантирует право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан, доступность медико-социальной помощи, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, ответственность органов государственной власти и управления за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Одним из основных вопросов охраны здоровья является обеспечение населения современными, эффективными, безопасными лекарственными средствами.

Согласно статье 72 Конституции Российской Федерации координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Федерации.

В соответствии с положением о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.04.2002 №284, Минздрав России является федеральным органом исполнительной власти, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в сфере здравоохранения.

В рамках своих полномочий Минздрав России осуществляет реализацию федеральных целевых программ в сфере здравоохранения, предусматривающих, в частности, обеспечение учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации современными эффективными лекарственными средствами и медицинской техникой для диагностики и лечения социально значимых заболеваний, а также материально-техническое обеспечение подведомственных лечебных учреждений.

За счет средств федерального бюджета для субъектов Российской Федерации Минздравом России проводятся централизованные закупки лекарственных средств в рамках таких федеральных целевых программ, как «Дети России», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», включающей подпрограммы «Сахарный диабет», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России», «Анти-ВИЧ/СПИД».

Утвержденные Правительством Российской Федерации федеральные целевые программы предусматривают софинансирование программных мероприятий как за счет средств федерального бюджета, так и за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Так, Федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2001 года №790, по разделу «прочие нужды» предусмотрено софинансирование в соотношении 20 и 80% соответственно.

Из федерального бюджета в 2003 году на финансирование мероприятий указанной программы по разделу «прочие нужды» выделены средства в размере 2095,25 млн. рублей. Данный раздел включает, кроме ассигнований на лекарственное и материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения, также расходы на проведение мероприятий по проведению санитарно-просветительной работы, созданию регистров больных социально значимыми заболеваниями и т.п.

Для того чтобы обеспечить препаратами инсулина всех проживающих в Российской Федерации больных инсулинозависимыми формами сахарного диабета, необходимы 2,6 млрд. руб. в год.

Выделенные в 2003 году из федерального бюджета в рамках подпрограммы «Сахарный диабет» на закупку генно-инженерных инсулинов средства в размере 414 млн. руб. позволяют обеспечить не более 40% нуждающихся в них детей, беременных женщин и больных с осложненными формами сахарного диабета – при том, что обязательства федерального бюджета по финансированию указанной подпрограммы выполнены в 2003 году полностью.

Учитывая, что из федерального бюджета выделено около 16% средств, необходимых для удовлетворения потребности в инсулинах, для выполнения подпрограммы «Сахарный диабет» субъектами Российской Федерации должно быть обеспечено недостающее финансирование.

Таким образом, при увеличении объема средств, выделяемых на реализацию подпрограммы «Сахарный диабет», до 1,5 млрд. руб., это позволит обеспечить только порядка 50% потребности в инсулинах.

Однако проведенный Минздравом России анализ выполнения субъектами Российской Федерации своих обязательств по финансированию федеральных целевых программ показал, что обязательства эти зачастую не выполняются. Так, мероприятия подпрограммы «Сахарный диабет» по статье «прочие нужды» были профинансированы из бюджета Владимирской области на 58%, Костромской области – на 7%, Тульской области – на 42%, Ростовской области – на 62% и так далее в условиях недофинансирования в подавляющем большинстве субъектов Российской Федерации.

Для того чтобы остановить распространение туберкулеза в России и обеспечить снижение показателей по данному заболеванию, необходимо порядка 175,0 млн. долл. США в год на материально-техническое укрепление фтизиопульмонологической службы, обеспечение больных современными диагностическими и лекарственными средствами. В 2003 году из федерального бюджета на эти цели в рамках подпрограммы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России» выделено 1,1 млрд. руб. (около 36 млн. долл. США), что составило 64% от предусмотренного подпрограммой.

По данным Минздрава России, мероприятия подпрограммы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России» по статье «прочие нужды» были профинансированы из бюджета Брянской области на 51%, Карачаево-Черкесской Республики – на 29%, Тульской области – на 62%, Республики Северная Осетия – Алания – на 55%.

Одной из существенных причин ухудшения эпидемической ситуации в стране является распространение ВИЧ-инфекции. По данным Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в России проживает 232 тыс. ВИЧ-инфицированных, 80% из которых – наркопотребители.



Сложившаяся в России в настоящее время ситуация по ВИЧ/СПИД требует бесперебойной поставки тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции для проведения исследований донорской крови. В год необходимо проводить 21–23 млн. исследований крови. На закупку тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции требуется порядка 690 млн. руб. в год. При этом по результатам исследования менее 5% субъектов Российской Федерации обеспечивают закупку тест-систем за счет собственных средств.

Минздрав России со своей стороны изыскал средства и закупил в 2003 году для обеспечения работы лечебных учреждений федерального подчинения, в которых производится оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи больным из всех субъектов Российской Федерации, тест-системы для диагностики СПИДа на сумму 220 млн. руб.

Подпрограмма «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)» предполагает финансирование по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в размере 78 млн. руб. в год из федерального бюджета мероприятий, из бюджетов субъектов Российской Федерации – в размере 353,5 млн. руб.

В рамках подпрограммы «О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации» на 2003 год было предусмотрено финансирование обеспечения онкологических учреждений лекарственными средствами в размере 329 млн. руб., однако средства выделены не были.

При этом злокачественные новообразования занимают третье место в структуре смертности населения России (12,9%), причем среди умерших в трудоспособном возрасте доля умерших от злокачественных новообразований достигла 14,1%, а среди женщин репродуктивного возраста – 15,6%. Диагноз злокачественного новообразования устанавливается ежегодно 400–450 тыс. больных.

В зависимости от клеточного состава и локализации опухоли на лечение одного онкологического больного требуется до 16 тыс. долл. США в год. Сумма, необходимая для лечения онкологических больных России, может составлять до 10 млрд. долл. США в год.

Увеличение финансирования перечисленных мероприятий позволит уменьшить затраты государственных средств на лечение осложнений социально значимых заболеваний.

В то же время необходимо отметить, что за счет средств федерального бюджета производятся закупки лекарственных средств только в рамках федеральных целевых программ и для учреждений здравоохранения федерального подчинения, то есть не более 5% от обращающихся на рынке лекарственных средств, а 95% всех обращающихся на рынке лекарственных средств закупается за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, средств системы ОМС и личных средств граждан.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории относится к ведению органов местного самоуправления.

Льготы в части лекарственного обеспечения установлены следующими законодательными и нормативными правовыми актами:

- Закон Российской Федерации от 15.05.1991 №1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»;
- Закон Российской Федерации от 18.10.1991 №1761-1 «О реабилитации жертв политических репрессий»;
- Закон Российской Федерации от 15.01.1993 №4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы»;
- Закон Российской Федерации от 21.01.1993 №4328-1 «О дополнительных гарантиях и компенсациях военнослужащим, проходящим военную службу на территориях государств Закавказья, Прибалтики и Республики Таджикистан, а также выполняющим задачи в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах»;
- Федеральный закон от 12.01.1995 №5-ФЗ «О ветеранах»;
- Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;



- Федеральный закон от 09.01.1997 №5-ФЗ «О предоставлении социальных гарантий Героям Социалистического Труда и полным кавалерам ордена Трудовой Славы»;
- Федеральный закон от 26.11.1998 №175-ФЗ «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча»;
- Федеральный закон от 10.01.2002 №2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне»;
- Указ Президента Российской Федерации от 15.10.1992 №1235 «О предоставлении льгот бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны»;
- постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

Порядок обеспечения населения лекарственными средствами на льготных условиях установлен постановлениями Правительства Российской Федерации:

- от 17.07.1995 №710 «О порядке и нормах льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения инвалидов войны и других групп населения в соответствии с Федеральным законом «О ветеранах»;
- от 08.04.1999 №393 «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами»;
- от 14.02.2002 №103 «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного приобретения гражданами, постоянно проживающими (работающими) на территории зоны проживания с правом на отселение в соответствии с пунктом 19 части первой статьи 18 Закона Российской Федерации «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»;
- от 14.08.2002 №597 «О Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также об условиях, порядке и объеме оказания медицинской помощи и приобретения лекарств гражданами, указанными в статьях 2–4 Федерального закона «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне».

Многочисленные письма и обращения граждан, поступающие в адрес Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, депутатов Государственной Думы Российской Федерации, в Минздрав России, по поводу неудовлетворительного льготного лекарственного обеспечения свидетельствуют о том, что финансирование, выделяемое на эти цели органами государственной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления, крайне недостаточно.

Минздрав России в рамках возложенных на него полномочий проводит сбор и анализ информации от органов управления здравоохранением и фармацевтической деятельностью субъектов Российской Федерации по льготному и бесплатному обеспечению лекарственными средствами декретированных категорий населения.

По данным проведенного Минздравом России анализа по 63 субъектам Российской Федерации, предоставившим необходимую информацию, льготами в части лекарственного обеспечения в 2002 году пользовались 25 498 280 человек, что составляет 18,5% населения этих регионов, в 2003 году – 25 776 026 человек, или 16,9% населения.

Потребность в финансовых средствах на реализацию установленных льгот в 2002 году составила 24,19 млрд. руб., в 2003 году – 21,1 млрд. руб.

Реально на льготное обеспечение граждан лекарственными средствами затрачено в 2002 году 9,52 млрд. руб., или 39% от потребности, в 2003 году – 4,88 млрд. руб., или 23% от потребности.



По данным Минздрава России, процент обеспечения потребности в получении лекарственных средств на льготных условиях составил в 2002 году 44,7 от количества обратившихся за помощью, в 2003 году – 41,8.

При этом средняя стоимость льготного рецепта в 2002 году составила 59 руб. 70 коп., в 2003 году – 60 руб. 70 коп., то есть увеличилась на 2% при зафиксированном Госкомстатом России уровне инфляции в 2002 году – 15,1%. Эти данные свидетельствуют как об уменьшении бюджетного финансирования на эти цели, так и о том, что в субъектах Российской Федерации необоснованно ограничиваются льготы, установленные федеральными законами и Правительством Российской Федерации.

Так, например, широко распространена практика установления перечней лекарственных средств, которые могут быть выписаны на льготных условиях, для тех категорий населения, для которых подобные ограничения не предусмотрены законодательством. Эти перечни составляются, как правило, по торговым наименованиям, что не только нарушает права граждан на получение необходимых лекарственных средств, но и преследует цели продвижения на рынок продукции отдельных производителей.

При этом практически не обеспечиваются необходимыми эффективными лекарственными средствами больные рассеянным склерозом, дети, больные гипопизарным нанизмом, больные, страдающие системными ревматоидными артритами, несахарным диабетом, больные, страдающие другими категориями заболеваний. Неудовлетворительно обеспечение онкологических больных.

Между тем в соответствии со статьей 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 №184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» решение вопросов организации оказания специализированной медицинской помощи, а также социальной поддержки отдельных категорий граждан относится к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

Таким образом, не реализуется конституционное право граждан на охрану здоровья и материальную помощь.

Одним из направлений государственного влияния на процесс обеспечения лекарственными средствами являются обеспечение эффективного расходования средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, государственных внебюджетных фондов и внебюджетных фондов субъектов Российской Федерации, а также пресечение злоупотреблений при организации закупок лекарственных средств и медицинской техники.

В условиях недостаточного финансирования здравоохранения особенно возрастает роль и ответственность руководителей органов и учреждений здравоохранения всех уровней в части строгого соблюдения требований, предусмотренных действующим законодательством, регламентирующим порядок закупок продукции за счет бюджетных средств в целях их экономного и рационального использования.

Порядок закупок продукции для государственных нужд регламентируется:

- Бюджетным кодексом Российской Федерации;
- Федеральным законом от 6 мая 1999 года №97-ФЗ «О конкурсах на размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд»;
- Указом Президента Российской Федерации от 8 апреля 1997 года №305 «О первоочередных мерах по предотвращению коррупции и сокращению бюджетных расходов при организации закупки продукции для государственных нужд».

В соответствии с данными нормативными актами закупки лекарственных средств за счет средств бюджетов всех уровней должны осуществляться через систему торгов (конкурсов). Минздрав России закупает лекарственные средства на конкурсной основе. Конкурсы на закупку медицинской продукции проводятся Минздравом России в строгом соответствии с требованиями законодательства. Информация о проведении конкурсов в обязательном порядке публикуется в официальном федеральном издании «Конкурсные торги». Срок подачи конкурсных заявок устанавливается не менее чем через 45 дней от даты публикации извещения. Информация о результатах конкурсов публикуется Минздравом России в средствах массовой информации.



Анализ структуры централизованных закупок, проведенных Минздравом России за последние три года, показывает, что ежегодно увеличивается как объем закупок лекарственных средств и медицинских изделий за счет средств федерального бюджета, так и число проводимых конкурсов, растет также число поставщиков, принимающих участие в проводимых министерством конкурсах.

Минздравом России в 2000 году закуплено лекарственных средств и медицинской техники на общую сумму 3381 млн. руб., в 2001 году – 4988 млн. руб., в 2002 году – 6186 млн. руб.

При этом, если путем проведения открытых конкурсов в 2000 году было закуплено всего 24,6% (833 млн. руб.) лекарственных средств и медицинской техники, в 2001 году – 36,7% (1829 млн. руб.), в 2002 году – уже 65,9% (3490,30 млн. руб.).

При проведении централизованных закупок лекарственных средств Минздрав России проводит конъюнктурную проработку, ориентируясь на данные проводимого министерством в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.1999 №347 «О мерах государственного контроля за ценами на лекарственные средства» ежеквартального мониторинга цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства.

В соответствии со ст. 5 Федерального закона от 22.06.1998 №86-ФЗ «О лекарственных средствах» государственное регулирование отношений, возникающих в сфере обращения лекарственных средств, в том числе государственное регулирование цен на лекарственные средства, осуществляется как уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, так и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 09.11.2001 №782 «О государственном регулировании цен на лекарственные средства» предусмотрены следующие меры регулирования: регистрация предельных отпускных цен производителей на лекарственные средства по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, разрабатываемому Минздравом России (перечень утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2003 года №357-р), а также установление предельных оптовых и предельных розничных надбавок к отпускным ценам производителей на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства.

Проводимые Минздравом России в рамках выполнения указанных постановлений Правительства Российской Федерации мероприятия позволили стабилизировать ситуацию и проводить анализ уровня цен на фармацевтическом рынке в 2002 году после введения НДС на лекарственные средства. По данным Госкомстата России, рост цен на лекарственные средства не превысил роста цен на потребительские товары как по итогам 2002 года, так и в первом полугодии 2003 года.

В то же время постановлениями Правительства Российской Федерации от 09.11.2001 №782 «О государственном регулировании цен на лекарственные средства» и от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации дано полномочие устанавливать предельные оптовые и предельные розничные надбавки к отпускным ценам производителей на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства, а также размеры торговых надбавок к ценам на лекарственные средства, не вошедшим в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, и изделия медицинского назначения.

При этом в субъектах Российской Федерации проводится различная ценовая политика, что не всегда оправданно.

Так, по данным проводимого Минздравом России мониторинга, во втором квартале 2003 года средний уровень средних розничных цен по отношению к зарегистрированным предельным отпускным ценам производителей составляет от 98,9% в Центральном федеральном округе до 116,5% в Дальневосточном федеральном округе.

Уровень предельных оптовых торговых надбавок колеблется от 45% в Камчатской и Сахалинской областях, 40% в Республике Коми, 35% в Амурской области до 10% в Курганской и Курской областях.



Уровень предельных розничных надбавок – от 90% в Ямало-Ненецком автономном округе, 80% в Чукотском автономном округе и Сахалинской области, 70% в Республике Карелия до 20% в Республике Калмыкия – Хальмг Тангч, Республике Мордовия, Чувашской Республике, Курской области.

В Самарской области предельные торговые надбавки не установлены.

Различные подходы к ценовой политике в субъектах Российской Федерации приводят в том числе к неэффективному использованию бюджетных средств при осуществлении государственных закупок лекарственных средств для обеспечения учреждений здравоохранения и льготных категорий населения.

При этом завышение средних закупочных цен на лекарственные средства в субъектах Российской Федерации по сравнению со средними ценами при закупках лекарственных средств, осуществляемых Минздравом России, превышает 100%.

В целом вопросы ценообразования на лекарственные средства входят в компетенцию органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а контроль за ценами осуществляется соответствующими органами в субъектах Российской Федерации.

В свою очередь Минздрав России в рамках своих полномочий осуществляет контроль качества, эффективности, безопасности лекарственных средств.

Надлежащее качество лекарственных средств обеспечивается следующими механизмами:

- стандартизация в сфере обращения лекарственных средств;
- государственная регистрация лекарственных средств;
- лицензирование производства лекарственных средств и фармацевтической деятельности;
- обязательная сертификация лекарственных средств;
- фармацевтический надзор.

Одним из основных механизмов обеспечения требуемого уровня качества и безопасности лекарственных средств является стандартизация.

Объектами стандартизации в сфере обращения лекарственных средств являются лекарственные средства, а также их:

- производство;
- регистрация и перерегистрация;
- контроль качества лекарственных средств;
- реализация лекарственных средств через структуры оптовой торговли и аптечную сеть;
- клинические исследования и изучение эффективности и безопасности лекарственных средств и другие.

Создание единой системы стандартов в сфере обращения лекарственных средств является одной из первоочередных задач, стоящих перед Министерством здравоохранения при реализации государственной политики в области лекарственного обеспечения.

Качество лекарственного обеспечения населения должно быть идентично на всей территории Российской Федерации и не должно зависеть ни от региона, ни от размера и удаленности населенного пункта, в котором проживает гражданин.

Основными направлениями дальнейшей работы по стандартизации сферы обращения лекарственных средств являются внедрение стандартов в практику; включение в программы дипломного и последипломного образования основных принципов и положений стандартизации; обучение специалистов, контроль за выполнением требований стандартов.

В рамках реализуемой с 1998 года Программы по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении Министерством здравоохранения Российской Федерации утверждены и введены в действие следующие стандарты, устанавливающие требования к продукции, процессам и услугам в сфере обращения лекарственных средств:

- ОСТ 42-510-98 «Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP)»;
- ОСТ 42-511-99 «Правила организации качественных клинических исследований (GCP)»;
- ОСТ №91500.05.0001-2000 «Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения»;



- ОСТ №91500.05.0002-2001 «Государственный информационный стандарт лекарственных средств. Основные положения»;
- ОСТ №91500.05.0005-2002 «Правила оптовой торговли лекарственными средствами. Основные положения»;
- ОСТ №91500.05.0004-2002 «Порядок организации работы по формированию перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств»;
- ОСТ №91500.05.0007-2003 «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения».

При разработке отраслевых стандартов в сфере обращения лекарственных средств был учтен опыт стран Европейского союза, а также специфика отечественной практики в области лекарственного обеспечения населения и учреждений здравоохранения.

Решением Коллегии Минздрава России от 27 августа 2002 года были определены основные направления по дальнейшей работе по стандартизации сферы обращения лекарственных средств – скорейшее внедрение в практику разработанных стандартов; включение в программы дипломного и последипломного образования основных принципов и положений стандартизации; проведение научно-практических конференций, совещаний и обучения специалистов фармацевтической отрасли по применению стандартов в практике с привлечением представителей образовательных и научных учреждений, органов управления фармацевтической деятельностью субъектов Российской Федерации, профессиональных общественных объединений.

Одной из основных задач Минздрава России на текущий период является контроль за выполнением требований основополагающих стандартов в области лекарственного обеспечения.

Данные документы носят характер общих требований и реализуют принцип стандартизации «от общего к частному», в них изложены основные положения, требующие дальнейшей регламентации, поэтому управлением проводится работа по разработке нормативных документов в развитие требований ОСТ.

В связи с принятием Федерального закона «О техническом регулировании» и предстоящим вступлением Российской Федерации в ВТО в настоящее время Минздравом России проводится работа по приведению нормативной базы в сфере организации производства и контроля качества лекарственных средств в соответствие с международными требованиями и требованиями ВТО.

В русле общего реформирования системы стандартизации и сертификации в России с учетом принятия Федерального закона «О техническом регулировании» и подготовки к вступлению России во Всемирную торговую организацию (ВТО) в 2008 году требуется переход от национально ориентированных стандартов, характерных для закрытой экономики, к международным стандартам, позволяющим отечественной продукции выйти на мировой рынок. Это направление в полной мере отвечает требованиям Соглашения «О технических барьерах в торговле» ВТО.

Основным требованием к разрабатываемым стандартам и правилам является их направленность на обеспечение конкурентоспособности продукции и ее соответствия мировому уровню. Средством решения этой задачи является гармонизация с международными нормами отечественных стандартов.

Введение в Российской Федерации Правил производства и контроля качества лекарственных средств, соответствующих международным нормам, обеспечит защиту внутреннего рынка от низкокачественной импортируемой продукции, будет способствовать продвижению отечественного экспорта на зарубежные рынки и создаст основополагающую базу для развития фармацевтической и медицинской промышленности на уровне мировых требований. Данный подход соответствует Соглашению по техническим барьерам в торговле Всемирной торговой организации, а также Закону Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Минздрав России в рамках возложенных на него задач осуществляет государственный контроль, регистрацию и сертификацию лекарственных средств как отечественного, так и зарубежного производства.

Решение этих задач направлено исключительно на защиту интересов потребителей и предупреждение фактов реализации некачественных лекарственных средств на фармацевтическом рынке.



Таблица

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ В ОБРАЩЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,
НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСТАНОВЛЕННЫМ СТАНДАРТАМ

Лекарственные средства	1999		2000		2001		2002	
	Рекла- мации	Наиме- нования	Рекла- мации	Наиме- нования	Рекла- мации	Наиме- нования	Рекла- мации	Наиме- нования
Зарубежные	328	157	419	141	323	209	237	96
Стран Балтии и СНГ	240	109	349	104	262	119	164	73
Отечественные	1076	659	1262	340	969	674	706	307

Одним из важнейших этапов в обеспечении потребителя качественными, эффективными и безопасными лекарственными средствами является государственная регистрация. В целях обеспечения большей прозрачности в системе экспертизы лекарственных средств, сокращения сроков рассмотрения материалов, представляемых для государственной регистрации, устранения неоправданных технических барьеров в этой сфере усилен контроль за проведением экспертизы лекарственных средств.

Принимаемые Минздравом России меры по усилению контроля качества лекарственных средств положительно отразились на уменьшении распространения на фармацевтическом рынке продукции ненадлежащего качества (табл.).

В то же время динамика выявления в обращении лекарственных средств, не соответствующих установленным стандартам, несмотря на предпринимаемые Минздравом России конкретные меры по устранению негативных тенденций развития современного рынка лекарственных средств, остается положительной. За 2002 год обнаружено в реализации 61 наименование поддельных лекарств, что на 25% выше, чем в предыдущем году. Всего с начала 2000 года на территории России выявлено более 300 серий фальсифицированных лекарственных средств и около 3000 серий, не соответствующих установленным стандартам. В ходе проводимых в 2002 году Фармацевтической инспекцией Минздрава России контрольных мероприятий по предотвращению попадания в обращение фальсифицированных лекарственных средств выявлено 88 363 упаковки подделок.

Определенную тревогу вызывает положение на рынке государственных закупок лекарственных средств в субъектах Российской Федерации. Прямые поставки лекарственных средств при этом характеризуются стабильными объемами продаж и упрощенной процедурой проверки качества поставляемых лекарственных препаратов. Так, в Нижегородской области только 25% лекарственных средств регистрировались фармацевтическими компаниями в Нижегородском центре контроля качества лекарственных средств, что привело к поставке в Нижегородскую область в рамках реализации ФЦП «Сахарный диабет» фальсифицированного лекарственного средства Манинил 5. Было поставлено 10 260 упаковок, свыше 5000 из них ко времени изъятия было использовано больными. Всего планировалось поставить около 76 тыс. упаковок фальсификата на сумму 2 988 437 руб.

Появлению в обращении поддельных лекарственных препаратов способствовала выдача лицензий на фармацевтическую деятельность с нарушениями норм законодательства лицензионными комиссиями Республики Алтай, Республики Калмыкия, Республики Тыва. Лицензии соискателям выдавались без надлежащего соблюдения лицензионных требований и условий, в частности, без наличия собственных либо арендованных складских помещений. Так, в Республике Алтай по одному адресу располагалось 241 предприятие оптовой торговли лекарственными средствами. В результате в указанных регионах не представляется возможным получить достоверную информацию о том, с какого в действительности оптового склада товар поступает в реализацию. Данную схему деятельности использует большинство недобросовестных участников фармацевтического рынка.

Проблема распространения фальсифицированных лекарственных средств рассмотрена 24.10.2001 на заседании Межведомственной комиссии по охране здоровья граждан Совета Безопас-



ности Российской Федерации. При этом Минздраву России было дано поручение принять меры по усилению контроля за качеством, эффективностью и безопасностью лекарственных средств, а также признано целесообразным создание Государственной фармацевтической инспекции по опыту многих других стран, включая США и страны ЕС, в которых соответствующие органы наделены широкими административными полномочиями.

В соответствии с указанным решением в 2002 году в составе центрального аппарата Минздрава России на правах структурного подразделения создана Фармацевтическая инспекция. Однако этого шага недостаточно, чтобы в короткие сроки преодолеть имеющиеся на рынке негативные тенденции. Не обладая достаточными полномочиями и не имея территориальных органов в субъектах Российской Федерации, Минздрав России не в состоянии обеспечить должную реализацию своих надзорных функций в сфере обращения лекарственных средств.

Однако несовершенство законодательной базы и отсутствие достаточного бюджетного финансирования не позволяет построить в России систему государственного фармацевтического надзора, которая могла бы стать жестким барьером на пути проникновения фальсифицированных лекарственных средств на российский рынок.

Основным недостатком существующей системы обеспечения качества лекарственных средств является отсутствие эффективного государственного контроля за фармацевтическим рынком, за всеми звеньями товаропроводящей цепочки, которые позволили бы обеспечить качество и безопасность лекарственных препаратов, предупредить проникновение в обращение лекарственных средств, не соответствующих установленным стандартам и нормативам качества.

Отсутствие нормативно разработанной системы и механизмов эффективного выявления на рынке фальсифицированных лекарственных средств требует принятия решительных и неотложных мер, прежде всего по устранению образовавшегося правового вакуума и выработке практических мер.

В целях обнаружения и пресечения производства, ввоза на территорию Российской Федерации и реализации фальсифицированных лекарственных средств и лекарственных средств, не соответствующих требованиям государственного стандарта качества, необходимо создать единую централизованную службу государственного фармацевтического надзора Российской Федерации.

Служба государственного фармацевтического надзора органически дополнит недостающее звено государственного регулирования рынка лекарственных средств, не дублируя при этом функции других контролирующих органов. Более того, ее создание снизит административное давление на участников фармацевтического рынка, поскольку устранил дублирующие мероприятия по проверкам субъектов обращения лекарственных средств.

При этом проводимые Минздравом мероприятия встречают жесткое сопротивление как со стороны недобросовестных участников рынка, так и со стороны лоббирующих их интересы представителей различных органов власти.

Например, в средствах массовой информации развернута широкомасштабная кампания по поводу необходимости отмены обязательной сертификации лекарственных средств, которая якобы создает неоправданные трудности в работе субъектов фармообращения и вызывает дополнительные расходы, что приводит к сокращению импорта и росту цен на лекарственные препараты.

И это несмотря на то, что, как уже было упомянуто, рост цен на лекарственные средства в настоящее время не превышает роста цен на потребительские товары, а доля импортных лекарственных средств в общей структуре рынка составляет 70%, причем по сравнению с первым полугодием 2002 года импорт лекарственных средств в Российскую Федерацию в 2003 году увеличился на 60,3%, а во II квартале 2003 года импортеры поставили на 35% больше фармацевтической продукции, чем в I квартале.

Мнение о сокращении ассортимента лекарственных средств, в том числе входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, не подтвердили специальные маркетинговые исследования, проведенные после вступления в силу Правил сертификации лекарственных средств.

Неоправданно и утверждение об отрицательном воздействии обязательной сертификации лекарственных средств на динамику развития российского фармацевтического рынка. Объем российского фармацевтического рынка в июне 2003 года составил 242 млн. долл. (в ценах производителя), что на 39% больше, чем за аналогичный период прошлого года. В целом по итогам II квартала



2003 года объем рынка составил 734 млн. долл., что на 39% больше, чем за соответствующий период прошлого года, при учете того, что рост цен на лекарственные средства, как уже упоминалось, не превышает данный показатель на потребительские товары.

Таким образом, несмотря на несовершенство имеющейся нормативной правовой базы в сфере обращения лекарственных средств, неуклонное исполнение как руководителями органов и учреждений здравоохранения, так и всеми участниками фармацевтического рынка требований действующего законодательства могло бы оказать положительное влияние на уровень лекарственного обеспечения населения и способствовало бы более эффективному использованию выделяемых бюджетных средств, что приобретает особое значение в условиях недостаточного бюджетного финансирования.

РАЗВИТИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Руслан Альбертович Хальфин

Амбулаторно-поликлиническая служба является важнейшим сектором здравоохранения, от состояния которой зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение многих медико-социальных проблем. Развитие этой службы является одним из главных элементов стратегического плана реструктуризации сети здравоохранения.

В стране действует более 17 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений всех уровней (муниципального, субъекта Федерации и федерального подчинения) (рис. 1).

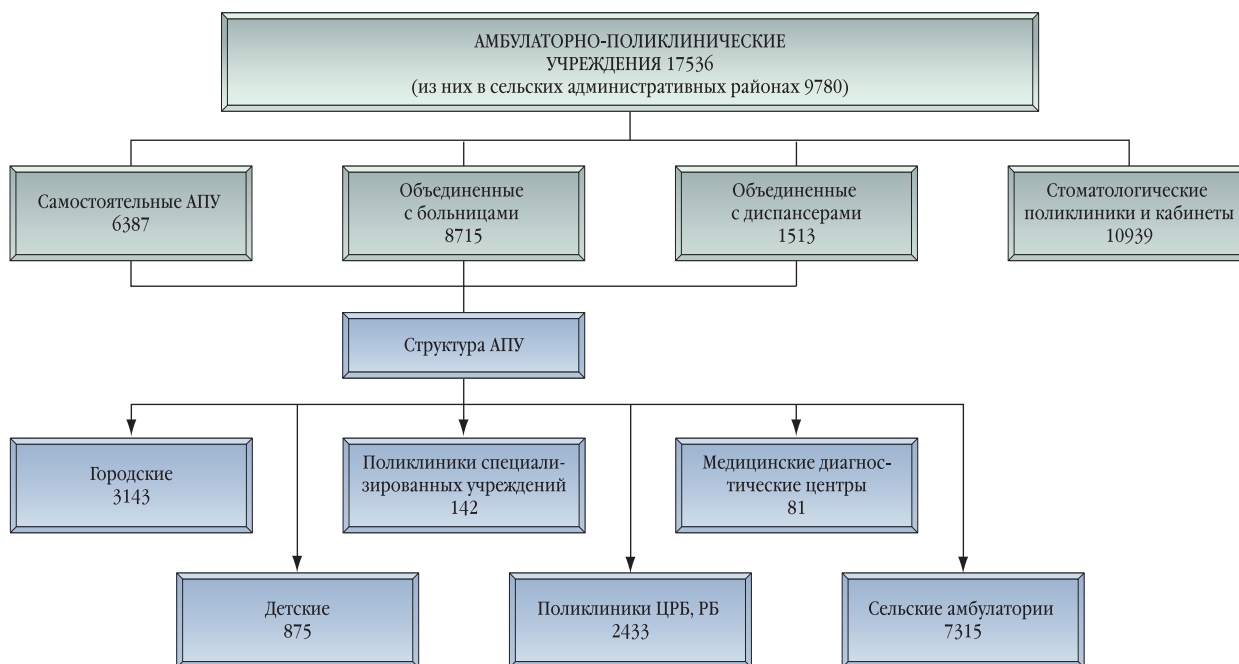
В сельских административных районах функционирует 56% от всех амбулаторно-поликлинических учреждений.

В общем объеме финансирования здравоохранения страны в 2002 году расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь составили 13 626,5 млн. руб., или 26,4% совокупных расходов на реализацию Программы государственных гарантий. Из этой суммы не более третьей части идет на финансирование участковой службы. Это составляет всего около 10% расходов по Программе госгарантий, в то время как амбулаторно-поликлиническая служба призвана брать на себя основную долю обращений населения за лечебно-профилактической помощью и до 80% всех случаев должны заканчиваться именно на этом этапе.

Количество участковых врачей уменьшается, только за последние два года их число снизилось на 14%, и в общем числе врачебного состава поликлиник их менее одной трети. Возрастной состав участковых врачей в основном 50 лет и старше. Престиж участкового врача среди населения и медицинской общественности падает, а следовательно, и привлекательность этой профессии для молодых врачей.

Рост числа занятых врачебных должностей в поликлинике в последние годы шел за счет увеличения числа врачей специализированных служб, которые в значительной мере выполняют работу участковых врачей. Примерно треть посещений специалистов – это так называемый самоход.

1



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ
ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Участковый врач не стал координатором лечебно-профилактической работы на своем участке, не обеспечивает постоянного контроля за состоянием пациента и его семьи и фактически не несет ответственности за объем и качество оказываемой помощи. Частота направлений участковыми врачами амбулаторных больных на консультации к узким специалистам достигает 40–50% от общего числа первичных посещений, в то время как в западных странах – 5–10%. Но даже при этом анализ функции врачебной должности показывает, что реально этот показатель всеми врачами поликлиник выполняется лишь на 60%.

В результате, по данным специальных исследований, неполноценное обследование в поликлиниках получают 16,3% пациентов; неполноценное лечение – 15%; диагноз не подтверждается в стационаре у 11,2% больных.

Вместе с тем гигантская сеть лечебно-профилактических учреждений дает высокие и постоянно растущие объемы амбулаторно-поликлинической помощи. С каждым годом отмечается увеличение числа посещений, в 2002 году на одного жителя в стране приходилось уже 9,6 посещения (рис. 2), в том числе для сельского населения – 4,6, для городского – 11,7.

В большинстве территорий единицей оплаты амбулаторно-поликлинической помощи является посещение врача. Соответственно, такой метод оплаты создает стимулы к увеличению числа посещений.

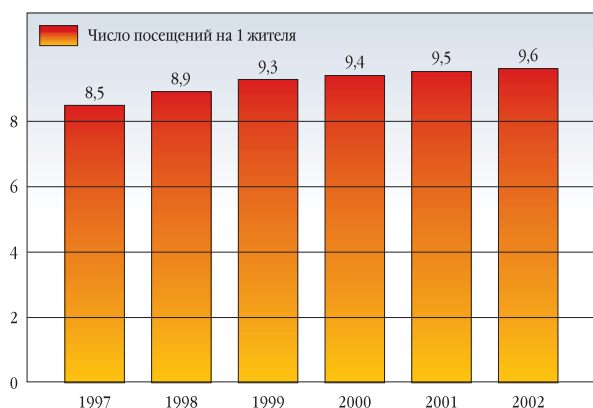
То же самое происходит и в стационаре. Действующий порядок оплаты создает экономическую мотивацию к наращиванию более дорогих стационарных услуг. Например, по итогам работы в I квартале 2003 года средний по стране тариф на оказание медицинской помощи в круглосуточном стационаре составляет 433 руб. за койко-день, в дневном стационаре ЦРБ – 153 руб., в поликлиническом отделении – 74 руб. В условиях объединенной больницы «зарабатывающими» подразделениями неизбежно становятся стационары. Это ведет к нарушению установленных приоритетов. Неоднократно провозглашенный курс на первоочередное развитие амбулаторно-поликлинической помощи в значительной мере становится декларацией.

Общая для лечебно-профилактических учреждений тенденция к реальному замещению бесплатной медицинской помощи платной в наименьшей мере коснулась амбулаторно-поликлинического звена.

Врачи первичного звена меньше всех вовлечены в систему оказания платных услуг. Как показывают данные социологических исследований, на них же значительно меньше распространяются различные формы неформальных платежей населения. Любой главный врач больницы

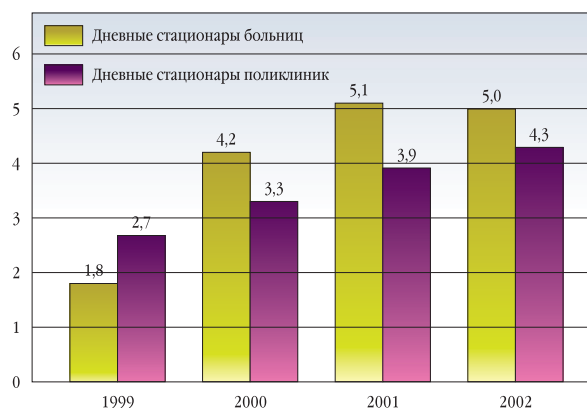


2



АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

3



ДИНАМИКА ЧИСЛА МЕСТ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ БОЛЬНИЦ И ПОЛИКЛИНИК (НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

знает, что реальные деньги приносит стационар, а любой главный врач поликлиники знает, что главным «зарабатывающим» звеном являются узкие специалисты. Причина все та же – низкий престиж участкового врача в общественном сознании.

Таким образом, приоритетность амбулаторно-поликлинической помощи остается низкой. Это касается его финансового, материально-технического и кадрового обеспечения. Остаточный принцип финансирования в совокупности с низким престижем участкового врача в общественном сознании и недостаточной привлекательностью этих функций для врачей приводит к усилению диспропорций в системе здравоохранения и в целом к повышению роли дорогостоящей специализированной помощи, прежде всего стационарной.

В самой амбулаторно-поликлинической службе наблюдается чрезмерная специализация первичного звена. Это ведет к фрагментации оказания медицинской помощи, утрате ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения.

При формировании государственных (муниципальных) заказов целесообразно в первоочередном порядке планировать расходы на амбулаторно-поликлиническое звено и скорую медицинскую помощь, а затем уже на стационары с учетом стационарозамещающих технологий.

Без сомнения, это сложная работа, но во многих субъектах Российской Федерации она уже проводится. И это единственный путь в рамках существующей правовой нормативной базы – реально подойти к переносу акцентов оказания медицинской помощи населению на первичное звено.

Не отработаны современные формы межсекторального подхода к взаимодействию амбулаторно-поликлинической службы с другими звеньями оказания медицинской помощи. Значительная часть населения получает специализированную помощь без направления первичного звена. Незначительна роль первичного звена в организации и планировании самой специализированной помощи, в частности, в управлении объемами госпитализации прикрепленного населения. Весьма ограничены совмещение деятельности или ротация специалистов поликлиники и стационаров.

Существует заметный разрыв в уровне оказания медицинской помощи населению городской и сельской местности, в том числе и амбулаторно-поликлинической помощи.

В сельской местности наиболее остро отразились процессы, происходящие в социально-экономическом положении страны. Ясно, что сократить расходы, а другими словами, учреждения здравоохранения легче всего именно в сельской местности, что и было сделано. В результате низкая доступность медицинской помощи, обусловленная также дефицитом квалифицированных кадров (обеспеченность врачами в сельской местности – в 1,5 раза, средним медицинским персоналом – почти в 2 раза ниже, чем в городе), привела к высокому уровню госпитализации этого контингента – 24,3, в то время как среди городского населения – 22,0. Несмотря на то, что больные госпитализируются в запущенной стадии болезни, с осложнениями, длительность пребывания их в стационаре составляет всего 7 дней против 18 для городского населения (табл. 1).



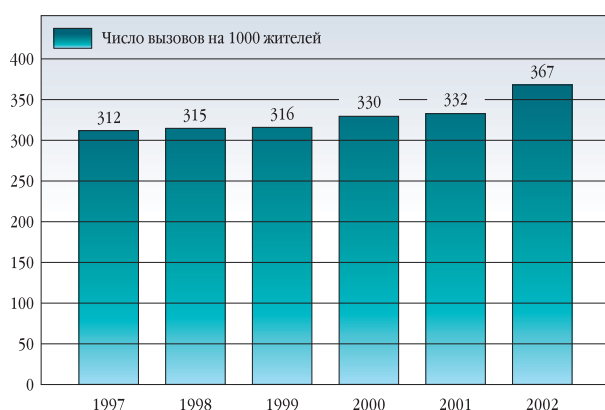
Таблица 1

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

Показатели	Город	Село
Обеспеченность кадрами (на 100 тыс. населения):		
врачами	53,4	36,2
средним медицинским персоналом	110,2	59,2
Обеспеченность койками (на 100 тыс. населения)	124,9	56,3
Уровень госпитализации (на 100 человек)	22,0	24,3
Средняя длительность пребывания больного в стационаре	18,0	7,0
Среднее число посещений на 1 жителя	11,7	4,6
Средняя занятость койки в году	317	308

4

Таблица 2



**СТРУКТУРА ФИНАНСИРОВАНИЯ
ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(В ПРОЦЕНТАХ)**

Виды помощи	2002	2005	2010
Амбулаторно-поликлиническая помощь	26,4	40	50
Скорая медицинская помощь	5,3	5	5
Стационарная помощь	68,3	55	45

СКОРЫЯ ПОМОЩЬ

Вместе с тем доля сельского населения в стране составляет более 27%, она достаточно стабильна и, по данным Всероссийской переписи населения 2002 года, имеет тенденцию к росту этой группы населения. В абсолютных числах – это 39 млн. человек. Большая часть сельских жителей, а в основном это лица старших возрастных групп, проживает в условиях неразвитых транспортных коммуникаций, с отсутствием современных средств связи. Для них добраться до больничного учреждения уже проблема, а еще нужны денежные средства на оплату проезда. То же относится и к беременным женщинам на селе, среди которых высок процент осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Следующая важнейшая проблема первичного звена здравоохранения – это профилактическая направленность. Кто еще может вести этот блок работы? Только первичное звено. И именно от этой деятельности зависит состояние здоровья населения. Надо признать, что как таковой профилактической деятельностью первичное звено занимается недостаточно, хотя каждое учреждение в отчетах подает огромный перечень мероприятий профилактической направленности (число проведенных бесед, прочитанных лекций, издания брошюр и т.д.). Но где конечные результаты? Понятно, что за год-два добиться этого невозможно, но мы и занимаемся профилактической деятельностью не первый год. Значит, нужны другие подходы, другие критерии, другие приоритеты, наконец, другие структуры, которые будут вести это направление работы.

Нам необходимо самим психологически адаптироваться в этом направлении. Так, например, в условиях активной профилактической деятельности в первую очередь следовало бы ожидать роста уровня первичной заболеваемости, а мы боимся этих цифр, хотя именно они отражают работу амбулаторно-поликлинического звена по выявлению патологии.



Результаты профилактической деятельности в первую очередь должны отражаться на основных показателях здоровья – уровне смертности, инвалидности, показателях госпитализации. В последнее время все эти показатели имеют тенденцию к росту.

Еще один пример – это реализации Федеральной целевой программы по профилактике артериальной гипертонии. Ряд территорий нам уже отчитался о проведении целевой диспансеризации по сердечно-сосудистым заболеваниям, направленной на выявление в первую очередь артериальной гипертонии. Ну выявили артериальную гипертонию, что дальше? Кроме рекомендаций по здоровому образу жизни в случае серьезных симптомов болезни, необходим тщательный подбор медикаментозных средств при одновременном постоянном мониторинговании артериального давления и ЭКГ, а это очень редко проводится в наших поликлиниках, чаще назначаются лекарственные препараты, которые способен купить себе сам пациент в соответствии с его бюджетом, или те, которые имеются в продаже. Ежегодно около 730 тыс. человек только по поводу гипертонической болезни, без сочетания ее с другой сердечно-сосудистой патологией, проводят в стационаре в среднем 14,5 дня, а больной с гипертонической болезнью должен наблюдаться и проходить лечение в основном в поликлинике. То же относится и к больным, страдающим бронхиальной астмой, хроническим бронхитом и другими заболеваниями, которые должны лечиться только в поликлинике, а у нас ежегодно 480 тыс. человек с этой патологией проводят в среднем 15 дней в стационаре, при том что в поликлиниках хорошо зарекомендовали себя школы артериальной гипертонии, бронхиальной астмы и т.д., но проводится эта работа в 40 территориях, а надо везде, так как это реальная профилактика.

Масштабы института врача общей практики – этой прогрессивной формы организации амбулаторно-поликлинической помощи – до сих пор явно недостаточны, имеющиеся планы ее развития не вызывают особого оптимизма – с учетом недостаточности стимулов для самих медицинских работников.

Минздрав России приказом от 20.11.2002 №350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» снял ряд вопросов по этой проблеме, но не все.

Врач общей практики должен стать центральным звеном амбулаторно-поликлинической службы, но массовое развитие этого института должно вызревать в действующей системе оказания первичной медицинской помощи. Объектом преобразования должны стать специалисты амбулаторного звена. Дело не в названии медицинской профессии, а в реальном содержании деятельности. Врач сельской врачебной амбулатории уже во многом действует как врач общей практики. Необходимо довести его деятельность до модели врача общей практики (семейного врача).

Практически это означает, что прежде всего необходимо решить проблему переподготовки действующих врачей, учитывая при этом такие факторы, как их возраст и реальные возможности переобучения.

Не получили своего развития в полной мере стационарозамещающие технологии, хотя положительные тенденции в этом направлении имеются.

В 2002 году стационары дневного пребывания функционировали в 54% лечебно-профилактических учреждений с числом мест 154 тыс., что на 32% больше по сравнению с 2001 годом (рис. 3).

Много споров по дневным стационарам в больницах и поликлиниках. Конечно, в первую очередь мы ведем разговор о дневных стационарах в поликлиниках, но зачастую пустуют мощные диагностические площадки в стационаре, а рядом дополнительно создают дневные стационары с диагностическим блоком в поликлинике.

Скорая медицинская помощь – самый дорогостоящий вид массовой медицинской помощи на сегодняшний день, но, к сожалению, она часто выполняет функции транспортировки больных или купирования острых случаев у хронических больных, подменяя неотложную помощь. 97% лиц, страдающих хронической патологией, известны первичному звену, но в 40% случаев все равно используют скорую помощь в качестве неотложной. Каждый третий россиянин вызывает скорую помощь, хотя в ряде случаев этого можно было бы избежать (рис. 4).

Минздрав России рассмотрел этот вопрос на коллегии, подготовил Программу реформирования скорой медицинской помощи, и она напрямую связана с улучшением деятель-



ности участковых служб, в том числе за счет восстановления отделений неотложной помощи в поликлиниках. Надо включаться в эту работу.

Особая проблема – финансирование. Действующая система финансирования здравоохранения не обеспечивает желаемой приоритетности амбулаторно-поликлинической помощи и не создает у врачей достаточных стимулов для повышения ответственности за состояние здоровья прикрепленного населения.

Для преодоления остаточного подхода к финансированию этого звена предлагается определить нормативную структуру общего объема государственного финансирования здравоохранения. При этом необходимо ежегодно увеличивать долю амбулаторно-поликлинического сектора, а в его составе – долю первичной помощи. Нормативная структура должна учитываться в обязательном порядке при разработке территориальных программ государственных гарантий.

В настоящее время долю первичного звена трудно определить на основе действующей финансовой отчетности. По проведенной Минздравом России специальной оценке в ряде субъектов Российской Федерации доля финансирования участковых служб (терапевт, педиатр, акушер-гинеколог), а также сельских врачебных амбулаторий и ФАПов составляет около 26% от объема финансирования амбулаторно-поликлинической помощи. На перспективу этот показатель должен быть увеличен до 30–35% к 2005 году и 40–50% – к 2010 году (табл. 2).

Методы оплаты первичного звена должны быть направлены на стимулирование достижения приоритетных показателей деятельности, в частности, обеспечивать заинтересованность в:

- сохранении здоровья прикрепленного населения и снижении частоты и тяжести обострений для хронических больных;
- увеличении объема собственной деятельности и сокращении необоснованных направлений к узким специалистам и в стационар;
- рациональном расходовании ресурсов.

Важнейшим мероприятием по усилению именно первичного звена системы здравоохранения должна стать реализация постановления Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 года №255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией». Следует особо отметить, что устанавливать показатели заданий, безусловно, необходимо с учетом приоритета амбулаторно-поликлинической помощи и четко контролировать их исполнение. Объемы амбулаторно-поликлинической помощи должны устанавливаться не только в посещениях (как в Программе госгарантий), но и в числе прикрепленного населения. Именно такой подход позволит нам постепенно отказаться от стимулирования наращивания количества посещений и перейти к поддушевому финансированию амбулаторно-поликлинического звена с дальнейшим развитием элементов фондодержания.

Для повышения престижа участкового врача необходимо прежде всего обеспечить:

- повышение оплаты его труда на основе новых методов возмещения услуг, ориентированных на достижение установленных показателей деятельности;
- повышение квалификации участковых врачей в постоянном режиме, в том числе и по узким специальностям, по разработанной программе для каждого врача;
- расширение его сферы деятельности и функциональных обязанностей;
- постепенное ограничение практики прямого обращения пациента к узкому специалисту;
- выполнение роли координатора в выборе стратегии и тактики ведения больного на всех этапах оказания медицинской помощи.

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации Программа реструктуризации сети здравоохранения в первую очередь должна исходить из необходимости кардинального изменения роли и места амбулаторно-поликлинической службы в системе здравоохранения.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Ольга Викторовна Шарапова

Научные достижения в области перинатологии позволили создать эффективные формы организации перинатальной помощи, принципиально новые диагностические программы, перинатальные технологии и широкий спектр фармакологических средств. Все это обогатило клиническую медицину новыми возможностями объективного управления процессами репродукции человека.

В развитие этих направлений предупреждение осложнений беременности, родов, патологии развития плода и новорожденного, перинатальной заболеваемости и смертности определены приоритетными задачами деятельности федеральных и региональных служб охраны здоровья матери и ребенка, учреждений детства и родовспоможения субъектов Российской Федерации. Эта работа, основанная прежде всего на тесном взаимодействии акушерской и педиатрической служб, осуществляется в рамках взаимодействия с российскими и международными ассоциациями специалистов перинатальной медицины, врачей – акушеров-гинекологов и педиатров, медицинских сестер, лигами акушерок и другими общественными организациями и движениями.

Перинатальная заболеваемость и смертность являются интегрированными медико-социальными показателями, характеризующими уровень и качество медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным.

С 1995 года в Российской Федерации отмечается положительная тенденция в снижении перинатальной смертности (табл. 1). За последние 5 лет этот показатель в стране снизился на 19,6%, в том числе его составляющие компоненты: мертворождаемость – на 15,2%, ранняя неонатальная смертность – на 24,1%.

При этом соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности составляет 1:1,13, что свидетельствует о положительной динамике уровня перинатальных потерь, о повышении качества ведения беременности и родов.

Таблица 1

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЕЕ КОМПОНЕНТЫ
(СМЕРТНОСТЬ НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ И МЕРТВороЖДАЕМОСТЬ)
(ПО ДАННЫМ ГОСКОМСТАТА РОССИИ)**

Показатель	1998	1999	2000	2001	2002
Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	15,03	14,24	13,18	12,80	12,08
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	7,48	7,00	6,52	6,20	5,68
Мертворождаемость (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	7,55	7,24	6,66	6,60	6,40

Снижение потерь в раннем неонатальном периоде с 7,5 в 1998 году до 5,7 на 1000 родившихся в 2002 году (на 24,1%) во многом связано с внедрением протокола первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале (приказ Минздрава России от 28.12.1995 №372), что обеспечило улучшение уровня помощи, оказываемой новорожденным в первые минуты жизни, а также с использованием передовых организационных и лечебно-диагностических неонатальных технологий – создание отделений реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, повышение подготовки кадров в области интенсивного ухода и т.д.

В структуре младенческой смертности ведущими причинами смерти детей первых недель и месяцев жизни по-прежнему остаются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, которые составляют до 61,6 на 10 тыс. родившихся и врожденные аномалии развития – 31,3 соответственно.

Для снижения младенческой смертности от этих причин необходимо продолжить оснащение учреждений детства и родовспоможения современной лечебно-диагностической аппаратурой и лекарственными средствами, совершенствовать подготовку кадров, неонатальные технологии выхаживания новорожденных и пренатальную диагностику.

В целом уровень младенческой смертности в Российской Федерации начиная с 1993 года снизился более чем в 1,5 раза, достигнув в 2002 году 13,3 на 1000 родившихся живыми (табл. 2).

В настоящее время удельный вес смертности младенцев в общей структуре смертности населения составляет менее 1%.

В целях разработки мер по предупреждению перинатальных потерь большое значение имеет детальный анализ причин их возникновения. Особенностью причин перинатальной смертности является комплексность воздействия факторов в ante-, intra- и постнатальном периодах. Поэтому при проведении анализа важно учитывать не только причины смерти самого ребенка, но и основные причины перинатальной смерти, связанные с состоянием здоровья матери.

Среди материнских причин, обусловивших смерть ребенка, первое место по-прежнему занимают осложнения беременности, составляя почти 40%, из них патология плаценты и пуповины – 25%, гестоз – около 10%. Следует отметить, что в последние годы среди этих причин удалось снизить тяжелые формы гестозов. Снижение доли гестозов в репродуктивных потерях связано со своевременной дородовой госпитализацией, правильной тактикой в отношении сроков родоразрешения в зависимости от эффективности лечения. В то же время увеличилась частота экстрагенитальной патологии и особенно сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, что требует прегравидарной реабилитации, а также дифференцированного подхода к тактике ведения этой группы беременных.

Основной причиной перинатальных потерь остается патология плаценты и пуповины, диагностика и лечение которой с внедрением современных методов, в том числе скрининговых, оценки характера течения беременности, состояния плаценты, плода и фетоплацентарного комплекса в целом получили в настоящее время дальнейшее развитие.



Таблица 2

**МЛАДЕНЧЕСКАЯ, НЕОНАТАЛЬНАЯ И ПОСТНЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ
НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ (ГОСКОМСТАТ РОССИИ)**

Показатель	1998	1999	2000	2001	2002
Младенческая смертность	16,5	16,9	15,3	14,6	13,3
Неонатальная смертность	10,1	9,8	9,1	8,7	8,0
Постнеонатальная смертность	6,4	7,1	6,3	6,0	5,3
Удельный вес неонатальной смертности в % к уровню младенческой смертности	61,2	58,0	59,5	59,2	60,2

Осложнения родов и родоразрешения с учетом применения родовспомогательных и перинатальных технологий снижаются и составляют около 8%.

В структуре причин перинатальной смертности в последние 5 лет произошли изменения. Почти половина всех перинатальных потерь приходится на долю внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах – 48,9%; второе место занимают врожденные аномалии и пороки развития – 13,3%; третье место приходится на дыхательные расстройства новорожденных (дистресс) – 8,4%, которые ранее занимали стабильное второе место.

Таким образом, организация интенсивно-реанимационной помощи в акушерском стационаре позволяет снизить заболеваемость и смертность новорожденных от гипоксии, родовой травмы и в меньшей степени – от внутриутробной инфекции, врожденных пороков развития.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с не поддающимися лечению формами наследственных и врожденных болезней издан и внедряется в работу приказ Минздрава России от 28.12.2000 №457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей».

В 1993 году введена в действие государственная программа перехода Российской Федерации на принятую в международной практике систему учета и статистики в части критериев живорождения, мертворождения и перинатального периода (приказ Минздрава России от 04.12.1992 №318 и постановление Госкомстата России от 04.12.1992 №190).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и в целях единого методического подхода к определению понятия и стандарта помощи при нормальных родах Минздравом России подготовлен и внедряется в практику родовспоможения стандарт нормальных родов (17.06.1999 №2510/6690-99-32 «О стандарте нормальных родов»).

Обращает внимание, что в последние годы имеет тенденцию к стабилизации показатель числа нормальных родов, который в 2002 году составил 31,7% (1998 год – 30,0%) (табл. 3).

Большим резервом в снижении патологии беременности является профилактика невынашивания, которая должна начинаться с прегравидарной подготовки к беременности супружеской пары.

Крайне важным является разработка современных методов профилактики, диагностики и лечения невынашивания беременности, внедрение которых в практическое здравоохранение позволяет пролонгировать беременность до оптимальных сроков родоразрешения у 97,4% женщин.

Частота преждевременных родов в Российской Федерации в 2002 году снизилась на 5,3% и составила 3,6% (1998 год – 3,8%).

Недонашивание беременности, смертность и заболеваемость среди недоношенных детей остаются одними из основных причин перинатальных потерь. Большую роль в возникновении невынашивания играет рост распространенности курения, употребления алкоголя, наркотиков и др.

Показатель числа родившихся недоношенными в 2002 году сохранил тенденцию к снижению и составил 57,6 на 1000 родившихся живыми (1998 год – 61,0) (табл. 4).

Требует пристального внимания работа по совершенствованию организации медицинской помощи новорожденным детям. Общая заболеваемость новорожденных детей имеет тенденцию к уве-



Таблица 3

ЧАСТОТА НОРМАЛЬНЫХ (БЕЗ ПАТОЛОГИИ) РОДОВ

Показатель	1998	1999	2000	2001	2002
Принято родов (абс. число)	1252710	1188040	1237545	1286812	1368642
Число нормальных родов, принятых в стационаре (в %)	30,0	31,1	31,1	31,2	31,7

Таблица 4

ЧИСЛО ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ
НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ

Показатель	1998	1999	2000	2001	2002
Число родившихся недоношенными на 1000 родившихся живыми	61,0	62,9	59,2	58,0	57,6

личению, за исключением внутричерепной родовой травмы, частота которой за последние 5 лет снизилась более чем в 4 раза (табл. 5), что свидетельствует о правильном выборе тактики ведения осложненных родов и наиболее щадящих методов родоразрешения, которые постоянно совершенствуются в интересах матери и ребенка. При этом следует отметить, что повышение частоты кесарева сечения оправдано только при одновременном снижении показателей перинатальной заболеваемости и смертности. Частота кесарева сечения в России в 2002 году составила 15,5% (1998 год – 12,9%).

Одной из проблем заболеваемости новорожденных является профилактика гемолитической болезни. Несмотря на тенденцию к снижению этой патологии с 85,6 в 1997 году до 84,0 на 10 тыс. родившихся живыми в 2001 году, ее уровень остается достаточно высоким. В этих целях требуется внедрение программ прегравидарной подготовки и алгоритма ведения беременных, предусматривающих профилактику резус-конфликта, своевременную диагностику и терапию гемолитической болезни плода.

Отмечается рост отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, в структуре которых высокий удельный вес занимают внутриутробные инфекции. Для предотвращения неблагоприятных перинатальных исходов от этих причин необходимо внедрение в практическое акушерство высоких дорогостоящих технологий, в том числе ПЦР-диагностики (полимеразная цепная реакция), подготовка специалистов, наличие соответствующей аппаратуры и тест-систем. Следует отметить, что скрининговое обследование беременных на группу TORCH-инфекций предусмотрено мероприятиями подпрограммы «Здоровый ребенок» в составе комплексной целевой программы «Дети России» на период 2003–2006 годов.

На повышение качества и безопасности помощи при различных болезнях перинатального периода и новорожденных направлено использование в работе отраслевых стандартов объема медицинской помощи детям (приказ Минздрава России от 07.05.1998 №151).

Международный и отечественный опыт свидетельствует о том, что организация перинатальных центров с концентрацией в них беременных групп высокого риска, современной лечебно-диагностической аппаратуры, квалифицированных кадров, с развитой интенсивной помощью беременным, роженицам и новорожденным позволяет снизить перинатальную заболеваемость и смертность на 25–30% среди этого контингента беременных.

В Российской Федерации в настоящее время действует более 70 таких перинатальных центров, одной из задач которых является организационно-методическая работа, направленная на создание в каждой конкретной территории координированной взаимодействующей системы акушерской и неонатальной помощи.

Учитывая большую медико-социальную значимость укрепления материально-технической базы этих учреждений, Минздравом России в рамках федеральных целевых программ «Бе-



Таблица 5

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
НА 10 ТЫС. РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ (ДАННЫЕ МИНЗДРАВА РОССИИ)**

Нозологическая форма	1998	1999	2000	2001	2002
Общая заболеваемость	5037,1	5326,9	5498,2	5801,8	5908,2
<i>в том числе</i>					
синдром респираторных расстройств	224,8	173,9	180,6	178,6	186,7
внутричерепная родовая травма	67,5	28,1	21,5	18,0	16,7
врожденные аномалии	302,2	293,4	294,3	304,0	296,7
сепсис	4,2	5,9	5,0	4,4	3,5
гемолитическая болезнь	103,5	93,2	88,9	84,3	86,8

зопасное материнство» (1995–2002 годы) и «Здоровый ребенок» (2003–2006 годы) разработана программа развития перинатальных центров, в которой должно внимание уделено развитию межрайонных перинатальных центров, оказывающих медицинскую помощь жителям малых городов и сельских районов.

Распространение идеологии безопасного материнства способствовало развитию перинатальной помощи на основе психологически комфортного (физиологичного) родоразрешения, более открытого режима работы акушерских стационаров, партнерства в родах, в том числе профессионального, совместного пребывания матери и ребенка, раннего прикладывания новорожденного к груди, решению проблем грудного вскармливания.

В деятельность родильных домов (отделений) осуществляется внедрение новых санитарных норм, правил и организационных форм работы акушерских стационаров, регламентированных приказом Минздрава России от 26 ноября 1997 года №345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

В целях улучшения оказания медицинской помощи новорожденным утвержден и согласован с Минюстом России приказ Минздрава России от 05.08.2003 №329 «О совершенствовании организации медицинской помощи новорожденным детям в акушерских стационарах». Приказом предусмотрено снижение нагрузки на врачебный и средний медицинский персонал.

Продолжает осуществляться интеграция акушерских стационаров в общую медицинскую сеть, что также даст хорошие результаты.

Одним из важнейших направлений деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации является международное сотрудничество, которое эффективно дополняет усилия федеральных и региональных органов управления и учреждений здравоохранения по приоритетным направлениям охраны здоровья матери и ребенка. Наиболее результативными являются проекты по охране репродуктивного здоровья (Смоленская область), «Мать и дитя» (Пермская и Новгородская области), улучшению охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации (Самарская, Тверская, Калужская области), реализуемые в рамках ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, Агентства США по международному развитию, Американского международного союза здравоохранения и других правительственных и неправительственных организаций ряда стран.

Российская Федерация участвует в международном движении ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательного отношения к ребенку». Министерство здравоохранения Российской Федерации предусматривает участие в этой инициативе не только акушерских стационаров, но и женских консультаций и особенно поликлиник, от работы которых по поддержке и поощрению грудного вскармливания в значительной степени зависит продолжительность грудного вскармливания. С целью координации работы учреждений родовспоможения и детства по этой проблеме, их методического обеспечения и подготовки медицинских кадров создан Научно-практический центр Минздрава России по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания.



Минздравом России также создана Комиссия по повышению эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни, основные задачи которой заключаются в оказании организационно-методической помощи субъектам Российской Федерации в рамках конкретных рекомендаций по снижению материнской, младенческой и перинатальной заболеваемости и смертности в регионах.

Для развития медико-психологического направления, внедрения в практику пренатальной психологии создан Координационный совет Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в учреждениях детства и родовспоможения (указание Минздрава России от 12.02.2002 №202-У), одной из основных задач которого является формирование образовательных программ по подготовке специалистов – медицинских психологов, работающих в области охраны материнства и детства.

Учитывая структуру причин перинатальной заболеваемости и смертности, главным направлением в работе по их снижению следует считать улучшение организационно-методического обеспечения службы родовспоможения и детства и повышение качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным за счет:

- совершенствования нормативно-правовой базы в области материнства и детства;
- реализации государственных гарантий по приоритетному финансированию мероприятий охраны здоровья матери и ребенка, включая федеральные и региональные целевые программы в этой области за счет бюджетов и источников всех уровней;
- расширения и углубления научных исследований по проблемам новой отрасли медицины – перинатологии;
- совершенствования подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, особенно акушеров, по вопросам перинатальной медицины;
- совершенствования первичной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным, обеспечения ее профилактической направленности;
- обеспечения доступности высококвалифицированной специализированной медицинской помощи при родовспоможении, включая высокие технологии, в том числе за счет интеграции акушерских стационаров с многопрофильными больницами;
- внедрения современных организационных, перинатальных и стационарзамещающих технологий;
- совершенствования медицинской помощи, обеспечения ее качества и безопасности путем разработки и внедрения протоколов и стандартов диагностики и лечения в практику работы учреждений родовспоможения и детства;
- развития и совершенствования выездных форм неотложной помощи женщинам и детям;
- внедрения эффективных информационных и образовательных технологий по вопросам безопасного материнства, ухода за новорожденным, грудного вскармливания, ответственного родительства и здорового образа жизни семьи.

Решение этих задач сыграет ведущую роль в охране репродуктивного здоровья, безопасного материнства, в сохранении и укреплении здоровья населения, здоровья будущих поколений.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
НАЧАЛЬНИКА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА МИНЗДРАВА РОССИИ
А.А. Корсунского

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Сергей Борисович
Шевченко



Проведение реформы здравоохранения в стране требует принятия действенных мер по формированию кадровой политики в каждом из субъектов Российской Федерации, позволяющей не только сохранить кадровый потенциал, но и качественно его изменить, адаптировать к новым условиям, подготовить к выполнению перспективных задач.

По состоянию на 01.01.2003 в учреждениях системы Минздрава России работало 608,5 тыс. врачей и 1,4 млн. работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Обеспеченность на 10 тыс. населения составила 42,5 – врачами и 96,9 – средним медперсоналом (с ведомствами 47,3 и 107,8 соответственно).

Вместе с тем за последние 3 года увеличилось количество территорий, в которых имеется убыль врачебного и среднего медицинского персонала. Так, если в 1999 году убыль врачей отмечалась в 30 территориях, то в 2002 году – уже в 70, среднего медперсонала соответственно в 49 и 71.

Убыль врачебного и среднего медицинского персонала имеется как в городе, так и на селе. Если отток врачебного персонала из сельской местности в 2 раза больше, чем в городе (2,9% на селе против 1,4% в городе), то среднего медперсонала в сельской и городской местности – примерно одинаков и составляет соответственно 5,5 и 5,8%.

Дефицит финансирования здравоохранения, невысокий уровень оплаты труда его работников, а также определенные трудности, связанные с решением вопросов, способствующих социальной защищенности медицинских кадров, отрицательно сказываются на закреплении квалифицированных специалистов.

Данные пятилетнего отраслевого статистического наблюдения свидетельствуют о тенденции к увеличению вакантных должностей специалистов с высшим и средним образованием в учреждениях здравоохранения, особенно в сельских врачебных амбулаториях и участковых больницах. Так, в 1997 году в 12,8% указанных учреждений ни одна врачебная должность не была замещена врачом, а в 2002 году – в 13,3%.

Из 233 тыс. штатных должностей среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения сельского звена 8,3 тыс. должностей остаются вакантными.

По оценке руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и главных государственных санитарных врачей в субъектах Российской Федерации, несмотря на разницу в обеспечении населения врачами и средним медперсоналом между территориями, имеется потребность во врачах практически всех специальностей.

Наибольшая потребность имеется во врачах: терапевтах, педиатрах, анестезиологах-реаниматологах, психиатрах, фтизиатрах, инфекционистах, рентгенологах, хирургах, отоларингологах, гигиенистах, лаборантах всех специальностей и ряда других.

Свободный рынок труда требует необходимости готовить конкурентоспособных специалистов такого уровня и качества, которые отвечали бы потребностям общества на перспективу.

Одной из задач Минздрава России в 2003 году и последующие годы является реализация постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2002 года №749 «О конкурсах среди аккредитованных образовательных учреждений высшего профессионального образования на выполнение государственного за-

дания по подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием».

Выполнение государственного задания на подготовку специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием осуществляется в 47 вузах, подведомственных Минздраву России, и на 22 медицинских факультетах университетов Минобробразования России, что позволяет ежегодно выпускать свыше 20 тыс. врачей и 1,6 тыс. провизоров.

Контрольные цифры приема для вузов Минздрава России в 2002 году составили 21 942 чел., в 2003 году – 22 180 человек.

Объемы подготовки специалистов в федеральных округах формируются на основании заявок субъектов Российской Федерации.

Воспроизводство и развитие кадровых ресурсов здравоохранения Центрального федерального округа преимущественно обеспечивается существующей системой образовательных учреждений, находящихся в округе, которая включает 10 государственных высших медицинских учебных заведений. Государственное задание (контрольные цифры приема) на 2003 год для вузов округа утверждены в объеме 5875 человек.

В Северо-Западном федеральном округе подготовка специалистов с высшим профессиональным образованием осуществляется в двух государственных медицинских университетах и трех медицинских академиях Минздрава России, в том числе в одной химико-фармацевтической академии. Контрольные цифры приема составляют 2290 человек.

На территории Южного федерального округа функционируют 8 высших медицинских учебных заведений Минздрава России, в том числе два государственных медицинских университета, 5 медицинских академий и одна фармацевтическая академия. Прием абитуриентов в указанные образовательные учреждения за счет средств федерального бюджета составляет 3590 человек.

Подготовка специалистов для учреждений здравоохранения Приволжского федерального округа осуществляется в 10 высших медицинских и фармацевтических учебных заведениях, включая 4 государственных медицинских университета, 5 медицинских академий и одну государственную фармацевтическую академию. Контрольные цифры приема в указанных вузах составляют 4580 человек.

В Уральском федеральном округе работают 3 государственные медицинские академии, в которых за счет средств федерального бюджета предусмотрен прием 1355 человек.

Государственное задание (контрольные цифры приема) на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием 8 образовательным учреждениям высшего медицинского образования Минздрава России в Сибирском федеральном округе в 2003 году установлено в объеме 3580 чел. Программы высшего профессионального образования в округе реализуется тремя государственными медицинскими университетами и пятью государственными медицинскими академиями.

Система высшего медицинского образования Дальневосточного федерального округа включает два государственных медицинских университета и одну медицинскую академию, находящихся в ведении Минздрава России. В 2003 году контрольные цифры приема в указанные образовательные учреждения составили 910 человек.

Необходимо отметить, что за последние годы изменяется структура приема молодежи в высшие медицинские учебные заведения Минздрава России: увеличивается количество обучающихся по таким новым направлениям, как специалист по социальной работе, клинический психолог, медицинская сестра с высшим образованием.

Кадровая политика Минздрава России состоит в обеспечении реальной потребности практического здравоохранения в медицинских работниках всех специальностей и уровней подготовки и ориентирована на объективные социально-экономические законы общества.

Государственное распределение не могло кардинально решить проблемы обеспечения медицинскими кадрами отдаленных и сельских районов потому, что, как правило, не решались жизненно важные социальные проблемы выпускников.

Сегодня выпускники медицинских вузов в основном заключают трехсторонний договор. Этот контракт юридически закрепляет отношения трех сторон – выпускника, вуза и работодателя – и, по мере возможности, учитывает их взаимные интересы.

В настоящее время практически все медицинские вузы установили тесные деловые контакты с местными органами управления здравоохранением, и их заявки на целевую подготовку студентов на 80–90% соответствуют тому количеству врачей, которое необходимо данному региону.

Особо хотелось бы подчеркнуть, что кадровое обеспечение здравоохранения в условиях выполнения государственного задания на подготовку специалистов в значительной мере зависит от понимания данной проблемы главами местной администрации.

Вместе с тем органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации зачастую вопросы кадрового обеспечения решаются путем увеличения заказа в вузы на подготовку специалистов без достаточного обоснования и учета возможности закрепления кадров за счет создания надлежащих социально-экономических условий.

Анализ оперативной информации показал, что начиная с 1999 года договоры на подготовку специалистов в интернатуре заключаются в 65–70% территориях. При этом республики Марий Эл, Адыгея, Татарстан предусматривают обязательную работу врачей в течение 3 лет после окончания интернатуры по месту направления; в Курской области проводится подготовка врачей-интернов по гарантийным письмам главных врачей лечебно-профилактических учреждений; Правительство Москвы создало при Российском государственном медицинском университете специальный факультет по целевой подготовке врачей для первичного звена здравоохранения города.



Важным фактором для обеспечения учреждений здравоохранения медицинскими кадрами является взаимодействие органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации с медицинскими вузами. Формы этого взаимодействия – самые разнообразные.

Это – и представление информации о наличии вакантных должностей, участие в работе комиссий по распределению (практически во всех территориях), встречи студентов с руководителями учреждений здравоохранения (республики Татарстан, Саха, Приморский край), «Ярмарки молодых специалистов» (Республика Татарстан), «Ярмарка вакансий» (Курганская, Тюменская и Оренбургская области), совместные заседания коллегии органа управления здравоохранением и Ученого совета вуза, взаимодействие с центрами занятости в территории (республики Марий Эл, Хакасия, Курганская, Самарская, Псковская, Пермская области, Приморский край), а также предоставление возможности студентам проходить производственную практику в учреждениях практического здравоохранения (фактически во всех субъектах Российской Федерации).

За последние годы процент трудоустройства выпускников медицинских вузов после подготовки в интернатуре составляет от 60 до 100% по различным территориям.

Вопросы кадрового обеспечения здравоохранения в условиях выполнения государственного задания на подготовку специалистов неразрывно связаны с качеством подготовки врачей и провизоров на всех этапах непрерывного образования. В этой связи производственная практика студентов является важнейшим звеном в подготовке кадров отрасли и составляет неотъемлемую часть учебного процесса. Производственная практика студентов высших медицинских и фармацевтических образовательных учреждений организуется и проводится на основе Государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования и квалификационных характеристик выпускников медицинских вузов, утвержденных Министерством образования и Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Практика студентов проводится, как правило, в медицинских и медико-социальных учреждениях, аптечных организациях на основе договоров. Договор предусматривает назначение руководителей практики от учреждения и от образовательного учреждения. Руководство практикой осуществляется опытными преподавателями вузов совместно с заведующими отделениями и старшими медицинскими сестрами на клинических базах.

Из общего числа студентов, обучающихся по целевому договору, 50–60% проходят производственную практику в лечебно-профилактических учреждениях, с которыми заключен договор.

В соответствии с Межведомственной программой содействия трудоустройства и адаптации к рынку труда выпускников учреждений профессионального образования и решением коллегии Минздрава России от 04.07.2000 «Об обеспечении занятости выпускников образовательных медицинских и фармацевтических учреждений» в ряде медицинских вузов созданы центры содействия трудоустройства выпускников (Самарский, Курский, Казанский государствен-

ные медицинские университеты; Дагестанская, Омская, Пермская, Ивановская, Астраханская государственные медицинские академии и др.); в Московском государственном медико-стоматологическом университете создано Управление планирования приема и трудоустройства обучающихся. В остальных медицинских образовательных учреждениях организованы отделы, советы, комиссии, выполняющие функции содействия трудоустройства выпускников.

Деятельность центров содействия трудоустройства выпускников, призванных решать проблемы трудоустройства молодых специалистов, осуществляется в основном на функциональной основе.

За последние годы процент трудоустройства выпускников медицинских и фармацевтических вузов составляет по различным образовательным учреждениям 60–100%.

Одним из важных аспектов закрепления на рабочих местах молодых специалистов, завершивших обучение в медицинских вузах по целевому приему, является предоставление им определенных социальных гарантий.

В большинстве субъектов Российской Федерации этот вопрос решается с учетом финансовых возможностей и включается в обязательства сторон при заключении трехсторонних договоров.

Так, в Республике Коми в 2000 году принят ряд указов главы администрации, направленных на улучшение условий труда и быта прибывающих специалистов, особенно в сельской местности; в Астраханской, Липецкой, Рязанской, Самарской, Омской, Пермской, Читинской областях, Краснодарском крае и в Республике Саха (Якутия) предусмотрена доплата к стипендии студентам, обучающимся по целевому набору; в Курганской области администрацией принята программа «Кадры», предусматривающая увеличение заработной платы медицинским работникам путем доплаты от 40 до 100% к должностному окладу по отдельным специальностям.

В Тульской области приняты дополнения в Закон «О здравоохранении в Тульской области», согласно которому молодому специалисту при поступлении в государственные или муниципальные учреждения здравоохранения выплачивается единовременное пособие в размере 5 должностных окладов за счет средств бюджета области.

Работа по целевой подготовке специалистов сегодня не в состоянии в полной мере решить многие практические вопросы кадрового обеспечения отрасли. Одной из проблем целевой подготовки специалистов является то обстоятельство, что, несмотря на достаточно высокий конкурс (от 2,0 на фармацевтических факультетах до 4,4 на стоматологических), «целевые» места, предоставляемые государством, заполняются не в полной мере.

Одним из вариантов решения проблемы обеспечения первичной медико-санитарной помощью как городского, так и сельского населения является повсеместное активное введение института врача общей (семейной) практики, что неразрывно связано с подготовкой квалифицированных кадров по данной специальности.

В 2002 году в системе дополнительного медицинского образования подготовлено 1482 врача общей прак-



тики, в том числе для работы в лечебно-профилактических учреждениях сельской местности – 240 чел. Вместе с тем значительная часть врачей, прошедших обучение по специальности семейная медицина, остается работать в крупных городах, зачастую в качестве терапевтов.

Так, в Приморском крае из 80 специалистов, имеющих сертификат по данной специальности, работают на соответствующих должностях только 9 человек (11,3%).

Основными общими проблемами кадрового обеспечения системы здравоохранения субъектов Российской Федерации являются:

- снижение числа лиц, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- концентрация медицинских работников в городах, в первую очередь в крупных краевых и областных центрах, при низкой укомплектованности лечебно-профилактических учреждений отдаленных районов и сельской местности;
- устойчивый рост среди медицинских работников числа лиц предпенсионного и пенсионного возрастов;
- крайне медленные темпы реформирования системы оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей (семейной) практики и другие.

Таким образом, с целью дальнейшего совершенствования и развития системы послевузовского и дополнительного профессионального образования специалистов отрасли требуют безотлагательного решения следующие вопросы:

- необходима разработка новой модели взаимоотношений, регламентирующих рациональное использование специалистов отрасли, подготовленных как за счет средств федерального бюджета, так и на контрактной основе;
- решение проблем упорядочения номенклатуры специальностей в учреждениях здравоохранения, разработки нового поколения квалифицированных характеристик специалистов, совершенствования системы аттестации медицинских кадров и их допуска к практической деятельности, завершения разработки и утверждения государственных стандартов подготовки специалистов в интернатуре, ординатуре, что будет способствовать улучшению качества подготовки специалистов;
- активное внедрение и расширение углубленной специализации врачей-интернов на базе клинических кафедр институтов и факультетов усовершен-

ствования врачей. Более тесное взаимодействие в этих вопросах медицинских вузов с местными органами управления здравоохранением, координирующая роль институтов усовершенствования врачей;

- разработка учебно-производственных планов в соответствии с запросами практического здравоохранения. Изучение спроса и соответствующие предложения системы. Проведение новых приоритетных циклов. Конкурентоспособность государственной системы повышения квалификации специалистов отрасли с различными коммерческими образовательными структурами;
- координация деятельности институтов и факультетов усовершенствования врачей федеральных округов. Исключение дублирования проводимых циклов в округе;

- изучение и обеспечение потребности органов управления и учреждений здравоохранения в подготовке врача общей практики (семейного врача), фтизиатров, рентгенологов, онкологов, диабетологов, токсикологов, инфекционистов;
- повышение качества подготовки специалистов на выездных циклах кафедр региональных институтов, факультетов усовершенствования врачей, главных специалистов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации;
- расширение последиplomной подготовки среднего медицинского персонала на кафедрах и курсах институтов и факультетов усовершенствования врачей. Разработка учебно-методическими советами специальных программ обучения;
- разработка образовательными учреждениями системы последиplomной подготовки кадров отрасли научных и методических основ повышения квалификации врачей. Внедрение в практику через учебный процесс достижений медицинской науки и техники, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Необходима разработка конкретных планов повышения квалификации и переподготовки преподавателей.

От того, насколько активна будет работа образовательных учреждений, зависит сохранение, дальнейшее развитие сложившейся системы подготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения, призванной внести надлежащий вклад в дело охраны здоровья граждан, совершенствование медицинской помощи населению, восстановление ее доступности, повышение качества.

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ



ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
АКАДЕМИК РАМН, ПРОФЕССОР
Валентин Иванович Покровский

Фундаментальная медицинская наука является базой новых эффективных медицинских технологий.

Исследования механизмов функционирования здорового и больного организма позволяют глубже понять этиологию и патогенез заболеваний, вопросы адаптации, резистентности и другие закономерности, которые могут быть положены в основу профилактики, диагностики и лечения.

Развитие фундаментальной медицинской науки достаточно инертно по своей природе. Разрыв между идеей и воплощением ее в практику иногда достигает нескольких лет. Поэтому ожидать ежегодно каких-то потрясающих открытий, изобретений или абсолютно новых технологий малообоснованно.

Возрастание стоимости медико-биологических исследований на фоне социально-экономических изменений в нашем обществе и перехода к рыночной экономике приводит ко все большему недостатку финансовых средств, выделяемых государством на медицинскую науку. Возникают своеобразные ножницы: с одной стороны, научные исследования дорожают, а с другой – средств выделяется непропорционально мало повышению цен.

Это потребовало выделения наиболее значимых приоритетных направлений исследований и концентрации на них научного потенциала и финансовых средств. Эти направления во многом определяются потребностями практики – структурой заболеваемости населения и демографическими проблемами.

В этой связи Президиум РАМН и его отделения, как координаторы научных медицинских исследований в стране, руководствовались приоритетными направлениями развития науки, технологий и техники Российской Федерации, утвержденными Президентом Российской Федерации. При этом фундаментальные исследования осуществляются в рамках «Технологии живых систем»,

«Экология и рациональное природопользование», «Новые материалы и химические технологии», «Критические технологии», более детально отраженные в приоритетных направлениях, утвержденных сессией Общего собрания РАМН. В их числе:

1. Генодиагностика и генотерапия.
2. Клеточные мембраны в норме и патологии.
3. Интегративная деятельность нервной системы в норме и патологии.
4. Молекулярные механизмы узнавания в норме и патологии.
5. Наследственность и изменчивость возбудителей инфекционных болезней.
6. Адаптационно-компенсаторные механизмы и процессы выздоровления в различных экологических и климатогеографических условиях.

В связи с ростом сердечно-сосудистых заболеваний в стране эта проблема была подробно рассмотрена на общем собрании академии и включена в число основных приоритетов.

Расширение масштабов и изощренности терроризма поставило на повестку дня проблему биобезопасности в качестве приоритетного направления фундаментальных исследований.

При этом был определен широкий круг проблем, касающихся биологических средств защиты растений и животных, переработки сельскохозяйственного сырья, синтеза лекарственных средств, биотехнологии, систем жизнеобеспечения и защиты человека и др.

Последняя четверть XX столетия и особенно начало XXI столетия характеризуются интенсивным развитием молекулярной биологии, генной инженерии, биотехнологии и др.

Фундаментальные медицинские исследования последних лет ученые академии осуществляли по трем основным областям знаний:

- медико-биологические науки;
- профилактическая медицина;
- клиническая медицина.

Медико-биологические науки являются базовыми для выявления основных механизмов жизнедеятельности здорового и больного организма.

В этой связи проводился большой объем исследований иммунных, генетических, биохимических и других механизмов функционирования организма; основ деятельности головного мозга, механизмов психоэмоционального стресса с целью разработки научно обоснованных рекомендаций по профилактике и реабилитации психосоматических заболеваний. В поле зрения ученых находились исследования по выявлению механизмов патологических процессов и создание их экспериментальных моделей для разработки эффективных методов патогенетической терапии, диагностики и компьютерной обработки экспериментальных данных.

Изучались вопросы эмбрионального развития человека в норме и патологии, фармакологическая регуляция патологических процессов, разрабатывались новые лекарственные средства и перспективные биотест-системы для обеспечения фундаментальных медико-биологических исследований, сертификации контроля качества и оценки биобезопасности препаратов для человека, сохранения генетических ресурсов, репродукции тканей и биопротезирования.

В результате медико-биологических исследований получены новые данные об иммунных, генетических, молекулярных, биохимических, физиологических, морфологических механизмах, лежащих в основе процессов жизнедеятельности в норме и патологии. Эти данные использовались для обоснования методов диагностики, лечения и профилактики болезней.

Были разработаны: система оценки работоспособности и ее коррекции у работающего человека, серия лекарственных препаратов различного назначения.

Медико-биологические исследования позволили выделить ряд биологически активных веществ, олигопептидов, мелатонина, ряд медиаторов, которые повышают устойчивость физиологических функций к неблагоприятным факторам внешней среды.

Получены данные о генетических механизмах обучения и памяти. Расширились представления о психоэмоциональном стрессе в условиях гипокинезии.

В результате проведенных исследований созданы различного назначения биочипы к микроскопу и оптическим биосенсорам для анализа заболеваний гепатитом В и С.



Была выявлена важная структура и функциональная роль ДНК-связанных липидов в геноме.

Получены приоритетные данные об анксиолитической активности оригинального антагониста холецистокениновых рецепторов и определены перспективы его дальнейшего углубленного изучения в качестве селективного анксиолитика.

Расшифрован один из главных механизмов развития апоптоза при поливирусной инфекции, а также выявлены пути вовлечения каспазы 3 – одного из ключевых энзиматических факторов апоптоза клеток в механизме интегративной деятельности мозга, что расширило представления о жизнедеятельности клеток.

В области профилактической медицины основное внимание уделялось разработке фундаментальных проблем экологии человека и гигиены окружающей среды как научной основы государственных мероприятий по ее охране и охране здоровья населения России. Изучались общие закономерности и механизмы влияния факторов производственной среды и трудового процесса на здоровье работающих с целью обоснования эффективных методов профилактики, диагностики и лечения профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний. Разрабатывались фундаментальные основы государственной политики в области здорового питания; актуальные проблемы экономики и управления здравоохранением в меняющихся социально-экономических условиях России.

Особенно следует подчеркнуть создание комплекса неинвазивных методов для оценки влияния факторов окружающей среды на состояние здоровья детей.

Проводились также фундаментальные и актуальные прикладные исследования по важнейшим проблемам медицинской микробиологии, иммунологии, биотехнологии, эпидемиологии и паразитологии в целях разработки новых препаратов и методов специфической и неспецифической профилактики, диагностики и иммунотерапии инфекционных болезней.

Осуществлялись поиск, разработка и изучение новых противоопухолевых, противовирусных и антимикробных антибиотиков. Пристальное внимание уделялось вопросам изучения системных и молекулярных механизмов формирования патологии в Сибири, на Дальнем Востоке и Крайнем Севере.

Разрабатывались и внедрялись в практику нормативные и правовые документы, тест-системы, вакцины, сыворотки. В частности, сконструирована модель дифтерийной вакцины, ДНК-вакцины против краснухи, создан диагностический тест для идентификации гепатита С и др.

Внедрены в практику здравоохранения гигиенические требования по качеству и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов; разработана и утверждена «Концепция государственной политики здорового питания населения России на период до 2005 года» и др.

В области клинической медицины фундаментальные исследования были направлены на разработку широкого круга новых медицинских технологий. Особое внимание было обращено на перинатальную охрану плода и новорожденного при беременности и родах высокого риска, пренатальную диагностику наследственных болезней, сохранение репродуктивного здоровья женщины (с учетом экологических факторов); регуляцию фертильности; решение фундаментальных и прикладных вопросов клинической и экспериментальной гематологии, трансфузиологии, службы крови, донорства; совершенствование современных методов диагностики; лечение печени и пищеварительного тракта.

Проводились разработка принципиально новых и совершенствование существующих методов диагностики и комплексного лечения злокачественных новообразований, основанных на внедрении новейших технологий и достижений в современной экспериментальной и клинической онкологии. Создавались новые противоопухолевые препараты. Разрабатывались фундаментальные основы биологического действия ионизирующего и неионизирующего излучения, схемы лучевой терапии злокачественных новообразований, в том числе с использованием гамма-нейтронного излучения, методы профилактики и снижения лучевых реакций и повреждений.

Разрабатывались фундаментальные аспекты и новые технологии профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний (сосудистых, инфекционных, демиелинизирующих, опухолевых и др.) центральной и периферической нервной системы и др.

Осуществлялось также изучение нейрохирургической патологии сосудов головного мозга; патогенеза, клиники и лечения опухолей головного мозга; повреждений спинного мозга и их последст-



вий. Разрабатывались принципиально новые и совершенствовались существующие методы диагностики, лечения и профилактики важнейших заболеваний глаз, являющихся основными причинами слепоты и слабовидения. Изучались особенности и механизмы формирования болезней (в том числе хронических) растущего организма, с учетом влияния факторов внешней среды. Разрабатывались научные основы совершенствования профилактических технологий, охраны здоровья детей и подростков.

Совершенствовались диагностика, терапия и профилактика эндогенных, органических, пограничных (в том числе и психосоматических) состояний в детском, юношеском, зрелом и старческом возрастах.

Постоянно в поле зрения находилось изучение основных факторов этиологии и патогенеза ревматических, воспалительных и дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника, внесуставных заболеваний мягких тканей, разработка новых методов ранней диагностики и реабилитации данного контингента больных.

Разрабатывались реконструктивные операции на органах сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем; трансплантации почек и печени; новые методы лечения ожогов, ран и раневой инфекции; новые перевязочные, шовные и полимерные материалы в хирургии; совершенствовались методы анестезии и реанимации.

Большое внимание уделялось изучению эпидемиологических, структурных, метаболических и молекулярно-генетических аспектов туберкулеза и гранулематозных заболеваний легких. Совершенствовалась тактика диагностики, профилактики и лечения туберкулеза с использованием новейших технологий.

Большое внимание уделялось изучению молекулярно-генетических основ биосинтеза, механизма действия гормонов, патогенеза болезней эндокринной системы. Разрабатывались и внедрялись в клинику новейшие технологии в области диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета и его поздних осложнений; болезней гипоталамо-гипофизарной системы, включая опухоли гипофиза; заболевания щитовидной железы, надпочечников и половых желез.

Разрабатывались научные основы перспективных медико-технических методов и технологий для создания автоматизированных технических средств диагностики заболеваний, терапевтических аппаратов, систем замещения функций организма, методы компьютерной обработки экспериментальных и клинических данных.

Проиллюстрируем результаты проведенных исследований отдельными примерами: выделена новая форма гематогенной тромбофилии; предложено лечение гиперкоагуляционного синдрома методом плазмафереза; изучена генетическая структура болезни Паркинсона; установлены различные степени генетического риска развития диабета первого типа и его сосудистых осложнений в различных популяциях России и др.

Перечисленные выше исследования позволили создать большое количество высоких медицинских технологий для практического здравоохранения и накопить опыт их применения. Они прежде всего обеспечили успех в неврологии, нейрохирургии, кардиохирургии, полостной и торакальной хирургии в таких разделах, как лечение ишемических поражений мозга, тяжелых черепно-мозговых травм, опухолей глубинных структур мозга; лечение больных со стенозирующими и окклюзионными поражениями магистральных артерий головы. Достаточно сказать, что внедрение в практику каротидной эндартерэктомии позволило снизить количество ишемических инсультов с 24 до 7%.

Внедрение в практику новой системы диагностики и комплексного лечения хирургического сепсиса позволило снизить летальность с 26,5 до 7,1%.

Наблюдается серьезный прогресс в лечении тяжелой сочетанной травмы груди, цирроза печени.

Разработанная и внедренная в практику методика пересадки части печени от родственников позволяет спасать от смерти больных с тяжелым циррозом и фактически не имеет альтернативы для сохранения их жизни.

Впечатляющих успехов добились ученые в области микрохирургии. Многим сотням пациентов были сохранены оторванные в результате несчастных случаев кисти, стопы и другие органы, которые при определенных условиях успешно приживались после тончайших хирургических операций.



Существенно расширился комплекс малотравматичных методов – эндохирургии, рентгеноэндovasкулярной хирургии.

Кардиохирурги достигли больших успехов в лечении врожденных и приобретенных пороков сердца, аритмий.

Особенно эффективным оказалось эндоваскулярное воздействие на аритмогенный очаг при угрожающих жизни нарушениях ритма сердца. Широкое внедрение в практику системной тромболитической терапии при инфаркте миокарда позволило снизить госпитальную смертность с 21 до 11,3%.

Важным достижением кардиохирургов явилось массовое внедрение аортокоронарного шунтирования и методики ангиопластики коронарных артерий с установкой стента при ишемической болезни сердца. При успешном восстановлении кровотока после коронарной ангиопластики летальность при кардиогенном шоке снизилась в 2 раза.

Внедрение эндоваскулярной окклюзии открытого Баталова протока, а также баллонная дилатация при врожденных стенозах клапанов сердца позволяют сократить пребывание пациента в стационаре до 2 дней и отказаться от выполнения тяжелой операции на клапанах с искусственным кровообращением.

Комплекс клапаносохраняющих операций на сердце позволил отказаться от пожизненного приема антикоагулянтов, что значительно улучшило качество жизни больных.

Применение новых методик видеотораскопической диагностики и лечения малых образований легких путем ультразвукового интраоперационного сканирования позволило повысить эффективность лечения и в два раза сократить время пребывания пациентов в стационаре.

Продолжается широкое внедрение в клиники России разработанного эффективного метода лечения ожогов на основе культивированных аллофибробластов.

Значительные успехи получены в лекарственном лечении злокачественных опухолей, в частности остеогенной саркомы, опухолей желудка, молочной железы, мочевого пузыря. Есть прогресс в лечении диабета и туберкулеза, органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью.

Разработаны и внедрены меры по охране репродуктивного здоровья женщин при воздействии вредных факторов окружающей, и в том числе производственной, среды и др.

Многие из указанных разработок были отмечены государственными премиями и премиями Правительства Российской Федерации. В частности, только в последние годы были отмечены государственными премиями:

- «Методы хирургического лечения сочетанных сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний»;
 - «Новые эффективные методы лекарственной терапии злокачественных опухолей».
- Премии Правительства Российской Федерации:
- «За разработку и клинические применения новых биотехнологий в сердечно-сосудистой хирургии»;
 - «За разработку и внедрение в практику эндоскопических методов в гинекологии»;
 - «За создание и внедрение в медицинскую практику антиоксидантных препаратов для лечения и профилактики цереброваскулярных заболеваний» и многие другие работы.

Эффективность новых медицинских технологий можно рассмотреть на примере одного из главных приоритетов медицинских исследований – охраны материнства и детства, отмеченного премией Правительства Российской Федерации.

Разработка и внедрение новых пренатальных и перинатальных медицинских технологий диагностики и терапии позволили за последние пять лет снизить по стране в целом материнскую и перинатальную смертность. Так, число умерших во время беременности и родов женщин сократилось с 633 до 479, а показатель умерших детей в 2001 году снизился на 27,3% по сравнению с 1997 годом. Этого удалось добиться за счет внедрения в практическое здравоохранение аутодонорства, реинфузии крови, плазмафереза (при аутоиммунной патологии, акушерском сепсисе), плазмофильтрации и гемофильтрации, озонотерапии, фототерапии лазерами и других технологий. Перинатальная смертность за эти годы, при увеличении абсолютного числа родов, снизилась на 19%.

Уменьшилось число детей с врожденными пороками (с 4,8 до 3,5%), что обусловлено пренатальной диагностикой, система которой активно разрабатывается и внедряется по всей



стране за последние 4–5 лет. В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии, где разработаны и внедрены современные перинатальные технологии, несмотря на значительную долю женщин с тяжелой соматической и акушерской патологией, показатель перинатальной смертности в 1,7 раза ниже, чем в целом по стране.

В настоящее время особую актуальность и перспективность представляют фундаментальные исследования по проблемам геномики, протеомики и биоинформатики. Эти направления исследований требуют серьезной дополнительной финансовой поддержки.

Развитие протеомики позволит осуществить прорыв в клинике путем создания принципиально новых диагностических методов (определение белковых маркеров патологии беременности, диагностики опухолей, гепатитов); построение протеом возбудителей туберкулеза позволит создать на этой основе новые препараты для преодоления множественной лекарственной устойчивости микобактерий и др.

Для развития этого направления на базе НИИ медицинской и биологической химии им. В.Н. Ореховича РАМН при поддержке Минздрава России Минпромнауки создан и успешно работает Центр протеомных исследований, где уже получены обнадеживающие результаты.

Выполняется межведомственная программа «Протеомика для медицины и биотехнологий».

Другим весьма перспективным направлением фундаментальных исследований является проблема эмбриональных стволовых клеток, которые могут дифференцироваться в специализированные клетки различных тканей организма. Овладение механизмами направленной дифференцировки стволовых клеток и клеток предшественниц *in vitro* позволит решить проблемы получения донорского материала для заместительных биомедицинских технологий при лечении широкого круга заболеваний. Можно ожидать существенного повышения результативности лечения инфарктов миокарда, переломов костей и других заболеваний. В настоящее время по этой проблеме подготовлена научная программа «Новые клеточные технологии – медицине».

Одной из важнейших проблем XXI века будет проблема новых и возвращающихся инфекционных болезней. Только за последние годы описано несколько десятков ранее неизвестных инфекционных болезней, многие из которых представляют весьма серьезную эпидемиологическую опасность. Достаточно назвать группу африканских геморрагических лихорадок, вирусный легочный синдром Ханта, болезнь легионеров, ВИЧ-инфекцию, прионовые болезни. Теперь появилась атипичная пневмония и др.

Большой интерес, научную и практическую значимость в медицинской микробиологии вызывают фундаментальные исследования коллективного поведения бактерий. Их поведение определяют как вирулентные свойства патогенов, так и возможность эффективного генетического обмена между бактериями при их существовании вне организма – хозяина, что является основой для возникновения новых форм и видов инфекционных заболеваний. Эти исследования позволят лучше понять устойчивость патогенных бактерий к антибиотикам, дезинфекционным препаратам, иммунной защите.

Помимо проведения фундаментальных и прикладных исследований, в целях разработки новых медицинских технологий по диагностике, лечению и профилактике заболеваний НИУ РАМН постоянно взаимодействуют с лечебными учреждениями Минздрава по многим традиционным направлениям. В процессе взаимодействия осуществляется большой объем диагностической и лечебно-профилактической работы, особенно при лечении тяжелых больных, требующих высокоспециализированной помощи.

Таким образом, фундаментальная медицинская наука на современном этапе имеет три аспекта: первый – получение новых научных фактов в интересах развития самой медицинской науки; второй – разработка на основе полученных результатов новых высоких медицинских технологий; третий – практическая апробация этих технологий в лечебных учреждениях РАМН и Минздрава с последующим широким тиражированием их в лечебных учреждениях России.

Результаты фундаментальных научных исследований, проводимых в научных организациях РАМН, легли в основу создания новых лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, медицинских приборов и аппаратуры, новых методов диагностики, профилактики и лечения, законодательных и нормативных документов, необходимых для практического здравоохранения. В 30–35% результаты исследований являются охраноспособными.



Ежегодно ученые академии получают порядка 160 патентов, разрабатывают около 200 методических рекомендаций и указаний, более 200 средств диагностики, лечения и профилактики; в среднем – по 350 новых изделий медицинского назначения (приборы, инструменты и оборудование) представляется в Минздрав на утверждение для оснащения лечебных учреждений; более 70 НИР выполняются с целью разработки лекарственных средств и др.

Ежегодно готовится отчет о работе академии и рассылается в Правительство, Администрацию Президента и заинтересованные ведомства.

Ежегодно издаются сборники и рассылаются во все НИУ РАМН и Минздрава России:

- основные результаты исследований научных организаций РАМН;
- основные результаты научных исследований по комплексным проблемам медицины Российской Федерации;
- бюллетень конференций, организуемых РАМН;
- государственный доклад (совместно с Минздравом) «О состоянии здоровья населения Российской Федерации».

Периодически издаются сборники «Научные разработки НИУ РАМН – практическому здравоохранению».

Эти издания позволяют своевременно информировать научную медицинскую общественность и практических врачей о результатах фундаментальных исследований и о новых медицинских технологиях.

Наиболее значимые из них¹:

1. Нормативные и регламентирующие документы

Учеными академии разработано более 500 нормативных и регламентирующих документов (СанПиН, ГОСТы, ПДК и др.), среди которых нормативные показатели функциональных систем у новорожденных, детей старшего дошкольного, младшего школьного и подросткового возрастов; перечень тяжелых работ и работ с вредными и опасными условиями труда, при выполнении которых не допускается использование труда лиц моложе 18 лет. «Специальные комплексные стандарты достаточности офтальмологической помощи»; стандарты оказания медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения; технические условия на изготовление изделий медицинского назначения; научно обоснованные критерии оценки условий труда, экологической безопасности; гигиенические требования к средствам индивидуальной защиты, санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к качеству пищевых продуктов и пищевых добавок, охраны водопользования; санитарно-эпидемиологические и профилактические правила борьбы с наиболее распространенными инфекционными заболеваниями и многое другое.

2. Системы диагностики, лечения и профилактики (способы, методы, методические указания и рекомендации)

В результате проведенных исследований разработано более 600 новых методов и способов (в том числе новых технологий) диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний. Издано около 500 методических указаний и рекомендаций.

В частности, разработаны и внедрены в практику технологии: бустовой нейтронзахватной и нейтронной интраоперационной и конформной компьютерной брахиотерапии при лечении злокачественных опухолей; химиолучевого лечения злокачественных опухолей с помощью длительной инфузии химиопрепаратов; электромаммографического обследования для выявления патологических состояний молочных желез; применения иммобилизованных гранулированных антигенных препаратов с магнитными свойствами для удаления ревматоидного фактора и антител к коллагену II типа из крови больных ревматоидным артритом; новые биотехнологии в сердечно-сосудистой хирургии, удостоенные премии Правительства Российской Федерации; уникальная система диагностики и хирургического лечения очаговых заболеваний печени; программа экстракорпорального оплодотворения; технологии диагностики, профилактики и лечения антифосфолипидного синдрома при

¹ Представлены материалы за последние 3 года.



беременности и профилактики тромбоэмболических осложнений в послеродовом периоде при этой патологии; определения базовых тестов коагулограммы для исследования свертывающей системы крови; лазеротерапии у больных ишемической болезнью сердца; восстановительного лечения больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича; диагностики, профилактики и лечения диабетической ретинопатии и диабетической нефропатии; медико-генетических консультаций семей больных сахарным диабетом I типа.

Внедрены в практику методы: неинвазивной диагностики пола плода, ДНК-специфические методы выявления клинически значимых серотипов вируса папилломы человека, диагностики и радикальной хирургической коррекции распространенных форм сложных нарушений сердечного ритма, принципиально новый метод диагностики устойчивых к рифампицину микобактерий, хирургической коррекции клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей, алгоритм профилактики ампутаций нижних конечностей у больных сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы и т.д.

К методическим рекомендациям, разработанным в клиниках РАМН и утвержденным Минздравом России, относятся «Трансфузионное обеспечение пораженных при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций», «Классификация перинатальных поражений нервной системы», «Организационно-методическое обеспечение геронтопсихиатрической помощи», «Аутопластика обширных дефектов трахеи с применением реваскуляризованных кожно-костных комплексов аутоотканей», «Выявление, диагностика и химиотерапия туберкулеза органов дыхания в современных эпидемиологических условиях» и др.

3. Лекарственные препараты

В НИУ Академии велись исследования по разработке более 200 лекарственных препаратов, которые в настоящее время находятся на различной стадии доработки и испытаний. Многие из них превосходят по эффективности при более низкой цене зарубежные аналоги. Среди них препараты, оказывающие антиоксидантное, антигипоксическое, ноотропное действие; транквилизаторы, антиастенический препарат, специфическое брадикардитическое средство; комплексное гепатопротекторное средство; антидиабетические препараты, различные пищевые добавки и др.

Осуществляется промышленное производство ряда лекарственных препаратов: мексидола – антиоксиданта для неврологической практики, гидазепама – дневного транквилизатора, фосфоглива¹ гепатопротектора и иммуностимулятора и др., идет работа по налаживанию производства асковертина и асколонга – препаратов, улучшающих реологию крови. Широко внедряется в клиническую практику полифункциональный препарат перфторан.

Завершены клинические испытания препаратов никавира при гепатите В, аффинолейкина при хроническом воспалении.

Проходят клинические испытания: тропоксин – средство для купирования приступов мигрени, афобазол – селективный анксиолитик, не имеющие мировых аналогов, ноопепт – ноотропный препарат и др.

4. Иммунобиологические препараты и тест-системы.

Разработано более 150 иммунобиологических препаратов и тест-систем на их основе, среди которых тест-системы, предназначенные для обнаружения маркеров хронического острого миелобластного, промиелоцитарного, острого лимфобластного лейкозов, а также для диагностики различных вирусных заболеваний.

Серьезным достижением наших вирусологов явилось получение в 2002 году сертификата ВОЗ о ликвидации полиомиелита в Российской Федерации и Европейском регионе в целом.

Разработаны высокоэффективные средства диагностики ВИЧ-инфекции, гепатитов А, В, С, препараты для специфической профилактики особо опасных инфекций (лептоспироза, бруцеллеза, риккетсиозов, туляремии, токсоплазмоза); вакцина иммунофан-4, тест-системы для диагностики арбовирусных инфекций и др.

¹ За разработку и внедрение в практику этого препарата была присуждена премия Правительства Российской Федерации.



Освоено серийное производство набора реагентов для иммунодеферментного определения простатического специфического антигена в сыворотке крови для диагностики рака простаты, тест-системы токсоплазмоза и др.

5. Медицинская техника и изделия медицинского назначения.

Разработано более 184 образцов медицинской техники и изделий медицинского назначения, которые находятся на различных стадиях испытаний и производства.

В числе последних изделий медицинской техники следует отметить: монитор анестезиологический пятиканальный «МА-509-ВИТА», монитор измерений процентного содержания кислорода в дыхательных смесях «МИК-01-ВИТА», отсасыватель хирургический «ОХ-10-ВИТА», электрокардиограф одноканальный портативный «ЭК 1Т/12-ВИТА», 8 электрокардиостимуляторов различной модификации, имплантируемый нейростимулятор с телеметрией, глазной цистостом, эндопротезы и самоустанавливающийся стент и др.

Кроме того, в клиническую практику внедрено 20 видов новых перевязочных средств.

6. Законодательно-правовая база, созданная при участии РАМН

При участии РАМН разработаны и утверждены Правительством Российской Федерации концепции:

- развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации;
- государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года;
- государственной политики в области сохранения, укрепления здоровья и профилактики заболеваний населения Российской Федерации;
- охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000–2004 годов;
- Федеральная целевая программа «Медицина высоких технологий».

За последние годы с участием РАМН разработано значительное количество федеральных законов и законопроектов, касающихся основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, фондов медицинского и социального страхования, и др.

Кроме того, ученые РАМН приняли активное участие в подготовке постановлений Правительства Российской Федерации, приказов Минпромнауки, Минздрава России, постановлений ГСЭН, распоряжений администраций ряда регионов, касающихся проблем охраны здоровья населения. При участии ученых РАМН формируются ежегодно материалы к государственным докладам и заседаниям, касающимся вопросов развития медицинской науки и здравоохранения.

Государственная Дума только в 2001 году приняла ряд федеральных законов:

- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Федерального закона от 30.12.2001 года №196-ФЗ) 4 мая 1999 года №96-ФЗ.
- «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» 2 января 2001 года №29-ФЗ.
- «О качестве и безопасности пищевых продуктов» 18 июня 2001 года №77-ФЗ.
- «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и др.

Как видно из вышеизложенного, фундаментальные медицинские исследования, несмотря на финансовую трудность, позволили разработать ряд новых высоких технологий, систем диагностики, лечения и профилактики, иммунобиологических и лекарственных препаратов, тест-систем, медицинской техники, нормативных и правовых документов. Все это оказывает серьезное влияние на повышение эффективности мероприятий по охране здоровья населения России.

Необходимо подчеркнуть, что имеющиеся в настоящее время высокие технологии в медицине без подпитки дальнейшими фундаментальными исследованиями через какое-то время исчерпают себя, а последующие фундаментальные разработки по совершенствованию медицинских технологий будут стоить дороже.

В настоящее время из-за недостатка финансовых средств сократился фронт исследований, уменьшилось количество поисковых работ.

С другой стороны, фундаментальные исследования стали более конкретны, более привязаны к практике. Можно утверждать, что в современных экономических условиях ученые-медики



своим талантом и самоотверженным трудом обеспечили здравоохранение России новыми технологиями на максимально возможном уровне.

Полноценное финансирование и внедрение разработанных высоких медицинских технологий позволяет снизить заболеваемость населения и летальность больных: при инсульте – до 0,8 и до 0,4 на 1000 соответственно, при инфаркте миокарда – на 12–13% и на 3–5% (при проведении реанимационных мероприятий), при артериальной гипертонии – снижение на 45–50% частоты нарушения мозгового кровообращения; при острых отравлениях – на 10%, при сочетанной и множественной травме – на 10–15%, применении лазера в абдоминальной и пластической хирургии – на 2–8%; снижение ЛОР-заболеваний – на 11–15%, заболеваний органов пищеварения – на 6–10%; основных показателей по туберкулезу – до 50 случаев заболеваний на 100 тыс. населения и смертности – до 12%; при сахарном диабете – уменьшение числа осложнений на 33%.

О КООРДИНАЦИОННОЙ РОЛИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ В РАЗВИТИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

ДИРЕКТОР
МЕДИЦИНСКОГО
ИНФОРМАЦИОННО-
АНАЛИТИЧЕСКОГО
ЦЕНТРА РАМН,
ЗАВ. КАФЕДРОЙ
МОНИКИ, Д. М. Н.
Петр Павлович
Кузнецов



В последнее десятилетие активно развивается дистанционное оказание современных высокоспециализированных медицинских услуг с применением телекоммуникационных комплексов, определяемое термином «телемедицина». Важнейшим при этом является развитие телемедицинских технологий как наиболее прогрессивного ресурсосберегающего способа оказания медицинских услуг. При этом сама суть медицинской услуги остается неизменной, меняется способ информационного обеспечения медицинской технологии. Цель развития телемедицины заключается в повышении доступности высококвалифицированной медицинской помощи за счет применения ресурсосберегающих технологий и обеспечения повышения качества медицинской помощи по месту нахождения потребителя.

Именно с этих позиций необходимо рассматривать развитие телемедицины в контексте общей политики развития здравоохранения и информатизации, направленной на реализацию стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке».

Следует особо подчеркнуть, что для российского здравоохранения телемедицина является наиболее востребованной и необходимой ввиду территориальной отдаленности исполнителей и потребителей, а также низкой плотности населения. При этом телемедицина должна развиваться как единая функциональная система, то есть включать все элементы независимо от их расположения,

ведомственной подчиненности, все человеческие, технические, финансовые и организационные ресурсы. Именно применение и развитие телемедицины позволит решить такие важнейшие вопросы современного развития российского здравоохранения, как повышение качества и доступности медицинской помощи, обеспечивая при этом ее медицинскую, экономическую и социальную эффективность. Широкое использование телемедицины позволит российскому здравоохранению успешно интегрироваться во всемирную систему здравоохранения.

В соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан и Программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью осуществляется три вида медицинской помощи – амбулаторно-поликлиническая, стационарная и скорая медицинская помощь. Телемедицина может стать дополнительным, наиболее эффективным инструментом в особо сложных случаях оказания всех видов медицинской помощи, обеспечивая реальный экономический и медицинский эффект за счет повышения ее качества и доступности.

Поэтому одним из приоритетных направлений развития и внедрения ресурсосберегающих технологий при реализации Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью должно рассматриваться оказание медицинских услуг с использованием соответствующих телекоммуникационных комплексов передачи информации, именуемых телемедицинскими услугами. Телемедицинская услуга не является новым видом медицинской услуги или медицинской деятельности, в связи с этим не требуется дополнительного лицензирования, сертификации и аккредитации медицинской деятельности лечебного учреждения, реализующего телемедицинские технологии. Изменяется способ предоставления этой услуги за счет изменения методов передачи информации.

Развитие телемедицины активно поддерживается Минздравом России: создан координационный совет Минздрава России по телемедицине (приказ Минздра-

ва России от 20.12.2000 №444), Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации, утвержденная совместным приказом Минздрава России и РАМН от 27.08.01 №344/76.

Важным этапом в развитии телемедицины стали парламентские слушания на тему «Телемедицина и информационная политика в области охраны здоровья граждан Российской Федерации». Решением Комитета по охране здоровья и спорту Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации образован экспертно-консультативный совет по законодательному обеспечению развития телемедицины и применения информационных технологий в системе здравоохранения Российской Федерации. Этот совет образован в целях совершенствования действующего законодательства для обеспечения развития и применения информационных технологий при решении клинических, учебно-методических, научных и управленческих задач в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации, как постоянно действующий общественный коллегиальный орган. Решением Комитета по охране здоровья и спорту Государственной Думы Российской Федерации образована рабочая группа по разработке концепции Федерального закона «О телемедицинских услугах в Российской Федерации».

Следует отметить, что в Российской Федерации создана достаточно широкая база оказания телемедицинских услуг. В настоящее время в России интенсивно развиваются инициативные телемедицинские проекты, в первую очередь по организации медицинских консультаций (консилиумов) посредством наземных и спутниковых сетей, аналоговых сетям телевидения, цифровых каналов передачи информации.

Телемедицинские центры на федеральном уровне созданы в Национальном медико-хирургическом центре Минздрава России, Московском НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России, НИИ хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Всероссийском научном центре хирургии РАМН, Российской военно-медицинской академии и др. Существуют также телемедицинские сети, объединяющие филиалы Национального медико-хирургического центра Минздрава России, стационары системы МЧС, Минобороны России и других ведомств. В Москве под эгидой РАМН создана корпоративная телемедицинская сеть, соединившая линиями оптоволоконной связи свыше 30 ведущих научно-медицинских центров и клиник.

Ряд регионов также начали самостоятельно разрабатывать и реализовывать различные подходы к оказанию телемедицинских услуг. Внутритерриториальные телемедицинские системы созданы в Архангельской, Воронежской, Иркутской, Самарской областях, в Республике Карелия, в Алтайском крае. В рамках телемедицинской системы «Москва – Регионы России» с федеральными медицинскими учреждениями взаимодействуют телемедицинские центры в республиках Мордовия, Саха (Якутия) и Бурятия, в Нижегородской, Смоленской, Ростовской, Тюменской, Оренбург-

ской областях, в Ставропольском крае и других регионах. Создание самостоятельной телемедицинской сети планируется правительством Москвы.

Вместе с тем созданные разрозненные структуры используются недостаточно эффективно. Одной из основных причин такого положения дел является отсутствие в стране организационной системы, которая осуществляла бы координацию действий потребителей и исполнителей телемедицинских услуг. В целях обеспечения этапности оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий необходимо осуществить координацию оказания телемедицинских услуг на всех уровнях управления системы здравоохранения Российской Федерации. Необходимо создание информационных баз данных исполнителей медицинских услуг, терминалов для доступа в систему телемедицинских услуг, организаторов коммуникационных услуг (провайдеров) для координации предоставления и учета услуг, осуществления расчетов за их проведение (в том числе с зарубежными производителями и потребителями).

Наличие центров координации во главе с федеральным позволит наиболее полно реализовать потенциал существующих ныне территориально разрозненных телемедицинских систем различных ведомств (созданные в здравоохранении терминалы и различные системы телекоммуникаций) за счет повышения интенсивности их использования.

Наиболее подготовленными для выполнения таких функций являются медицинские информационно-аналитические центры, в структуру которых целесообразно по мере готовности ввести соответствующие подразделения по организации телемедицинских услуг (рис. 1).

Развитие телемедицинских услуг – одно из основных направлений развития ресурсосберегающих технологий. Как показали расчеты, для обеспечения экономической эффективности телемедицинских консультационных и диагностических услуг необходимо оказывать не менее 20 единиц услуг с одного терминала производителя при средней ее стоимости 760 рублей.

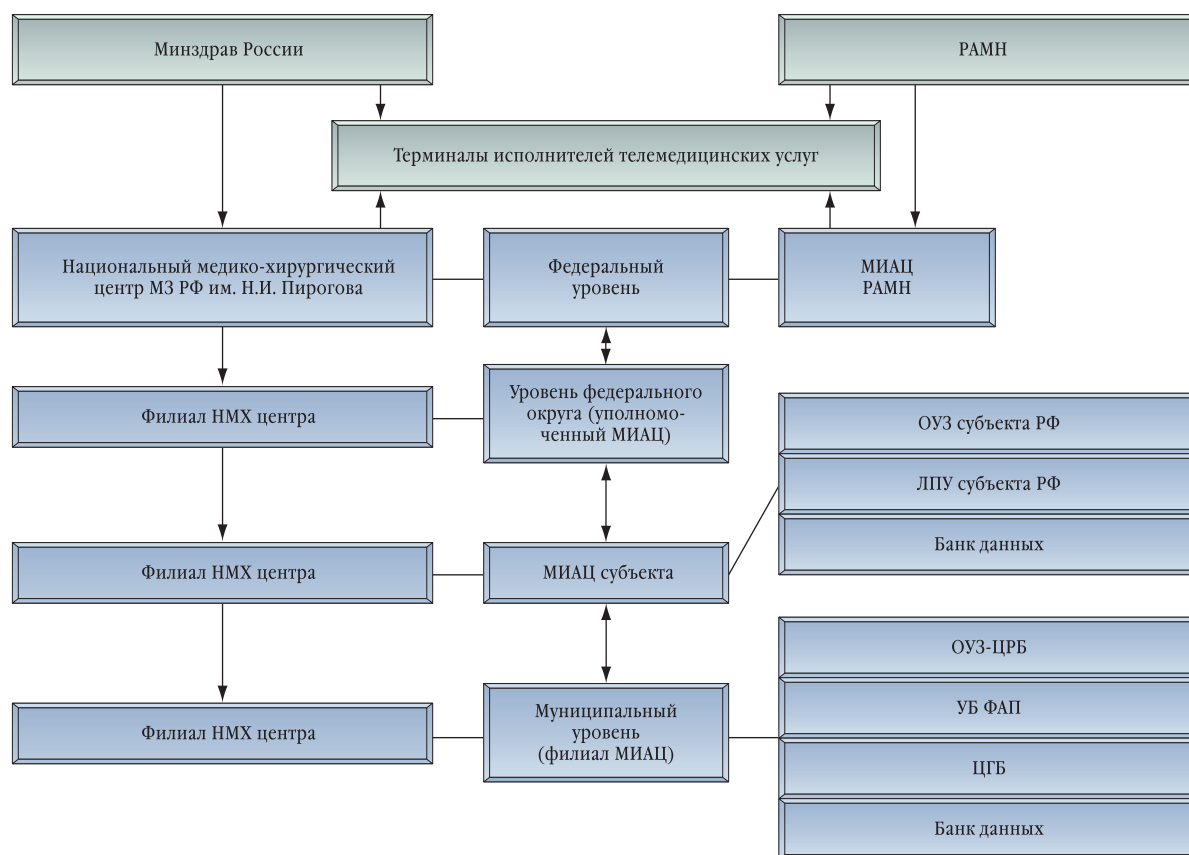
Телемедицинская сеть России могла бы быть построена на основе принципов функциональной стандартизации по типу открытых систем, позволяющих осуществлять обмен медицинскими данными на основе стандартных протоколов структуры и передачи сообщений. В условиях разнообразных каналов связи это единственно реальный способ решения задачи по совместности и интеграции инфокоммуникационных систем.

С технической стороны наиболее высокие требования к пропускной способности и качеству каналов связи предъявляются в режиме непосредственного общения и видеоконсультаций. Однако во многих случаях непосредственное общение не является обязательным, и консультации могут проводиться в отложенном режиме: вся медицинская документация, включая результаты исследований и измерений, пересылается по каналам связи в единую систему (МИАЦ), откуда передается консультанту.

Экономически обоснованный потребительский спрос на телемедицинские услуги может быть реализован при выполнении следующих условий:



1



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- наличие единого хранилища данных и информационной системы, позволяющей обеспечить сбор и передачу всех сведений о пациенте, вне зависимости от времени поступления и хранения;
- наличие организационных процедур, регламентирующих использование информации и синхронность управления множественными каналами взаимодействия;
- возможность осуществления многофакторного анализа собранной о пациентах информации и принятия адекватных решений.

В январе 2003 года исполнилось пять лет, как в Москве, в составе Медицинского информационно-аналитического центра Российской академии медицинских наук (МИАЦ РАМН) начала работать Федеральная медицинская справочная (ФМС).

Основная задача ФМС – организация информационного обеспечения главных участников процесса оказания медицинской помощи – врачей и пациентов, которых в первую очередь интересуют вопросы:

- условий и порядка получения (и оказания) высококвалифицированной и высокоспециализированной медицинской помощи за счет средств государственного бюджета, по программам обязательного и добровольного медицинского страхования, вопросы страхового возмещения и т.п.;

- порядка возмещения затрат на оказание (предоставление) медицинской помощи и т.д.

Профессионализм и уровень информированности сотрудников ФМС – квалифицированных врачей, организаторов здравоохранения и специалистов в области медицинского страхования, технические и технологические ресурсы (служба оснащена персональными компьютерами, телефонными и факсимильными средствами связи, есть электронная почта и выход в Интернет) позволяют в круглосуточном режиме предоставлять информационные услуги, организовывать госпитализации, очные и заочные консультации врачей и пациентов. За пять лет предоставлено более 630 тыс. информационных услуг, организовано около 40 тыс. консультаций и госпитализаций, направлено более 2,5 тыс. писем и факсимильных сообщений. Особо следует отметить, что от 47 до 51% от числа обратившихся составляют «повторные клиенты», то есть те, кто неоднократно получал помощь в Федеральной медицинской справочной.

Чаще других в эти службы обращаются к нам сотрудники министерств и региональных органов управления здравоохранением, руководители центральных районных, городских и даже участковых больниц республик Мордовия, Башкортостан, Коми, Ямало-Ненецкого АО, Брянской, Вологодской, Калининградской, Ма-



Таблица 1

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ КВОТЫ

Годы	Утвержденная квота на высокотехнологичные виды медицинской помощи в ФМУ (пациенты)		Выполнение квоты по оказанию в ФМУ высокотехнологичной медицинской помощи
	Квота	Факт	
2000	50966	72177	142%
2001	64631	81637	126%
2002	108859	94171	86,5%

гаданской областей. В последние два года установлено деловое сотрудничество ФМС (в лице МИАЦ РАМН) с рядом организаций и ведомств, включая Московский городской комитет Красного Креста, по вопросам организации помощи инвалидам и пенсионерам.

За последние годы наблюдаются тенденции роста показателя обращаемости в ФМС: от 20,5 тыс. зарегистрированных обращений в 1998 году, до 175,3 тыс. – в 2002 году (рис. 2).

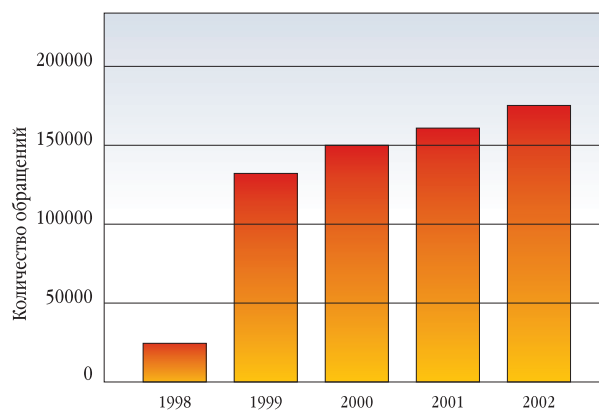
Благодаря планомерной серьезной работе программистов МИАЦ РАМН создано и поддерживается огромное электронное хранилище данных о развернутых на территории Москвы и Московской области сетях государственных, негосударственных, ведомственных учреждений здравоохранения, лицензированных видах их деятельности, специалистах, оказывающих высокоспециализированные медицинские услуги и т.п. В 1997 году созданная электронная база данных легла в основу соглашения с Департаментом здравоохранения г. Москвы, центром «Мосмедлицензия» и Госинспекцией цен Москвы о совместной работе по организации и поддержке информации о деятельности расположенных на территории города медицинских учреждений, включая оказание платных медицинских услуг.

База данных имеет удобный и понятный интерфейс. Поиск информации осуществляется несколькими способами.

1. По ключевому слову (название болезни, фамилия врача, метод исследования и т.д.).
2. По названиям медицинских учреждений («домашняя страница» медицинского учреждения позволяет легко понять его структуру, получить информацию о профиле, подразделениях, конкретных врачах и др.).
3. Через «рубризатор» (ступенчатый поиск по медицинским специальностям в итоге приводит к конкретным подразделениям ЛПУ).

Постоянно актуализируется блок нормативно-правовой информации, включающей все законодательные акты в области здравоохранения, основные нормативные правовые документы Минздрава России и РАМН, Департамента здравоохранения г. Москвы, Федерального и Московского городского фондов обязательного медицинского страхования.

2



ДИНАМИКА ОБРАЩЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ СПРАВОЧНУЮ

Техническое обеспечение бессрочного хранения информации, предоставляющего возможность восстановления ответа на любой запрос и анализа структуры обращений граждан – в любом режиме, по любым направлениям, позволило ФМС стать обладателем крупнейших в стране баз данных о клиентах (гражданах, медицинских организациях). Систематизация и анализ информации о запросах населения и ресурсах медицинских организаций представляет особую ценность для РАМН и Минздрава России при формировании государственного задания (Госзаказа).

Разработанный МИАЦ РАМН программный продукт позволяет формализовать алгоритм составления отчетов по выполнению утверждаемых Минздравом России квот на высокотехнологичные виды специализированной помощи в разрезе субъектов Российской Федерации, федеральных медицинских учреждений РАМН и Минздрава России и профилей медицинской помощи – на год и в поквартальной разбивке.

В период 2000–2001 годов наблюдается стойкая динамика превышения квоты по числу пролеченных пациентов. В 2002 году квота выполнена ФМУ РАМН в среднем на 86,5% (табл. 1).

В 2001 году сохраняется устойчивая тенденция превышения квоты, в первую очередь по офтальмологии (900%); урологии (316%); челюстно-лицевой хирургии (232%). Одновременно наблюдалось снижение объемов по прочим видам хирургической помощи (12%).



Таблица 2

ДИНАМИКА ВЫПОЛНЕНИЯ КВОТЫ НА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Вид помощи	2000			2001			% выполн. 2001/2000	2002	
	План	Факт	% выполн.	План	Факт	% выполн.		Факт	% выполн. 2002/2001
Сердечно-сосудистая хирургия	6719	12976	193	11999	16214	135	125,0	19360	119,4
Торакальная хирургия	449	457	102	533	428	80	93,7	641	149,8
Урология	1343	4036	301	1197	3782	316	93,7	3700	97,8
Офтальмология	1073	5274	492	1021	9190	900	174,3	9832	107,0
Челюстно-лицевая хирургия	429	900	210	458	1064	232	118,2	1481	139,2
Нейрохирургия	1638	3235	197	2336	3395	145	104,9	3647	107,4
Травматология, ортопедия	6490	3741	58	8399	4896	58	130,9	5493	112,2
Онкология	16131	22162	137	17992	23099	128	104,2	25260	109,4
Прочие хирургические виды	440	2054	467	506	246	49	12,0	2771	1126,4
Терапевтические виды мед. помощи	11654	12175	104	13675	14388	105	118,2	15302	106,3

3



СТРУКТУРА ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЙ ЗА ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЖИТЕЛЕЙ МОСКВЫ

При сравнении аналогичных показателей за 2002 год выявлен стабильный рост по профилям (табл. 2):

- челюстно-лицевая хирургия (139,2%);
- травматология, ортопедия (112,2%);
- торакальная хирургия (149,8%).

Стабильно высоким остается уровень обращения населения по вопросам организации платной медицинской помощи – до 40 тыс. обращений ежегодно. Постоянно ведущийся мониторинг обращений дает право на определенные выводы о повышении уровня доступности для населения специализированной помощи: в течение 5 лет почти в 7 раз сократилась доля обращений за платной стоматологической помощью, в 2,5 раза – за наркологической и психиатрической помощью.

В то же время повысились показатели обращения за платной медицинской помощью по профилям:

- педиатрия – в 1,8 раза;
- терапия (включая неврологию) – в 2,1 раза;
- лабораторная диагностика – в 3,2 раза.

Среди диагностических исследований наиболее востребованными остаются:

- компьютерная и магниторезонансная томография;
- эндоскопия и методы функциональной диагностики и т.д.

Между тем проведенный сотрудниками ФМС мониторинг обеспеченности населения Москвы специализированными методами диагностики, в частности компьютерной и магниторезонансной томографии, показал, что уровень оснащения медицинских учреждений Москвы соответствующей аппаратурой превышает расчетные европейские нормативы потребности в специальном рентгенологическом исследовании.

В целях определения причин и динамики обращений граждан за платной медицинской помощью ФМС проводится анонимный социологический опрос лиц, обратившихся в Федеральную медицинскую справочную.

Анализ причин обращения населения за платной медицинской помощью однозначно убеждает в особой ценности информации о ценах и потребительских качествах медицинских услуг (рис. 3).

Таким образом, деятельность ФМС способствует существенному снижению социального напряжения в обществе вследствие увеличения доступности специализированной медицинской помощи для жителей субъектов Российской Федерации.

Отметим еще один немаловажный аспект деятельности ФМС. Предоставление пациентам инфор-



мации о современных методах диагностики и лечения, проведение заочных консультаций, сеансов телемедицины с ведущими специалистами страны позволяют открыть пациентам доступ к медицинским знаниям о конкретном недуге и его лечении, тем самым ослабляя монопольную власть лечащих врачей над медицинскими знаниями и максимально удовлетворяя запросы пациентов.

Информационные технологии, ресурсный потенциал и уже накопленный опыт по взаимодействию с регионами (на базе Федеральной медицинской справочной, как было показано выше, организована эффективная система координации и распределения поступающих заявок на высокоспециализированную медицинскую помощь в федеральных учреждениях здравоохранения) позволяют Медицинскому информационно-аналитическому центру РАМН заявить готовность по организации и координации деятельности региональных телемедицинских терминалов.

Единая система организации телемедицинских услуг позволит на качественно новом уровне планировать программу государственных гарантий на бесплатную помощь, обеспечивая через систему МИАЦ обмен потоками унифицированной информации на муниципальном, территориальном, федеральном уровнях, формируя горизонтальные и вертикальные информационные связи внутри системы здравоохранения, а также связи с органами государственной статистики и финансирования.

МИАЦ РАМН подготовлен план мероприятий по организации телемедицинских услуг:

- разработка положения о порядке направления в медицинские учреждения на оказание телемедицинских услуг;

- разработка программного обеспечения, связывающего в единый комплекс все элементы и всех участников системы дистанционной медицины, включая персонифицированный учет и хранение данных на пациента, информационное сопровождение договоров;

- расчет тарифов, определение источника и порядка оплаты телемедицинских услуг, осуществляемых с использованием телемедицины.

На начальном этапе становления системы усилия специалистов должны быть направлены на организацию высокоскоростных каналов передачи данных для осуществления телекоммуникационных связей федерального телемедицинского центра с медицинскими центрами федеральных округов, соединенных с телемедицинскими центрами, действующими в субъекте Федерации на базе учреждений здравоохранения федерального подчинения и областных центров.

В качестве одного из источников финансирования целевой программы по обеспечению функционирования созданных в ведущих клинических учреждениях субъекта Федерации телемедицинских терминалов могут выступать территориальные фонды ОМС. Предложенный механизм финансирования каналов телемедицины позволит реально уменьшить «напряженность» при формировании бюджета здравоохранения региона, одновременно предоставив ФОМС возможность заявить о приоритетах системы обязательного медицинского страхования.

Несмотря на все трудности, телемедицина открывает перед нами возможности использования новых медицинских и информационных технологий, по сути своей являющихся ресурсосберегающими в отношении общих затрат на медицину.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РУКОВОДИТЕЛЬ
ФЕДЕРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ
И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ
ПРОБЛЕМ ПРИ
МИНИСТЕРСТВЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Валентин Викторович
Уйба



Федеральное управление медико-биологических и экстремальных проблем при Министерстве здравоохранения Российской Федерации – Федеральное управление «Медбиоэкстрем» (до 1992 года – Третье главное управление при Министерстве здравоохранения СССР) является государственным органом в системе министерства.

В конце сороковых годов прошлого века в нашей стране, как и в Соединенных Штатах Америки, получили стремительное развитие исследования по созданию атомной бомбы, начала создаваться атомная промышленность. Перед отечественным здравоохранением и медицинской наукой остро встала проблема организации медико-гигиенического сопровождения этих работ, разработки мероприятий по обеспечению безопасных условий труда, по профилактике и лечению профессиональных заболеваний, вызванных радиационным фактором воздействия. Для решения этих задач постановлением Совета Министров СССР в августе 1947 года и было создано Третье главное управление при Минздраве СССР, в системе которого в дальнейшем были организованы медико-санитарные части, санатории, служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора, специализированные научно-исследовательские институты. Были привлечены крупные ученые, видные организаторы здравоохранения, организована специальная подготовка молодых врачей и инженеров.

В 1950 году на Третье главное управление были возложены функции государственной санитарной инспекции на предприятиях и в учреждениях атомной промышленности, а также организация и руководство деятельностью всех учреждений, занимающихся разработкой проблем радиационной медицины и гигиены, а также медико-санитарное обеспечение предприятий Министерства морского флота («Атомфлот») и судостроительной промышленности СССР, осуществляющих строительство и ремонт атомных подводных лодок, судов с атомными энергетическими установками; приняты для медико-санитарного обеспечения предприятия по изысканию, разработке и испытаниям компонентов ракетного топлива (1961 год), а с 1963 года возложена ответственность и за медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение пилотируемых космических полетов.

С середины 60-х годов интенсивное развитие бактериологического оружия определило необходимость медико-санитарного сопровождения работающих на объектах, занятых разработкой, испытанием и производством медицинских иммунобиологических препаратов для профилактики, диагностики и лечения возможных инфекционных, в том числе особо опасных, высококонтагиозных и экзотических для страны заболеваний.

Максимальное приближение медико-санитарной помощи к производствам, тесная, оперативная связь Третьего главного управления с промышленными предприятиями и отраслевыми министерствами, с медико-санитарными частями, СЭС и НИИ обеспечивали доскональное знание «узких» и потенциально опасных мест технологических процессов и постоянное слежение за обстановкой, позволяли оперативно реагировать на ее неблагоприятные изменения, ставить и решать вопросы безопасности работ организационного, технологического, санитарно-гигиенического и санитарно-технического характера как на уровне промышленных предприятий, так и промышленных министерств.

По мере развития атомной промышленности и энергетики, а также возникновения новых отраслей

1



ВОЛОКОЛАМСКОЕ ШОССЕ, 30, МОСКВА. ФЕДЕРАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2



СЕРТИФИКАЦИЯ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В ОДНОЙ ИЗ ЛАБОРАТОРИЙ

3



МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №156 ФЕДЕРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ «МЕДБИОЭКСТРЕМ» ОБЕСПЕЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ РАБОТНИКАМ БАЛАКОВСКОЙ АЭС (САРАТОВСКАЯ ОБЛАСТЬ)

4



ДИРЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА РФ – ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ, ЛАУРЕАТ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ РФ 2001 ГОДА В ОБЛАСТИ НАУКИ И ТЕХНИКИ, АКАДЕМИК Р.М. ХАНТОВ ЗА РАБОТОЙ

5



ГОЛОВНОЙ ЦЕНТР ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ФЕДЕРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ «МЕДБИОЭКСТРЕМ»

науки и техники оборонного назначения, связанных с наличием вредных производственных факторов и опасных условий труда, расширились научные проблемы и практические задачи, решение которых возлагалось на Третье главное управление, увеличивалась численность прикрепленных контингентов, расширялась сеть лечебно-профилактических, санаторных, санитарно-противоэпидемических и научных учреждений.

Во главе всей работы по созданию системы Третьего главного управления, организации лечебно-профилактических учреждений, государственного санитарно-эпидемиологического надзора и научно-исследовательских институтов, подбору кадров и материально-техническому обеспечению стоял выдающийся организатор советского здравоохранения – заместитель министра здравоохранения СССР, генерал-лейтенант медицинской службы Аветик Игнатьевич Бурназян.

Происходящие в России процессы разоружения поставили перед Федеральным управлением «Медбиоэкстрем» принципиально новые задачи медико-санитарного обеспечения ядерного, химического и ракетного разоружения. В настоящее время на «повестке дня» страны в целом и Федерального управления «Медбиоэкстрем» – проблема химического и ракетно-ядерного разоружения.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 20 августа 1997 года №899, постановлениями Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 года №384 и от 11 декабря 1997 года №1551 Федеральное управление медико-биологических и экстре-

мальных проблем при Министерстве здравоохранения Российской Федерации осуществляет организацию и координацию работ в области медико-санитарного и научного медико-гигиенического обеспечения работников отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, деятельность которых сопряжена с риском воздействия на организм особо вредных факторов физической и химической природы (ионизирующих и неионизирующих излучений, отравляющих веществ, высокотоксичных компонентов ракетных топлив и др.), по государственному санитарно-эпидемиологическому надзору в обслуживаемых им организациях, учреждениях, на обслуживаемых предприятиях и территориях, а также при выполнении пилотируемых космических полетов.

Система Федерального управления представляет собой единый комплекс из лечебно-профилактических, санаторных, санитарно-гигиенических, научно-исследовательских, учебных, фармацевтических учреждений, расположенных в 33 регионах России и осуществляющих как санитарно-эпидемиологический надзор, так и проведение всего комплекса лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Действующая вертикаль управления на протяжении более чем 55 лет доказала свою эффективность. Она основана на тесном взаимодействии научных организаций и практических учреждений, проводящих научно-исследовательские работы, оказывающих медицинскую помощь и осуществляющих мероприятия по госсанэпиднадзору, что позволяет проводить единую политику при выполнении научно-прикладных



исследований, организации на этой основе комплексных профилактических мер во взаимодействии с руководством предприятий, осуществлении специализированного государственного санитарно-эпидемиологического надзора и специального медицинского обслуживания.

Проведение лечебно-профилактических мероприятий в системе Федерального управления осуществляют 73 медико-санитарные части, 9 клинических и центральных больниц, центральная стоматологическая поликлиника, 9 детских санаториев. Медико-санитарные части имеют все подразделения для обеспечения работ на обслуживаемых предприятиях в повседневной деятельности. Большое внимание уделяется вопросам внедрения в практику работы лечебно-профилактических учреждений новых современных медицинских технологий.

На базах крупных клинических учреждений Федерального управления созданы специализированные клинические отделения анестезиологии и реанимации, гастроэнтерологии, гинекологии, кардиологии, офтальмологии, неврологии с нейрореабилитацией, нейрохирургии, оториноларингологии, хирургического лечения нарушения ритма сердца и электростимуляции, психиатрии, ревматологии, терапии, торакальной хирургии, урологии, эндокринологии, аллергологии, лечения и диагностики остеопороза, эндоскопической хирургии, амбулаторной хирургии, функционируют кабинеты магнитно-резонансной томографии, открыты отделения гемодиализа и пересадки почки, радиологическое отделение протонной лучевой терапии для лечения больных злокачественными новообразованиями и уникальное отделение микрохирургии для лечения лучевых ожогов. Работают центры профпатологии по проблемам воздействия на организм вибрации и шума, сурдологии и фоноауриологии, иммунологический, пульмонологический, ревматологический, сомнологический, рентгенохирургический, маммологический, сосудистой хирургии.

Стационарная помощь прикрепленным контингентам оказывалась в 2002 году на 22 678 койках. Обеспеченность койками в целом по Федеральному управлению составляет 97,2, средняя занятость койки – 310, средняя длительность пребывания больного на койке – 14,0 дня.

В последние годы получает все большее развитие организация оказания медицинской помощи больным в амбулаторно-поликлинических условиях и стационарах дневного пребывания. Число больных, пролеченных в таких стационарах, составило более 15 тыс. человек.

Амбулаторно-поликлиническая помощь прикрепленным контингентам оказывалась в 215 поликлиниках. Средняя фактическая мощность поликлиник составила 179,0 посещений в смену. Среднее число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя находится на уровне 10,0.

Процент осмотренных на периодических медицинских осмотрах к числу подлежащих осмотрам остается высоким и составляет по Федеральному управлению в целом 97,5, ЦМСЧ/МСЧ ЗАТО – 98,0, АЭС – 99,2.

Для совершенствования медицинской помощи работникам промышленных предприятий, имеющим

непосредственный контакт с особо вредными промышленными веществами, улучшения качества диагностики профессиональных заболеваний на начальных стадиях, улучшения экспертизы связи заболеваний промышленных рабочих с воздействием промышленных вредностей организовано 6 центров профессиональной патологии с привлечением в их работу специалистов профильных НИИ Федерального управления.

Уровень профессиональной заболеваемости (острые и хронические) обслуживаемого контингента остается на протяжении ряда лет стабильным и составляет в 2002 году по Федеральному управлению 2,3 на 10 тыс. работающих. Уровень профессиональной заболеваемости наиболее низок на предприятиях Минатома России (0,57 на 10 тыс. работающих, что является одним из самых низких показателей среди подобных отраслей народного хозяйства). Заболевания, обусловленные воздействием радиоактивных веществ, в структуре профессиональных заболеваний у работающих на всех предприятиях, обслуживаемых Федеральным управлением, составляют 0,4%.

В структуре хронических форм профессиональных заболеваний основное место занимают интоксикации химическими веществами, виброшумовая болезнь, заболевания органов дыхания. В структуре хронических форм профессиональных заболеваний основное место занимает интоксикация химическими веществами, виброшумовая болезнь, заболевания органов дыхания.

В последние годы диагноз профзаболевания, как правило, устанавливается лицам, ушедшим на пенсию и работавшим с профессиональными вредностями в процессе становления производств, а также в связи с расширением подходов к социальной защищенности. Благодаря проводимой постоянной работе ГСЭН, НИИ и предприятий значительно улучшились условия труда и острые профзаболевания регистрируются в единичных случаях.

Переоснащение медико-санитарных частей новой аппаратурой и оборудованием позволило улучшить качество медицинской помощи работникам предприятий с особо опасными условиями труда, повысить эффективность санитарно-промышленного надзора на предприятиях, а замена оборудования и аппаратуры центров профпатологии – качество диагностики профессиональных заболеваний, что способствовало сокращению числа необоснованно установленных профзаболеваний и дало экономию финансовых затрат по социальным выплатам.

Учитывая значение человеческого фактора в обеспечении безаварийной деятельности радиационно опасных производств, совместно с Минатомом России и профильными НИИ и во исполнение Федерального закона «Об использовании атомной энергии» разработан пакет документов по проведению медицинских осмотров и психофизиологических обследований работников объектов использования атомной энергии. В течение последних лет лаборатории психофизиологических обследований работников объектов (ЛПФО), работая в тесном контакте с лечебно-профилактическими учреждениями, успешно функционируют на всех АЭС.



На базах 73 ЦМСЧ/МСЧ создано 46 химических, 57 радиационных и 130 бригад общего профиля быстрого реагирования, 13 противоэпидемических отрядов.

На базе ГНЦ РФ – Института биофизики – в 2000 году создан Аварийный медицинский и радиационно-дозиметрический центр (АМРДЦ).

С выходом Федерального закона от 30 марта 1999 года №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» в Федеральном управлении проведена реорганизация государственной санитарно-эпидемиологической службы. Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора были выделены из состава медико-санитарных частей и созданы самостоятельные государственные учреждения здравоохранения. В настоящее время в системе госсанэпидслужбы Федерального управления функционирует 63 центра Госсанэпиднадзора, один противочумный центр и две противочумные станции.

Головной центр Госсанэпиднадзора Федерального управления является федеральным государственным учреждением, входящим в систему государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, координацию деятельности которого осуществляет Федеральное управление «Медбиоэкстрем».

В системе Федерального управления создан и успешно функционирует Институт повышения квалификации, в составе которого работают 32 кафедры.

Для подготовки среднего медицинского персонала функционируют 4 медицинских училища, для повышения квалификации – 2 медицинских училища.

Для определения уровня квалификации врачей в Федеральном управлении создана аттестационная комиссия, которая проводит заседания как в Москве, так и в других регионах. За последние 10 лет комиссия аттестовала и ператтестовала около 15 тыс. врачей: 63% врачей имеют квалификационную категорию, из этого количества только 6% имеют 2-ю категорию, а остальные – первую и высшую.

Федеральное управление имеет 16 научно-исследовательских организаций, в том числе 2 государственных научных центра и 1 специальное конструкторское технологическое бюро, которые обеспечивают проведение научно-практических работ по решению медико-гигиенических проблем, связанных не только с созданием различных видов оружия и вооружений, но и с уничтожением ядерного и химического оружия, утилизацией кораблей и судов с ядерными энергетическими установками, защитой от радиационных поражений, а также ликвидацией межконтинентальных баллистических ракет. Выполнение научных исследований по указанным направлениям осуществляется созданными для этих целей специализированными научно-исследовательскими организациями, которые на протяжении нескольких десятилетий проводят исследования по оценке здоровья и условий труда персонала особо опасных производств. Результаты их исследований являются определяющим фактором в обеспечении безопасного функционирования радиационно- и химически опасных производств.

В системе работает более 11 тыс. врачей, около 23 тыс. среднего медицинского персонала, около 1,5 тыс. научных сотрудников. Около 1000 сотрудников имеет ученые степени доктора и кандидата наук, академиком РАН, РАМН и общественных академий – 16, членов-корреспондентов – 11.

Обеспеченность медицинскими кадрами (физическими лицами) на 10 тыс. населения составила: врачами – 44,8, средними медицинскими работниками – 100.

Деятельность учреждений здравоохранения, входящих в систему Федерального управления «Медбиоэкстрем», носит комплексный характер, включающий в себя:

- изучение динамики санитарно-гигиенической обстановки на предприятиях с особо опасными условиями труда и профессиональной заболеваемости;
 - осуществление специализированного государственного санитарно-эпидемиологического надзора на прикрепленных предприятиях и территориях;
 - проведение комплексной медико-экологической оценки здоровья работников и населения, состояния окружающей среды на обслуживаемых объектах и территориях;
 - изучение особенностей состояния здоровья лиц, работающих в непосредственном контакте с источниками ионизирующего и неионизирующего излучения, компонентами ракетных топлив, особо опасными токсичными веществами, а также состояния здоровья населения территорий в местах размещения предприятий ядерно-энергетического комплекса и объектов по уничтожению ракетно-ядерного и химического оружия;
 - оказание высококвалифицированной медицинской помощи прикрепленным контингентам на основе совершенствования и развития первичной медико-санитарной помощи, проведение лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на обеспечение непрерывности лечебно-диагностического процесса;
 - разработку и внедрение новых средств и методов профилактики, диагностики и лечения профессиональных заболеваний;
 - научную разработку вопросов оказания медико-санитарной помощи при возникновении аварийных ситуаций;
 - осуществление экстренной медицинской помощи при радиационных, химических и других авариях на обслуживаемых объектах и территориях;
 - разработку санитарно-гигиенических стандартов, инструктивно-методической документации и других материалов, необходимых для работы практической сети здравоохранения;
 - медико-биологическое и санитарно-гигиеническое обеспечение пилотируемых космических полетов;
 - организацию и совершенствование программного и информационного обеспечения учреждений и организаций системы Федерального управления по основным направлениям деятельности.
- Таким образом, обеспечивается полный цикл медико-экологической безопасности работающих на осо-



6



В ЦЕНТРЕ ПРОПАТОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №6 ФЕДЕРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ «МЕДБИОЭКСТРЕМ» ПОД РУКОВОДСТВОМ ПРОФЕССОРА В.В. ЩЕТИННИНА И ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК А.Ю. БУШМАНОВА НА САМОМ СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ ПРОВОДИТСЯ ДИАГНОСТИКА И ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ ФОРМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ РАДИОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

7



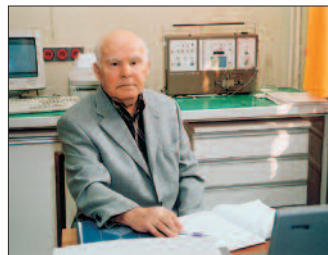
КОНСИЛИУМ ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №85 И ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА РАМН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕЛЕ-МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ. ГЛАВНЫЙ ВРАЧ КБ №85 О.С. ЦЕКА С СОТРУДНИКАМИ

8



АКАДЕМИК РАН, ДИРЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – ИНСТИТУТ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ РАН А.И. ГРИГОРЬЕВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ КОНТРОЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ КОСМОНАВТА Б.В. МОРУКОВА

9



ДИРЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА – ИНСТИТУТ БИОФИЗИКИ, ЛАУРЕАТ ЛЕНИНСКОЙ И ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ СССР, ЛАУРЕАТ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ГЕРОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ТРУДА АКАДЕМИК РАМН Л.А. ИЛЬИН

бо опасных производствах – от разработки научной идеи до внедрения ее в практику.

Работа проводится в тесном контакте с промышленными министерствами и ведомствами, главами администраций территориальных и муниципальных образований, территориальными органами здравоохранения, что способствует более оперативному принятию управленческих решений, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи как работникам промышленных предприятий, так и населению.

Число прикрепленных на медико-санитарное обеспечение контингентов за последние три года сократилось с 2,6 до 2,3 млн. человек, в том числе работающих на промышленных предприятиях – с 931,6 тыс. до 767, 5 тыс. человек. Произошло также сокращение числа работающих во вредных условиях труда и работающих с основной профессиональной вредностью соответственно до 374,3 тыс. и 138,7 тыс. человек. В структуре численности обслуживаемого контингента 71% составляют работники Министерства Российской Федерации по атомной энергии.

Ухудшение социально-экономической обстановки в стране отрицательно повлияло на демографическую ситуацию и в районах расположения учреждений здравоохранения Федерального управления. При некотором росте показателей рождаемости – до 8,9 на 1000 населения в год – показатель смертности продолжает увеличиваться и составил 12,2 на 1000 населения. В структуре причин смертности контингентов Федерального управления «Медбиоэкстрем» на первом месте стоят болезни системы кровообращения – 52%, на втором – злокачественные новообразования – 17,0%, на третьем – травмы и отравления – 15,0%.

Показатель младенческой смертности за последнее время не имеет тенденции к росту и составляет 9,2 на 1000 родившихся живыми. Смертность детей в возрасте до 14 лет включительно также не имеет тенденции к росту и на протяжении многих лет не превышает 0,5 на 1000 детей данного возраста.

Научно-исследовательские институты системы Федерального управления «Медбиоэкстрем» осуществляют научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы в области медико-биологического и гигиенического сопровождения радиационных и других особо опасных технологий и оказывают по-

мощь учреждениям практического здравоохранения (медико-санитарным частям, центрам профпатологии и Госсанэпиднадзора) по следующим направлениям:

- внедрение в работу лечебных и санитарных учреждений новых методов и технологий диагностики, лечения и профилактики;
- внедрение в практическое здравоохранение новых телекоммуникационных технологий;
- оказание диагностической специализированной медицинской помощи в клиниках научно-исследовательских институтов, на базе клинических больниц и крупных ЦМСЧ с использованием высокотехнологичных методов и лабораторных исследований (электронная и ультразвуковая аппаратура, методы молекулярной биологии, иммуноферментные методы, денситометрия, аэрокриотерапия, методы биорезонансной, микроволновой резонансной и аутофотонной терапии, современные биохимические, цитологические и изотопные исследования);
- разработка методических рекомендаций, нормативов, издание практических пособий, руководств, монографий и т.д.

В деятельности лечебно-профилактических учреждений и научных организаций Федерального управления «Медбиоэкстрем» используются разработанные в стенах научно-исследовательских учреждений новейшие современные медицинские и специализированные технологии. Среди специализированных современных медицинских технологий в области радиационной медицины научными организациями и центрами Госсанэпиднадзора Федерального управления широко используются методы радиационного контроля.

В последнее время выполнены работы по совершенствованию контроля внешнего и внутреннего облучения, по реконструкции доз, а также по изучению процессов выведения из организма человека поступивших радионуклидов.

Разработаны требования, проведены государственные испытания и осуществляется выпуск:

- приборов контроля внутреннего облучения (радиометры для измерения содержания йода-131 в щитовидной железе и цезия-137 во всем теле);
- спектрометров излучений человека (СИЧи), а также внешнего облучения (дозиметры фото-



нов, обладающие высокой чувствительностью для регистрации полевой дозы в зоне наблюдения вокруг ядерных объектов и индивидуальной дозы у критических групп населения, проживающего в этой зоне;

- многоканальных электронных дозиметров, позволяющих постоянно записывать мощность эквивалентной дозы бета- и гамма-излучения по месту расположения детекторов, имитирующих хрусталик глаза, кожу кистей и стоп, гонады, тело;
- автоматизированной термолюминесцентной дозиметрической установки для проведения индивидуального дозиметрического контроля персонала и населения).

Разработана и аттестована методика определения доз внешнего гамма-излучения по сигналу электронного парамагнитного резонанса эмали зубов, которая в настоящее время широко используется для объективного аппаратного определения пожизненно накопленных доз.

Разработаны высокочувствительные методы определения отравляющих веществ кожно-нарывного и нервно-паралитического действия в объектах окружающей среды, которые могут быть использованы во время аналитических исследований при расследовании террористических актов.

Указанные методики позволяют правильно оценить локальные или общую дозу облучения пострадавших и определить правильную врачебную тактику ведения больных.

Внедряется в практику новое поколение высокоэффективных средств индивидуальной защиты:

- изолирующий костюм из новых химических стойких материалов, обеспечивающий защиту человека от агрессивных сред, в том числе от газообразного хлора (КЗ-М);
- автономный вентилируемый костюм (КЗ-П) с носимым источником воздухообеспечения, обеспечивающий работнику комфортные микроклиматические условия и надежную защиту от токсичных аэрозолей и газов;
- противогазоаэрозольные средства защиты органов дыхания (респираторы Кама-2000, РПА ГП марки АВИ, противогаз марки АВИ и др.);
- созданы противорадиационные аптечки для персонала предприятий Минатома России, а также населения, проживающего вблизи них. Использование противолучевых средств позволяет сохранить работоспособность работающих в аварийных условиях при воздействии высоких и летальных доз облучения.

Завершается разработка устройств индивидуальной и коллективной защиты персонала от воздействия вредных производственных факторов, основанных на генераторе сверхслабых импульсов природного электромагнитного спектра. В основе метода лежит использование эффекта изменения электромагнитных полей молекул, взаимодействующих в живом организме с жидкокристаллическими структурами биосубстратов. Применение средств индивидуальной защиты является основой профилактических мероприятий для персона-

ла особо опасных производств и способствует снижению профессиональной заболеваемости среди них.

Продолжены поиск и разработка новых противолучевых средств, препаратов по выведению радионуклидов из организма. Внедрены оригинальные противолучевые средства, не имеющие аналогов за рубежом и составляющих основу медицинской защиты от ионизирующих излучений:

- радиопротектор экстренного действия Б-190;
- новые средства для купирования первичной реакции на облучение – дезоксинат, латран, БИАН и т.д.

Клиника Института биофизики участвовала в разработке и испытаниях нового поколения озонаторов («Озонатор-99-1»), который хорошо себя зарекомендовал при лечении лучевых ожогов.

Сравнительный анализ направлений исследований ведущих стран мира по разработке в области средств профилактики и лечения радиационных поражений свидетельствуют о том, что Российская Федерация находится на современном мировом уровне и в целом ряде случаев их опережает.

На базе Государственного научного центра – Института биофизики и завода «Медрадиопрепарат» осуществляется поиск, разработка технологий, изготовление средств радиоизотопной диагностики, лечения злокачественных новообразований, заболеваний сердечно-сосудистой системы, патологии головного мозга и других органов и систем организма человека. Технологии, разработанные ГНЦ-ИБФ, внедрены в учреждениях Минздрава России, на предприятиях Минатома России и других отраслей. Получены разрешения на клиническое применение и промышленный выпуск более 10 радиофармпрепаратов, используемых в 250 клиниках Российской Федерации. Институтом биофизики совместно с Российским онкологическим научным центром Российской академии медицинских наук и Московским инженерно-физическим институтом проводятся работы по внедрению новой радиационной технологии лечения злокачественных опухолей – метод нейтрон-захватной терапии с использованием бора и гадолинийсодержащих препаратов.

Научно-исследовательскими и опытно-конструкторскими организациями Федерального управления «Медбиоэкстрем» накоплен большой опыт создания медицинских приборов, комплексов и систем для технического оснащения медицинских учреждений, обслуживающих объекты особо опасных производств. Создано значительное количество аппаратно-программных средств, дающих объективную оценку адаптационных способностей организма при диагностике, лечении и проведении медицинских и психофизиологических обследований персонала этих производств, работающего на таких опасных участках, как сборка-разборка ядерных боеприпасов и атомных реакторов подводных лодок, уничтожение химического оружия, а также операторов атомных электростанций.

За последние годы созданы:

- аппаратно-диагностический комплекс, состоящий из лазерного корреляционного спектро-



метра, артериокардиоритмографа и анализатора легочного дыхания. На основе комплекса создана и применяется компьютерная система скрининговой диагностики и мониторинга состояния здоровья населения, проживающего на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению. Система позволяет осуществлять раннее выявление злокачественных новообразований, формировать группы повышенного риска возникновения рака, сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии, а также проводить медицинские обследования в условиях антропогенных воздействий;

– «Комплекс скрининговой регистрации одновременной бинокулярной зрачковой реакции на световой стимул КСРЗРц-01», позволяющий производить экспресс-диагностику функционального состояния организма человека путем одномоментного исследования параметров зрачковых реакций обоих глаз.

Разработаны:

– программно-аппаратные комплексы «КАП 8-01-оператор», «Ритм-ПК» и «Ритм-МЭТ» для постоянного мониторинга и психофизиологического отбора и контроля персонала предприятий Минатома России. Данные комплексы позволяют объективно и оперативно оценивать адаптационные возможности организма при воздействии ионизирующего и неионизирующего излучений, химических веществ и других вредных факторов, повышать работоспособность и своевременно выявлять лиц группы риска, а также способствуют повышению уровня безопасности работы персонала, выполняющего особо опасные работы на атомных станциях и предприятиях Минобороны России и Минатома России. В указанных комплексах реализованы анализ вариабельности сердечного ритма и математическое моделирование взаимосвязи гемодинамических параметров при обследовании в покое и после ряда стандартных проб и психологических тестов. Обследование с помощью программно-аппаратного комплекса «Ритм-МЭТ» более чем 500 человек в лечебно-диагностическом Центре Генштаба Вооруженных Сил Российской Федерации и на газотранспортных подразделениях ОАО «Газпром» показало, что комплекс «Ритм-МЭТ» может служить для выявления начальных стадий артериальной гипертензии;

– автоматизированная технология массовых медицинских обследований, компьютеризации процессов съема медицинской информации, ее анализа, выдачи заключений о состоянии обследуемого. Эта автоматизированная система внедрена на предприятиях Минатома России и Росбоеприпасов;

– «Справочно-информационная система для поддержки принятия решения при диагностике и лечении острых лучевых поражений человека», предназначенная в помощь врачам-специали-

стам, повышающим свою квалификацию в области диагностики и лечения острых лучевых поражений человека и состоящая из трех основных разделов: основные сведения по радиационной медицине, методы диагностики степени тяжести лучевых поражений, справочник по взаимодействию лекарств, а также медицинская система поддержки принятия решений при чрезвычайных ситуациях на опасных химических объектах, которая внедряется на объектах уничтожения химического оружия; – аэрокриотерапевтический комплекс «Крион-01М», работа которого основана на новой медицинской технологии – аэрокриотерапии. Медицинская процедура предназначена для восстановления физических параметров организма до и после интенсивных нагрузок, повышения общей резистентности организма, профилактики острых респираторных, сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний, лечения ревматоидных полиартритов. Гипертермическая стимуляция проводится в процедурной камере в специально оборудованном помещении при температуре минус 120–160°С. Комплекс «Крион-01М» установлен и успешно функционирует в ЦМСЧ-122;

– опытный образец безфреонового охладителя/нагревателя питьевой воды для использования в автономных условиях на медицинском транспорте, а также опытный образец безфреонового кондиционера локального действия для теплонапряженной рабочей зоны на предприятиях с опасными и особо опасными условиями труда для обеспечения комфортных условий работы и снижения профессиональной заболеваемости у персонала;

– установка аутофотонного воздействия «Квант-01», предназначенная для лечения широкого спектра заболеваний человека на основе воздействия на организм противофазным излучением, продуцируемого тканями тела человека квантов света (аутофотонная терапия).

Научно-исследовательские организации Федерального управления «Медбиоэкстрем» ведут разработку регистров состояния здоровья обслуживаемых контингентов, важнейшим из которых является Объединенный отраслевой медико-дозиметрический регистр работников атомной промышленности и энергетики.

Научно-исследовательскими институтами выполнен обширный комплекс исследований по эколого-гигиеническому изучению радиационно-гигиенической обстановки после испытаний ядерного оружия, крупных радиационных аварий на Урале и Чернобыльской атомной электростанции. Получен уникальный отечественный материал и опыт преодоления последствий радиационных аварий и инцидентов, охватывающих период от первых лет производства и испытания ядерного оружия и кончая последними годами, связанными с объективной оценкой радиологических и иных последствий аварий на ПО «Маяк» и на ЧАЭС.



Одним из важных результатов исследований в клинической аллергологии и иммунологии является создание принципиально новых лекарственных и иммуномодулирующих средств, диагностических систем, препаратов и вакцин. В системе Федерального управления проводятся фундаментальные и прикладные исследования в области иммунобиологии и аллергологии, которые позволили:

- создать уникальный, не имеющий аналогов в мире, синтетический иммуномодулятор полиоксидоний, обладающий выраженной иммуностропностью, который применяется при комплексном лечении иммунодефицитных состояний при вирусных, бактериальных, онкологических и других соматических заболеваниях. Разработчики полиоксидония были отмечены премией Российской Федерации в области науки и техники за 2002 год;
- разработать и внедрить в практику метод экстракорпоральной иммунофармакотерапии в лечении гнойной кожной инфекции при atopическом дерматите и при других аллергических заболеваниях, протекающих в сочетании с иммунной недостаточностью;
- разработать синтетическую тривалентную полимерную субъединичную вакцину «Гриппол» для массовой вакцинации населения, которая имеет ряд преимуществ в сравнении с известными зарубежными вакцинами и обладает высокой профилактической активностью не только относительно вируса гриппа, но и других респираторных вирусных инфекций;
- разработать аллерготропины – новые препараты для проведения аллерген-специфической иммунотерапии у больных с аллергическими заболеваниями, использование которых позволяет достичь более высокой безопасности, низкой реактогенности, снижения длительности проведения иммунотерапии за счет сокращения числа инъекций;
- завершить комплекс исследований по иммунологическому и аллергологическому мониторингу персонала производств, обслуживаемых медико-санитарными частями Федерального управления «Медбиоэкстрем».

В ходе этих работ с использованием методологии, разработанной в Институте иммунологии, за период 1995–2002 годов проведено более 10 тыс. обследований. На основе изучения влияния техногенной деятельности на состояние иммунной системы персонала ряда предприятий Минатома России и населения, проживающего вблизи их расположения, были:

- определены группы риска, разработаны рекомендации по снижению влияния вредных факторов на здоровье обслуживаемого контингента и повышению эффективности медицинской помощи;
- отработаны направления иммунокорректирующей терапии и проведена практическая апробация выбранных методов лечения;
- оказана консультативная, лечебная и методическая помощь медицинскому персоналу по веде-

нию больных с заболеваниями, обусловленными нарушениями в системе иммунитета;

- создана основа для создания и функционирования аллергологической и иммунологической служб в медико-санитарных частях, обслуживаемых предприятиями.

Использование отмеченных новейших технологий позволяет научно-исследовательским институтам и лечебно-профилактическим учреждениям проводить на уровне международных стандартов исследования и оказание высококвалифицированной медицинской помощи персоналу особо опасных предприятий, обслуживаемых системой Федерального управления «Медбиоэкстрем». Все разработки защищены отечественными и зарубежными патентами и авторскими свидетельствами на изобретения.

Основными задачами работы Федерального управления «Медбиоэкстрем» на ближайший период являются:

- реализация мероприятий по медико-санитарному и научному медико-гигиеническому обеспечению работ по утилизации химического и ракетно-ядерного оружия, утилизации атомных подводных лодок;
- разработка и внедрение нормативной и методической документации, связанной с переходом на новые нормативы (НРБ-99, ОСПОРБ-99);
- совершенствование системы проведения профилактических мероприятий на предприятиях с особо вредными условиями труда с применением новейших комплексных систем (АСКМО, лаборатории психофизиологического обеспечения, развития поликлинической службы);
- совершенствование системы информационного обеспечения предприятий, населения, руководителей администраций о влиянии деятельности предприятий на состояние окружающей среды и здоровье человека;
- создание единого отраслевого медико-дозиметрического регистра предприятий Минатома Российской Федерации;
- обеспечение мероприятий по готовности к оказанию организационных и лечебных мероприятий на случай возникновения аварийных ситуаций на предприятиях;
- переоснащение учреждений здравоохранения современной лечебно-диагностической аппаратурой, в том числе производимой предприятиями Минатома России, Росавиакосмоса, переоснащение ПСЛ в связи с переходом на новые НРБ;
- проведение НИР по углубленному изучению влияния и взаимосвязи различных техногенных факторов на состояние здоровья работающих, населения и окружающую среду;
- совершенствование взаимодействия с территориальными органами здравоохранения, Госсанэпиднадзора, фондами ОМС;
- повышение эффективности использования материально-технической базы, научного потенциала.

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ. ИСТОРИЯ, РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ДИРЕКТОР
ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
Андрей Михайлович
Таранов



В России медицинское страхование зародилось в XVIII веке. Первое общество, которое занималось страхованием здоровья, возникло в городе Санкт-Петербурге в 1827 году на Морском проспекте, 50.

В истории развития медицинского страхования можно выделить 3 значимых этапа.

Первый – был связан с разработкой законопроекта обязательного страхования рабочих на случай болезни. Эта работа закончилась изданием закона о страховании на случай болезни в 1912 году. Главным позитивным моментом данного закона был принцип обязательности страхования. Закон также впервые определял понятие страхового запаса и начисление взносов от всего фонда оплаты труда. Негативные стороны закона – это ограниченный круг действия, прежде всего по профессиональному признаку. Не все профессии подлежали страхованию. По численности – малые предприятия, имеющие до 20 работников. По территориям России – на Сибирь, Среднюю Азию, Дальний Восток не распространялось действие этого закона.

Второй этап – выделяется с 1921 по 1929 год. Характерно, что в этот период мы начали возвращаться к рыночной экономике в условиях новой экономической политики государства. Вследствие этого был принят декрет о создании фондов медицинской помощи застрахованным, которые были распределены по территориальному принципу.

Что касается структуры финансирования в тот исторический период в сравнении с современными условиями, то порядок цифр сохраняется примерно тот же самый. Местный бюджет – 60%, госбюджет – 10% и фонд медицинской помощи застрахованным – 30%. При этом существовало 2 вида тарифов. Обычный – для тех предприятий, которые работают уже давно: чем больше была опасность воздействия на здоровье производства и заболеваемость на предприятии, тем выше был страховой взнос на предприятии. Вторая группа тарифов – льготная – это для вновь образуемых предприятий: принципы те же, только тариф брался меньший.

Третий этап – это современный период времени, который начался с 1991 года в связи с принятием закона о медицинском страховании граждан Российской Федерации.

За основу Закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР», принятого Россией в 1991 году, была взята голландская модель организации обязательного медицинского страхования (ОМС).

Одной из важнейших задач государственной социальной политики являлось и является обеспечение доступной, бесплатной медицинской помощи и равных возможностей поддержания уровня здоровья населения. Но в 90-х годах, в условиях переходной экономики страны, сокращения наполняемости государственного бюджета и снижения уровня жизни граждан, для обеспечения доступности, бесплатной медицинской помощи был необходим новый финансовый механизм, соответствующий новым экономическим реалиям. И таким механизмом становится система обязательного страхования.

Введение обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации проходило не «безболезненно». В большинстве случаев руководители всех звеньев не были заинтересованы в реализации закона. В то же время в ряде субъектов реформа вызвала не только интерес, но и готовность руководителей управлять этим процессом. В основном это были те субъекты Российской Федерации, которые

в конце 80-х годов участвовали в эксперименте по введению нового хозяйственного механизма в здравоохранении (Кемерово, Ленинград, Самара и др.).

Однако для успешного введения обязательного медицинского страхования на территории России интереса отдельных лиц было явно недостаточно, необходим был общественный (публичный) интерес. Кроме того, необходимо было сформировать государственный орган, который бы не только отвечал за осуществление реформы ОМС, но и в силу своего положения был бы заинтересован в ней.

Попытки исправить недостатки первоначальной редакции закона путем принятия ряда подзаконных актов не снимали проблемы реализации закона на территории России. В них не были решены основные вопросы: как организуются финансовые потоки средств ОМС, являющиеся по своей сущности государственными средствами, кто аккумулирует эти средства, кто будет реализовывать закон и осуществлять государственный контроль в системе обязательного медицинского страхования и т.д. На все эти вопросы закон в первоначальной своей редакции ответа не давал.

В 1992 году, когда закон вступил в действие в части введения добровольного страхования, выявилась вся неприемлемость первоначальной его редакции и для целей обеспечения социальной справедливости в сфере оказания медицинских услуг. Лояльность закона 1991 года позволила страховщикам и производителям медицинских услуг (ЛПУ) проявить интерес только к «избранным» платежеспособным страхователям. За пределами их интересов оставались работающие на мелких нерентабельных предприятиях, пенсионеры, дети, безработные, о страховании которых должно беспокоиться государство. Недостаточно оснащенные современным оборудованием, районные и городские учреждения здравоохранения не могли составить конкуренцию крупным, хорошо оснащенным клиникам и поэтому оставались вне интересов страховых медицинских компаний.

Стало очевидным, что для реализации основной цели медицинского страхования, а именно – защиты интересов всех граждан страны в сфере охраны их здоровья, без поправок к закону не обойтись. Финансовые средства системы ОМС нужно было направить в русло публично-правового регулирования через систему государственных некоммерческих внебюджетных фондов ОМС, обеспечив их подконтрольность и подотчетность Правительству Российской Федерации, что и было сделано в 1993 году вначале постановлением Верховного Совета Российской Федерации №4543-1, а затем Законом Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР».

Реализация главной цели государственной политики в обязательном медицинском страховании, закрепленной статьей 1 закона по обеспечению равных возможностей в получении медицинской и лекарственной помощи за счет средств обязательного медицинского страхования всем гражданам Российской Федерации, требовало создания новой, работоспособной инфраструктуры, то есть системы учреждений, способных реализовать закон на пра-

ктике. Такая инфраструктура была создана. Уже к концу первого года реализации закона система насчитывала 79 территориальных фондов ОМС, 587 филиалов ТФ ОМС, из которых 92 выполняли функции страховщиков и 164 – страховых медицинских организаций.

В настоящее время система обязательного медицинского страхования представлена 91 территориальным фондом, 913 филиалами территориальных фондов, из которых 467 выполняют функции страховщиков, 360 страховыми медицинскими организациями и более чем 24 тыс. различных типов ЛПУ (самостоятельных и входящих в другие медицинские учреждения). Обязательным медицинским страхованием охвачено более 96% населения России.

Переход к новым экономическим отношениям в здравоохранении благодаря медицинскому страхованию создал основу для внедрения страховых принципов оплаты медицинской помощи и создания системы защиты прав граждан в обеспечении качественной медицинской помощи. Для этого необходимо было обеспечить учет застрахованных граждан и определить индивидуальные объемы потребляемой медицинской помощи. Введение медицинского учета страхового полиса обеспечило создание систем учета. Каждый гражданин, имеющий страховую полис, стал полноправным участником процесса в системе ОМС, получающим юридическую основу для обеспечения защиты своих прав. Правовая защита застрахованных граждан в системе ОМС сегодня стала реальностью. В 2002 году от граждан поступило 687 тыс. обращений по нарушению прав в оказании медицинской помощи. В досудебном порядке за различные нарушения со стороны медицинских учреждений только в 2002 году было выплачено гражданам в виде компенсаций свыше 21 млн. руб. Имеется и судебная практика защиты прав граждан. За 2002 год судами было рассмотрено 343 исковых заявления. Из них удовлетворено 216, т.е. 70%, и взыскано в принудительном порядке в пользу граждан около 6 млн. руб.

За период 1993–2001 годов была создана эффективно функционирующая система учета и контроля за полнотой перечисления работодателями и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации страховых взносов на медицинское страхование работающих и неработающих граждан, регистрации плательщиков страховых взносов, а также основных направлений расходования средств ОМС. Это позволило обеспечить бесперебойную работу лечебных учреждений, входящих в систему ОМС.

С момента введения единого социального налога (январь 2001 года) контроль за полнотой и своевременностью внесения взносов в государственные социальные внебюджетные фонды, в том числе и фонды обязательного медицинского страхования, осуществляется налоговыми органами.

За период с 1993 по 2002 год в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования поступило денежных средств в размере около 438 млрд. руб., в том числе около 18 млрд. руб. – средств Федерального фонда ОМС, из которых



большая часть была направлена в территориальные фонды в виде субвенций на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Основным источником поступления средств в территориальные фонды являются средства работодателей. Только за 2002 год они составили 77 млрд. руб., или 60% всех поступлений. Страховые взносы на ОМС неработающего населения (с учетом погашенной задолженности) составили 42,4 млрд. руб., или 33,1% от общей суммы поступлений. И хотя в абсолютном выражении средства, поступающие на страхование неработающих граждан, в 2,5 раза меньше сумм, поступающих за счет единого социального налога, по темпам роста в 2002 году они опережали их. И это заслуга прежде всего территориальных фондов, ведущих работу с главами администраций по разъяснению действующего законодательства. А благодаря совместной работе Федерального фонда ОМС и Минздрава России было подписано 3-стороннее соглашение. На сегодняшний день такие соглашения имеются с 46 субъектами Российской Федерации.

С первых лет организации системы была создана система контрольно-ревизионных подразделений как в Федеральном, так и в территориальных фондах ОМС (в территориальных фондах ОМС штатная численность специалистов, осуществляющих контрольно-ревизионную деятельность, составляет 471 человек). Были приняты меры по приведению в соответствие с федеральным законодательством нормативных актов по обязательному медицинскому страхованию субъектов Российской Федерации, восстановлению средств ОМС, использованных не по целевому назначению. Результаты проверок позволили вернуть в систему ОМС более 85% таких средств.

И тем не менее одной из основных проблем формирования доходов территориальных фондов остается несвоевременное и неполное перечисление страховых взносов на ОМС неработающего населения (т.е. более 60% общей численности населения) администрациями субъектов Российской Федерации.

Для активизации работы по перечислению страховых взносов на ОМС неработающего населения Федеральный фонд инициировал принятие постановления Правительства Российской Федерации о проведении реструктуризации задолженности прошлых лет по этим платежам. Результатом проделанной работы стало дополнительное поступление средств в систему ОМС в счет погашенной задолженности, выполнение текущих обязательств, а также понимание истинных размеров недополученных средств за прошедшие годы.

Одним из индикаторов реального обеспечения прав граждан на медицинскую помощь и ее приемлемый уровень, финансируемый за счет средств ОМС, служит показатель финансового обеспечения населения средствами ОМС в расчете на душу населения. Так, например, в 2002 году доход системы ОМС в среднем по России составил 927 руб. на человека. В пределах среднероссийского показателя обеспеченности находи-

лось 25 субъектов Федерации, столько же субъектов превысили среднероссийский уровень, а в 41 субъекте данный показатель был ниже среднероссийского. Различия между максимальным и минимальным показателями составили 23 – в среднем, а в части страховых взносов на неработающих граждан различия составили 550 раз. Это одна из главных проблем действующей ныне системы, которая требует скорейшего разрешения.

Важным этапом в реализации задачи обеспечения сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи стало принятие постановления Правительства Российской Федерации от 11.09.1998 №1096 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

За 10 лет функционирования системы ОМС в здравоохранение поступило в среднем не более 35% от всех поступлений. С одной стороны, это значительные финансовые вливания в отрасль, а с другой – этих средств явно недостаточно, чтобы финансово обеспечить задачу, поставленную перед системой ОМС. Программа государственных гарантий определила и объединила источники ее финансирования – средства бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования. Согласно Программе госгарантий на систему ОМС возлагается обеспечение 85% всего объема медицинской помощи, а за счет средств бюджетов – 15%. Поэтому оптимальное соотношение финансовых средств ОМС и средств бюджетов всех уровней в общем объеме программы расценивается соответственно 63% и 37%.

Сегодня средства бюджетов, предназначенные для страхования неработающих граждан, по тем или иным причинам недоперечисляются в систему ОМС. Как результат – искусственно созданная ситуация дефицита финансирования территориальных программ обязательного медицинского страхования. В то же время другая, бюджетная, часть Программы госгарантий исполняется со значительным превышением от норматива. Это вносит дисбаланс между обязательствами государства в оказании бесплатной медицинской помощи гражданам России и источниками их реализации.

Очевидно, что комплексная оценка финансового состояния здравоохранения по всем источникам финансирования необходима так же, как необходимо решение проблемы перекосов внутри отрасли путем одноканального финансирования Программы государственных гарантий из средств ОМС.

Создание системы ОМС осуществлялось в условиях отсутствия современного отечественного опыта медицинского страхования, что диктовало острую необходимость в подборе высококвалифицированных кадров, которые обеспечивали бы эффективность работы системы. Поэтому формирование кадрового потенциала, обладающего достаточным объемом знаний в области здравоохранения, экономики, налогообложения, ценообразования, стало стратегической задачей. Для ее решения была создана комплексная система подготовки и переподготовки специалистов, состоящая из трех образовательных



направлений: повышение квалификации; получение руководящими работниками системы ОМС второго высшего образования по актуальным для деятельности фонда специальностям; подготовка специалистов на выездных курсах, строящаяся по регионально-кустовому принципу с учетом специфики работы регионов. Подготовку кадров для системы ОМС на сегодняшний день осуществляют 21 образовательное учреждение, имеющее государственную лицензию и работающее по учебным программам, согласованным с Федеральным фондом ОМС. За десять лет переподготовки и повышения квалификации прошли более 20 тыс. специалистов системы ОМС и здравоохранения.

Большую роль в развитии обязательного медицинского страхования сыграли комплексные научные исследования. Система научной поддержки позволила за короткий исторический период создать нормативно-правовую базу, обосновать политику и стратегию развития обязательного медицинского страхования, разработать организационные, правовые и финансово-экономические механизмы функционирования участников системы ОМС, дать оценку ее медико-экономической и социальной эффективности.

Результаты научных исследований, проведенных в течение прошедших 10 лет, явились основой для 62 нормативно-правовых и методических документов, внедренных в практику, что обеспечило устойчивое функционирование системы ОМС по ключевым направлениям.

На основе результатов научно-исследовательских работ Федеральный фонд ОМС совместно с Минздравом России нормативно и методически обеспечили деятельность участников системы ОМС, связанную с формированием и экономическим обоснованием территориальных программ государственных гарантий, проведением вневедомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи, лекарственным обеспечением в условиях ОМС, созданием территориальной системы защиты прав застрахованных по ОМС. Большое внимание уделено нормативно-методическому обеспечению деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС. Значительный вклад внесен в процесс научного обоснования и разработки основополагающих документов системы стандартизации в здравоохранении.

Одним из центральных направлений, обеспечивающих развитие обязательного медицинского страхования, является информатизация. С первых лет организации системы ОМС это направление было возведено в ранг наиболее приоритетных задач. В результате последовательного выполнения Комплексной программы и Концепции информатизации в системе ОМС в настоящее время автоматизированы основные задачи системы ОМС в подавляющем большинстве территориальных фондов: сбор и учет страховых взносов, взаиморасчеты с ЛПУ, учет застрахованных, контроль качества лечения, сбор, контроль и передача отчетной информации, внутрипроизводственная деятельность.

Таким образом, несмотря на все трудности и разную степень реализации закона в субъектах Федерации, обязательное медицинское страхование состоялось. Средства ОМС стали стабилизирующим фактором в со-

хранении для населения бесплатной медицинской помощи. Реализация страховых принципов уже сформировала новые методы медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи. Введение ОМС способствовало созданию института прав пациента как потребителя медицинской помощи. Более того, социальный институт ОМС обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков в здравоохранении.

Правительство Российской Федерации в марте 2003 года в основном одобрило Концепцию модернизации обязательного медицинского страхования. Доминирующим принципом модернизации должна стать сбалансированность ресурсов и обязательств системы ОМС, а основой – укрепление финансовой базы.

В рамках модернизации предстоит решить проблему перечисления из бюджетов субъектов Российской Федерации финансовых средств на обязательное медицинское страхование неработающих граждан. Для этого страхователями неработающего населения определяются исключительно органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, что повысит ответственность органов исполнительной власти за осуществление обязательного медицинского страхования этой категории граждан.

Предполагается софинансирование обязательного медицинского страхования неработающего населения за счет средств федерального бюджета. Это будет стимулировать исполнительные власти субъектов Федерации направлять средства на обязательное медицинское страхование неработающих граждан в полном объеме, так как софинансирование из федерального бюджета будет осуществляться только на определенных условиях.

Отработка механизма софинансирования, также предусмотренного Концепцией модернизации системы ОМС, за счет средств Пенсионного фонда Российской Федерации (ПФР) уже началась. На сегодняшний день уже отобраны 16 регионов, где проводится эксперимент по привлечению средств ПФР в качестве дополнительного источника на страхование неработающих пенсионеров.

Также концепцией предусматривается возможность добровольного выхода работающих граждан из системы ОМС. Скорее всего, таким правом воспользуются граждане с высоким уровнем доходов, что может нарушить основной – солидарный – принцип построения системы ОМС, когда средства более состоятельных граждан направляются на лечение малоимущих. Поэтому данный вопрос требует внимательного подхода.

Реализация страховых принципов мобилизации ресурсов на нужды здравоохранения должна сопровождаться постепенным замещением финансовых средств, поступающих из других источников, в первую очередь из бюджетов всех уровней, средствами, направляемыми страховой медициной в ЛПУ за предоставляемые медицинские услуги. Это создаст условия и предпосылки для реформирования здравоохранения, так как надо всегда иметь в виду, что модернизация обязательного медицинского страхования на современном этапе возможна только в контексте системных изменений в здравоохранении.

МЕДИКО- СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ
ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО
ГОРОДСКОГО ФОНДА ОМС,
ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН,
Д.М.Н., Д.С.Н., ПРОФЕССОР,
ЗАВ. КАФЕДРОЙ ММА
ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА

Андрей Вениаминович
Решетников



В современном мире медицина, в том числе и здравоохранение, как важнейшая для человека сфера, играет исключительную роль в его жизни. Она влияет даже сильнее, чем политика и экономика. В этой ситуации резко усиливается потребность в медико-социологическом познании как с целью объяснения характера медико-социальных взаимоотношений и взаимодействий, так и в целях создания модели для прогнозируемости процессов, исследования законов управления и создания приемлемой с учетом социально-экономической ситуации системы здравоохранения.

Можно выделить несколько принципиальных вопросов, присущих медицине и здравоохранению:

- эффективная диагностика и лечение заболеваний, уменьшение сроков их лечения и предотвращение остаточных явлений и осложнений, проведение профилактических мероприятий;
- понимание и прогнозирование того, каким образом отдельные симптомы, синдромы или болезни проявляются у индивидов или группы индивидов;
- распространение среди населения медико-профилактических знаний, благодаря которым можно уменьшить возможности риска здоровью и в некоторой степени предотвратить болезни.

Каждая из этих задач может быть решена с максимальной эффективностью, только если должным образом оценена важность социальных и психологиче-

ских факторов. В медицине многое – будь то исследовательская деятельность, клиническая практика или профилактическая работа – требует понимания факторов культурного и социального воздействия, которые влияют на то, понимает ли человек, что он нуждается в медицинской помощи, на формирование его решения обратиться за этой помощью и на его реакцию на предоставляемую медицинскую помощь.

Понимание роли медицины, медицинской практики и здравоохранения как социальной системы, процессов познания медико-социальных, экономических, политических проблем здравоохранения нашли в XX веке свое отражение в становлении и закономерном развитии новой научной дисциплины – социологии медицины.

Социология медицины рассматривает функции медицины не только как излечение от болезней, облегчение физических страданий и помощь инвалидам, но в большей степени как социальную помощь обществу всем нуждающимся. Медицина зачастую помогает отдельным людям продолжать выполнять свою социальную роль, тем самым способствуя снижению социального напряжения в обществе.

Медицина, врач, здравоохранение выступают для социологии медицины лишь в качестве одного из многих элементов в системе охраны здоровья. При этом медицина и здравоохранение рассматриваются в становлении, развитии, изменениях и преобразованиях, в условиях функционирования и самоорганизации социальных структур, вызываемых социальным действием самого субъекта, общественными отношениями и взаимодействиями между социальными группами, между личностью и группами по проблемам болезни и здоровья.

Подход к состоянию здоровья населения с социологических позиций осуществляется: во-первых, на уровне народонаселения земного шара, отдельных стран и регионов; во-вторых, в связи с условиями его воспроизводства; в-третьих, в связи с образом жизни различных профессиональных и возрастных групп населения.

Исследуя состояние общественного здоровья, закономерности медицинских и оздоровительных действий и массового поведения, организацию медицинской помощи в зависимости от влияния социально-экономических факторов, социология медицины использует социологические методы. Исследуя сферу болезни и здоровья человека, она изучает прежде всего свойства, связи, механизмы социального действия и взаимодействия, социальные институты, группы, социальные статусы и роли, ценности, нормы, санкции, возникающие в этой связи в данной сфере. Все это позволяет осмыслить процессы, происходящие в социальной системе.

В социологии медицины все социальные процессы рассматриваются с точки зрения интересов людей, их потребностей и ожиданий в поддержании своего здоровья.

К концу XX века Россия подошла с неутешительным итогом: продолжительность жизни сокращается (для мужчин – 59 лет, для женщин – 72 года). При этом разрыв в длительности жизни мужчин и женщин растет – тенденция, не имеющая аналогов в мирное время. Занимая место аутсайдера в сообществе цивилизованных стран по продолжительности жизни населения, Россия является абсолютным «лидером» по величине разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин. Общая смертность населения в Российской Федерации и в большинстве государств-участников СНГ в среднем в 1,5 раза выше, чем в других развитых странах, главным образом за счет высоких показателей смертности от болезней системы кровообращения, несчастных случаев, травм, отравлений, онкологических заболеваний, социально значимых инфекций, а также высокой младенческой и материнской смертности. Актуальной становится проблема чрезвычайного психоэмоционального напряжения у половины взрослого населения страны. С каждым годом увеличивается распространение наркомании, особенно среди молодежи, неуклонно возрастает угроза массовой наркотизации населения.

В настоящее время демографическая ситуация в России такова, что речь можно вести не о высокой смертности, а о сверхсмертности. Угроза здоровью населения России столь велика, что уже сейчас является серьезным препятствием дальнейшего социально-экономического развития общества. По качеству общественного здоровья Россия занимает далеко не первые места в мире, что обусловлено неблагоприятной эколого-гигиенической и эпидемиологической обстановкой во многих регионах страны.

Таким образом, здоровье населения совершенно не соответствует геополитическому положению одной из крупнейших и наиболее богатых разнообразными ресурсами стран мира. Вклад системы здравоохранения в профилактику заболеваний и сохранение удовлетворительного уровня здоровья населения оказывается на практике крайне низким. На повестке стоит вопрос о принятии чрезвычайных мер по охране здоровья населения. С решением этой проблемы связаны практически все жиз-

ненно важные системы функционирования государства. С одной стороны, здоровье нации в значительной степени определяет состояние трудовых ресурсов государства и, следовательно, в значительной степени – научно-технический и производственный потенциал страны. С другой стороны, здоровье нации определяет состояние обороноспособности и национальной безопасности страны. В этой ситуации все аспекты деятельности государства не имеют смысла, если здоровье населения, среда его обитания резко ухудшаются, если процессы депопуляции и вырождения выходят из-под контроля.

Вопросы охраны здоровья населения, нужды и запросы людей, их представление о том, какой должна быть стратегия развития здравоохранения, находят все большее отражение в медико-социологических исследованиях, проводимых достаточно длительное время в различных регионах России.

Заметно повысился интерес к разработке комплексных индикаторов, количественно характеризующих уровень здоровья населения, социально-экономическую эффективность системы здравоохранения, качество оказания медицинской помощи. Основные группы показателей (рождаемость, смертность, заболеваемость взрослых и детей и другие) используются в качестве «индекса здоровья» для ранжирования территориальных образований. Наличие такой информации за целый ряд лет позволяет разрабатывать прогнозы уровня популяционного здоровья для каждого административно-территориально образования на ближайшие годы.

В «Концепции создания государственной системы мониторинга здоровья населения России» (1996) отмечено, что «общим принципом разработки и последующих этапов внедрения системы мониторинга должна быть направленность на решение задач слежения и управления здоровьем населения».

Мониторинг здоровья населения – это система оперативного слежения за состоянием и изменением здоровья населения, представляющая собой постоянно совершенствующийся механизм получения разноуровневой информации для углубленной оценки и прогноза здоровья населения за различные временные интервалы.

Основными задачами мониторинга здоровья являются:

- изучение тенденций динамики здоровья населения и влияющих на него факторов;
- выявление приоритетов в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия, медицинских и социальных проблем охраны здоровья населения;
- выявление отдельных групп населения, оздоровление которых требует проведения специальных медицинских и социальных мероприятий;
- разработка целевых федеральных и региональных программ, направленных на улучшение здоровья населения;
- обеспечение информационной поддержки законодательной инициативы органов управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологическим надзором, экологической и социальной защиты;



– прогнозирование и обоснование потребностей в ресурсах, необходимых для охраны здоровья населения.

Как показывает практика, для того чтобы иметь полное представление о реальном состоянии дел в системе здравоохранения и уровне здоровья населения, проведение разрозненных исследований и социологических опросов от случая к случаю по отдельным регионам, конкретным ЛПУ и т.д. оказывается неэффективным. Необходимо регулярное изучение медицинских, экономических, политических и социальных проблем охраны здоровья населения путем создания постоянной системы сбора и оценки информации – медико-социологического мониторинга общественного здоровья и здравоохранения как инструмента для исследования социально-экономических процессов в сфере здравоохранения, анализа динамики происходящих перемен.

Цель медико-социологического мониторинга – изучение различных сторон здоровья населения, качества жизни пациентов, деятельности систем здравоохранения и ОМС и т. д., при этом объектом медико-социологического исследования является статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных единиц наблюдения (половозрастные группы населения, лечебно-профилактические учреждения, врачи-специалисты и т. п.), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Мониторинговые медико-социологические исследования позволяют:

- оценивать медицинские, экономические, политические и социальные проблемы охраны здоровья населения;
- анализировать социально-психологический климат в лечебно-профилактических учреждениях;
- знать позицию поставщиков медицинских услуг о состоянии и перспективах развития системы общественного здравоохранения и ОМС;
- принимать, используя социологические подходы, обоснованные управленческие решения в системе охраны здоровья;
- вырабатывать оптимальные организационные технологии для совершенствования системы управления здравоохранением.

По данным мониторинга можно проводить ситуационный анализ различных медико-социальных проблем, оценивать потенциальную значимость решений для эффективного управления территориями с различным уровнем здоровья населения.

- Проведение мониторинга осуществляется путем:
- наблюдения за показателями здоровья населения с использованием всех информационных баз данных о состоянии здоровья граждан;
 - сбора, хранения, обработки и систематизации данных о состоянии здоровья населения, качестве и объеме медицинской помощи и т.д.;
 - системного анализа и оценки получаемой информации.

Медико-социологический мониторинг осуществляется по нескольким направлениям, например:

- социально-экономическая активность, положение и социальный портрет потребителя медицинских услуг;
- социально-экономический портрет страхователей;
- экономико-социологическая характеристика поставщиков медицинских услуг;
- социально-экономическая активность и социальный портрет поставщиков медицинских услуг;
- роль системы обязательного медицинского страхования в расходах населения на поддержание здоровья.

Правильно организованная система мониторинга общественного мнения позволяет получать два вида информации: объективные показатели результатов и субъективную оценку осуществляемых мер.

Наиболее часто в медико-социологических мониторингах используются методы анкетирования, интервью и их сочетание. В основе этих методов лежит опрос. Опрос – это метод сбора первичной информации, основанный на непосредственном (интервью) или опосредованном (анкета) взаимодействии исследователя и опрашиваемого.

Имеется множество разновидностей интервью. По содержанию беседы различают документальные интервью (изучение событий прошлого, уточнение фактов) и интервью мнений, цель которых – выявление оценок, взглядов, суждений; особо выделяются интервью со специалистами-экспертами.

По технике проведения различают свободные, не стандартизированные, и формализованные интервью. Свободные интервью – это длительная беседа без строгой детализации вопросов, но по общей программе («путеводитель интервью»). Такие интервью уместны на стадии начального этапа в формулятивном плане исследования. Стандартизованное интервью, как и формализованное наблюдение, предполагает детальную разработку всей процедуры, включая общий план беседы, последовательность и конструкцию вопросов, варианты возможных ответов. По способу организации интервью делятся на групповые и индивидуальные. Первые – это планируемая беседа, в процессе которой исследователь стремится вызвать дискуссию в группе.

Медико-социологические исследования проводятся выборочно на территориях, обеспечивающих репрезентативность полученных результатов по широкому кругу вопросов, и в отдельных учреждениях здравоохранения для получения конкретной информации по интересующему вопросу.

Мониторинг деятельности лечебно-профилактических учреждений целесообразно проводить методом экспертного опроса. В качестве экспертов можно привлекать главных врачей или их заместителей по лечебной работе с учетом численного состава и профиля ЛПУ. Важным показателем, характеризующим экспертную группу, является стаж работы в здравоохранении. Целесообразно выделять четыре группы: до пяти лет, от пяти до десяти лет, от десяти до двадцати лет, свыше двадцати лет.



При опросе руководителей учреждений здравоохранения внимание должно быть обращено на результаты функционирования учреждения, оценку системы его взаимодействия с органами и учреждениями здравоохранения и другими организациями, уровень его ресурсного обеспечения, состояние оказания помощи, конкретные аспекты реализации реформы, оценки ее проведения, пути оптимизации.

Помимо этого, руководитель учреждения может отвечать на вопросы, касающиеся экспертной оценки решения проблем, стоящих перед медицинским персоналом, и оценить состояние и перспективы медицинского обслуживания населения.

Одним из ключевых вопросов организации здравоохранения является обеспечение кадрами. Важно понять, как укомплектовываются должности, какие проблемы при этом приходится решать руководителю учреждения.

Формализованное интервью практически ничем не отличается от опроса по анкете, за исключением того, что ответы записываются не самим респондентом, а интервьюером. К подобному способу прибегают для того, чтобы повысить качество заполнения вопросника и получить непосредственное впечатление от реакции опрашиваемых на предмет исследования.

Специфические характеристики медицинских услуг, особенности поведения больного человека требуют использования разных методов социологических исследований, позволяющих получить максимально объективную и полную информацию. Одним из таких методов является метод фокус-группы.

Метод фокус-группы, или фокусированного глубинного группового интервью, был впервые предложен американскими социологами Р. Мертоном и Р. Кендаллом в 1944 году. Он относится к качественным методам сбора социологической информации и направлен на самооценку мотивов поведения людей при покупке товара или услуги. Метод фокус-группы с достаточной степенью достоверности можно использовать при получении информации об уровне и состоянии определенных видов медико-санитарной помощи населению, для оптимизации деятельности медицинского учреждения.

Для ведения фокус-группы подбирается команда, состоящая из руководителя (модератора), одного-двух экспертов (по направлениям), технических ассистентов, на которых возлагается контроль за видеосъемкой и звукозаписью.

Для каждой фокус-группы составляют свой сценарий, который основывается на обсуждении той или иной проблемы или их совокупности. Интервью-обсуждение нацелено на получение фактологической, критериальной, оценочной информации о проблеме и ее нахождении в ситуативном поле.

Перечень обсуждаемых проблем затрагивает следующие аспекты:

- уровень медицинской активности и поведенческие установки пациентов;
- критерии оценки медицинской услуги и поведения пациента;

- учет факторов при выборе различных форм и видов медицинской услуги;
- ожидания пациентов при получении различных видов медицинских услуг;
- мнение об альтернативных формах предоставления медицинских услуг.

Особенно эффективен данный метод при изучении отношения потребителей к рынку платных и бесплатных медицинских услуг и мотивации при выборе врача, медицинского учреждения.

Опрос населения наиболее целесообразно проводить в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарах и других учреждениях здравоохранения. Связано это не только с удобством проведения социологического исследования, но и с возможностью получения более достоверной информации на месте оказания медицинской помощи.

При этом виде исследования доминирует личный опыт респондента в получении медицинской помощи, однако его пребывание в учреждении здравоохранения является сдерживающим фактором в получении объективных оценок, что отражается на результатах исследования. Поэтому наиболее оптимальным является опрос на дому лиц, выписанных из стационара или получивших медицинскую помощь в поликлинических условиях. Также широко используется ретроспективный опрос госпитализированных больных о видах медицинской помощи, получаемых ими на предыдущих этапах.

В стационарах социологическое исследование можно проводить непосредственно в палатах в свободное от диагностических исследований и лечебных процедур время. Анкетный анонимный опрос пациентов стационаров проводится одномоментно в различных отделениях в течение 1–2 дней. Необходимо следить за тем, чтобы на мнение пациентов не оказывалось давления со стороны медицинских работников и соседей по палате.

Распределение объема выборки среди госпитализированного населения производится соответственно структуре коечного фонда основных учреждений здравоохранения. Выбор в качестве респондентов госпитализированных больных обоснован тем, что данная категория пациентов имеет наибольшее представление о работе всех основных служб здравоохранения, более доступна в организационном плане, и опрос ее обходится дешевле с точки зрения материальных затрат.

При составлении перечня показателей, определяющих содержательную часть опроса, необходимо учитывать степень доступности для пациента медицинской помощи, уровня удовлетворенности населения (пациентов) качеством и составом медицинских услуг, оценку результативности лечения.

Удовлетворенность медицинской помощью оценивается по комплексу характеристик:

- достаточности объема предоставляемых медицинских услуг;
- отношения персонала;
- условий получения медицинской помощи (санитарно-гигиенических, сервисных и т.п.);



- профессиональных характеристик персонала;
- организации и порядка работы учреждений, подразделений, специалистов;
- состояния лекарственного обеспечения лечебно-диагностического процесса и др.

Эффективность медицинской помощи оценивается по изменению субъективных ощущений пациента в результате лечения и степени реализации его ожиданий.

При составлении перечня показателей, для опроса врачей, необходимо учитывать следующие основные параметры:

- обеспеченность лечебно-диагностического процесса;
- условия труда и быта;
- степень реализации профессиональных возможностей, творческого подхода, совершенствования, квалификационного и карьерного роста;
- материальная оценка труда, уровень социальной защищенности, система подготовки и повышения квалификации;
- социально-психологический климат в коллективе.

Анкеты можно раздать руководителям подразделений учреждений здравоохранения, объяснив цели и порядок проведения социологического исследования.

Самооценки населением состояния здоровья носят субъективный характер и зависят от ряда факторов.

Психологические особенности индивида. Пессимист, например, легкое простудное заболевание рассматривает как катастрофу. Оптимист, пережив инфаркт миокарда, может оценивать свое здоровье как хорошее. Нельзя исключать и такое психологическое качество как мнительность. Мнительный человек в каждом «покалывании» склонен видеть нечто фатальное.

Самочувствие в момент опроса. Человеку свойственно надеяться на лучшее, и если в момент опроса он чувствует себя хорошо, то все, что было с ним в прошлом, ему кажется не очень существенным, и, наоборот, если в момент опроса респондент недомогает, то вероятность низкой оценки им своего здоровья резко возрастает.

Состояние здоровья окружающих. Если среди родственников или знакомых, с которыми респондент находится в контакте, есть тяжелобольные или, наоборот, лица, отличающиеся хорошим здоровьем, то оценка самочувствия неизбежно будет зависеть от этих факторов (частота и тяжесть заболеваний, перенесенных респондентом в последние годы, информированность о результатах медицинского обследования).

Результаты обследования, известные респонденту, неизбежно влияют на его сознание. Если эти результаты хорошие, то даже острые болевые ощущения или длительное недомогание оцениваются им как нечто случайное и временное. И наоборот, плохие результаты воспринимаются им как приговор, даже если общее самочувствие респондента хорошее.

Состояние окружающей среды. Логика оценивающей примерно такова: может ли быть здоровье хорошим, если вода, воздух и продукты питания недоброкачественны.

Степень удовлетворенности уровнем медицинского обслуживания. Надежная, с точки зрения респондента, организация медицинской помощи дает ему основание с большим оптимизмом оценивать свое здоровье.

Мужчины с большим оптимизмом, чем женщины, оценивают состояние своего здоровья, хотя реальное состояние здоровья женщин не хуже, чем у мужчин.

Чем выше уровень образования, тем выше самооценки состояния здоровья, причем эта закономерность сохраняется по всем позициям. Но однозначно признать наличие прямой зависимости между состоянием здоровья и уровнем образования не позволяет такой факт: уровень образования коррелирует с возрастом, а возраст – решающий фактор, влияющий на состояние здоровья.

Таким образом, данные самооценки не являются, да и не могут являться основанием для точных научных выводов о состоянии здоровья населения. Вместе с тем значимость этих самооценок не следует преуменьшать, именно они являются связующей нитью между населением и учреждениями здравоохранения, так как самочувствие является основанием для обращения за медицинской помощью и исходным состоянием для работы медицинского персонала.

Важным приоритетом медико-социологического мониторинга выступает изучение спроса населения на медицинские услуги.

Спрос на медицинские услуги и их фактическое удовлетворение выступают критерием комплексной оценки потребности населения в медицинской помощи, оптимальности муниципальной медицинской сети, потенциальных возможностей в ресурсном обеспечении лечебно-профилактических учреждений и интересов фактических и потенциальных потребителей медицинских услуг. Исследования спроса населения по основным видам специализированной медицинской помощи с учетом половозрастного состава населения позволяют оптимизировать структуру служб ЛПУ.

Информированность населения о видах и объемах деятельности лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций является важным фактором при определении перспектив развития платных услуг в системе муниципального здравоохранения, для повышения качества лечебно-профилактического обслуживания и принятия управленческих решений в здравоохранении.

Для проведения широкомасштабной рекламной кампании в системе здравоохранения и обеспечения доступности для населения информации о медицинских услугах возможно создание службы и отделов прогнозирования и маркетинговых исследований, медико-социологического мониторинга при органах управления здравоохранением, а также в страховых медицинских организациях и территориальных фондах обязательного медицинского страхования.

Динамика групп внутреннего и внешнего потока пациентов. В ходе мониторинга важно выделить и отслеживать динамику групп внутреннего и внешнего потока пациентов. В группу внутреннего потока включают



пациентов, пользующихся медицинскими услугами только на данной территории или в данном ЛПУ. Во внешний поток включают респондентов, обращающихся за медицинской помощью полностью или частично за пределами данной территории.

Уже сам факт образования внешних и внутренних потоков населения, нуждающихся в конкретных видах медицинской помощи, свидетельствует о наличии проблем со структурой медицинских услуг.

Как правило, группы потока имеют выраженные различия для взрослого и детского населения, которые можно объяснить наличием либо отсутствием на территории того или иного сектора услуг или получением трудоспособным населением медицинской помощи в ведомственных ЛПУ.

Величина сложившихся потоков обращения населения в лечебно-профилактические учреждения, расположенные близко к их месту жительства, не является постоянной. Данные мониторинга могут выявить изменение интереса пациентов к муниципальным ЛПУ.

Перераспределение внутреннего потока потребителей медицинских услуг по ЛПУ, расположенным на территории, можно объяснить наличием объективных факторов, таких как:

- более слабая материально-техническая база конкретного ЛПУ (нет рентгенологической службы, узкий спектр функциональной диагностики, однодневный режим работы узких специалистов, удаленность от лабораторной службы и пр.);
- больничный (стационарный) комплекс, имеющий современную материально-техническую базу, после вхождения в систему ОМС реорганизовал и перепрофилировал деятельность таких служб, как консультативная, диагностическая, стационары дневного пребывания и т.д.;
- ведомственное медицинское учреждение, располагающее мощным материально-техническим и кадровым потенциалом, перейдя на работу в систему ОМС, с финансовых позиций стало более заинтересованным в расширении обслуживания городского населения.

По тенденции перераспределения внутреннего потока пациентов по типам ЛПУ могут определяться оптимальные места получения медицинских услуг медико-социальными группами и соответственно осуществляться меры по перепрофилизации ЛПУ. Если население территории стало проявлять больше интереса к использованию таких лечебно-профилактических учреждений, которые предлагают более широкий диапазон и комфортность услуг, то необходимо уже ставить вопрос об изменении территориально-участкового принципа предоставления медицинской помощи.

Динамика потребления платных медицинских услуг. Важно изучать причины, формирующие внешний поток респондентов за счет потребления платных медицинских услуг на территории. Мотивацией данного направления мониторинга является определение возможности дополнительного фи-

нансирования системы муниципального здравоохранения с учетом динамики и уровня дохода различных социальных групп населения.

Для проведения медико-социологического исследования в данном направлении необходимо изучить результаты работы лечебно-профилактических учреждений по оказанию платных услуг. Опрос должен отражать факты оказания платных медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях, мнение пациентов о них, а также мнение о целесообразности перевода некоторых медицинских услуг в категорию платных и дополнительных.

Для этого необходимо изучить платежеспособность лиц, пользующихся платными услугами, в динамике по полугодиям, доходы потребителей в расчете на 1 члена семьи, основные направления развития платных медицинских услуг.

Для анализа важно иметь представление и об основных направлениях дополнительных финансовых затрат населения данной территории.

Важно выяснить не только стабильность пользования платными медицинскими услугами для каждой социальной группы населения, но и определить формы оплаты услуг. Здесь имеются в виду дополнительные затраты в форме подарка медицинскому работнику или в виде дополнительной оплаты за услугу, независимо от официальной существующей системы расценок.

Степень удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи. В ходе медико-социологического мониторинга удовлетворенность медицинским обслуживанием в конкретном медицинском учреждении должна рассматриваться дифференцированно. Наиболее важными, с точки зрения пациентов, могут быть:

- организация приема в отделение;
- содержание больных в палатах;
- работа диагностических подразделений;
- работа медсестринского персонала;
- качество проведения лечебных процедур;
- квалификация врачей;
- диагностические возможности;
- наличие необходимых лечебных процедур;
- организация ухода за больными.

Динамика отношений между врачом и пациентом. От того, как складываются отношения между врачом и пациентом, зависит впечатление в целом о медицинском обслуживании и его качестве. Целесообразно получить мнение больных о своих лечащих врачах. Респонденты могут давать оценку, например, по пятибалльной шкале со словесным описанием (кратким пояснением), что подразумевает тот или иной уровень.

Организация доступа к квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Организация медицинской помощи, в особенности квалифицированной и специализированной, во многом определяется ЛПУ областного (краевого) уровня, адекватная стратегия планирования которой должна опираться на оценку мнения пациентов и работников учреждения. Важно изучать мнение населения



как потребителей медицинских услуг о доступности и качестве медицинского обслуживания в отделениях областной (краевой) клинической больницы, а также ее врачей о реализации своего трудового потенциала, эффективности проводимых диагностических и лечебно-оздоровительных процедур, качестве подготовки пациентов в ЛПУ районного уровня для лечения в областной (краевой) клинической больнице.

Медико-социологическая оценка врачами использования своего трудового потенциала включает целый ряд позиций: реальный расход рабочего времени, знаний, опыта.

Для медико-социологической оценки важно влияние структуры использования врачами трудового потенциала на различные виды деятельности:

- диагностику;
- лечение основного заболевания;
- лечение сопутствующего заболевания;
- лечение осложнений после хирургического вмешательства;
- консультирование пациентов;
- профилактические осмотры;
- обсуждение случаев патологии и обучение коллег.

Снижение эффективности от проводимых диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий врачи видят прежде всего в несвоевременности обращений пациентов. Также значительный вес причин неэффективной работы в связи с отсутствием необходимых медикаментов, материалов, медицинского оборудования и плохим отношением пациентов к своему здоровью и рекомендациям врачей, отсутствием возможности проводить необходимые диагностические процедуры (отсутствие реактивов, специалистов, аппаратуры).

Динамика развития рыночных отношений в здравоохранении. Рыночные механизмы менее всего проявляют себя в условиях участково-территориального принципа прикрепления населения к отдельным учреждениям. Следует мониторировать процесс перехода к обслуживанию по принципу «где больше нравится пациенту», изменение динамики которого свидетельствует о нацеленности на рыночные отношения спроса на медицинские услуги и характера финансирования конкретных лечебно-профилактических учреждений.

Для обеспечения эффективности прогноза опросы должны отражать следующие аспекты:

- соотношение бесплатной медицинской помощи и числа граждан, живущих за чертой бедности;
- приемлемость уровня цен на важные платные услуги (стоматология и др.);
- направления улучшения материально-технической базы здравоохранения территории в целом и в конкретных медицинских учреждениях;
- уровень укомплектованности лечебно-профилактических учреждений узкими специалистами;
- уровень квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- оптимальность структуры амбулаторно-поликлинической сети, стационаров и диагностических кабинетов.

Медицинские работники могут быть опрошены в качестве экспертов по вопросам оценки состояния медицинской помощи населению, правильности ее организации, качества предоставления, доступности получения, определения тенденций и направлений развития.

Объектом медико-социологического мониторинга при изучении общественного мнения о состоянии системы здравоохранения и качестве медицинской помощи являются, как правило, большие группы людей. Поэтому проведение сплошного социологического опроса не всегда представляется возможным. Проблема решается при помощи выборочного метода, позволяющего на основании опроса отдельных групп респондентов получать с высокой степенью точности информацию о генеральной совокупности, располагая сравнительно ограниченным объемом социологических данных.

При организации и проведении медико-социологического мониторинга проводится обоснование численности выборочной совокупности, обеспечивающей необходимую точность и надежность случайной выборки. При социологических опросах используется бесповторная случайная выборка (один респондент заполняет анкету только один раз).

Необходимая численность выборочной совокупности тем больше, чем больше дисперсия исследуемого признака, то есть при «однообразном» составе генеральной совокупности по исследуемому признаку (малая дисперсия) требуется меньшее число респондентов, и, наоборот, при большом «разнообразии» состава генеральной совокупности (большая дисперсия) требуется больший объем выборки.

Определив необходимую численность выборки для медико-социологического исследования, приступают к формированию конкретной выборочной совокупности, репрезентативной к генеральной.

Исходя из вышесказанного, качество выборки зависит от трех условий:

- меры однородности социальных объектов по наиболее существенным для исследования характеристикам;
- степени дискретности группировок анализа, планируемых по задачам исследования;
- целесообразного уровня надежности выводов из предпринимаемого исследования.

Для получения достоверных данных при анкетировании медработников следует учитывать реальное соотношение врачебного и среднего медперсонала. Минимальное число анкет для анализа по одной конкретной группе медработников должно быть не менее 30. Следует иметь в виду, что чем больше будет дробиться массив по признакам при анализе информации, тем больший объем выборки потребует.

Анкетирование руководителей медицинских учреждений осуществляется сплошным методом. В общем объеме выборки по медицинским работникам доля руководителей учреждений здравоохранения должна быть не менее 20%.



Достоверность результатов исследования зависит от многих составляющих: насколько обоснованна его общая концепция и все компоненты теоретико-методологического раздела программы, от качества исходных данных, системы их отбора, т.е. соответствия типа выборки (и ее организации) целям исследования, качества анализа данных и от глубины интерпретации полученных зависимостей и связей.

Тремя составляющими оценки надежности первичной информации являются: обоснованность, устойчивость и правильность измерения.

Обоснованность шкалы заключается в том, что с ее помощью целенаправленно измеряют вполне определенное свойство или признак, не смешивая его с другими.

Устойчивость измерения выражается в однозначности информации, которую извлекают с помощью данной процедуры.

Наиболее распространенный прием контроля на устойчивость – повторное измерение. Один и тот же объект измеряется дважды с двух-трехнедельным временным интервалом и с помощью одинаковой процедуры. Шкала считается устойчивой, если совпадения между первой и второй сериями измерений будут достаточно высокими.

Помимо показателей полной устойчивости шкалы, возможны также показатели ее относительной устойчивости. Они полезны при сравнении разных шкал, например, для выбора нескольких вариантов наиболее правильной и точной шкалы или для того, чтобы сопоставить уровни устойчивости измерения разных свойств, каждое из которых фиксируется шкалами разного типа и разной степени дробности.

Точность и правильность измерения зависят от степени устойчивости измеряемого объекта или свойства; чувствительности эталона измерения (дробности пунктов шкалы); отсутствия систематических ошибок измерения и от устойчивости измерения.

Если мониторинг предполагает выкопировку данных из архива, то необходимо предварительно оценить, насколько полно регистрировались признаки в документах, в каком порядке расположены документы, в каком архиве. Без учета этих аспектов при статистическом наблюдении можно получить искаженные, нерепрезентативные данные.

Обработка медико-социологической информации включает в себя следующие подэтапы: группировку данных; статистическую сводку; обработку данных.

В медико-социологических исследованиях используются самые разнообразные группировки:

- по социально-демографическим признакам (возраст, пол, семейное положение);
- по климатогеографическим признакам (время года, место жительства);
- по социально-экономическим признакам (профессия, должность, образование, доход);
- по состоянию здоровья (классы МКБ, группы здоровья, группы риска и т. д.);
- по типам учреждений (поликлиника, стационар и т. д.).

Анализ собранной информации – самый важный этап мониторинга. Проверяются, насколько верны были исходные предположения, получаемые ответы на заданные вопросы, и выявляются новые проблемы.

Сбор большого числа показателей, характеризующих различные и часто разноречивые аспекты здоровья населения, может создавать для организатора здравоохранения значительные сложности при ее синтезе и интерпретации. Анализ огромной по своему объему медико-статистической информации немалым без адекватных форм представления его результатов. Для этого формы представления любой информации должны быть абсолютно понятны лицу, принимающему решения, и максимально содействовать процессу выработки управленческих действий. Это требует все более широкого привлечения современных информационных технологий обработки и представления данных медико-социологического мониторинга.

Большое значение для анализа полученных данных имеет использование графических изображений. Графические изображения отражают закономерность развития, пространственные распределения, взаимосвязь явлений. Принято различать следующие основные типы графических изображений: диаграммы, картограммы, картодиаграммы.

Диаграммы – графические изображения статистических величин с помощью различных геометрических фигур и знаков. Диаграммы чаще используются в медико-социологических исследованиях. По назначению принято различать диаграммы сравнения, структурные и динамические диаграммы.

Картограммой называется географическая карта или ее схема, на которой различными цветами или штриховкой изображена степень распространения какого-либо явления на различных участках территории.

Картодиаграммой называется такое географическое изображение, когда на географическую карту или ее схему нанесены статистические данные в виде столбиков, секторных, фигурных и других диаграмм. Картограммы и картодиаграммы в основном используются в медико-географических исследованиях. Она позволяет отразить специфику каждого района в распределении изучаемого явления, его структурные особенности.

Картографическая информация является важным исходным материалом для управления и развития пространственно распределенных систем, к которым относится система здравоохранения. Карты являются уникальным информационным документом. Они позволяют генерировать гипотезы, осуществлять моделирование, проводить интеллектуально емкие исследования. По расчетам немецких специалистов из федерального института геологии, 1 см² топографической карты может содержать статистическую информацию, для изложения которой требуется до 20 страниц текста. Аналитик использует эту богатейшую информацию, осуществляя ситуационный анализ карт. Географическая информационная система (далее – ГИС) определяется как программно-аппаратный комплекс для



ввода, хранения, обновления, манипулирования, анализа и вывода географически привязанной информации.

ГИС хранит картографическую информацию о территории в виде набора тематических слоев, которые объединены на основе географического положения. Этот простой, но очень гибкий подход доказал свою ценность при решении разнообразных реальных задач, связанных с управлением и координацией действий сложных систем, распределенных в пространстве. ГИС может использоваться при построении тематических карт по показателям деятельности ЛПУ и СМО на территории, показателям структуры страхователей и их деятельности в системе ОМС. Могут использоваться и более серьезные аналитические функции ГИС, например, построение ареалов ответственности страховых медицинских организаций или анализ распределения застрахованных одной СМО и т.п. и другие организации. На карте отражаются территориально привязанные данные по результатам медико-социологического мониторинга, динамике показателей, выявленной на длительных интервалах времени.

Для отображения каждого вида относительных величин рекомендуется использовать тот или иной вид диаграмм. Так, для изображения интенсивных показателей, показателей наглядности и соотношения чаще применяют столбиковые, линейные или фигурные диаграммы. Радиальные диаграммы чаще используют для отражения сезонности интенсивных коэффициентов. Графические изображения экстенсивных величин (показателей структуры) чаще располагают внутри какой-либо геометрической фигуры (внутристолбиковые или секторные диаграммы).

Как показывают результаты опроса менеджеров здравоохранения, наиболее приемлемыми для них формами представления информации о здоровье населения являются:

- ранжированные списки (графики, картограммы) проблем по территориям и факторам риска;
- интенсивные и экстенсивные показатели здоровья населения на наиболее проблемных территориях;
- динамика и прогноз изменений показателей, характеризующих приоритетные проблемы в регионе (территории).

В зависимости от цели и задач медико-социологического исследования возможны различные варианты практического использования результатов работ:

- ознакомление с результатами широкой аудитории врачей и других заинтересованных лиц (лекция, доклад и т.д.);
- подготовка приказов, методических указаний, инструкций на уровне учреждений, района, города, области;
- проведение реорганизации деятельности медицинского учреждения;
- опубликование в печати (статьи, монографии и т.п.).

Большое значение имеет дальнейшее развитие форм и методов оценки эффективности медико-соци-

логического мониторинга, в результате которых могут изменяться показатели деятельности системы здравоохранения, эффективнее использоваться ресурсы и т.п., при этом изменения могут наступить сравнительно быстро или через длительный период времени.

Сравнимость данных мониторинга по годам достигается единым подходом формирования программы проведения исследования, соответствием методического инструментария по ключевым аспектам, однотипностью контингентов опрашиваемых, использованием единых приемов формирования выборочной совокупности, что обеспечивает сопоставимость и обоснование существенности или несущественности различий по сравниваемым показателям в качественном и количественном аспектах.

Большое значение имеет унификация форм и методов оценки эффективности медико-социологического мониторинга, в результате которых могут изменяться показатели деятельности системы здравоохранения, эффективнее использоваться ресурсы и т.п., при этом изменения могут наступить сравнительно быстро или через длительный период времени.

Социальной направленностью проводимых в России структурных преобразований здравоохранения, кроме всего прочего, является разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья.

Несомненно, что большая часть этих вопросов вполне может быть решена при использовании той информационной базы, которую предоставляет государственная медицинская статистика, включающая сбор и хранение данных о состоянии здоровья населения, уровне медицинского обслуживания, санитарно-гигиеническом состоянии объектов окружающей среды (последний ведется органами санэпиднадзора). Наиболее крупный блок медицинской статистики составляют сведения о состоянии здоровья населения. Сюда относятся многочисленные показатели, характеризующие, например, рождаемость, смертность, заболеваемость. Эти данные являются важнейшими в процессе управления здоровьем населения, и они широко используются в качестве основных критериев в принятии управленческих решений, в частности при определении:

- степени доказанного вреда, наносимого здоровью населения воздействием различных факторов и связанного с этим экономического ущерба;
- возможности снижения или устранения риска для здоровья населения и стоимости затрат на достижение этих целей;
- актуальности ожидаемых результатов для общества и их экономической эффективности.

Медико-социологический мониторинг как инструмент управления отражает социологические показатели здоровья групп населения, динамику и прогноз изменений общественного мнения о функционировании учреждений здравоохранения по предоставлению медицинской помощи и представляет собой систему сбора, хранения и анализа данных о состоянии здоро-



вья населения, функционирования медицинских учреждений и уровне медицинского обслуживания.

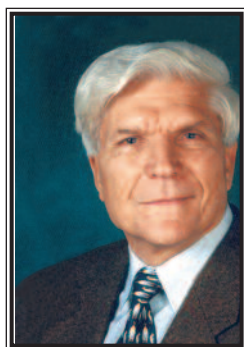
Для организации системы сбора, обработки, хранения и передачи получаемой информации необходимо формирование информационного фонда данных, включающего данные о состоянии здоровья населения. Фонд данных формируется на основе многолетних наблюдений, а также совокупности нормативных правовых актов и справочных материалов в области анализа, прогноза и определения причинно-следственных свя-

зей между состоянием здоровья и воздействием различных внешних факторов.

Только при условии создания банка данных единого информационного пространства на основе информации медико-социологического мониторинга становятся возможными осуществление оперативной оценки и дальнейшего прогнозирования развития системы здравоохранения с целью контроля, анализа и последующего принятия решений по управлению конкретными лечебно-профилактическими учреждениями и системой охраны здоровья.

МЕДИЦИНА ТРУДА – ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОБЛАСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ДИРЕКТОР НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА МЕДИЦИНЫ
ТРУДА РАМН,
АКАДЕМИК РАМН,
ПРОФЕССОР, ДОКТОР
МЕДИЦИНСКИХ НАУК
Николай Федотович
Измеров



В России в течение многих столетий обращалось внимание и предпринимались попытки помочь работающим в сохранении здоровья. Еще указом Петра I об учреждении на ряде заводов специальных медицинских подразделений для охраны здоровья «работающего люда». М.В. Ломоносов (1742 год) писал об организации труда и отдыха работающих, ограничении продолжительности рабочего дня, выдаче одежды для рудокопов, предупреждении отвалов горных выработок.

Огромный вклад в формирование отечественной гигиены труда внесли земские врачи.

В России с 1903 года стал издаваться официальный журнал «Промышленность и здоровье», а с 1902 года издавался журнал «Промышленность и здоровье. Вестник профессиональной гигиены, фабричного и санитарного законодательства». Вопросы охраны здоровья работающих начали систематически обсуждаться на заседаниях обществ, например «Русского общества сохранения народного здоровья», созданного в 80-х годах XIX века. Правление Пироговского общества специально посвящало отдельные заседания вопросам охраны труда.

После революции в 1917 году в системе здравоохранения были изданы законы, постановления, имеющие основополагающее значение для решения и проведения широких государственных мероприятий по снижению заболеваемости промышленных рабочих и обеспечению

безопасных условий труда на производствах. В основу поставленных задач охраны здоровья работающих и населения были заложены идеи профилактики.

В 1923 году был создан первый в мире институт по изучению профессиональных болезней в Москве, затем аналогичные учреждения возникают в других городах и республиках. Эти институты сыграли огромную роль в разработке методологии, принципов и методов оздоровления профессиональной среды и сохранения здоровья работающих.

Создание в 1923 году Московского института по изучению профессиональных болезней им. В.А. Обуха (в настоящее время ГУ НИИ медицины труда РАМН) следует считать точкой отсчета формирования медицины труда в нашей стране, разработки научных, экспериментальных и клинических основ гигиены труда и профессиональной патологии, где в разное время трудились известные отечественные ученые А.П. Смирнов, И.Г. Гельман, С.М. Богословский, Е.О. Фрейфельд, С.М. Генкин, П.П. Движков, Э.А. Дрогичина, Н.М. Кончаловская, К.П. Молоканов, А.А. Летавет, В.И. Навроцкий, А.М. Рашевская, Л.К. Хозянов, Е.В. Хухрина и многие другие.

В течение многих десятилетий проводились клинические, экспериментальные наблюдения и обследования по оценке влияния на организм работающих факторов производственной среды и трудового процесса – химической, биологической, физической природы, тяжести и напряженности труда, разрабатывались и успешно внедрялись мероприятия по профилактике.

С момента образования Института гигиены труда и профзаболеваний им. Обуха, ныне ГУ НИИ медицины труда РАМН, активно развивается профилактическое направление отечественной медицины, являясь научным и методическим центром страны по комплексному изучению влияния производственно-профессиональных факторов на здоровье работающих и разработке научно обоснованных путей улучшения условий труда и защиты окружающей среды с целью сохранения и укреп-

ления здоровья работающих, продления их жизни, предупреждения и лечения как профессиональных, так и профессионально-обусловленных заболеваний.

Основными приоритетными направлениями научных исследований института являются:

- разработка критериев и показателей прогнозирования состояния здоровья работающих в зависимости от уровней воздействия производственных и внепроизводственных факторов и риска развития профессиональных заболеваний;
- разработка и внедрение новых методов при изучении механизмов адаптации и формирования патологических нарушений у работающих при воздействии физических, химических, биологических факторов производственной среды и трудового процесса;
- разработка критериев социально-гигиенического мониторинга условий труда, окружающей среды и состояния здоровья работающих в отдельных отраслях промышленности;
- разработка принципов и методов использования данных социально-гигиенических и эпидемиологических исследований производственных контингентов в системе страховой медицины и дифференциации тарифов по социальному страхованию в зависимости от состояния условий труда и их последствий (заболеваемости, смертности, инвалидности и т.д.);
- совершенствование и разработка новых профилактических технологий, обеспечивающих гигиеническую безопасность; эффективность производственной эргономики; раннее выявление предболезненных состояний; технологий, оказывающих корректирующее влияние на функциональное состояние организма работающих;
- разработка научных основ профилактики медико-социальных последствий психоэмоционального стресса у рабочих в условиях производства;
- разработка научно обоснованных подходов к оценке и управлению профессиональным риском для здоровья и их информационное обеспечение с учетом современных концепций ВОЗ, МОТ, Евросоюза.

В настоящее время институт принимает участие в реализации федеральных целевых программ «Улучшение условий и охраны труда», «Экология и природные ресурсы России», «Здоровый ребенок», «Безопасное материнство». Учеными института совместно со специалистами различных государственных, общественных и научных учреждений разработан проект Президентской программы «Охрана здоровья работающего населения Российской Федерации», осуществляются меры по ее продвижению и реализации.

В структуре института 4 научных отдела, в состав которых входит 16 лабораторий и отделений; головной Центр сертификации парфюмерно-косметической продукции Госстандарта России и Минздрава России; головной Испытательный центр продукции производственно-технологического и бытового назначения

в системе Минздрава России; головной Испытательный центр продукции бытовой химии в системе Минздрава России, Центр профилактической медицины.

В научно-исследовательских отделах и лабораториях проводятся многочисленные, в том числе фундаментальные теоретические, экспериментальные, клинические, эпидемиологические и другие, исследования механизма комплексного и сочетанного воздействия факторов внешней и производственной среды на функциональное состояние и здоровье работающих, научные разработки форм и методов оценки и управления профессиональными рисками, включая изучение воздействия на организм работников различных видов промышленных аэрозолей, токсических веществ, шумов, вибрации, ультра- и инфразвука, электромагнитных излучений, производственного микроклимата. Проводятся чрезвычайно актуальные исследования физиологических, психофизиологических и эргономических аспектов оптимизации трудовых процессов, изучение этиологии и патогенеза профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, разработка методов их профилактики, диагностики и лечения, медицинской, социальной и трудовой реабилитации и многие другие.

В институте работает оснащенная современным оборудованием и аппаратурой клиника, в состав которой входят поликлиническое отделение и стационар на 150 коек, где проводятся углубленные биохимические, иммунологические, аллергологические, электро- и нейрофизиологические, эндоскопические, лучевые, патоморфологические и др. исследования, применяются современные лечебные и реабилитационные методики.

На базе НИИ МТ РАМН созданы и работают Центр профпатологии Минздрава России, Центр профилактической медицины, основными направлениями деятельности которых являются организация и оказание медицинской помощи работающим и пострадавшим от профессиональных заболеваний, несчастных случаев и травм на производстве, профилактика общих и профессиональных заболеваний, оказание медицинских услуг по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации больных, экспертизе профпригодности и установлению связи заболевания с профессией, оказание практической помощи учреждениям и специалистам системы здравоохранения и хозяйственного комплекса страны по совершенствованию медико-санитарного и медико-социального обеспечения работающих.

Огромная работа, проведенная учеными, позволила разработать и ввести санитарно-гигиенические регламенты условий труда и научно обосновать методы выявления ранних нарушений состояния здоровья работающих, внедрения мер профилактики и реабилитации профессиональных заболеваний.

В настоящее время в институте работают 113 научных сотрудников, в том числе 1 академик и 2 члена-корреспондента РАМН, 39 докторов и 58 кандидатов наук.

Институтом также реализуются образовательные программы последипломного профессионального усовершенствования врачей, руководителей, юристов и работников предприятий и организаций, специали-



стов по охране труда, социальному страхованию и др. по вопросам проведения социально-гигиенического мониторинга условий труда и здоровья работников, охраны здоровья, профилактики профзаболеваний и травм на производстве, медико-социального обеспечения работающих, сохранения и укрепления их здоровья, в том числе репродуктивного.

На базе института успешно работают кафедра медицины труда Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и кафедра профессиональных заболеваний Российской медицинской академии последипломного образования. Кафедры принимают активное участие в научно-исследовательской, консультативной и лечебной работе института, в проведении циклов лекций, семинаров, конференций для врачей, обслуживающих рабочих промышленных предприятий.

Научная и практическая деятельность института широко представлена на различных конгрессах и симпозиумах Международной организации труда, достижения ученых представляют несомненный интерес для Российской Федерации, специалистов в области охраны и медицины труда многих стран мира.

Результаты научных исследований института опубликованы в 200 монографиях, только за последние 5 лет сотрудниками опубликованы 683 научные работы, в том числе за рубежом – 130; издано 15 монографий, из них 4 – за рубежом; вышли в свет 7 учебников и руководств для врачей; 16 тематических сборников.

Сотрудниками института за последние 5 лет получено 3 патента на изобретения, в том числе на «Способ диагностики уровня сенсibilизации к промышленным аллергенам», «Способ определения степени зависимости болезни от работы», «Способ диагностики микогенной сенсibilизации» и 3 свидетельства об официальной регистрации компьютерных программ по проблемам медицины труда.

На основании выполненных научных исследований только за последние 20 лет подготовлено и внедрено в практику 495 нормативно-методических документов, в том числе за последние 5 лет – 75.

В целях практической реализации гигиенических и клинических нормативов институт сотрудничает с практическими учреждениями Минздрава России, Минтруда России, а также с научно-исследовательскими, проектными и конструкторскими институтами.

Институт проводит большую работу по подготовке и повышению квалификации научных и врачебных кадров (аспирантура, ординатура, докторантура, предоставление рабочих мест в лабораториях и отделениях, проведение лекций, семинаров и др.). Только за последние 20 лет подготовлено 87 аспирантов и 68 ординаторов. Сотрудниками и аспирантами института с 1935 по 2002 год защищено 697 диссертаций, в том числе 97 докторских и 600 кандидатских (за последние 20 лет – 46 докторских и 142 кандидатские).

С 1975 года институт является сотрудничающим центром Всемирной организации здравоохранения по медицине труда. Институт активно сотрудничает с Международной организацией труда и рядом неправительственных международных организаций, таких как Между-

народная комиссия по медицине труда, Международное научное общество медицины труда и экологии в химической промышленности (МЕДИХЕМ), Коллегиум Рамаццини и др. Наши ученые являются почетными членами многих международных организаций и научных обществ.

За прошедшие 5 лет специалисты института как сотрудничающего центра ВОЗ приняли участие в качестве советников и экспертов в 11 консультативных совещаниях ВОЗ по рассмотрению и подготовке программных документов.

Ученые института участвовали в проекте ВОЗ по изучению биологического действия и созданию единых принципов гигиенического нормирования электромагнитных излучений, подготовке специального глоссария по электромагнитным полям.

Группа ведущих специалистов института участвовала в разработке глоссария ВОЗ «Термины по здоровью окружающей среды».

Институтом подготовлен раздел по Российской Федерации в вышедшем в 2002 году издании ВОЗ «Профили 22 стран по работе и здоровью».

В рамках Международного соглашения между РАМН и Шведской Королевской академией учеными института проводится работа по средствам индивидуальной защиты. На основе результатов исследований в 2000 году был разработан гармонизированный стандарт (EN) по методу оценки средств индивидуальной защиты от холода.

Выполнена работа с США и Финляндией по изучению условий труда и состояния здоровья работающих на асбестовых месторождениях. Совместно с Институтом медицины труда Финляндии получены уникальные результаты по содержанию волокнистых минеральных частиц в легких рабочих и населения, контактирующих с хризотилловым асбестом. Материалы работы опубликованы в отечественных и зарубежных изданиях, доложены на Международной конференции «Безопасность и здоровье при производстве и использовании асбеста и других волокнистых материалов» (г. Екатеринбург, 2002 год).

Ученые института принимали участие в 69 международных форумах в Болгарии, Бразилии, Великобритании, Венгрии, Вьетнаме, Германии, Голландии, Греции, Италии, Кубе, Польше, Сингапуре, США, Таиланде, Тунисе, Турции, Финляндии, Франции, Хорватии, Чехии, Швеции, Швейцарии, ЮАР, Японии. На данных мероприятиях сотрудниками института сделано 120 докладов, посвященных актуальным вопросам медицины труда и профессиональной патологии.

Институтом организовано и проведено 15 симпозиумов, конференций с участием зарубежных ученых и представителей ВОЗ и МОТ.

Так, при поддержке и в рамках проекта ВОЗ «Электромагнитные поля» институт организовал и провел Международное совещание «Электромагнитные поля. Биологическое действие и гигиеническое нормирование» (Москва, 1998 год) и III Международную конференцию «Электромагнитное поле и здоровье человека: функциональные и прикладные исследования» (Санкт-Петербург–Москва, 2002 год). Под эгидой и при участии специалистов ВОЗ и МОТ сотрудничающий центр института



1



НИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА РАМН

провел Международный симпозиум «Репродуктивное здоровье в условиях антропогенного загрязнения» (Казань, 2001 год), I Всероссийский съезд профпатологов (Тольятти, 2000 год) и I Всероссийский конгресс «Профессия и здоровье» (Москва, 2002 год).

В марте 2003 года под патронажем и при содействии фонда «Фогарти» в институте прошел Российско-американский семинар «Скелетно-мышечные нарушения у рабочих ведущих отраслей промышленности».

Осуществляется тесное сотрудничество с научными центрами по медицине труда Венгрии, Италии, Китая, Польши, США, Финляндии, Франции.

За последние пять лет 21 сотрудник института награжден правительственными наградами и 6 сотрудникам присуждены премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, в том числе за разработку физиолого-гигиенических требований к одежде, защищающей рабочих от холода (Н.Ф. Измеров, Г.А. Суворов, Р.Ф. Афанасьева, О.В. Бурмистрова), за разработку профилактического комплекса мер по сохранению репродуктивного здоровья (О.В. Сивочалова, Э.И. Денисов).

В 2002 году институт становится лауреатом I Всероссийского конкурса «Трудовая слава России».

С 1996 года на базе института создан и успешно функционирует Научный совет по медико-экологическим проблемам здоровья работающих. С 2003 года в структуре Научного совета работают три проблемные комиссии: «Научные основы медицины труда», «Промышленная экология», «Профилактика инвалидности, медико-социальная экспертиза и реабилитация».

Основной задачей института в рамках Научного совета и проблемных комиссий являются участие в решении задач по проведению и реализации единой государственной научно-технической и инновационной политики в области охраны здоровья работающих, совершенствование координации научных исследований по медицине труда в Российской Федерации.

Институт издает журналы: «Медицина труда и промышленная экология», «Бюллетень Научного совета «Ме-

дико-экологические проблемы работающих», основной тематикой которых является публикация оригинальных статей о теоретических, методологических разработках в области медицины труда и промышленной экологии, обосновании методов ранней диагностики, лечения, экспертизы трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации, а также результатах прикладных исследований и обосновании нормативно-методических документов для практического здравоохранения.

С июня 1978 года в институте открыт Музей истории гигиены труда и профпатологии.

С 1971 года институтом руководит доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ Николай Федотович Измеров.

Ученый с мировым именем, академик РАМН Н.Ф. Измеров сосредоточил внимание коллектива института на разработке методологии, принципов и методов оздоровления производственной и окружающей среды, сохранения здоровья работающих.

В 2000 году институт становится лауреатом I Всероссийского конкурса «Трудовая слава России». В 2001 году Н.Ф. Измерову в составе коллектива авторов присуждена премия Правительства Российской Федерации в области науки и техники.

Институт активно занимается вопросами формирования системы медико-санитарного обеспечения и контроля за условиями труда и сохранения здоровья на рабочем месте.

В России в настоящее время формируется служба медицины труда, перед которой стоят задачи оценки состояния здоровья работающих не только от уровней воздействующих производственно-профессиональных факторов, но и непродуцированных (окружающей среды, социально-экономических, психоэмоциональных и др.), с оценкой факторов риска для здоровья работающих и разработкой подходов к управлению ими.

С переходом к рыночным отношениям в России сложилась серьезная ситуация, отбросившая страну из числа супердержав в разряд развивающихся стран. Все



это немедленно сказалось на состоянии здоровья населения, особенно работающей его части.

Согласно данным Госкомстата Российской Федерации, в 2002 году из 144,8 млн. жителей около 87,3 млн. человек – лица трудоспособных возрастов. При этом если общая численность населения страны за последние 12 лет сократилась более чем на 5 млн. человек, или почти на 4%, то численность занятого – более чем на 12,0 млн., то есть потери лиц трудоспособного возраста опережают потери населения в целом.

В соответствии с прогнозом Минэкономразвития России тенденция к сокращению численности работающих, занятых в основных отраслях производства, сохранится и в ближайшие 10–15 лет, она составит 50,1 млн. человек, около 7 млн. из которых, в том числе 1,6 млн. женщин, будет занято на работах с вредными и опасными условиями труда.

Анализ состояния здоровья работающих свидетельствует о его существенном ухудшении за последние годы. Уровень смертности населения трудоспособных возрастов от неестественных причин – несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе производственно-обусловленных, – в настоящее время соответствует аналогичным показателям в России столетней давности, почти в 2,5 раза превышает показатели, сложившиеся в развитых странах, и в 1,5 раза – в развивающихся. Смертность трудоспособного населения превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза.

Смертность мужчин превышает смертность женщин трудоспособного возраста в 5–7 раз в зависимости от причин, в результате чего сложился беспрецедентный – более чем в 13 лет – разрыв в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами.

Продолжается рост уровня несчастных случаев на производстве и смертности по этой причине. Ежегодно регистрируется свыше 160 тыс. производственных травм, при этом погибает около 6000 человек.

Более миллиона человек ежегодно впервые признаются инвалидами, особенно высок этот показатель среди трудоспособного населения, проживающего в сельской местности.

В ближайшие десять лет (2006–2015 годы) российский рынок труда будет терять рабочую силу, не считываясь в среднем по 1 млн. рабочих рук ежегодно.

Предполагаемое значительное сокращение численности трудоспособного населения усугубляется также тем, что в его структуре увеличивается число лиц 40 лет и старше, а после 2005 года темпы старения экономически активной части населения будут нарастать.

За последние годы отмечается существенный рост заболеваемости лиц трудоспособных возрастов болезнями сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, нейроэндокринной систем, опорно-двигательного аппарата. Ухудшается репродуктивное здоровье работающих.

Негативные тенденции четко просматриваются и в профессиональной заболеваемости. За последнее десятилетие зарегистрировано свыше 120 тыс. больных с впервые установленным диагнозом профзаболевания, при этом 97% пришлось на хронические за-

болевания (отравления), влекущие ограничения профессиональной пригодности и трудоспособности, отмечается утяжеление течения заболеваний и рост числа неблагоприятных исходов.

В структуре хронических профзаболеваний преобладают болезни органов дыхания, вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость, заболевания опорно-двигательного аппарата.

Наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости регистрируются в горно-добывающей, энергетической промышленности, машиностроении, металлургии и др.

Таким образом, сложившаяся в настоящее время медико-демографическая ситуация, особенно при сохранении существующего уровня смертности лиц трудоспособных возрастов, в достаточно короткий срок может привести к реальному дефициту трудовых ресурсов, что, в свою очередь, будет объективно препятствовать созданию устойчивой финансово-экономической и ресурсной базы государства, дальнейшему экономическому развитию страны и росту ее валового национального продукта.

Существует довольно тесная взаимосвязь между потенциалом здоровья населения и экономическим ростом. Исследования ученых показывают, что ущерб от заболеваемости, инвалидности и смертности населения очень значителен. Так, по расчетам ряда специалистов, только экономический ущерб от потери здоровья населения России в 1999 году составлял около 65 млрд. долл. Эти потери дестабилизируют и ослабляют страну, становясь угрозой национальной безопасности.

Неуклонно возрастает бремя экономических затрат общества на компенсационные выплаты, связанные с ухудшением здоровья работающих.

Ежегодные страховые выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации превышают 25 млрд. руб., по оплате временной нетрудоспособности работающих – около 47 млрд. руб.

За последние 10 лет в связи с преобразованиями и изменениями организационно-правовых форм большинства предприятий и организаций, развитием малого и среднего бизнеса на фоне отсутствия экономической заинтересованности и ответственности работодателей произошло резкое снижение объемов работ и финансирования мероприятий по улучшению условий труда.

Отсутствие системы экономической заинтересованности и ответственности работодателя за здоровье работающего наряду с другими причинами привело к многочисленным нарушениям законодательства об охране труда, сокрытию истинного размера заработной платы и уклонению от полной выплаты суммы социального налога. Именно поэтому во многих регионах соответствующих налоговых поступлений хватает только на пособия по временной нетрудоспособности, беременности и родам; полностью разрушена создававшаяся и оправдавшая себя система медико-санитарного обслуживания промышленных рабочих; резко сократились объемы общей и медицинской профилактики. На предприятиях не проводятся оздо-



ровительные мероприятия, не оказываются услуги по восстановлению здоровья; резко снизилась доступность санаторно-курортного лечения; не проводятся работы по воспитанию здорового образа жизни.

В настоящее время сложилась ситуация, при которой работодатели не заинтересованы или не могут содержать и поддерживать развитие и функционирование социальной инфраструктуры, в том числе учреждений здравоохранения, детских дошкольных, включая оздоровительные, учреждений, физкультурно-оздоровительных комплексов, санаториев-профилакториев. Из более чем 1500 медико-санитарных частей, функционирующих в 1990 году, сохранилось 200.

Существующая система здравоохранения также не может в полной мере обеспечить приоритетное медико-санитарное обслуживание работающих. В результате уровень и качество медицинских профилактических мероприятий не отвечает предъявляемым требованиям, профессиональные заболевания выявляются несвоевременно, когда уже проявляются ограничения трудоспособности и требуется возмещение ущерба, нанесенного здоровью.

Хозяйственная деятельность санаторно-курортных организаций до текущего года обеспечивалась за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации на 70%, собственных средств предприятий – на 20% и личных средств граждан – на 10%.

Только за 2003–2004 годы объем оздоровительных услуг для работающего населения уменьшится соответственно на 60–80% по сравнению с аналогичным периодом 2002 года.

Совершенно очевидно, что сокращение компенсационных расходов и совокупных затрат государства может быть обеспечено только при действительной реализации приоритетной социальной политики, включающей в себя расширение масштабов профилактических мер, повышений эффективности охраны труда и здоровья работающих при активной гражданской роли бизнеса.

К основным факторам, влияющим на здоровье работающего населения Российской Федерации, можно отнести следующие:

1. Неудовлетворительные условия труда, с которыми прямо или косвенно связаны от 20 до 40% трудопотерь по болезням.

Основными причинами неудовлетворительных условий труда являются:

- спад производства и неустойчивая работа многих предприятий, связанные с проводимыми с 90-х годов XX века реструктуризацией отраслей экономики и изменением организационно-правовых форм предприятий и организаций хозяйственного комплекса страны, приведшие к резкому сокращению объемов и финансирования работ по улучшению условий труда;
- старение и износ основных производственных фондов;
- сокращение объемов капитального и профилактического ремонта промышленных зданий, сооружений и оборудования;

- существенное сокращение работ по реконструкции и техническому перевооружению, созданию и закупке новых современных безопасных производственных технологий и техники;
- недостаточная квалификация административно-технических руководителей производства;
- снижение внимания к безопасности производства работ;
- недостаточный уровень обучения и контроля навыков и знаний по охране труда;
- ухудшение производственной и технологической дисциплины.

В результате, по данным Госкомстата, в 2002 году в стране практически каждый шестой работал в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Особенно высок этот показатель в угольной отрасли (45,3%), черной металлургии (40,7%) и при добыче угля подземным способом (56,6%). В промышленности, строительстве, транспорте и связи более 3,6 млн. человек занято на работах в условиях повышенной запыленности и загазованности воздуха рабочей зоны; около 3,0 млн. человек – на работах с повышенными уровнями шума, вибрации, ультра- и инфразвука.

Около половины работающих во вредных и опасных условиях труда – женщины.

2. Внедрение новых и совершенствование существующих технологических процессов машин и оборудования в различных отраслях промышленности способствовало появлению новых производственных факторов, в том числе малой интенсивности, в сочетании с умственно-эмоциональным напряжением, гипокинезией или монотонным трудом, стрессогенными ситуациями и общим фоном физического и психического состояния работающих.

3. Усиление влияния на здоровье профессиональных факторов под воздействием экологических, нервно-эмоциональных и психосоциальных факторов, что приводит к изменению характера течения заболеваний и появлению новых форм болезней, повышению или изменению устойчивости к лекарственным средствам, нарушению иммунологической реактивности и алергизации, ослаблению и срыву адаптационных механизмов.

4. Возрастание роли потенциально опасных для здоровья факторов поведенческого, биологического, генетического, социального характера, повышающих вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

5. Отсутствие экономической заинтересованности и ответственности работодателей за выполнение правил по охране труда и здоровья работников. Стремление к получению быстрой прибыли приводит к усилению тенденций сокрытия предпринимателями имеющихся рисков развития профессиональной и производственно обусловленной заболеваемости, а также к допуску работников к профессиональной деятельности без учета, а иногда и вопреки меди-



цинским заключениям, расторжению трудовых отношений при заболевании работника, нежеланию реализовывать определенные действующим законодательством социальные гарантии.

6. Недостаточная эффективность мер по контролю за выполнением требований в части обеспечения безопасных условий труда и сохранения и укрепления здоровья работающих.

7. Значительное ослабление государственных, общественных, медицинских мер по профилактике профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, раннему выявлению отклонений в состоянии здоровья работников и их оздоровлению.

8. Снижение эффективности сложившейся в последние годы модели здравоохранения в части оказания своевременной, полной и качественной медико-санитарной помощи работающим, в том числе в тяжелых и неблагоприятных условиях труда и пострадавшим на производстве.

9. Отсутствие единой четкой системы медико-социальной и медико-профессиональной реабилитации с использованием возможностей лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений, санаториев-профилакториев предприятий и организаций за счет средств медицинского и социального страхования и работодателей.

10. Отсутствие действенной мотивации населения, в том числе работающего, по сохранению и укреплению собственного здоровья, ведению здорового образа жизни.

Таким образом, учитывая многофакторное влияние различных аспектов жизнеобеспечения и жизнедеятельности на организм работающего населения, укрепление и сохранение его здоровья должно быть стратегической целью при проведении социальных и экономических реформ и мерил их эффективности.

Одним из ресурсов общества, усилия и материальные возможности которого могут быть направлены на решение проблемы здоровья работающего населения нашей страны, является бизнес.

Ответственность бизнеса за сохранение и укрепление здоровья работающего населения страны бесспорна. Необходимым условием выполнения бизнесом своих задач по сохранению и укреплению трудовых ресурсов страны является принятие законодательных нормативных актов, регулирующих вопросы охраны здоровья работающих, соблюдение принятых норм всеми субъектами предпринимательской деятельности, целевых программ охраны здоровья работающего населения и создание эффективной системы государственного и общественного контроля за этой деятельностью.

Соответствующие законодательные и нормативные правовые акты и программы должны быть приняты на уровне субъектов Российской Федерации с учетом имеющейся специфики в сфере производства, медико-демографической ситуации и состояния здоровья работающих.

Без этого невозможна реализация государственной политики и государственных решений, направленных на улучшение здоровья работающего населения.

Основными целями деятельности в этом направлении являются:

- реализация государственной социальной политики по охране здоровья работающего населения с комплексом мер – политических, экономических, экологических, технологических, правовых, социальных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических, противоэпидемических, направленных на создание благоприятных условий жизнедеятельности с минимизацией воздействия вредных и неблагоприятных производственных, экологических, поведенческих и других факторов, сохранение и укрепление физического и психического здоровья работников, обеспечение качества и продолжительности активной жизни и трудоспособности;
- обеспечение безопасности и гигиены труда и здоровья работников в процессе трудовой деятельности на основе повышения ответственности и заинтересованности работодателей за состояние условий и охраны труда;
- обеспечение гарантий правовой социальной защиты работников от профессиональных рисков;
- переориентация политики в области охраны труда с сугубо государственной на паритетную с привлечением к ее проведению органов регионального управления экономикой и организаций всех форм собственности;
- создание экономико-правовых предпосылок развития медицинской социальной сферы и инфраструктуры в области охраны труда, здравоохранения, систем медицинской реабилитации, подготовки и переподготовки кадров;
- ориентация инвестиционной политики во всех сферах экономики на выполнение требований охраны труда и повышение безопасности гигиены труда работников.

Достижение поставленных целей и задач, выполнение намеченного плана действий возможны лишь при реализации межведомственного, межотраслевого, комплексного подхода к охране здоровья работающих, создании определенных условий финансирования, управления и координации этой деятельности.

Механизмом реализации такого подхода и важнейшим ориентиром социально-экономического развития общества на предстоящие годы может стать Президентская программа «Здоровье работающего населения России на 2004–2015 годы».

Программа может включать в себя ряд подпрограмм, таких как «Улучшение условий и охраны труда», «Качество жизни на производстве», «Медицина труда», «Профилактика профессиональных и производственно обусловленных заболеваний», «Репродуктивное здоровье работающих», «Медико-социальная и профессиональная реабилитация работающих и пострадавших на производстве», «Социальное обеспечение и социальная защита работающих и пострадавших на производстве», «Сохранение здоровья здоровых» и др.

Разработка и реализация Президентской программы и соответствующих подпрограмм позволит,



кроме достижения ожидаемых результатов, существенно модифицировать и улучшить систему взаимодействия всех заинтересованных субъектов по решению поставленных целей и задач, повысить эффективность использования затрачиваемых ресурсов.

Приоритетными действиями в этом направлении на период 2004–2015 годов является реализация следующих ключевых задач:

- совершенствование законодательно-правовой базы в сфере технического регламентирования условий труда и развития промышленных технологий, взаимоотношений «работодатель – работник – государство», охраны здоровья работающих и формирования системы медико-социальной защиты работающих и пострадавших на производстве;
- разграничение полномочий и координация функций субъектов управления на федеральном, региональном, муниципальном уровнях по управлению безопасностью и медициной труда;
- формирование системы и методологии технического регулирования в части разработки и применения требований к продукции, процессам производства, эксплуатации, хранению и перевозке, реализации и утилизации, выполнению работ и оказанию услуг, безопасных для здоровья и жизни работников с учетом минимизации риска причинения вреда;
- разработка организационно-правовых аспектов осуществления медико-социального аудита на предприятиях крупного, среднего и малого бизнеса;
- совершенствование налоговой политики, призванной стимулировать работодателя к проведению мер, по повышению эффективности производственной сферы, внедрению современных безопасных производственных технологий, улучшению условий и охраны труда, совершенствованию медико-санитарного обеспечения работающих и приведению его в соответствие с потребностью реформируемых производств и международными нормами и требованиями;
- научное и научно-методическое обеспечение мер по охране здоровья работающего населения, включающее в себя разработку научно обоснованных подходов к оценке здоровья и управлению профессиональными рисками с учетом отечественного опыта и современных концепций ВОЗ, МОТ, директив Евросоюза; оценку условий труда работающих, их взаимосвязи с формированием профессиональных и производственно обусловленных заболеваний; разработку научно обоснованной стратегии по созданию условий для формирования здорового, социально эффективного жизненного стиля трудоспособного населения; адекватных медико-организационных технологий по снижению негативного влияния условий труда и характера трудового процесса на здоровье работающих, своевременному выявлению и лечению профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, сохранению трудового потенциала и др.;

- создание здоровых и безопасных производственных технологий и условий труда на предприятиях различных отраслей хозяйственного комплекса и формирования контрольно-разрешительной системы на рынке труда;
- реализация комплексной и межведомственной системы мер по улучшению условий и охраны труда, включая вопросы внедрения современных наукоемких и безопасных технологий, повышения эффективности проведения паспортизации предприятий и аттестации рабочих мест, проведения плановых мероприятий по восстановлению и реновации основных производственных фондов и технологического оборудования;
- совершенствование системы государственной экспертизы условий труда, включающей в себя все основные аспекты допуска к производственной деятельности, контроля за влиянием производственных факторов на состояние здоровья работающих;
- введение в действие системы сертификации работ по охране труда;
- усиление предупредительных мер, направленных на предотвращение несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в рамках социального страхования от профессиональных рисков;
- сохранение и укрепление здоровья работающих, профилактики общих и профессиональных заболеваний, формирования здорового образа жизни, оптимизации медико-санитарного обеспечения работающих и пострадавших на производстве;
- укрепление здоровья здоровых, включая меры по первичной профилактике заболеваний, медицински обоснованной профессиональной ориентации, действенной пропаганде здорового образа жизни, рационального питания, физической активности, борьбе с вредными привычками – курением, злоупотреблением алкоголя и употреблением наркотиков;
- снижение воздействия на организм работающих профессиональных, экологических и иных рисков повышенной заболеваемости, проведение общеоздоровительных и общеукрепляющих мероприятий;
- реализация приоритетных программ по профилактике неинфекционных, в том числе профессиональных, заболеваний на рабочем месте;
- принятие мер по сохранению репродуктивного здоровья работающих;
- совершенствование организационно-функциональной структуры и форм управления системой медицины труда и приведение ее в соответствие с международными нормами и требованиями с учетом потребности работников реформируемых производств, организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности учреждений здравоохранения;
- совершенствование деятельности центров профпатологии, других учреждений здравоохранения по оказанию первичной и специали-



зированной медицинской помощи работающим и пострадавшим;

- создание медицинских учреждений нового типа (центров медицины труда, центров медико-социальной реабилитации и др.);

- развитие социального партнерства в решении проблем охраны и медицины труда, совершенствования системы медико-социальной защиты и социального страхования работающих и пострадавших на производстве;

- формирование системы медико-социальной и профессиональной реабилитации работающих и пострадавших на производстве, включая формирование реабилитационной базы для оздоровления работающих (центров здоровья, санаториев-профилакториев, санаторно-курортных учреждений) и совершенствование их деятельности; создание рабочих мест для использования остаточной трудоспособности пострадавших на производстве; формирование системы переобучения иным специальностям лиц, пострадавших на производстве;

- разработка и реализация эффективной социальной защиты работающих подростков, женщин и инвалидов;

- реализация адекватных мер по социальной защите пострадавших с учетом прогноза состояния здоровья и трудоспособности. Формирование системы наиболее эффективной адресной медико-социальной защиты работников и пострадавших на производстве и снижение затрат на возмещение ущерба здоровью, лечение хронических заболеваний;

- совершенствование системы информационного обеспечения и подготовка кадров;

- осуществление социально-гигиенического мониторинга условий труда и состояния здоровья работающих на уровне Российской Федерации, ее субъектов, муниципальных объединений

- и хозяйствующих субъектов. Формирование Национального регистра профзаболеваний, производственных травм, инвалидизации по этой причине.

С этой целью необходима консолидация бюджетных и внебюджетных финансовых средств для реализации мероприятий по охране и укреплению здоровья работающих; координация действий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, объединений работодателей, профсоюзов и иных общественных организаций

по привлечению финансовых ресурсов, выделяемых на осуществление мер по укреплению здоровья работающих.

Проблема охраны здоровья работающего населения носит государственный характер и требует четкой координации всех сфер деятельности по предупреждению ущерба здоровью, по его укреплению. Узкоотраслевой подход к этой проблеме чреват серьезными негативными последствиями для общества.

Основными результатами реализации концепции и программы должны быть:

- осуществление поэтапного перехода к обеспечению здоровых безопасных условий труда, формирование системы охраны и медицины труда, адаптированных к организационно-правовым формам учреждений, организаций и предприятий хозяйственного комплекса, внедряемым в производство современным технологиям, финансово-экономическим условиям с учетом действующей структуры производств и учреждений здравоохранения и международных требований и норм, в результате чего ожидается:

- приведение в соответствие с санитарно-гигиеническими нормами и требованиями 80–90% рабочих мест в зависимости от отраслей экономики;

- снижение уровня профессиональных и сочетанных рисков для здоровья работников за счет внедрения современных безопасных технологий производства, улучшения защиты работающих и усиления контроля за их состоянием здоровья и допуском к профессиональной деятельности;

- улучшение системы медицинского обеспечения работающих, особенно подростков и женщин, и пострадавших на производстве;

- достижение укрепления общественного, группового и индивидуального, а также репродуктивного здоровья.

Все это будет способствовать раннему выявлению заболеваний, связанных с воздействием производственно-профессиональных факторов на ранних стадиях их развития, а применение на этой стадии медицинской, социальной и трудовой реабилитации – снижению заболеваемости, инвалидности, смертности и травматизма.

В результате выполнения перечисленных мероприятий уменьшатся доли компенсационных выплат, в том числе на обязательное социальное страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, на предприятиях.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ



II

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ РОССИИ

165

ТУБЕРКУЛЕЗ В РОССИИ
В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

173

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ
СЛУЖБА РОССИИ

188

РАЗРАБОТКА, ВНЕДРЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ
НОВЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
МАТЕРИАЛОВ И ТЕХНОЛОГИЙ
В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

193

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

ДИРЕКТОР ГУН ЦЕНТРАЛЬНОГО
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ТРАВМАТОЛОГИИ
И ОРТОПЕДИИ ИМ. Н.Н. ПРИОРОВА
МИНЗДРАВА РОССИИ, ГЛАВНЫЙ
ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД
МИНЗДРАВА РОССИИ,
АКАДЕМИК РАН И РАМН
Сергей Павлович
Мионов



Травматические повреждения и заболевания костно-мышечной системы являются одной из основных причин инвалидизации населения, ведут к значительной утрате трудоспособности, а травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин являются, кроме того, одной из ведущих причин смертности. Все это выводит травматизм и ортопедическую патологию за рамки чисто медицинских проблем.

В стране отмечается постоянный рост абсолютного числа пострадавших от травм и некоторых других последствий воздействия внешних причин. Так, в 2002 году зарегистрировано свыше 13,0 млн. травм и других несчастных случаев, показатель травматизма в среднем по стране составил у взрослых 8846,8, у детей – 9669,0, у подростков – 11 009,0 на 100 тыс. соответствующего населения. За последний год этот показатель возрос во всех возрастных группах в среднем на 3,7%. В ряде регионов страны показатели травм значительно отличаются от показателя, среднего по стране. Причина этих существенных колебаний в значительной степени зависит от развития и доступности специализированной травматологической помощи. В структуре травматизма среди взрослого населения преобладают травмы, не связанные с производством, а среди последних – повреждения, полученные в быту.

Болезни костно-мышечной системы в общей структуре заболеваемости составляют 7,3%, занимая

4-е место после болезней органов дыхания, кровообращения и пищеварения.

Вместе с тем заболеваемость болезнями костно-мышечной системы неуклонно растет: так, по сравнению с 2001 годом в 2002 году заболеваемость взрослого населения увеличилась на 4,7% (в 2001 году – 9960,3 в 2002 году – 10 425,2 на 100 тыс. взрослого населения). Как и в предыдущие годы, у 1/3 больных, обратившихся за медицинской помощью по поводу патологии опорно-двигательной системы, диагноз заболевания установлен впервые в жизни. Сохраняется рост заболеваемости болезнями костно-мышечной системы у детей. Ежегодно в среднем по стране в 54,8% случаев диагноз заболевания ставится впервые в жизни. В 2002 году показатель общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы у детей был равен 7862,9 на 100 тыс. детского населения, а первичная заболеваемость составила 4311,8. Отмечен также рост патологии костно-мышечной системы у подростков. Увеличение частоты заболеваний у подростков по сравнению с детьми обусловлено, с одной стороны, эффектом накопления, с другой, несомненно, имеет место и фактический рост первичных заболеваний.

Ситуация, сложившаяся в настоящее время в отношении болезней костно-мышечной системы в России, с одной стороны, является результатом влияния социально-экономических условий, с другой стороны – низким уровнем профилактики, снижением у большинства граждан возможностей организации адекватного отдыха, занятий физической культурой и спортом, распространением алкоголизма, недостатками в организации и качестве медицинской помощи.

Класс болезней костно-мышечной системы объединяет множество заболеваний, в лечении которых принимают участие и общие хирурги, и неврологи, и ревматологи, и терапевты. Болезни костно-мышечной системы характеризуются большой распространенностью, в большинстве случаев хроническим течением болезни с периодически повторяющимися ремиссиями и рецидивами, кратным и длительным

стационарным лечением, высокой стоимостью как консервативного, так и оперативного лечения.

Травмы, отравления и другие несчастные случаи, а также болезни костно-мышечной системы являются одной из основных причин временной утраты трудоспособности, занимая второе место после болезней органов дыхания. Только в течение 2002 года было зарегистрировано свыше 7 млн. случаев временной нетрудоспособности и было потеряно свыше 133 млн. дней. Динамика показателей временной нетрудоспособности по поводу травм и заболеваний костно-мышечной системы за три последних года показывает постоянный рост. В 2002 году зарегистрировано 14,7 случая временной нетрудоспособности (на 100 работающих) в результате травм и болезней костно-мышечной системы (6,6 случая вследствие травм и 8,1 случая вследствие патологии опорно-двигательного аппарата). Число дней нетрудоспособности на 100 работающих от этих причин составило 267,3 дня (141,2 дня потеряно в результате травм и 126,1 дня – в результате патологии костно-мышечной системы).

По причине инвалидности среди взрослого населения травмы и болезни костно-мышечной системы занимают второе место после болезней органов кровообращения. Высокие показатели инвалидности отмечаются у подростков и детей, при этом из общего числа инвалидов вследствие этих причин 62,7% составляют инвалиды с тяжелыми заболеваниями костно-мышечной системы. В целом по России показатель инвалидности составил 15,5 на 10 тыс. детей и подростков, у мальчиков этот показатель равнялся 17,8, у девочек – 13,1. 39,6% детей и подростков, признанных инвалидами, составили дети в возрасте 10–14 лет, 24,1% – подростки 16–17 лет. Отмечаются значительные колебания этого показателя в различных регионах страны, что является косвенным свидетельством различного уровня качества специализированной помощи.

Смертность от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин является еще одним показателем, характеризующим социальную значимость проблемы. В 2001 году смертность населения от внешних причин увеличилась на 4,6% и составила 230,7 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие показатели отмечены у мужчин трудоспособного возраста (35–60 лет).

Амбулаторно-поликлиническая служба в Российской Федерации в 2002 году представлена 2609 травматологическими (ортопедическими) кабинетами (отделениями), что на 2,8% больше по сравнению с 2001 годом.

В то же время в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах число таких кабинетов сократилось.

Вместе с тем амбулаторно-поликлиническая служба играет особую роль в оказании помощи больным с травматическими повреждениями и болезнями костно-мышечной системы. Ее значение определяется тем, что более 80% больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата нуждаются только в амбулаторном лечении; почти все больные, получившие лечение в стационаре, завершают его в поликлини-

ке. Более половины всех дней нетрудоспособности по поводу травм и болезней костно-мышечной системы приходится на амбулаторное лечение. К сожалению, потребность населения в амбулаторной травматолого-ортопедической помощи полностью не удовлетворяется. Амбулаторно-поликлинические приемы травматологов-ортопедов организованы лишь в крупных городах.

Таким образом, до настоящего времени травматолого-ортопедическая помощь в условиях поликлиник доступна только больным крупных городов. Но даже там, где она существует, поликлиническая служба далека от совершенства и не способна оказать квалифицированную помощь. Причиной этого является низкая материально-техническая база поликлиник. Не решены вопросы реабилитации больных с последствиями травм и ортопедической патологией в условиях поликлиник. Техническое оснащение отделений восстановительного лечения не соответствует современным требованиям, сохраняется потребность в инструкторах по лечебной физкультуре, трудотерапии, массажистах.

Особое значение в организации травматолого-ортопедической помощи населению имеет стационарное лечение. В настоящее время лечение травматолого-ортопедических больных осуществляется в стационарах различного типа, включая специализированные. Подавляющее число коек травматологического и ортопедического профиля находится в составе специализированных отделений. Обеспеченность населения травматологическими койками составляет в среднем по стране 3,5 на 10 тыс. населения. Сохраняется низкая обеспеченность населения ортопедическими койками: 0,69 на 10 тыс. населения. При этом в 16 субъектах Российской Федерации специализированные ортопедические койки вообще не развернуты, среди них Брянская, Иркутская, Читинская области, Алтайский край, Республика Саха (Якутия), в 10 территориях количество коек колеблется от 5 до 10. Наличие маломощных отделений приводит к распылению врачебных кадров и нерациональному использованию оборудования или недостаточному оснащению современным оборудованием. В таких отделениях невозможно обеспечить высококвалифицированное лечение.

В 2002 году стационарное лечение получили свыше 2,1 млн. пострадавших от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин. При этом только половина нуждающихся получили лечение в специализированных травматологических отделениях. Значительный дефицит ортопедических коек приводит к тому, что только 9,5% больных с патологией костно-мышечной системы получают лечение на специализированных койках.

О необходимости создания полноценных самостоятельных травматолого-ортопедических отделений говорится уже на протяжении по крайней мере последних 25 лет. Однако в современных условиях решение этого вопроса в основном во многом зависит не от решений Минздрава России, а от региональных руководителей здравоохранения. В течение последних лет сохраняется значительный дефицит травматологов-ортопедов. Всего в штате лечебно-профилактических учреждений



в 2002 году состояло 15 709 травматологов-ортопедов, в том числе 6721 специалист (42,1%) в амбулаторно-поликлинической сети. При этом в среднем 1/3 должностей заняты совместителями, в Уральском федеральном округе этот показатель составляет 50,4%.

Итак, травмы и последствия других воздействий внешних причин, а также болезни костно-мышечной системы вследствие высоких показателей заболеваемости, инвалидности и смертности представляют важную медико-социальную проблему. Не случайно период с 2000 по 2010 год был определен ВОЗ как «десятилетие изучения и предупреждения заболеваний костей и суставов». Учитывая все увеличивающееся количество больных, страдающих патологией опорно-двигательного аппарата, что характерно для всех развитых стран мира, огромное количество травмированных как в мирное время, так и при различных военных конфликтах, было выделено 4 приоритетных направления развития травматологии и ортопедии: болезни суставов, остеопороз, патология позвоночника и боли в поясничном отделе, тяжелые травмы конечностей. Выполняемая в настоящее время отраслевая программа «Современные проблемы травматологии и ортопедии» направлена на решение этих приоритетных направлений травматологии и ортопедии.

В реализации данной программы принимают участие 9 научно-исследовательских институтов травматологии и ортопедии, 14 кафедр травматологии и ортопедии медицинских вузов страны.

В период 2001–2002 годов институтами и профильными кафедрами разработаны и предложены новые методы хирургического лечения переломов костей таза и трубчатых костей, использующие чрескостный остеосинтез в сочетании с чрескостными остеотомиями, разработан способ баролазерного воздействия и способ пролонгированной стимуляции кровообращения в нижних конечностях при нарушении консолидации длинных костей. Разработан метод коррекции функции мышц нижних конечностей при осложненной травме грудного и поясничного отделов позвоночника с помощью электростимуляции периферических структур нейромоторно-аппарата спинного мозга и его корешков. Для лечения больных с переломами костей, возникших на фоне остеопороза, предложен метод фармакологической коррекции нарушения ремоделирования костной ткани с использованием стимуляторов костеобразования.

В целях совершенствования лечения последствий внутри- и околоуставных повреждений были предложены: биомеханически обоснованный метод стабильно-функционального остеосинтеза для лечения застарелых травматических повреждений голеностопного сустава, программа восстановительного лечения после хирургического лечения травм крупных суставов.

Для профилактики и лечения гнойных осложнений разработаны методы экстракорпорального воздействия лазерного излучения на аутокровь в случаях замедленной консолидации переломов длинных костей, методы с использованием индукторов интерферона (неовир, циклоферон), применение озono-кислородной смеси для лечения паратравматической экземы в области

гнойных ран, остеомиелитических язв и свищевых ходов при хроническом остеомиелите. Для лечения больных с хроническим остеомиелитом применен Коллапан, содержащий пролонгированно выделяющийся антибиотик.

Предложен алгоритм диагностики и лечения такого грозного осложнения, как жировая эмболия, у пострадавших со скелетной травмой. Разработана система профилактики и лечения жировой эмболии, начиная с догоспитального этапа.

Широкое использование в лечении травм и заболеваний опорно-двигательной системы нашли различные методы микрохирургической техники, направленные на лечение последствий травм сосудисто-нервного пучка. Хорошо зарекомендовали себя метод использования фасциальных васкуляризованных лоскутов для лечения обширных повреждений верхних конечностей и предложенная схема медикаментозной терапии для профилактики и лечения осложнений кровоснабжаемого тканевого комплекса при его аутоотрансплантации.

Научные исследования в области патологии и травматических повреждений позвоночника позволили разработать алгоритм диагностики повреждений и заболеваний краниовертебральной области, предложить способ лечения посттравматической шейной миелопатии, позволяющий осуществлять стимуляцию сегментарного аппарата спинного мозга.

Распространенный в последнее время синдром поясничных болей привлекал пристальное внимание исследователей. Для лечения протрузий межпозвоночных дисков предложен метод чрескожной лазерной декомпрессии, применен малоинвазивный метод радиочастотной денервации для лечения больных с фасеточным синдромом поясничного отдела позвоночника и метод ударно-волновой терапии при лигаментопатиях связок пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Последнее поколение аппаратов лучевой диагностики (КТ, МРТ и ЭНМГ) позволило уточнить патогенез тяжелых форм сколиотической болезни, остеохондроза, различных форм патологии суставов и предложить новые подходы к лечению.

Решая проблему диагностики, лечения и реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов, изучены деформационно-нагрузочные характеристики суставного хряща в норме и при посттравматических контрактурах, определено содержание гексуроновых кислот в хряще при дегенеративно-дистрофических поражениях суставов, внедрен артроскопический метод лазерной обработки хрящевых поверхностей для лечения дегенеративно-дистрофических поражений коленного сустава, разработаны программы обследования больных с повреждениями капсульно-связочных структур плечевого, коленного и тазобедренного суставов.

Представлен современный подход в лечении больных с анкилозом тазобедренного сустава, развившегося после перенесенных гнойных осложнений. Выделена особая фиброзно-костная форма анкилоза и представлен механизм ее образования.

В эксперименте установлены количественные показатели межфибрилярного пространства хрящевой



ткани и доказано, что амортизационные функции хряща зависят от фибриллярной архитектоники, диаметров каналов, степени связывания воды в геле, т.е. качественного (химического) состава протеогликанов.

Особое внимание уделено проблеме реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов. Был предложен метод консервативного лечения больных с миофасциальным болевым синдромом с использованием инактивации триггерных точек. Разработанный способ определения частотных характеристик массажного воздействия с помощью регистрации акустических сигналов, воспроизводимых массажными манипуляциями, позволил объективно в графическом и цифровом виде представить характерологические особенности массажных приемов.

Активно разрабатывалась проблема эндопротезирования крупных суставов. Для решения указанной проблемы разработаны биомеханическое обоснование показаний к эндопротезированию и способ эндопротезирования тазобедренного сустава, выполненный при истинном костном анкилозе. Разработан регистр пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава. Введение единого регистра на территории страны позволит внедрить единые стандарты при выполнении эндопротезирования, осуществлять контроль над качеством лечения и прогнозировать медико-социальные аспекты проблемы. Разработана методика диагностики нестабильности эндопротезов, основанная на оценке соматосимпатического вазомоторного рефлекса с помощью компьютерной термографии. Предложен метод предупреждения развития имплантационного синдрома при эндопротезировании крупных суставов с использованием костного цемента. Разработан метод цитопротекторной терапии, включающий сочетанное применение антиоксидантов и антигипоксантов. Предлагаемый метод позволяет снизить цитотоксическое действие мономера метилметакрилата. Для диагностики острого венозного тромбоза и постфлебической болезни у больных с травмами нижних конечностей и после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов внедрена методика ультразвукового дуплексного ангиосканирования с цветным кодированием кровотока. Даны основные режимы ультразвукового ангиосканирования и методика исследования. Описаны эхографические признаки тромбоза магистральных сосудов. Определены сроки проведения дуплексного ангиосканирования при эндопротезировании суставов.

С целью предупреждения развития нестабильности имплантатов при эндопротезировании разработаны схема ведения больных с нарушением минеральной плотности костной ткани и методика эндопротезирования с использованием губчатых деминерализованных аллотрансплантатов.

Увеличивающееся количество больных с остеопорозом, отмеченное в последнее десятилетие, ставит перед травматологами-ортопедами определенные задачи в отношении разработки программ для

различных возрастных групп по раннему выявлению остеопороза и его профилактики.

Результаты научных исследований по проблеме представлены в методических рекомендациях и пособиях для врачей, в опубликованных статьях и монографиях, в авторских свидетельствах и патентах; обсуждены на различных научных форумах в нашей стране и за рубежом.

Однако многие современные методы диагностики и лечения травм и болезней костно-мышечной системы медленно внедряются в практику здравоохранения. Причиной этого являются низкая оснащенность поликлинических отделений и стационаров необходимым оборудованием и отсутствие квалифицированных кадров. В то же время целый ряд операций, относящихся к категории высокотехнологичных, должны выполняться после соответствующей подготовки не только травматолога-ортопеда, но и анестезиологов, реабилитологов, среднего медицинского персонала. Первым этапом работы по совершенствованию специализированной травматолого-ортопедической службы в стране является проведение аккредитации лечебных учреждений, определяющей объем и качество оказываемой медицинской помощи в том или ином учреждении. Кроме того, необходимо активизировать работу по выработке единых стандартов (стандартов) по лечению больных с травмами и ортопедической патологией, провести унификацию медицинского инструментария. Эти мероприятия особенно важны в условиях страховой медицины.

Реализация задач, стоящих перед отраслью, должна начинаться с регионального уровня. В настоящее время по инициативе Российской ассоциации травматологов-ортопедов Минздравом России в каждом федеральном округе утвержден главный специалист, курирующий травматологическую и ортопедическую службу. Главными специалистами федеральных округов стали директора научно-исследовательских институтов травматологии и ортопедии, а также заведующие кафедрами травматологии и ортопедии медицинских вузов.

Каждый федеральный округ должен иметь свою целевую территориальную программу, определяющую развитие специализированной помощи взрослому и детскому населению в зависимости от потребностей региона в том или ином виде помощи.

Такие комплексные программы, разработанные для каждого округа, будут учитывать все особенности региона и опираться на поддержку региональных властей. Выполнение таких программ позволит развить и укрепить материально-техническую базу, кадровый и научный потенциал, повысить эффективность лечебно-профилактической помощи.

Не вызывает сомнения тот факт, что только адекватное финансирование позволит реализовать целевые территориальные программы и даст возможность преодолеть разрыв, существующий между научно-исследовательскими институтами, кафедрами травматологии и ортопедии, владеющими современными технологиями диагностики и лечения, и малообеспеченным практическим здравоохранением.

ТУБЕРКУЛЕЗ В РОССИИ

В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Первые годы XXI века стали началом нового этапа борьбы с туберкулезом в Российской Федерации. Основной характеристикой этого этапа является стабилизация эпидемической ситуации в масштабах страны. В ряде регионов наметилась тенденция к некоторому снижению заболеваемости и смертности от туберкулеза.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ БАЗА

Противотуберкулезная работа в России базируется на законодательной базе и государственной поддержке. Минздравом России 13 июля 1997 года издан приказ №193 «О создании Государственной системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза». Правительство Российской Федерации постановлением №582 от 11 июня 1998 года утвердило Федеральную целевую программу «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Российской Федерации на 1998–2004 годы». К настоящему времени она продлена до 2006 года и составляет раздел новой Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». Ученый совет Минздрава России 28 февраля 2000 года принял «Концепцию национальной программы противотуберкулезной помощи населению России», в которой сочетаются исторический опыт и принципы отечественной фтизиатрической науки с мировым опытом. Государственная Дума 24 мая 2001 года приняла, а Президент России 18 июня 2001 года подписал Федеральный закон №77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Соответственно этому Закону Правительство Российской Федерации 25 декабря 2001 года издало постановление №892 о порядке и сроках медицинских осмотров населения для выявления туберкулеза. Отдельные разделы постановления предусматривают порядок диспансерного наблюдения за больными и ведение Минздравом России совместно с Государственным комитетом Российской Федерации по статистике госу-

дарственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза.

В 2001 году Минздрав России утвердил 5-летний план борьбы с туберкулезом. На совместном совещании с представителями ВОЗ одобрены результаты работы тематических рабочих групп из Рабочей группы высокого уровня по туберкулезу.

В результате сложной работы был подготовлен и издан 21 марта 2003 года приказ Минздрава России №109 о совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации с приложениями и инструкциями. Проект этого приказа 18 октября 2002 года был предварительно обсужден и одобрен на заседании Рабочей группы высокого уровня Минздрава России и ВОЗ.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

В соответствии с Федеральной программой, утвержденной в 1998 году, в течение последних 5 лет отмечается значительное улучшение финансирования противотуберкулезной службы за счет федерального бюджета (рис. 1–4). Уровень финансирования за счет региональных бюджетов возрос за этот срок почти в 2 раза. Явный прогресс достигнут в строительстве и реконструкции ряда учреждений. В июне 2002 года открыт новый комплекс НИИ туберкулеза в Новосибирске. Для ведущих учреждений закуплено новое лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое оборудование. Ликвидирован острый дефицит лекарственных препаратов первого ряда. Институты туберкулеза и фтизиопульмонологии, а также ряд диспансеров обеспечены дорогостоящими препаратами второго ряда. В 2001 году впервые выделены средства для проведения профилактических противотуберкулезных мероприятий. 12 сентября 2003 года подписано соглашение с Всемирным банком о кредите в 100 млн. долл. США на противотуберкулезные мероприятия в России. Финансовую лепту в борьбу с туберкулезом вносят также Всемирная организация здравоохранения и ряд донорских международных организаций.

Таблица 1
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(на 100 тыс. населения)

	2000	2001	2002
Взрослые	90,7	88,2	86,1*
Дети	17,9	18,6	15,9

* Заболеваемость постоянного населения – 66,7.
Заболеваемость по критериям ВОЗ – 32,6.

Таблица 2
БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕ
среди впервые выявленных больных
туберкулезом органов дыхания (%)

	2000	2001	2002
*МБТ (+)	35,8	36,1	39,3
*МБТ (-)	64,2	63,9	60,7

Все методы исследования мокроты, уточненные данные

Таблица 3
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
впервые выявленных больных
туберкулезом легких (%)

	2000	2001	2002
Амбациллирование (метод посева)	72,2	73,4	74,2
Закрытие деструкции	61,3	62,6	62,8

СТАТИСТИКА И МОНИТОРИНГ

Показатели заболеваемости туберкулезом в России за последние 3 года представлены в таблице 1. Заболеваемость постоянного населения, естественно, ниже общей заболеваемости – среди заключенных и мигрантов туберкулез выявляют значительно чаще. Согласно критериям ВОЗ (МБТ+ при обычной микроскопии мокроты с окраской по Цилю-Нельсену) заболеваемость туберкулезом органов дыхания в России равна 39,3. Однако в реальности эта цифра должна быть выше, так как во многих регионах бактериовыделение из-за невысокого качества микроскопических исследований мокроты не всегда распознается.

В 2000 году показатель смертности (на 100 тыс. населения) был равен 20,5, в 2001 году – 19,9, в 2002 году – 21,5. Летальность среди всех впервые выявленных больных туберкулезом в течение последних лет стабильна и равна 4,4%.

Серьезное значение для эпидемиологической ситуации может иметь тенденция к распространению в России ВИЧ-инфекции и СПИДа. По имеющимся дан-

ным, число ВИЧ-инфицированных в стране приблизилось к 250 тыс. человек. Среди них – 7000 больных туберкулезом. Пока проблема ВИЧ/СПИД – туберкулез еще не стала для наших фтизиатров достаточно острой, но подготовка к ней уже началась.

В информационном обеспечении фтизиатрической службы все большую роль приобретает компьютерный мониторинг. В 2001 году мониторингом было охвачено 60% населения страны. Создан аналитический персональный регистр впервые выявленных больных туберкулезом.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

Основными методами выявления туберкулеза у детей являются клинический, иммунологический и в определенной степени лучевой, а у взрослых – клинический, лучевой и бактериологический.

Несколько лет назад на фоне программы ВОЗ для развивающихся стран на нескольких совещаниях имела место дискуссия о методах выявления туберкулеза легких у взрослых в России. В плане этой дискуссии необходимо отметить три положения, которые являются важными с противоэпидемической, профилактической, терапевтической и прогностической точек зрения.

1. Выявление туберкулеза легких у детей должно быть ранним, а у взрослых – своевременным. Под своевременным понимают выявление неосложненных форм первичного туберкулеза, а также начальных форм вторичного туберкулеза – до появления в легких распадающихся очагов и инфильтратов. В этой фазе у больных еще нет кашля с мокротой и главное – определяемого обычной световой микроскопией бактериовыделения. Заболевание выявляют, следовательно, до развития так называемого открытого, инфекционного, или заразного, туберкулеза. В этом – первая важная сторона противоэпидемического и профилактического значения своевременного выявления.

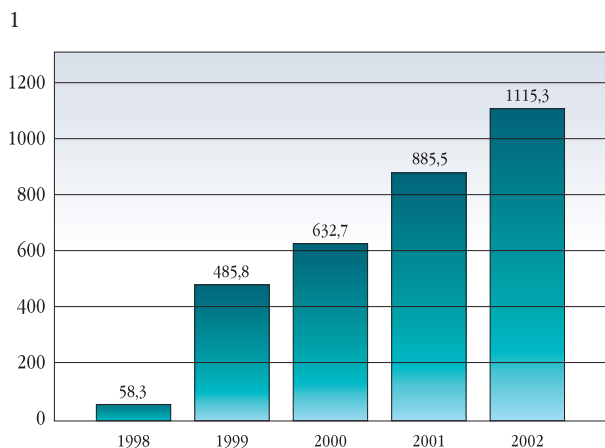
2. При своевременном выявлении и рано начатом лечении у ряда больных можно предотвратить появление бактериовыделения, а у больных со скудным бактериовыделением достичь его быстрой ликвидации. В этом – вторая важная сторона противоэпидемического и профилактического значения своевременного выявления туберкулезного процесса.

3. В медицине хорошо известно: своевременно выявленные заболевания легче лечить. Туберкулез исключением не является. При более раннем выявлении он легче поддается эффективному лечению. В этом также заключается противоэпидемическое, профилактическое и, что весьма важно, терапевтическое и прогностическое значение своевременного выявления.

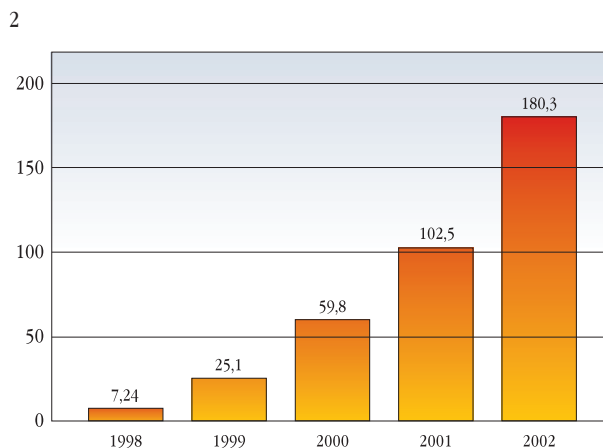
Достоверных данных об экономической эффективности своевременного выявления и возможно более раннего начала лечения туберкулеза нет. Имеющиеся



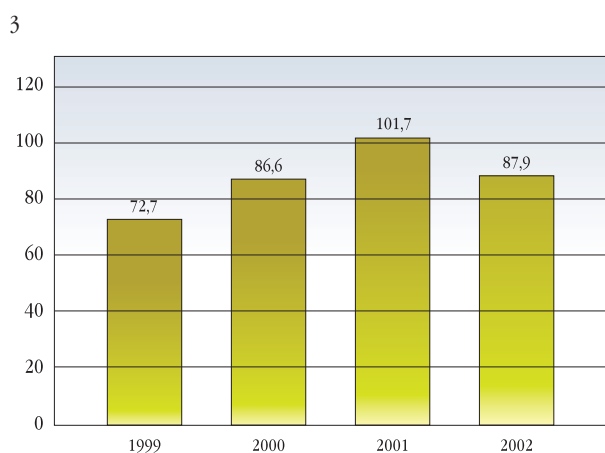
**ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА
« НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИИ НА 1998–2004 ГОДЫ »**



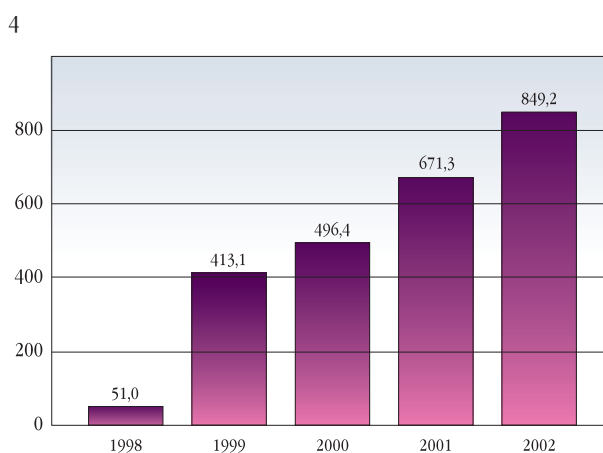
ФИНАНСИРОВАНИЕ
ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА (МЛН. РУБ.)



СТРОИТЕЛЬСТВО И РЕКОНСТРУКЦИЯ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ (МЛН. РУБ.)



ОСНАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ (МЛН. РУБ.)



ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ (МЛН. РУБ.)

отдельные материалы при критическом анализе оказываются несостоятельными. Однако здравая логика, многовековой опыт медицины и гуманизм – в пользу более раннего выявления и лечения болезней.

К сожалению, пока существует только один достаточно надежный, проверенный и привычный для российских врачей метод своевременного и документированного выявления туберкулеза легких у взрослых. Таким методом является лучевое исследование – обычно контрольная флюорография. Ее часто неправильно называют «профилактической». Ведь очевидно, что истинно профилактического значения в плане заболеваемости флюорография не имеет.

Несомненным преимуществом флюорографии перед другими методами является возможность документированного выявления в доклинической фазе не только туберкулеза, но также опухолей легких, плевры, грудной стенки и средостения, многих воспалительных заболеваний и диссеминированных процессов в легких, аневризм аорты, заболеваний сердца, перикарда и диафрагмы. Ведь заболеваемость только раком легкого достигает 60–70 на 100 тыс. населения! Выявленные флюорографией изме-

нения являются основанием для более глубокого обследования пациента с целью установления диагноза.

Экономические и организационные трудности последних 10–12 лет привели к необходимости ограничить проведение ежегодной флюорографии «группам высокого риска». Однако не может быть сомнений в том, что по мере улучшения ситуации абсолютное большинство взрослого населения нашей страны будет ежегодно проходить в лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети контрольное лучевое исследование груди. Залогом этого является постановление Правительства России №892 от 25 декабря 2001 года и постепенная замена устаревших пленочных флюорографов новыми цифровыми малодозными аппаратами. В Москве число таких аппаратов уже превысило 170. В целом по Российской Федерации в 2002 году флюорографический контроль проведен у 58,3% постоянно проживающего взрослого населения. Во многих регионах страны этот показатель значительно выше (Саратовская область – 88,3%, Самарская область – 75,6%, Республика Дагестан – 75,3%, Ставропольский край – 73,3%).

Микробиологическое исследование – абсолютно необходимый метод выявления туберкулеза легких



и верификации диагноза. Однако оно просто невозможно при отсутствии субстрата для исследования – мокроты. Поэтому в проблеме своевременного выявления туберкулеза легких при всем уважении к микробиологии мы ставим на первое место клинический и лучевой методы, а уже после них – микроскопическое и культуральное исследование мокроты.

Необходимость исследования мокроты у кашляющих в течение 2–3 недель лиц во всех учреждениях общей лечебной сети представляется совершенно ясной. Здоровый человек не кашляет и мокроту не выделяет. Кашель и мокрота – всегда болезнь. Поэтому мокроту как патологический субстрат необходимо подвергать лабораторному анализу, обращая особое внимание на выявление кислотоустойчивых бактерий и опухолевых клеток.

В СССР и затем в России микроскопическое исследование мокроты у кашляющих больных в учреждениях общей лечебной сети декларировалось, но реально часто не производилось или осуществлялось на низком уровне. Причин было достаточно много: отсутствие должной интеграции с противотуберкулезной и онкологической службой, ложное мнение о том, что выявление туберкулеза – дело фтизиатров, а рака – онкологов, слабый контроль со стороны органов управления здравоохранением, плохая лабораторная база, недостаточная квалификация врачей и лаборантов.

Для выявления больных, распространяющих инфекцию, значение микробиологических методов исключительно велико. Часть больных по разным причинам не проходит флюорографию – даже при полной возможности ее осуществления. Другие заболевают между контрольными исследованиями и без анализа появившейся мокроты остаются не выявленными.

Осознание роли микробиологических методов, укрепление материально-технической базы лабораторий и повышение квалификации врачей и лаборантов, создание с помощью ВОЗ референс-лабораторий и системы контроля качества исследований являются важным прогрессивным звеном в развитии противотуберкулезной службы.

Нет сомнений в том, что в условиях высокой заболеваемости туберкулез нужно выявлять и активно, и по обращению. Активное выявление особенно важно среди людей молодого и среднего возраста, которые учатся или работают, считают себя достаточно здоровыми и избегают обращений к врачам. Эти факторы давно принимались во внимание при планировании массовых обследований, которые в первую очередь проводили в учебных заведениях, на предприятиях, в учреждениях и других объединениях работающих граждан. В то же время лица пенсионного возраста, часто не работающие и обремененные заболеваниями пожилых и старых людей, несравнимо чаще обращаются по разным поводам в лечебно-профилактические учреждения. Достаточно представить типичный контингент больных в терапевтических стационарах и особенно в регистратурах наших поликлиник. Проведение один раз в год контрольного лучевого исследования груди (а при наличии кашля с мокротой – ее бактериологического и цитологического исследования) является обязательным для своевременного выявления туберкулеза и рака легких.

Естественно, что при хорошо организованном регулярном активном выявлении туберкулез распознают, как правило, раньше, больных в деструктивной фазе с бактериовыделением бывает меньше, а при выявлении по обращению – наоборот. В 2002 году среди постоянно проживающего населения России активно было выявлено более половины всех больных – 52,8%. Основную роль в активном выявлении больных играла флюорография – 48,7%. Другие методы имели гораздо меньшее значение.

Одним из показателей качества выявления является процент больных, у которых впервые установлен фиброзно-кавернозный туберкулез легких. В 1999 году среди впервые выявленных больных лиц с фиброзно-кавернозным туберкулезом было 3,2%, в 2000 году – 3,1%, в 2001 году – 2,9%, в 2002 году – 3%. Это много – таких больных вообще не должно быть.

Важнейший вопрос – бактериовыделение у впервые выявленных больных туберкулезом вообще и туберкулезом легких, в частности (табл. 2). В 2002 году из впервые взятых на учет 123 340 больных туберкулезом всех локализаций бактериовыделение было установлено у 46 757 (37,9%), а из 118 706 больных туберкулезом органов дыхания – у 46 664 человек (39,3%). Среди постоянного населения процент бактериовыделителей несколько выше (43,4%) ввиду лучшего бактериологического исследования. Комментарий в отношении этих цифр двоякий. Хорошо, что у большей части больных туберкулез выявлен своевременно – до появления бактериовыделения. Плохо, что диагноз верифицирован менее чем у 40% больных. Вероятно, оставляет желать лучшего качество бактериологической диагностики. По мере ее совершенствования процент бактериовыделителей возрастет.

Основным методом верификации диагноза туберкулеза является бактериологическое (культуральное) исследование с выделением туберкулезных микобактерий. В клинической практике недостатком этого метода является значительное время, необходимое для получения результата. Быстро, но менее достоверно можно обнаружить наличие микобактерий туберкулеза полимеразной цепной реакцией. Другой метод верификации диагноза – это гистологическое исследование биопсийного материала. Для его получения, как правило, необходимы различные инвазивные вмешательства – они ограничивают широкое использование биопсий.

В клинических условиях всегда желательно верифицировать диагноз туберкулеза, но практически это удастся далеко не всегда. Поэтому для правильной диагностики очень велика роль квалификации врача, который основывается на данных клинического, лабораторного и лучевого исследования, динамике процесса и собственном опыте.

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СИСТЕМА

Общее число впервые выявленных больных в пенитенциарной системе снижается. Это снижение происходит на фоне существенных положительных изменений, которые обусловлены административными преобразованиями и здоровым, разумным, заинтересованным подхо-



дом руководства Министерства юстиции и его медицинской службы к борьбе с туберкулезом. Однако процент освобожденных из мест заключения, которые продолжают лечение в диспансерах, остается недостаточным.

ЛЕЧЕНИЕ

Организационные формы лечения больных туберкулезом начали меняться с начала девяностых годов. Появились дневные стационары. С 1995 года проводится амбулаторное лечение впервые выявленных больных туберкулезом. К настоящему времени показания и противопоказания к разным организационным формам достаточно четко определены с учетом медицинских и социальных факторов.

Данные об эффективности лечения больных туберкулезом основной локализации – туберкулезом легких – представлены в таблице 3. Очевидно, что эффективность лечения на основании анализа основных показателей является низкой. Процент прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных значительно ниже 85, которые были запланированы к 2000 году на 44-й Ассамблее ВОЗ в 1991 году (теперь эта задача отложена на 2005 год).

Первая и главная причина низкой эффективности лечения – это нерегулярный прием больными лекарств, особенно в амбулаторных условиях.

Добиться выполнения врачебных назначений можно двумя путями. Первый из них – повышение сознательности больных и их ответственности за здоровье – свое и окружающих. Второй путь – прием лекарств под прямым наблюдением.

Уровень сознательности больных связан со многими факторами, на которые часто трудно воздействовать. В то же время все меры образовательного, разъяснительного и воспитательного плана являются совершенно необходимыми. К сожалению, пока в практике большее значение имеет прием лекарств под наблюдением контролера. Значение этого пути подчеркнуто в программе борьбы с туберкулезом ВОЗ. Высшей степенью контролируемой терапии может быть самоконтроль пациента, но в настоящее время в роли контролеров должны быть в первую очередь медицинские работники, а также представители Красного Креста, добровольные помощники из социальных служб и благотворительных организаций, иногда – члены семьи больного.

Важно призвать российских фтизиатров использовать все рекомендации, а также свою традиционную профессиональную добросовестность и изобретательность для обеспечения регулярного приема лекарств и эффективной химиотерапии – основного метода лечения туберкулеза.

В настоящее время утверждены стандарты химиотерапии, на основе которых квалифицированный специалист-фтизиатр при необходимости имеет возможность проводить индивидуализированное лечение больного. Болезнь можно, но плохо лечить по стандарту. Все больные – разные, и поэтому конкретного больного человека необходимо лечить индивидуально.

Вторым после химиотерапии методом лечения туберкулеза является хирургическая операция. В России хирургические методы лечения туберкулеза легких, костей и суставов, мочеполовых органов, лимфатических узлов имеют глубокие исторические корни и высокий уровень развития. В настоящее время роль хирургических методов возрастает в связи с более частым возникновением устойчивости туберкулезных микобактерий к химиопрепаратам. В первую очередь речь идет о формах туберкулеза с устойчивостью микобактерий к основным противотуберкулезным препаратам. M. Iseman на основании американского опыта считает, что хирургическое вмешательство показано приблизительно 2/3 больных с полирезистентным туберкулезом. Вероятно, что в ближайшее время появятся и панрезистентные формы, при которых все препараты оказываются неэффективными. Поэтому важная роль хирургических методов в лечении туберкулеза с лекарственной устойчивостью микобактерий представляется совершенно очевидной.

В настоящее время при туберкулезе легких в стране выполняют свыше 10 тыс. операций в год. Цель операции достигается более чем в 80%, т.е. хороший результат или значительное улучшение в 2002 году получены у 8000 больных. Число операций должно быть увеличено в 1,5–2 раза – в первую очередь за счет своевременных хирургических вмешательств у впервые выявленных больных. Ведь у четверти из них химиотерапия не приводит к прекращению бактериовыделения и более чем у 1/3 к закрытию каверны! В то же время сегодня даже в активно настроенных в плане хирургии регионах оперируют не более 8–9% впервые выявленных больных.

С учетом актуальности хирургического лечения туберкулеза и большого опыта российской стороны Минздрав России и ВОЗ создали в составе Рабочей группы высокого уровня тематическую рабочую группу по хирургии.

Повысить эффективность лечения туберкулеза можно также использованием дополнительных терапевтических методов. Первым среди них является иммунокоррекция, роль которой может быть существенной при лекарственной устойчивости микобактерий и у больных с сочетанием туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита. Вторым комплексом методов является патогенетическая терапия. Многие годы ее изучали, разрабатывали и применяли, но в связи с экономическими трудностями второй половины девяностых годов она осталась уделом небольшого числа противотуберкулезных учреждений. Представляется, что настало время вернуть ее к жизни, разумно оценив показания и методики на этапе так называемой «доказательной» медицины.

Наконец, необходимо рационально использовать сохранившуюся санаторную базу. После длительной химиотерапии и хирургии часто требуется реабилитация для возвращения пациента в нормальное русло.

Важнейшее значение для улучшения исходов лечения имеет высокая квалификация врача – его знания,



умения, навыки, практический опыт в клинической работе. Не менее существенны и моральные качества, обеспечивающие доверительный контакт с больным туберкулезом и его близкими в течение всего периода лечения и наблюдения – на многие месяцы и даже годы.

ПРОФИЛАКТИКА

В медицинской профилактике инфицирования и заболевания туберкулезом важны вакцинация детей, своевременное выявление и раннее начало лечения больных, противоэпидемические меры в очагах туберкулезной инфекции, инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях.

Важное значение для предупреждения распространения туберкулеза имеют уровень общей культуры населения, знания о путях передачи и особенностях туберкулезной инфекции.

ОБРАЗОВАНИЕ

Непрерывное медицинское образование является основой высококвалифицированной врачебной работы. Знания, умения и навыки требуют постоянного обновления и совершенствования. В связи с этим оправданы высокие требования, предъявляемые департаментами Министерства здравоохранения и Министерства образования России к составлению программ и учебных планов додипломного и последипломного обучения студентов-медиков, врачей общей практики, всех врачей-специалистов и в том числе врачей-фтизиатров.

С учетом необходимости постоянного совершенствования образования по проблемам фтизиатрии Минздравом России совместно с ВОЗ в составе Рабочей группы высокого уровня создана и приступила к работе тематическая рабочая группа по профессиональной подготовке медицинских работников и медицинскому образованию населения.

В Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова функционирует специальный факультет для подготовки и усовершенствования преподавателей.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Демократические преобразования в России открыли путь к международному сотрудничеству в борьбе с туберкулезом.

Наибольшее значение имеет сотрудничество с Всемирной организацией здравоохранения, членом которой наша страна является с момента ратификации 26 государствами ее Устава 7 апреля 1948 года. В противотуберкулезной программе ВОЗ, разработанной в основном для развивающихся стран с низким уровнем здравоохранения и медицины, есть полезные стороны и для России. Так, безусловно необходимо более тесное взаимодействие фтизиатрической службы с общей лечебной сетью и совершенствование знаний врачей всех специальностей по туберкулезу. В России всегда акцентировали внимание на этом направлении, но стимулирующее воздействие ВОЗ оказалось очень кстати. Наиболее важным является направление повышения роли и качества всех бактериологических исследований. Оно, безусловно, поднимает уровень выявления, диагностики и контроля за лечением туберкулеза. Другими полезными направлениями в сотрудничестве с ВОЗ являются внимание к туберкулезу с лекарственной устойчивостью микобактерий, сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции, привлечение социальных служб к противотуберкулезной работе, постоянная оценка стоимости всех мероприятий. Для фтизиатрии в целом и для врачей-фтизиатров, в частности, сотрудничество с ВОЗ оказалось очень полезным и по ряду других моментов. Некоторые учреждения системы Минздрава и Минноста получили в качестве помощи микроскопы, лекарства, оргтехнику, автомашины. Очень существенной оказалась финансовая поддержка ряда научно-практических и организационных мероприятий.

Хорошо известно, что в программе ВОЗ есть совершенно неприемлемые для России положения. В основном таких положений четыре. Первое из них – приоритет «пассивного» выявления больных бактериоскопией мокроты, второе – жесткая стандартизация лечения, третье – отсутствие внимания к хирургическим методам, четвертое – оценка излечения только по прекращению выделения МБТ.

ДИРЕКТОР
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ
ММА им. И.М. СЕЧЕНОВА
М.И. Перельман

ТУБЕРКУЛЕЗ В РОССИИ

ЗАВЕДУЮЩАЯ ОТДЕЛОМ
ЭПИДЕМИОЛОГИИ
И ОРГАНИЗАЦИИ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ПОМОЩИ НИИ
ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ
ММА ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА,
Д.М.Н., ПРОФЕССОР

Маргарита Викторовна
Шилова



Первые два года XXI века характеризуются некоторой стабилизацией эпидемической обстановки туберкулеза. В целом же ситуация с туберкулезом продолжает оставаться весьма напряженной.

Туберкулез является маркером состояния общества.

В 2002 году на фоне некоторого снижения территориального показателя заболеваемости туберкулезом населения России отмечается рост показателя смертности. Ряд показателей качества противотуберкулезной работы стабилизировались или несколько повысились. Значительно снизился показатель заболеваемости туберкулезом детей. Снижение этого показателя может быть обусловлено двумя обстоятельствами: истинным снижением и уменьшением гипердиагностики туберкулеза. Если верно первое положение, то в ближайшее время следует ожидать некоторой стабилизации распространенности туберкулеза и говорить о том, что мы вступаем в новую фазу развития туберкулезного процесса. Если снижение показателя заболеваемости детей обусловлено главным образом устранением гипердиагностики туберкулеза у детей, то ожидать в ближайшее время улучшения ситуации с туберкулезом не следует.

Министерство здравоохранения Российской Федерации в последние 2–3 года существенно улучшило финансирование противотуберкулезных мероприятий, полностью обеспечило все субъекты Федерации лекарственными препаратами для лечения больных туберкулезом. Принятие

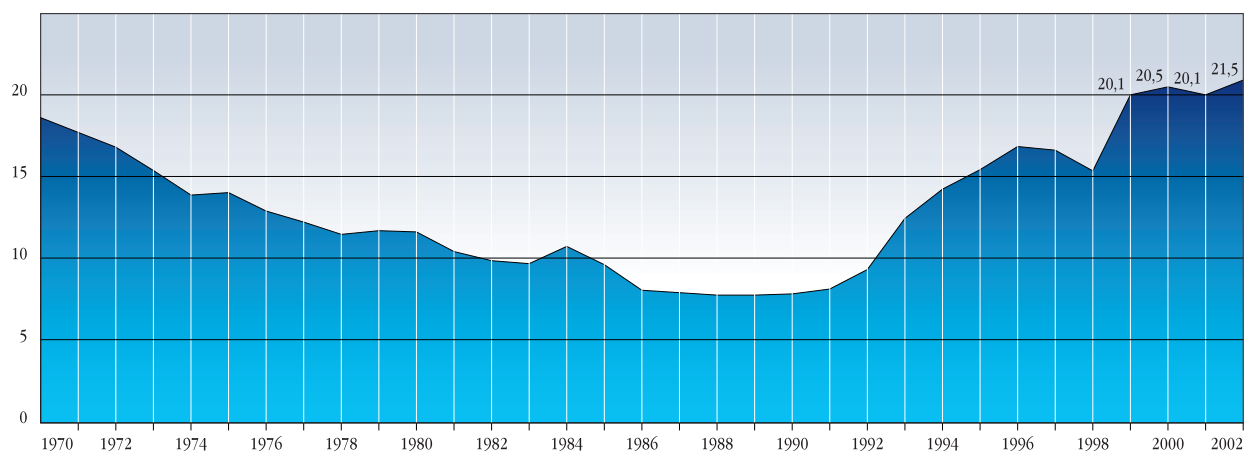
Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (от 18.06.2001 №77-ФЗ), постановление Правительства от 25.12.2001 №892, приказ Минздрава России «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 23.05.2003 №109 позволяют рассчитывать на стабилизацию эпидемической обстановки туберкулеза в России в ближайшие годы при условии повышения уровня жизни населения.

Причинами ухудшения эпидемической обстановки с туберкулезом в предшествующие 15 лет следует считать ухудшение уровня жизни населения, нестабильность в обществе, увеличение миграционных процессов, рост числа социально дезадаптированных групп населения, наличие большого резервуара инфекции в учреждениях пенитенциарной системы. Существенное влияние на ухудшение течения эпидемического процесса оказало сокращение финансирования противотуберкулезных мероприятий, а также снижение уровня организации противотуберкулезной помощи населению. Немаловажное значение в распространенности туберкулеза имеют: состояние окружающей среды, географические и экологические особенности.

Одним из самых информативных показателей для оценки эпидемической обстановки является показатель смертности. Смертность населения России от туберкулеза в 2002 году по сравнению с 2001 годом (20,1 на 100 тыс.) повысилась на 7,0% и составляет 21,5 на 100 тыс. (рис. 1). Этому предшествовало небольшое снижение показателя смертности в 2001 году – на 2,9%. Всего же с начала роста (с 1990 года) показатель смертности увеличился в 2,8 раза и находится на уровне 1967–1968 годов. За последние 13 лет наблюдалось 2 пика показателя смертности. Первый – в 1993 году, после экономического кризиса в 1992 году, второй – в 1999 году, после экономического кризиса в 1998 году. В 2002 году умерло от туберкулеза 30 715 больных (в 2001 году – 28 850).

Наиболее высокий уровень смертности зарегистрирован в возрастной группе 40–59 лет, т.е.

1



ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА
(НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ, РОССИЯ)

в трудоспособном возрасте (рис. 2). Среди детей наиболее неблагоприятной группой являются дети в возрасте 0–4 года, особенно дети первых 12 месяцев жизни – 0,7 на 100 тыс., что свидетельствует о выраженном влиянии экзогенной инфекции на развитие заболевания туберкулезом. В 2002 году умерло от туберкулеза 39 детей.

Заболеемость туберкулезом всего населения России в последние 2 года несколько снижается. Всего же за период с 1991 года показатель заболеваемости населения России увеличился в 2,5 раза.

Рост показателя заболеваемости населения России туберкулезом обусловлен двумя факторами: истинным ростом заболеваемости и учетом контингентов больных, которые ранее в государственную статистику не включались.

Показатель заболеваемости населения при формировании которого учитываются все впервые выявленные больные туберкулезом, независимо от ведомственной принадлежности и места проживания больного, в 2002 году несколько снизился и составил 86,1 на 100 тыс. Темп снижения этого показателя в 2002 году составил 2,4%. По своей величине показатель заболеваемости находится на уровне 1965–1966 годов.

Снижение показателя заболеваемости туберкулезом населения России обусловлено уменьшением числа заболевших в учреждениях УИС Минюста. Темпы снижения показателя заболеваемости туберкулезом граждан, учитываемых в других ведомствах (в основном подследственных и заключенных), составили 14,2%. Эти данные свидетельствуют о продолжающемся улучшении противотуберкулезной работы в системе УИС Минюста.

Наиболее неблагоприятная обстановка по туберкулезу сложилась в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах. Менее тяжелая, но все же весьма напряженная ситуация наблюдается в Приволжском, Южном и Уральском федеральных округах (рис. 3). Более благоприятная обстановка наблюдается в Северо-Западном и Центральном ФО.

В 2002 году показатель заболеваемости населения туберкулезом снизился в 50 административных территориях, в 2001 году – в 44, в 2000 году – в 24.

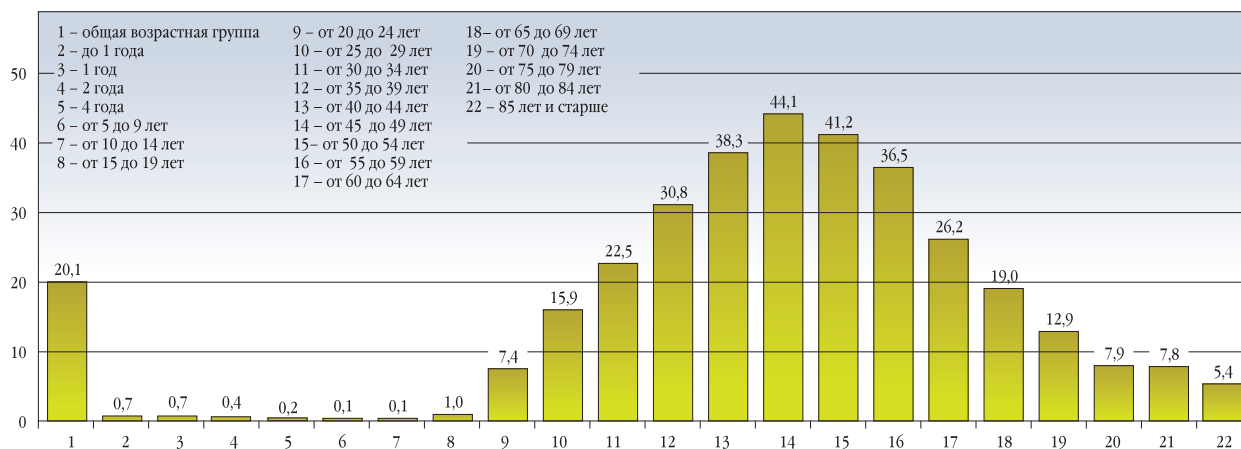
Максимальный уровень показателя заболеваемости туберкулезом (рис. 4) зарегистрирован в возрастной группе 25–34 года (148,4 на 100 000) как мужчин, так и женщин. Показатель заболеваемости туберкулезом взрослых снизился за год на 2,7%. Наибольшее снижение показателя отмечено в более молодой возрастной группе – 18–24 года – на 7,8%. Этот факт можно рассматривать как благоприятный прогностический признак улучшения эпидемической обстановки. Общий уровень заболеваемости туберкулезом мужчин (в 2002 году) в 3,2 раза превышает заболеваемость женщин – 136,1 и 42,1 на 100 тыс. соответственно (в 2001 году – 140,8 и 41,9 на 100 тыс. соответственно). В 1993 году, например, различия между уровнем заболеваемости туберкулезом мужчин и женщин были менее выраженными: заболеваемость мужчин в 2,7 раза превышала заболеваемость женщин. Это явление можно объяснить тем, что среди мужской части населения более быстрыми темпами формируются социально дезадаптированные группы населения, риск заболевания туберкулезом которых весьма высок. Следует отметить, что снижение показателя заболеваемости произошло только среди мужской части населения – на 3,3%. Показатель заболеваемости женщин так же, как и в предыдущем году, несколько увеличился – с 41,9 до 42,1 на 100 тыс. Снижение показателя заболеваемости мужчин обусловлено главным образом уменьшением числа заболевших туберкулезом среди заключенных, большинство которых составляют мужчины.

В 2002 году показатель заболеваемости туберкулезом сельского населения по сравнению с предыдущим годом остался практически на прежнем уровне – 87,3 на 100 тыс., в 2001 году – 87,4 на 100 тыс.

Весьма чутко реагируют на изменение эпидемической ситуации с туберкулезом дети.



2



СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ
(НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ, РОССИЯ, 2001 ГОД)

Таблица 1
МЕТОДЫ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
(РОССИЯ, 2002 ГОД)

МЕТОДЫ	АБС. ЧИСЛО БОЛЬНЫХ	%
ВСЕГО ВЗЯТО НА УЧЕТ	91254	100,0
Из них выявлено активно	50502	55,3
<i>в том числе методом:</i>		
флюорографии	44469	48,7
посева мокроты	1326	1,5
микроскопии мокроты	1941	2,1
туберкулинодиагностики	2766	3,0

Показатель заболеваемости туберкулезом детей в 2002 году впервые за последние 13 лет снизился (рис. 5) и составил 15,9 на 100 тыс. детского населения.

Наиболее высокая заболеваемость туберкулезом зарегистрирована в возрастной группе 3–6 лет – 23,5 на 100 тыс., в 2001 году – 27,9 на 100 тыс., в 2000 году – 26,2. Очевидно, это обусловлено началом контакта с большим числом людей и снижением защитного действия вакцинации БЦЖ к этому возрасту. Повышенная заболеваемость туберкулезом детей этой возрастной группы требует особого внимания с целью предупреждения возникновения у них туберкулеза и разработки специальных программ.

Снижение показателя заболеваемости детей туберкулезом зарегистрировано в 64 субъектах Федерации.

Первичное инфицирование (вираж) обнаружено у 363 239 детей. Показатель первичного инфицирования составляет 1,3%, или 1259,8 на 100 тыс. детей (в 2001 году – 1,4%, или 1373,1 на 100 тыс.).

Показатель первичного инфицирования подростков равен 0,45%, или 450,3 на 100 тыс. Всего в 2002 году впервые инфицировано 32 970 подростков.

Диспансерное наблюдение детей и подростков, состоящих на учете в группах риска, осуществлялось на невысоком уровне. Об этом свидетельствует довольно высокая заболеваемость туберкулезом детей и подростков, состоящих на диспансерном учете в различных группах риска. Среди всех впервые взятых на учет больных туберкулезом детей заболевшие из числа состоящих на диспансерном учете в группах риска составили в 2002 году 22,2%, в 2001 году – 20,5%.

Контингент лиц, состоящих на учете по поводу туберкулеза, продолжает расти и составляет 271,1 на 100 тыс. (рис. 6), в 2001 году – 268,6.

Рост числа состоящих на учете больных туберкулезом обусловлен низким уровнем лечения и необоснованной задержкой больных на диспансерном учете вследствие несвоевременного их рентгенологического и лабораторного обследования. Эпидемическая обстановка во многом определяется уровнем организации своевременного выявления больных туберкулезом.

Показатели организации активного выявления больных туберкулезом в 2002 году в среднем остались на прежнем уровне. В 2002 году при проверочных осмотрах было обследовано 83,5 млн. человек, в 2001 году – 84,7.

Охват населения осмотрами в 2002 году составил 58,8% (в 2001 году – 58,8%) (рис. 7). Этот показатель за последний год несколько уменьшился и остается значительно более низким, чем в 1985 году, когда он был максимальным (75,4%). Удельный вес больных туберкулезом, выявленных при проверочных осмотрах, незначительно увеличился. В 2002 году он составил 52,8%, в 2001 году – 52,0%, в 2000 году – 51,4%, в 1985 году – 64,2%.

Улучшение этого качественного показателя отмечается при обследовании взрослых и подростков. При активном обследовании удельный вес выявленных больных туберкулезом взрослых возрос с 50,5 в 2001 году до 51,5 в 2002 году, подростков – с 61,8 до 66,1%, детей снизился – с 76,1 до 75,6%. Необходимо принятие срочных мер по улучшению мероприятий по выявлению впервые инфицированных детей, с гипергическими реакциями и больных туберкулезом.



3



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ
ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА НАСЕЛЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ
РОССИИ (НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ, 2001 ГОД)

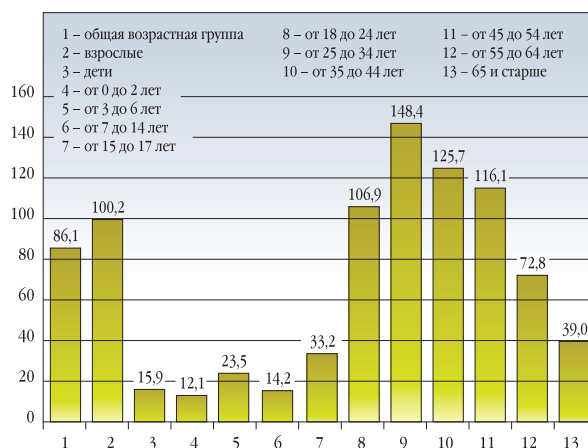
Повысилась эффективность профилактических осмотров. Выявление больных туберкулезом на 1000 обследованных всеми методами составляет 0,6, в 1996–1998 годах – 0,5, в 1992 году – 0,3. Особенно низкая результативность проверочных обследований для активного выявления больных туберкулезом в 2002 году наблюдалась в г. Москве (0,2), Санкт-Петербурге (0,3), Ивановской (0,3), Вологодской (0,3), Чукотской (0,3) областях, в Республике Марий Эл. Наиболее высокие показатели выявления на 1000 обследованных достигнуты в Новосибирской (1,0), Амурской (1,1), Камчатской (1,0), Магаданской (3,9), Калининградской (1,0), Астраханской (1,0) областях, в Приморском крае (1,1), в республиках Ингушетия (1,1), Алтай (1,0), Бурятия (1,2), Тыва (1,9), Еврейской автономной области (1,5).

Продолжает оставаться на крайне высоком уровне показатель, характеризующий своевременность выявления больных туберкулезом, – процент больных, умерших от туберкулеза в первый год наблюдения, среди всех случаев смерти. В 2002 году так же, как и в 2001 году, он составил 18,5%, в 2000 году – 18,8%, в 1999 году – 17,7%, в 1998 году – 16,8%. Этот показатель ухудшается последние 5 лет (рис. 8). Другой показатель, характеризующий качество своевременного выявления, – доля больных фиброзно-кавернозным туберкулезом – также ухудшился. В 2002 году этот показатель равен 3,0%, в 2001 году – 2,9%, в 2000 году – 3,1%, в 1999 году – 3,2%, в 1998 году – 1,6%.

Анализ результатов бактериологических методов исследования для активного выявления больных туберкулезом свидетельствует об их недостаточном применении.

В 2002 году при проверочных обследованиях было выявлено 50 502 больных активным туберкулезом (табл. 1). С применением бактериологических методов исследования выявлено 3267 больных, что по отношению ко всем впервые выявленным больным туберкулезом составляет всего лишь 3,6%, так же как и в 2001 году, а среди всех активно выявленных – 6,5%, так же как и в 2001 году. Микроскопическим методом выявлено всего 1941 больной туберкулезом, что среди всех впервые выявленных

4



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ
ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ (НА 100 000, 2002 ГОД)

больных туберкулезом составляет 2,1%, а среди активно выявленных – 3,8%. Методом туберкулинодиагностики выявлено 3402 больных туберкулезом ребенка.

Таким образом, без применения флюорографического метода выявления взрослых и подростков около половины впервые выявленных больных туберкулезом – 44 469 (48,7%) остались бы неизвестными и лечебно-профилактические мероприятия по отношению к ним и окружающим их лицам не были бы проведены. С целью активного выявления туберкулеза исследована мокрота у 939 429 лиц, которые сами активно не предъявляли жалоб на заболевание органов дыхания. Выявлено 3267 бацилярных больных туберкулезом. Показатель выявления микробиологическими методами исследования составил 3,5 на 1000 обследованных.

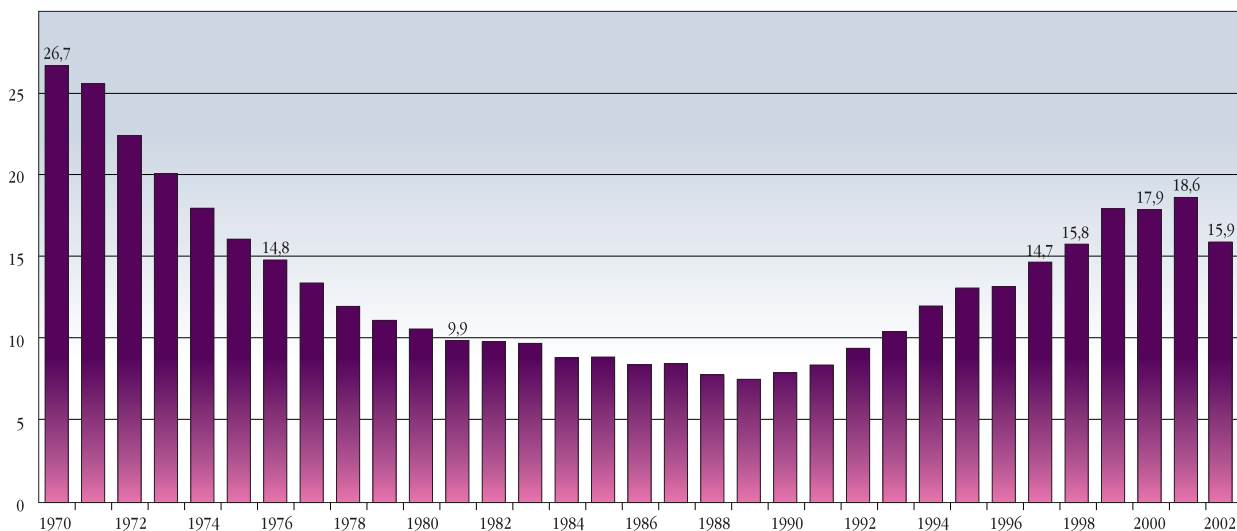
Эти данные свидетельствуют о высокой эффективности этого метода исследования для выявления больных туберкулезом. Представленные данные свидетельствуют о серьезных недостатках в системе организации выявления больных туберкулезом с применением как флюорографического метода для обследования взрослых и подростков, так и туберкулинодиагностики для обследования детей, о необходимости расширения применения цифровых малодозовых рентгено-флюорографических аппаратов, о необходимости концентрации внимания на группах населения с повышенным риском заболевания туберкулезом, активизации работы общей лечебной сети и более широкого использования микробиологических методов исследования для активного выявления больных туберкулезом.

Противотуберкулезную помощь населению России оказывают 9082 фтизиатра. За последний год число фтизиатров впервые увеличилось – на 86. В предыдущие два года, с 1999 по 2001 год, число фтизиатров сократилось на 366. На 100 тыс. населения число фтизиатров неизменно составляет 0,6. Большинство фтизиатров – это лица пожилого возраста.

Одним из важнейших разделов работы фтизиатрической службы является качественная и проведенная в сжатые сроки диагностика туберкулеза.

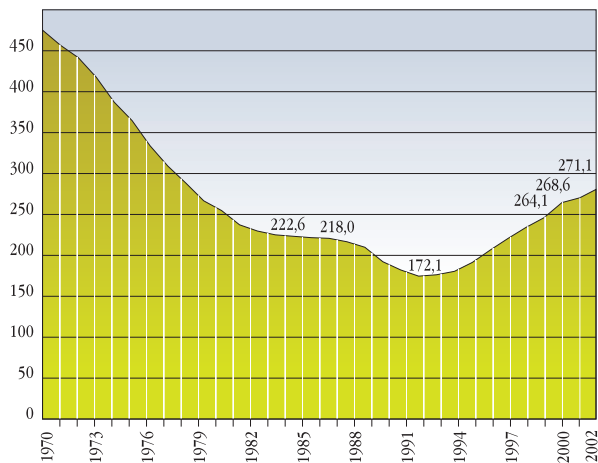


5



ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В РОССИИ
(НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)

6



ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА
(НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ, РОССИЯ)

Наиболее надежным тестом для постановки диагноза туберкулеза является наличие микробактерий туберкулеза (МБТ) в исследованном патологическом или биологическом отделяемом.

Частота выявления МБТ во многом зависит от уровня работы лабораторий противотуберкулезных диспансеров. Вместе с тем качество работы лабораторий, производящих микроскопические и бактериологические исследования, ухудшается из года в год.

О недостаточном уровне бактериологической диагностики свидетельствует небольшой удельный вес бацилярных больных среди впервые выявленных на фоне утяжеления форм туберкулеза. В 2002 году микобактерии туберкулеза были определены различными методами лишь у 37,9% среди всех впервые взятых на учет больных. В 1985 году при значительно менее выраженных формах туберкулеза МБТ обнаружены у 45,0% больных.

Одним из самых информативных показателей, позволяющих оценить качество микробиологического обследования, является показатель соотношения больных туберкулезом с МБТ+ и CV+. Оптимальное соотношение должно составлять 150–175%.

В 2002 году соотношение чисел больных с МБТ+ и CV+ вновь ухудшилось и равно 94,0%. Начиная с 1995 года не у всех больных даже с деструктивными процессами в легочной ткани обнаруживаются микобактерии туберкулеза.

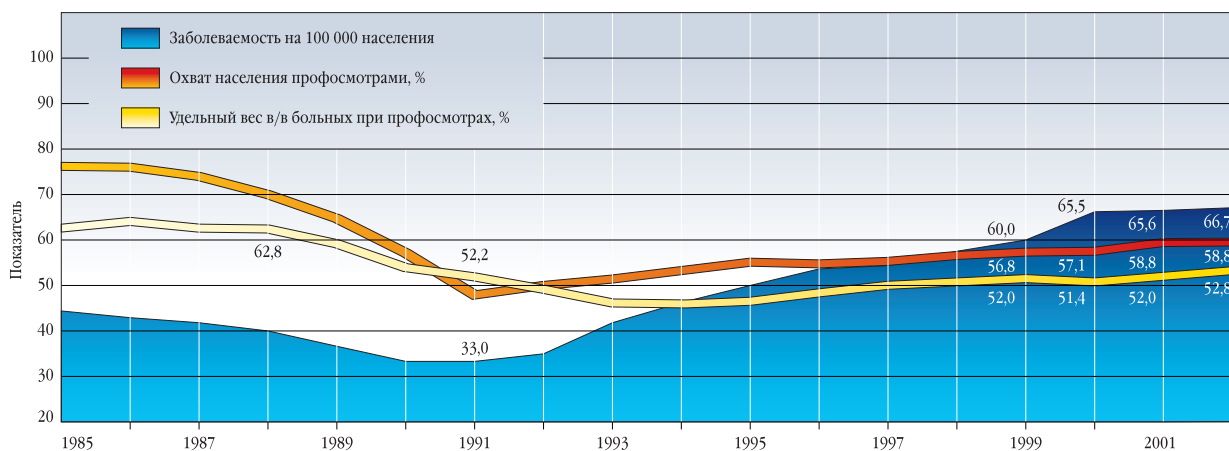
О недостатках работы бактериологических лабораторий свидетельствует и тот факт, что в 2002 году у 4932 умерших от туберкулеза не было подтверждено бактериовыделение. Из года в год увеличивается число больных, умерших от туберкулеза, у которых не определены МБТ. В 2002 году среди всех умерших от туберкулеза бактериовыделение не было диагностировано у 21,7% больных, в 2001 году – у 22,6%.

О серьезных недостатках диагностической работы общей лечебной сети свидетельствует увеличение числа больных, у которых туберкулез был диагностирован посмертно. Посмертная диагностика туберкулеза среди всех умерших больных от туберкулеза в целом по стране и в учреждениях здравоохранения составила в 2002 году 12,8% (в 2001 году – 9,1%). О поздней диагностике туберкулеза свидетельствует и тот факт, что в 2002 году 10,5% больных туберкулезом умерло в стационарах общей лечебной сети (2001 год – 10,1%, 2000 год – 11%). За последний год этот показатель увеличился на 4,0%. Всего умерло от туберкулеза в стационарах общей лечебной сети 2579 больных.

На диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях на конец 2002 года состояли 2375,5 тыс. пациентов, что меньше по сравнению с предыдущим годом на 223,8 тыс. Число больных активным туберкулезом увеличилось на 0,3% и составляет 16,4% среди всех пациентов, состоящих на учете (в 2001 году – 14,9%). Таким образом, доля больных активным туберкулезом значительно увеличилась.



7



РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИИ

Среди всех больных, состоящих на диспансерном учете (388 627), в активном лечении нуждаются 24,6% впервые выявленных больных (95 665), 5,2% больных с рецидивом и обострением туберкулезного процесса и 9,2% больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (рис. 9). Причем больные фиброзно-кавернозным туберкулезом требуют дифференцированного подхода к лечению: часть больных нуждается в хирургическом лечении, другая – в интенсивной химиотерапии, третья – в поддерживающей жизни терапии. Остались неизлеченными из числа взятых на учет в предыдущие годы 27,8% больных.

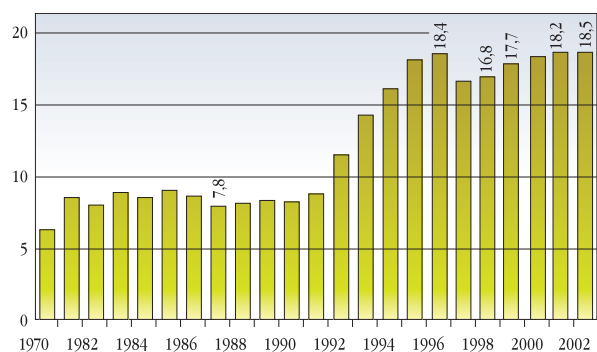
Всего же среди всех так называемых больных активным туберкулезом нуждаются в лечении менее 65%, а около 35% – это больные с затихающим или затихшим процессом, задержанные на учете из-за того, что не были своевременно обследованы с целью подтверждения излечения. Для определения необходимости их лечения, а также тактики дальнейшего диспансерного наблюдения эти больные требуют углубленного обследования для уточнения у них активности процесса. Таким образом, после уточнения активности процесса число больных туберкулезом, нуждающихся в активном лечении и диспансерном наблюдении, значительно сократится. Это позволит фтизиатрам сконцентрировать внимание на больных, действительно в нем нуждающихся.

Важным элементом диспансерной работы является работа по предупреждению заболевания туберкулезом лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом.

Эффективность работы в очагах туберкулезной инфекции находится на низком уровне. Однако уровень заболеваемости туберкулезом лиц, проживающих совместно с бактериовыделителями, в 2002 году продолжал снижаться и равен 778,9 на 100 тыс., в 2001 году – 791,3, в 2000 году – 865,4, в 1991 году – 402,2 на 100 тыс. контактирующих.

Высокая заболеваемость туберкулезом лиц, проживающих с больными, свидетельствует о необходимости принятия срочных мер по улучшению наблюдения пациентов IV группы учета.

8



ДОЛЯ УМЕРШИХ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СРЕДИ ВСЕХ УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА (В ПРОЦЕНТАХ, РОССИЯ)

Снижается показатель заболеваемости туберкулезом работников противотуберкулезных учреждений.

По данным противотуберкулезных учреждений, в 2002 году состояло на учете по IV группе диспансерного наблюдения 77 337 работников противотуберкулезных учреждений, из них в течение года заболело туберкулезом 311 человек. Показатель заболеваемости туберкулезом сотрудников противотуберкулезных учреждений составил в 2002 и 2001 годах соответственно 402,1 и 471,7 на 100 тыс. В 2002 году по сравнению с предыдущим годом этот показатель снизился на 14,8%.

Таким образом, заболеваемость туберкулезом лиц, работающих в противотуберкулезных учреждениях, в 4 раза выше, чем взрослого населения, обслуживаемого ПТУ Минздрава России, но в 2,1 раза ниже, чем заболеваемость туберкулезом взрослых из домашних очагов. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения лиц, работающих с больными туберкулезом, составляет 0,2. Для уменьшения заболеваемости туберкулезом работников противотуберкулезных учреждений необходимо усилить медицинские и социальные меры их защиты.

9



ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 2001 ГОД (388 627 БОЛЬНЫХ, РОССИЯ, 2002 ГОД)

Стационарный этап лечения является весьма важным для оказания лечебной помощи больным туберкулезом. Всего в России имеется 81 368 больничных коек для лечения больных туберкулезом.

В 2002 году коечный фонд для лечения взрослых больных туберкулезом в условиях стационара продолжал сокращаться. С 1991 года коечный фонд для взрослых больных туберкулезом сократился на 12,3%. Для лечения детей имеется 7283 койки. В 2002 году по сравнению с предыдущим годом число коек сократилось на 53.

В 2002 году число дней функционирования больничной койки для лечения взрослых больных туберкулезом незначительно улучшилось и составило 327,9, в 2001 году – 324,8, в 2000 году – 325,9, в 1991 году – 284,1. В 2002 году показатели стационарной помощи больным туберкулезом по сравнению с предшествующим годом в основном остались на прежнем уровне.

Хирургические методы для лечения больных туберкулезом применяются крайне недостаточно. По поводу туберкулеза органов дыхания в 2002 году были проведены операции лишь 2,8% больных, в 2001 году несколько меньше – 2,6%. С 1991 года доля оперированных больных по поводу туберкулеза органов дыхания значительно уменьшилась, когда составляла 4,1%. Число оперированных больных по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких сократилось за этот же период времени с 6,2 до 4,7%. В 2002 году по поводу туберкулеза органов дыхания сделаны операции 10 205 больным, в 2001 году – 9424, в 2000 году – 9203.

Объемы применения хирургических методов для лечения больных туберкулезом за последние годы значительно сократились, и этот вопрос требует серьезного внимания. Необходимо установить строгий контроль за организацией хирургической помощи больным туберкулезом.

Основной задачей фтизиатров является организация лечения больных туберкулезом. Вместе с тем все показатели эффективности лечения больных туберкулезом остаются на крайне низком уровне, хотя в последние 2 года отмечается некоторое их увеличение.

Эффективность лечения впервые выявленных больных по критерию закрытия полости распада в 2002 году составляла 62,8%, в 2001 году – 62,6%, в 2000 году – 61,3%, по критерию прекращения бактериовыделения – 74,2%, 73,4% и 72,2% соответственно. Основной причиной улучшения этих показателей является обеспечение противотуберкулезных учреждений достаточным количеством лекарственных препаратов и необходимым ассортиментом. Однако несвоевременное обследование с применением рентгенологических и микробиологических методов исследования для определения ликвидации деструкций в легких и прекращения выделения МБТ, недостаточное применение в показанных случаях хирургических методов лечения, а главное, ухудшение контроля за организацией лечения больных туберкулезом остаются основными причинами низкой эффективности лечения больных туберкулезом.

В последние годы все большее внимание уделяется изучению устойчивости МБТ к лекарственным противотуберкулезным препаратам. Первичная множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) в 2002 году зарегистрирована в среднем по России у 7,8%, 2001 год – 8,9%, 2000 год – 7,1%, 1999 год – 6,7% впервые выявленных бациллярных больных туберкулезом. Колебания по отдельным территориям весьма существенны – от 2–3% до 20–30%.

Одним из показателей, по которым можно оценивать результативность лечения больных туберкулезом, является летальность (рис. 10).

В 2002 году показатель летальности впервые выявленных больных туберкулезом составил 4,4%. Летальность всех состоявших на диспансерном учете больных туберкулезом растет и составляет 5,8%. Показатель летальности больных туберкулезом от других причин также увеличился и равен 4,2% (1999 год – 3,8%, 2000 год – 4,0%, 2001 год – 3,8%).

Весьма важным показателем, по которому можно судить о результативности лечения, является показатель соотношения чисел умерших больных туберкулезом от всех причин и клинически излеченных больных от туберкулеза. В 1987 году на одного умершего больного приходилось 4,6 излеченных больных, в 1995 году это соотношение составляло 1 к 1,6. В 2001–2002 годах на 1 умершего больного туберкулезом приходилось 1,9 больных.

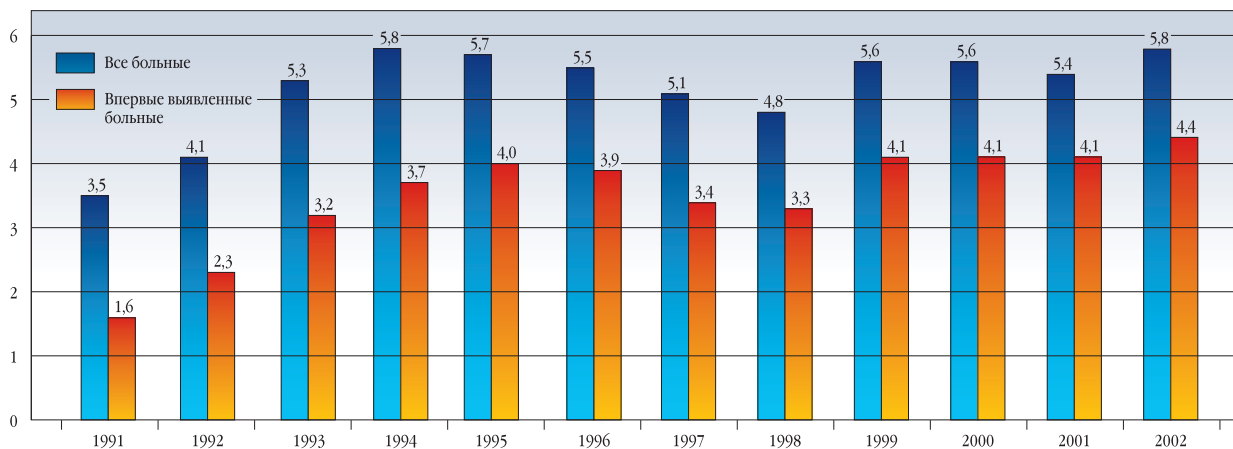
Повышение результатов лечения больных туберкулезом является одной из составляющих уменьшения резервуара туберкулезной инфекции.

Ухудшение социально-экономических условий и ухудшение организации противотуберкулезной помощи приводит к росту показателя заболеваемости и снижению эффективности лечения. С другой стороны, снижение эффективности лечения приводит к росту резервуара инфекции за счет неизлеченных больных, к распространению ими инфекции и заболеванию туберкулезом окружающих их лиц.

Показатель инвалидности больных в связи с туберкулезом не в полной мере отражает нарушение здоровья с утратой трудоспособности, так как в определенной мере при определении нетрудоспособности учитываются возможности социальной защиты больного.

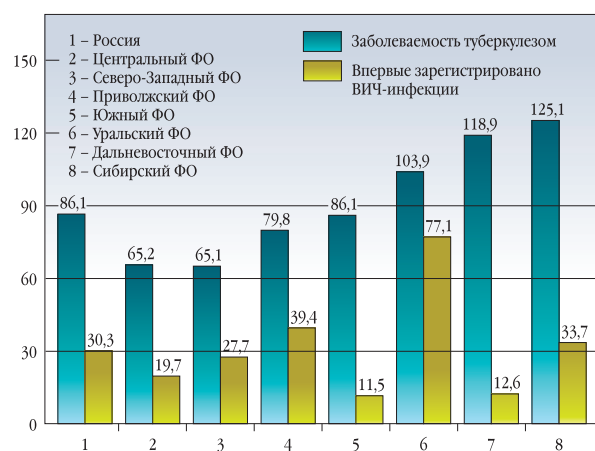


10



ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА (В ПРОЦЕНТАХ, РОССИЯ)

11



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ РОССИИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ (НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ, 2002 ГОД)

В результате позднего выявления и низкой эффективности лечения ежегодно увеличивается число инвалидов в связи с туберкулезом среди пациентов, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях. Однако за последний год их число впервые уменьшилось на 2,7 тыс. В 1995 году их было 65,5 тыс., в 2000 году – 104,7 тыс., в 2001 году – 107,6 тыс., в 2002 году – 104,9 тыс. Впервые установлена инвалидность у 28 796 больных туберкулезом, что составляет 7,4%. Преимущественное число составляют инвалиды II группы – 74,6 тыс. (71,1%). I группу инвалидности имеют 2,3 тыс. больных туберкулезом (2,2%). Каждый 4-й больной туберкулезом являлся инвалидом в связи с туберкулезом. На 100 тыс. населения впервые признано инвалидами 20,0. Всего состоит на учете на конец года инвалидов в связи с туберкулезом 72,7 на 100 000 населения.

Снижение показателей инвалидности может быть достигнуто своевременным выявлением, повышением результатов лечения и уровня жизни населения.

Серьезной проблемой, влияющей на общую ситуацию, продолжает оставаться туберкулез в местах лишения свободы.

Вместе с тем в 2002 году почти все статистические показатели, характеризующие туберкулез у подследственных и осужденных, улучшились.

По данным Минюста, показатель смертности в 2002 году контингентов УИС Минюста в 5,2 раза превышает аналогичный показатель по России в целом (112,0 и 21,5 на 100 тыс. соответственно, в 2001 году – 137,7 и 20,1). Показатель смертности за 2002 год снизился на 18,7% (2001 год – на 20,6%). Показатель заболеваемости туберкулезом подследственных и заключенных, по данным Минюста, в 2002 году был в 23,6 раза выше, чем всего населения России (2027,0 и 86,1 на 100 тыс.). Среди подследственных и заключенных этот показатель в 2002 году по сравнению с 2001 годом снизился на 27,1%.

Таким образом, в пенитенциарных учреждениях эпидемическая обстановка постепенно улучшается, однако остается чрезвычайно неблагоприятной.

По данным ВОЗ, одной из основных причин роста заболеваемости туберкулезом населения планеты является ВИЧ-инфекция. В России на 2002 год всего зарегистрировано с ВИЧ-инфекцией 154 488 больных, в 2001 году – 155 464, в 2000 году – 78 571. В 2002 году показатель распространенности ВИЧ-инфекции в России остался практически на прежнем уровне и составил 107,7 на 100 тыс. населения. Какой-либо зависимости между показателями заболеваемости населения туберкулезом и ВИЧ-инфицированных не обнаружено (рис. 11). Показатель впервые выявленных больных ВИЧ-инфекцией в 2002 году значительно снизился и составляет 30,3 на 100 тыс., в 2001 году – 55,3. За один год этот показатель снизился почти в 2 раза. Вторичное заболевание туберкулезом на 2002 год всего зарегистрировано у 2231 больного ВИЧ-инфекцией (2001 год – 1228, 2000 год – 715), в том числе впервые установлен диагноз туберкулеза у 779 (2001 год – 536, 2000 год – 299). Доля больных туберкулезом, у которых в 2002 году впервые установлен диагноз вторичного заболевания туберкулезом на фоне



ВИЧ-инфекции, среди всех впервые взятых на учет больных туберкулезом составляет 0,6%.

В настоящее время не прослеживается какой-либо зависимости показателя заболеваемости населения туберкулезом от распространенности ВИЧ-инфекции. Это обстоятельство можно объяснить двумя моментами: либо действительно отсутствует эта взаимосвязь на сегодняшний день, либо, что более вероятно, сведения о распространенности ВИЧ-инфекции неполные. Не исключено, что взаимосвязь между этими двумя инфекциями проявится позднее, после более длительной манифестации ВИЧ-инфекции в России.

Весьма важным является определение влияния распространенности туберкулеза в России на эпидемиологическую обстановку в мире. Среди всех новых случаев туберкулеза в мире (по данным ВОЗ) доля впервые выявленных больных туберкулезом в России составляет 0,8–0,6%. Число умерших от туберкулеза в России составляет 1% от числа всех смертельных случаев от туберкулеза на планете. Таким образом, неблагоприятная ситуация с туберкулезом в России не может оказать серьезного отрицательного влияния на распространенность туберкулеза в мире. В мире умирает от туберкулеза ежедневно около 7 тыс. человек, а каждый час – около 300 человек.

Наиболее благоприятная ситуация с туберкулезом отмечена в Северо-Западном и Центральном округах, наиболее тяжелая – в Сибирском и Дальневосточном.

Главной причиной стабилизации ряда эпидемиологических показателей по туберкулезу и показателей, характеризующих качество противотуберкулезной помощи населению, являются некоторое повышение уровня жизни населения и некоторая стабилизация общественных процессов, улучшение финансирования и организаторской работы по туберкулезу во многих субъектах Федерации.

Основными задачами для сдерживания распространения туберкулезной инфекции следует считать:

- оптимальное финансирование противотуберкулезных мероприятий;

- совершенствование системы централизованного надзора за противотуберкулезными мероприятиями на уровне головных противотуберкулезных учреждений;

- улучшение диспансерной работы и переход на новую систему диспансерного наблюдения состоящих на учете больных туберкулезом;

- совершенствование системы активного выявления больных туберкулезом с концентрацией внимания на группах риска и с применением флюорографических (с переходом к цифровой рентгенологической аппаратуре), микробиологических методов исследования и туберкулинодиагностики;

- главное внимание должно быть обращено на повышение эффективности лечения больных на основе улучшения контроля за организацией лечения больных туберкулезом и применения контролируемых методов лечения в стационарах и амбулаторных условиях, а также более широкого использования дневных стационаров и санаториев;

- продолжение работы по обеспечению необходимым количеством противотуберкулезных препаратов и их ассортиментом;

- улучшение совместной работы противотуберкулезных учреждений системы здравоохранения и других ведомств по регистрации и учету впервые выявленных больных туберкулезом;

- повышение уровня знаний по туберкулезу работников противотуберкулезных учреждений, врачей общей лечебной сети и населения.

Принятие Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в России» от 18.06.2001 №77-ФЗ и постановление Правительства от 25.12.2001 №892, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О предупреждении распространения туберкулеза в России» от 23.05.2003 №109 будут способствовать решению этих важных проблем.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ

ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО
НИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ИМ. ГЕЛЬМГОЛЬЦА,
ГЛАВНЫЙ ОФТАЛЬМОЛОГ
МИНЗДРАВА РОССИИ
Александр Михайлович
Южаков



Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 18 февраля 1999 года в г. Женеве официально дала старт всемирной программе «Ликвидация устранимой слепоты в мире. Зрение-2020».

По данным ВОЗ, в мире насчитывается 45 млн. слепых, и, если не будут приняты профилактические меры к 2020 году, это число удвоится. До 80% случаев слепоты можно предупредить или излечить.

В Российской Федерации проблема профилактики и лечения заболеваний глаз очень актуальна и имеет большое социальное значение.

Анализ распространенности и структуры глазных заболеваний, основных причин слепоты и слабовидения, организации офтальмологической помощи населению России является основными вопросами современной офтальмологии.

Заболеваемость глазными болезнями, включая anomalies рефракции и травмы, по данным медицинских осмотров, составляет в Российской Федерации в среднем 55 тыс. на 100 тыс. населения в городской и 49 тыс. – в сельской местности. Фактически каждый второй житель страны имеет какое-то нарушение зрения.

Заболеваемость глазными болезнями (включая anomalies рефракции и травмы) по обращаемости в лечебные учреждения составляет на 100 тыс. населения 17 200 случаев по городской и 14 910 – сельской местности. В общей структуре болезней глаз воспалительные за-

болевания составляют в среднем среди городского населения 7,4%, по сельскому – 25,5%, катаракта – 6,8% и соответственно 3,9%, миопическая болезнь – 2,3 и соответственно 2,0%, глаукома – 0,9 и соответственно 1,9%.

Из болезней глаз, имеющих наибольшее медико-социальное значение, на первом месте по распространенности среди населения находятся воспалительные заболевания и катаракта, на втором – миопическая болезнь, на третьем – глаукома, на четвертом – травмы. По обращаемости в лечебно-профилактические учреждения первое место занимают воспалительные заболевания, второе – травмы, третье – катаракта, четвертое – миопическая болезнь и глаукома.

Показатель госпитализации населения с болезнями глаз составляет в среднем 600 чел. на 100 тыс. населения, или 750 тыс. ежегодно. Из этого количества 234 тыс. больных нуждаются в лечении консервативными и 516 600 – хирургическими методами, в том числе 182 600 больных катарактой, 75 200 – с травмами глаз, 62 000 – глаукомой.

Особое место занимают заболевания глаз у детей. Основной причиной слепоты и слабовидения у детей является врожденная патология в виде изолированных и сочетанных заболеваний и аномалий развития глаз, приводящих к глубоким нарушениям зрения. По данным специальных школ, врожденная патология среди причин детской слепоты составила 88,1%, среди причин слабовидения – 92,2%. Превалируют атрофия зрительного нерва (30,9 и 20,8% соответственно, врожденная катаракта (10,0 и 19,5%), высокая миопия (7,4 и 18,2%), патология сетчатки (8,0 и 10,1%), врожденная глаукома (4,2 и 2,2%), аномалии глаза (10,9%), аномалии рефракции (7,8%).

По данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, болезни глаз и придаточного аппарата составили 8329 на 100 тыс. населения, т.е. обратилось почти 13 млн. чел.; из них с впервые установленным диагнозом – 3 млн. 868 тыс. чел. (2668 на 100 тыс. населения).

Уровни заболеваемости таких социально значимых заболеваний глаз, как воспалительные заболевания, катаракта, глаукома, миопия, по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения была следующая: на 100 тыс. населения воспалительные заболевания глаз составляли 2600, катаракта – 1201,5, глаукома – 532,9 и миопия – 1119,6, т.е. было зарегистрировано 3 842 500 больных с воспалительными заболеваниями глаз, из них 747 367 с впервые установленным диагнозом, 1 742 250 больных с катарактой, из них 338 868 с впервые установленным диагнозом, 1 623 478 больных с миопией, из них 208 097 с впервые установленным диагнозом, 772 722 больных с глаукомой, из них 87 820 с впервые установленным диагнозом.

Наибольший уровень заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата зарегистрирован у подростков 15–17 лет, который (1999 год) составил, по данным обращаемости 713,7 на 100 тыс. подростков данного возраста (абс. число – 1 034 938 чел.), из них миопия – 474,3 (абс. число – 687 735 чел.). Число подростков с впервые установленным диагнозом составило 175 на 100 тыс. подростков (абс. число – 253 841 чел.), из них половину – миопия 73,8 (абс. число – 107 026 чел.). В определенной степени это объясняется увеличением зрительных нарушений, связанных с компьютеризацией образовательных учреждений. Среди детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно болезней глаза и его придаточного аппарата по обращаемости составили 1747,7 на 100 тыс. детей данного возраста (абс. число – 2 534 164 чел.), из них миопия – 658,3 (абс. число – 954 519 детей).

Таким образом, данные государственной официальной статистики свидетельствуют о высокой распространенности болезней глаза и его придаточного аппарата как у взрослых, так и у детей и подростков. Среди общих заболеваний они по частоте практически уступают лишь болезням органов кровообращения, дыхания, в 2 раза превышают заболевания нервной системы и в 3 раза – заболевания ЛОР-органов.

По данным исследований, проведенных специалистами глазной клиники ЦИЭТИН совместно с ЦПВОС, включающим клинико-статистический анализ, установлено следующее, что более чем 600 тыс. инвалидов в России – это лица с заболеваниями глаз, в том числе слепых и слабовидящих. Число слепых и слабовидящих в Российской Федерации в настоящее время составляет 274 192 чел., что на 78 692 чел. превышает их численность в 1990 году. Среди них 127 428 чел. полностью или практически полностью слепые и 146 764 – слабовидящие. Уровень слепоты и слабовидения за 10 лет увеличился с 13,6 до 18,7 на 100 тыс. населения. Имеются существенные различия данных показателей в разных регионах России.

Среди причин слепоты и слабовидения на первом месте находится глаукома, на втором – осложненная миопия, на третьем – атрофия зрительного нерва, на четвертом – патология сетчатки, в том числе диабетическая ретинопатия.

Причины слепоты и слабовидения отличаются в разных возрастных группах: в возрасте до 40 лет

основное место занимает возрастная-наследственная патология, заболевания сетчатки и зрительного нерва. В более старших возрастных группах – глаукома, осложненная близорукость, патология сетчатки, диабетическая ретинопатия, катаракта.

В России инвалидность вследствие патологии органа зрения составляет 2,7 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень инвалидности составляет среди населения младше 19 лет 5,5 на 10 тыс. населения, и до 104,0 – у лиц старше 65 лет.

Уровень первичной инвалидности в связи со зрительными расстройствами в России (1999 год) составил 2,7 на 10 тыс. населения (абс. число – 39 133), что почти в 2 раза выше по сравнению с 1989 годом, когда показатель инвалидности не превышал 1,3.

Основными причинами инвалидности за последние 10 лет являются глаукома (20%), последствия травм органа зрения (19%), осложненная миопия (16%), заболевания сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва (15%), патология хрусталика (12%).

Структура первичной инвалидности по зрению в разных возрастных группах различна. Так, у лиц трудоспособного возраста первое место занимают травмы глаз (29%), миопическая болезнь (17%), патология сетчатки и зрительного нерва (11%); у лиц пенсионного возраста – глаукома (40%), заболевания сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва (28%), патология хрусталика (14%).

За последнее десятилетие параллельно с увеличением заболеваемости глаукомой инвалидность в результате этой болезни возросла с 12 до 20%.

Распространенность детской слепоты и слабовидения составляет соответственно 1,6–3,5 на 10 тыс. детей. Инвалиды с детства по зрению составляют 1/5 от общего числа инвалидов по зрению в России.

В связи с высокими показателями инвалидности по зрению у детей вопросы улучшения оказания офтальмологической помощи детям требуют усиленного внимания офтальмологов и органов здравоохранения.

Обеспеченность врачами-офтальмологами составляет в среднем 9,0, обеспеченность профильными койками – 21,3 на 100 000 населения (в абсолютных числах соответственно 13 046 специалистов и 30 868 коек). Глазные отделения или фиксированные койки имеют 709 лечебно-профилактических учреждений. Из этого числа 337 учреждений, представленных центральными районными и городскими больницами, являются в офтальмологическом отношении маломощными. На эти больницы приходится почти 30% от общего коечного фонда офтальмологической службы в Российской Федерации. Госпитализируются в них до 40% больных, нуждающихся в стационарном лечении. При этом указанные учреждения не имеют ни необходимой материально-технической базы, ни квалифицированных кадров офтальмологов.

Материально-техническая база офтальмологической службы в целом также не соответствует требованиям. Лечебно-профилактические учреждения оснащены необходимым диагностическим, лечебным оборудованием в среднем только на 37% (например, износ диагно-



стического и лечебного оборудования в Курской области от 70 до 100%). При этом табели оснащения устарели, так как они в течение более 50 лет не пересматривались.

Офтальмологическая служба в Российской Федерации имеет следующую основную структуру.

Участковая служба представлена врачами-окулистами глазных кабинетов поликлиник. В городах с населением выше 200 тыс. специализированная неотложная помощь оказывается окулистами пунктов неотложной помощи. Стационарная помощь обеспечивается неспециализированными койками в офтальмологических отделениях центральных районных, городских, областных, краевых и республиканских больниц. Оказание помощи на микрохирургическом уровне осуществляется в основном в краевых, областных, республиканских офтальмологических больницах и глазных отделениях многопрофильных больниц, являющихся базами офтальмологических кафедр медицинских университетов и научно-исследовательских институтов.

В настоящее время в 39 городах Российской Федерации для повышения качества офтальмологической помощи населению организовано 111 специализированных центров: МНТК «Микрохирургия глаза» (12, в т.ч. один НИИ и 11 филиалов), офтальмотравматологические (21), по микрохирургии (19), глаукомные (22), офтальмоонкологические (34), контактной коррекции (11), лазерные (10), детской микрохирургии глаза (4). Наиболее полно специализированная помощь представлена в крупных городах – Москве, Санкт-Петербурге, Красноярске, следует выделить также Владивосток, Хабаровск и Ярославль.

Таким образом, абсолютное большинство из указанных видов специализированных центров разрознены по различным городам субъектов Федерации. Организация и качество оказания офтальмологической помощи в различных регионах существенно отличаются друг от друга отсутствием единой системы информационного обеспечения, наличием малоомощных стационаров. Слабая материально-техническая обеспеченность офтальмологической службы, недостаточная подготовка кадров и недостаточно эффективное использование офтальмологических центров не дают возможность оказывать ее населению на современном уровне.

Характер структуры офтальмологической службы и существующих в настоящее время взаимосвязей ее учреждений и подразделений не отвечает принципу интеграции – одному из главных требований современной научной организации и управления. Между многими учреждениями и подразделениями наблюдается функциональная разобщенность, особенно выраженная между офтальмологическими научно-исследовательскими учреждениями, кафедрами медицинских университетов и лечебно-профилактическими подразделениями.

Функциональная замкнутость большинства научно-исследовательских институтов и офтальмологических кафедр закономерно обуславливает большие трудности для внедрения в практику здравоохранения новейших достижений в области офтальмологии. Единое информационное обеспечение, в т.ч. с целью опе-

ративного управления подразделениями офтальмологической службы, отсутствует.

Существующая в настоящее время офтальмологическая помощь населению страны требует совершенствования в лечебно-профилактическом, социально-экономическом и организационном аспектах.

В стране работает 2200 детских офтальмологов, имеется 3912 детских глазных коек. Функционирует 70 детских глазных отделений, 6 центров микрохирургии глаза, 1489 глазных кабинетов в детских поликлиниках, 72 специальные школы-интерната для слепых и слабовидящих детей.

Неудовлетворительные показатели эффективности офтальмологической помощи объясняются следующими причинами:

- отсутствием интеграции в системе офтальмологической службы;
- отсутствием единой системы информационного обеспечения;
- недостаточной оснащенностью службы современным диагностическим и лечебным оборудованием (оснащены в среднем на 37%);
- несовершенством самой структуры офтальмологической службы и в связи с этим значительными трудностями в ее оперативном управлении;
- низкой эффективностью существующих традиционных методов планирования НИР и внедрения результатов исследований в практику здравоохранения.

С целью определения стратегии развития офтальмологической службы и тактических решений по ее реализации, направленных на совершенствование специализированной помощи, в качестве неотложных мер:

1. Необходимо улучшить организацию офтальмологической службы с созданием ее трех уровней: 1-й – территориальный, 2-й – межрегиональный, представленный 15 офтальмологическими центрами, 3-й – федеральный (офтальмологические НИИ). Это позволит обеспечить дифференцированное направление больных с территорий в указанные центры в зависимости от тяжести заболевания, что значительно улучшит качество и эффективность офтальмологической помощи. Кроме того, это экономически выгодно, так как исключит необходимость требующегося в настоящее время дооснащения всех лечебно-профилактических учреждений (более 700), имеющих глазные отделения или фиксированные офтальмологические койки. Дооснащение указанных 15 центров требует всего 10–12 млн. долл. США, которые могут быть выделены поэтапно, что составляет в 100 раз меньше, чем дооснащение всех имеющихся в настоящее время офтальмологических учреждений, оказывающих стационарную помощь. В противном случае на их дооснащение, переоснащение потребуется от 3 до 4 млрд. долларов США.
2. Создание единой системы информационного обеспечения с центром в МНИИ ГБ им. Гельмгольца – головное учреждение. Цель – объективное изучение причин заболеваемости, инвалидиза-



ции, вопросов для целенаправленного планирования прикладных НИР и активного внедрения их результатов (приборы, аппараты, инструменты, лекарственные средства и др.) на основе маркетинга. При этом единая информационная система обеспечит эффективное и оперативное управление всей офтальмологической службой страны.

3. В области прикладных научно-исследовательских работ – перевод деятельности всех офтальмологических научных учреждений на принципы программно-целевого планирования и управления для решения конкретных задач практического здравоохранения, имеющих приоритетное медико-социальное значение.

4. Создание информационных баз данных по: – специалистам в соответствующих областях офтальмологии;

– материально-техническим средствам по результатам прикладных НИР, крайне необходимых для практического здравоохранения и перспективных для реализации на соответствующем внутреннем рынке; – предприятиям медицинской и фармацевтической промышленности с учетом специализации в выпуске соответствующей продукции.

5. Обратит внимание на необходимость дооснащения офтальмологических учреждений, выполняющих функции межотраслевых центров.

Причинами неудовлетворительных показателей эффективности офтальмологической службы Российской Федерации являются отсутствие интеграции в системе офтальмологической службы, единой системы информационного обеспечения, недостаточная оснащенность оборудованием, несовершенство структуры самой службы, а также низкая эффективность методов планирования и внедрения результатов НИР в практику.

Наряду с совершенствованием офтальмологической помощи населению Российской Федерации необходимо выделить специальных приоритетных направлений: катаракта, воспалительные заболевания, травма, детская патология, глаукома, патология сетчатки, миопическая болезнь, в которых должны быть сосредоточены совместные усилия офтальмологов России по борьбе со слепотой.

Катаракта является наиболее частой причиной понижения зрения и слепоты у 1 742 250 чел. в 1999 году, 1 829 391 чел. в 2000 году, но при этом в год оперируется только 182 600 чел.

Современные исследования не позволяют обеспечить профилактику слепоты, а в этиологии ее развития остается много неясного. Всемирная программа по ликвидации устранимой слепоты определяет основной задачей проведение широкомасштабных мероприятий по хирургии катаракты, при этом с повсеместным применением интраокулярных линз.

Распространенность воспалительных заболеваний глаз составляет в среднем 2650 на 100 тыс. населения (абс. число – 3 842 500 чел.). По данным амбулаторного приема поликлиник, практически во всех

рассматриваемых регионах воспалительные заболевания глаз выходят на 1–2-е место, уступая больным с нарушениями рефракции, но значительно превосходя катаракту, глаукому, травму и врожденную патологию. Удельный вес воспалительных заболеваний составил от 27 до 64% амбулаторного приема.

Среди причин слепоты и инвалидизации заболевания роговицы занимают 6-е место среди причин инвалидности с удельным весом 2,1%.

По нозологическим формам это в основном конъюнктивиты (40 – 60%) и кератиты (10%). При этом 0,1% (3842 случая) исходов кератитов с изъязвлением и язвами роговицы приводит к слепоте. Профилактикой слепоты является ранняя кератопластика вышеуказанных исходов кератитов.

Больных с травмой глаз выявлено 1 858 900 чел., в год оперируется 75 200. Интенсивный показатель инвалидности вследствие травм глаза продолжает расти: с 0,45 на 10 тыс. взрослого населения в 1993 году до 0,59 – в 1995 году, что свидетельствует об утяжелении глазной травмы. В связи в обострением политической обстановки в мире и стране, непрекращающимися межнациональными конфликтами отмечен рост травматизма, связанного с ведением боевых действий. Характерным для современных боевых повреждений органа зрения является увеличение их частоты до 5–10% от общего числа боевых повреждений всех локализаций, а также возрастание тяжести этих повреждений. Современная боевая травма глаз отличается существенным увеличением числа огнестрельных и особенно огнестрельных осколочных ранений глаза (до 96% от общего числа) и частоты двухсторонних повреждений глаз до 22,9% от общего числа ранений органа зрения, а при минно-взрывных – до 32,8%.

Для устранения слепоты в офтальмотравматологии необходимы следующие мероприятия:

- соблюдение техники безопасности, использование защитных очков на производстве, строительстве, во время боевых действий;
- согласованное оказание медицинской помощи различными специалистами пациентам с тяжелыми соматическими повреждениями;
- при массовых поражениях включить в бригады экстренного реагирования офтальмолога;
- обеспечить бригады специализированной офтальмологической укладкой для оказания первой помощи пострадавшим;
- оказание психотерапевтической помощи пострадавшим травматологического профиля;
- обеспечение необходимой аппаратурой и медикаментами специализированных и региональных центров;
- подготовка офтальмотравматологов в специализированных центрах;
- диспансерное наблюдение пациентов в поликлиниках по месту жительства.

У детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно болезни глаза и его придаточного аппарата по обращаемости составили 1747,7 на 100 тыс. детей данного воз-



раста (абс. число – 2 534 164 чел.). Считается, что примерно 40–50% причин детской слепоты можно предупредить. Сюда относятся прежде всего роговичная слепота, связанная с недостатком витамина А, после коревых кератитов, конъюнктивитов новорожденных, а также ретинопатия, катаракта, рефракционные нарушения. Планируются следующие меры профилактики и лечения: предупреждение недостатка витамина А, иммунизация против краснухи, профилактика конъюнктивитов новорожденных, хирургическое лечение при катаракте, глаукоме, травме, оптическая коррекция в раннем детстве. Создать крупные, хорошо оснащенные неонатальные центры с глазными отделениями, где будут проводиться ранняя диагностика и своевременное профилактическое лечение осложнений ретинопатии недоношенных, и единую базу данных о недоношенных детях для организации лечебной и диспансерной помощи и др. Все это требует высокой подготовки специалистов и современного оборудования при соответствующем финансировании.

Больных с глаукомой выявлено 772 772 чел. в 1999 году, 807 342 чел. в 2000 году, в год оперируется только 62 тыс. Заболеваемость глаукомой возросла со 170 до 532,9 на 100 тыс. населения с 1990 по 1999 год. Одной из причин несвоевременного выявления больных глаукомой в начальной стадии следует считать неполный охват населения профилактическими осмотрами, некачественное проведение тонометрии, недостаточность материально-технической базы стационаров и поликлиник. Так, если имеется почти полная обеспеченность медперсоналом и коечным фондом по большинству регионов России, то дефицит финансирования в области офтальмологии отмечают почти все руководители региональных клиник.

Ликвидация устранимой слепоты определяет основной задачей проведение активной диспансеризации населения для раннего выявления глаукомы, своевременного лечения больных в начальных стадиях глаукоматозного процесса и постоянного, адекватного хирургического и консервативного лечения.

Распространенность заболеваний сетчатки и зрительного нерва, включая диабетическую ретинопатию, равна 330 на 100 тыс. населения (абс. число – 478 500 чел.). Среди ретиальной патологии основными заболеваниями в регионах являются диабетическая ретинопатия и центральная инволюционная дистрофия сетчатки, которые характерны для регионов

с высокой долей пожилого населения. Такие показатели среди заболеваний сетчатки требуют разработки новых методов лечения диабетической ретинопатии и центральной инволюционной дистрофии.

Среди больных, нуждающихся в хирургическом лечении, на лазерную коагуляцию сетчатки приходится 73,2–81,2% (абс. число – 307 197 чел.). Число больных с диабетической ретинопатией на лазерные вмешательства составляет 81,6–96,6% среди всех хирургических методов лечения, у больных с окклюзиями сетчатки – 62,5–100%, у лиц с увеитом – 68,1–70,5%, у лиц с ЦХРД – 74,5–100%, гемофтальмами – 4–28,5%, отслойкой сетчатки – 33,3%. При двух последних нозологических формах подавляющее большинство больных нуждается только в хирургических методах лечения.

Среди больных, нуждающихся в лазерной коагуляции сетчатки, первое место занимают пациенты с диабетической ретинопатией, на втором месте находятся больные с центральной инволюционной дистрофией.

Учитывая, что в лазерной коагуляции сетчатки нуждаются 307 197 пациентов, необходимо создавать и развивать лазерную службу в регионах, а также развивать витреальную хирургию, лечить больных с применением фотодинамической терапии.

Число больных с миопией – 1 663 837 чел., при этом в год оперируется 19,5 на 100 тыс. населения (абс. число – 28 275 чел.).

В этой области главной задачей считается создание доступных медицинских условий для рефракционных операций и оказание помощи тем, кто нуждается в склеропластических операциях.

Улучшение организации офтальмологической службы в Российской Федерации с определением ее уровней и соответствующим интегрированием позволит повысить эффективность внедрения в практику здравоохранения новейших достижений в области офтальмологии, обеспечить высокий уровень профессиональной подготовки врачей-офтальмологов, рационально планировать и распределять технические и финансовые средства среди соответствующих подразделений службы, а также обеспечить организацию диспансерного наблюдения офтальмологических больных и дифференцированного их направления с территорий в центры в зависимости от тяжести заболевания и значительно повысить качество и эффективность офтальмологической помощи.

РАЗРАБОТКА, ВНЕДРЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ТЕХНОЛОГИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ПРОРЕКТОР МГМСУ,
ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ
ГОСПИТАЛЬНОЙ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ,
Д.М.Н., ПРОФЕССОР,
АКАДЕМИК РАЕН
Игорь Юльевич
Лебеденко



Прогресс стоматологии во многом связан с развитием стоматологического материаловедения. Разработка новых современных высокоэффективных материалов и технологий способствует успеху ортопедического лечения, значительно усложнившегося к настоящему времени по ряду причин.

Ухудшение экологической обстановки, демографические изменения с увеличением доли более старших возрастных групп населения, изменение характера питания, повышение эстетических требований определяют важную роль и быстрое развитие исследований по ортопедической стоматологии и обуславливают необходимость появления разнообразных металлических материалов, применяемых в стоматологической практике.

При этом применение неблагородных сплавов на основе кобальта, никеля и хрома для ортопедической стоматологии, вероятно, постепенно будет сокращаться в связи с возможностью побочных реакций в полости рта у ряда пациентов, чувствительных к влиянию неблагородных металлов. Вторая половина XX столетия характеризуется бурным ростом числа материалов на основе драгоценных металлов для ортопедической стоматологии.

Ведущие мировые фирмы разработали и предложили на рынок стоматологических материалов широкий спектр сплавов на основе золота, платины и палладия, которые удовлетворяют практически

всему диапазону требований современной ортопедической стоматологии.

Однако темпы исследований и разработок новых сплавов на основе драгоценных металлов и дентальных конструкций к концу века не снизились, а по некоторым направлениям резко увеличились. Особенно широко разрабатываются и внедряются в практику стоматологии высокоэффективные конструкции цельнолитых каркасов металлокерамических и металлопластмассовых протезов.

До недавнего времени Россия выступала только как потребитель современных стоматологических материалов на основе благородных металлов. В середине 80-х годов с появлением на российском рынке импортных высокоэффективных стоматологических сплавов благородных металлов различных составов и назначения российские стоматологи не могли противопоставить им сколько-нибудь конкурентоспособные отечественные материалы, номенклатура которых в тот период была крайне ограничена, а их потребительские свойства не отвечали современным стандартам.

В целом уровень отечественных стоматологических конструкций из сплавов благородных металлов до 90-х годов можно оценить следующим образом: единственный отечественный золотой сплав марки ЗлСрМ 900-40 из-за плохого сопротивления износу не мог использоваться для изготовления сильнонагруженных протезов; сплавы серебряно-палладиевые для штампованных деталей зубных протезов не обеспечивали необходимой биосовместимости с тканями рта; рецептура кадмийсодержащего золотого припоя предопределяла вредное влияние кадмия на организм человека.

Учитывая серьезное отставание отечественного стоматологического материаловедения, в начале 90-х годов были предприняты меры по созданию новых стоматологических материалов и конструкций на основе благородных металлов и титана, не уступающих лучшим мировым образцам.

Московский государственный медико-стоматологический университет совместно с государственным предприятием «Суперметалл» впервые в России предложили новые высокоэффективные сплавы на основе золота, платины и палладия, способные найти широкое применение в ортопедической стоматологии.

Идеология создания новых сплавов на основе благородных металлов основана на принципах максимально возможного сочетания высоких технологических характеристик сплавов с их прекрасными функциональными свойствами.

Научно-исследовательская и опытно-конструкторская работа (НИР и ОКР) при разработке новых материалов с требуемыми свойствами состоит из следующих важных этапов:

- Разработка четких медико-технических требований (МТТ) или технического задания с учетом существующих отечественных и международных стандартов (ГОСТ и ISO), в которых изложены требования к свойствам материалов.
- Изготовление опытных образцов новых материалов.
- Токсикологическое исследование новых материалов на базе ВНИИИМТ Минздрава России.
- Доклинические испытания материалов для определения свойств новых материалов и их соответствия заданным свойствам медико-технических требований.
- Государственная приемка созданных материалов комиссией ВНИИИМТ Минздрава России.
- Составление программы и проведение медицинских испытаний материалов в 3 клиниках не менее полугода.
- Получение рекомендации Комитета по новой медицинской технике Минздрава России к серийному производству новых материалов и разрешения на применение в медицинской практике, внесение нового материала в государственный Реестр медицинских изделий.
- Составление и утверждение инструкции по применению новых материалов.

При создании и внедрении сплавов на основе благородных металлов медицинского назначения соблюдались все этапы НИР и ОКР с поэтапным рассмотрением документов Комиссией Комитета по новой медицинской технике Минздрава России.

Созданные сплавы имеют высокое содержание благородных металлов (сумма золота и платиноидов – 70–98%), не содержат легирующих элементов (Cd, Ni, Be), способных оказывать вредное аллергическое или токсическое воздействие на человеческий организм, и обладают высокой коррозионной и биологической инертностью. Сплавы отвечают требованиям мировой практики зубопротезирования и по своим медико-техническим данным соответствуют стандартам ISO.

Соответствия требованиям мировой практики зубопротезирования вытекают из приведенной таблицы коррозионных и технологических качеств сплавов благородных металлов в сравнении с неблагородными сплавами (табл.1).

Таблица 1

КОРРОЗИОННЫЕ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА СПЛАВОВ БЛАГОРОДНЫХ МЕТАЛЛОВ

Сплавы благородных металлов	Неблагородные сплавы
Биологическая инертность	Ниже стоимость
Высокая коррозионная стойкость	Меньше плотность
Низкая абразивность	Высокая износостойкость
Пониженный коэффициент усадки	Термостабильность
Высокая проливаемость	
Легко обрабатываются	
Высокая прочность сцепления с керамикой	
Термостойкость при температуре спекания покрытия	

В результате было организовано производство новых сплавов на основе золота, платины и палладия с высоким уровнем потребительских и технологических свойств, отвечающих современным требованиям стоматологии.

Новые сплавы благородных металлов и технологии изготовления зубных протезов, разработанные МГМСУ и ФГУП НПК «Суперметалл», по мере завершения НИР и ОКР внедрялись в стоматологическую практику. Для использования в отечественном здравоохранении разработаны:

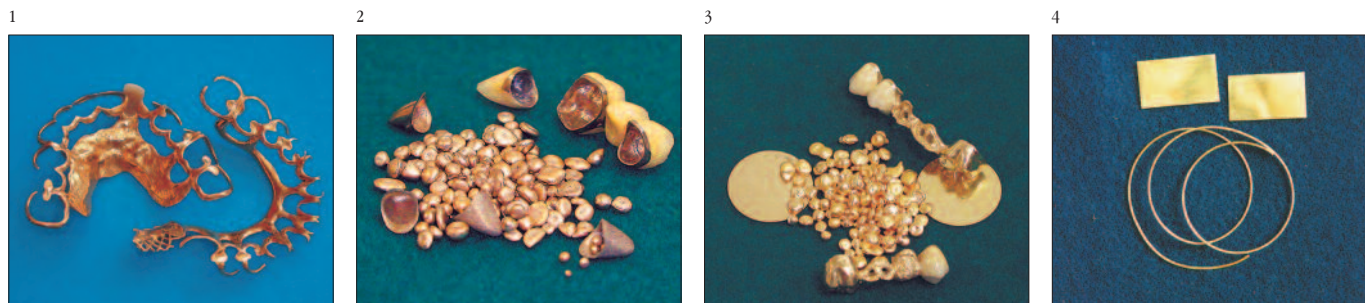
1. Термоупрочняемый сплав на основе золота «Супер ТЗ» (торговая марка «Голхадент»).
2. Сплав на основе палладия «Суперпал» для металлокерамических и металлопластмассовых зубных протезов (торговая марка «Палладент»).
3. Сплав на основе золота и платины «Супер КМ» для металлокерамических протезов (торговая марка «Плагодент»).
4. Золотой бескадмиевый припой «Супербекам» (торговая марка «Бекадент»).
5. Композиционный материал на основе золота для электрохимического покрытия зубных протезов «Супер КЭМЗ» (торговая марка «Кэмадент»).

С 1992 года государственным предприятием «Суперметалл» выпускается термоупрочняемый сплав на основе золота «Супер ТЗ». Термоупрочняемый золотой сплав «Супер ТЗ» применяется в отечественном здравоохранении более 10 лет.

Сплав на основе золота «СуперТЗ» – это термически упрочняемый износостойкий сплав, который используется для штампованных и литых стоматологических конструкций (коронки, мостовидные протезы с полимерными покрытиями и без них). Сплав содержит 75% золота, обладает красивым желтым цветом и соответствует III группе сплавов по международному стандарту ИСО 1562-84.

Максимальный прирост твердости (на 50%) наблюдается после старения сплава, предварительно





закаленного с температуры 750–800°C. Значительное влияние старение сплава оказывает на предел текучести, величина которого возрастает примерно в 2 раза при температуре старения 225°C (температура закалки 700–800°C). Оптимальными параметрами термической обработки сплава «Супер ТЗ», обеспечивающей максимальные твердость и предел текучести в сочетании с удовлетворительным уровнем пластичности, являются температура закалки 750°C и температура старения 220–240°C. При этом всегда сохраняется возможность варьирования твердостью сплава, что позволяет стоматологу осуществлять индивидуальный подбор технологии изготовления зубного протеза из сплава «Супер ТЗ» в зависимости от свойств твердых тканей антагонизирующих зубов или контактирующего материала зубного протеза.

Анализ клинических испытаний и десятилетней практики применения сплава «Супер ТЗ» подтверждает его высокие технологические и функциональные качества. «Суперметалл» серийно производит сплав «Супер ТЗ» в виде гранул, дисков и проволоки.

Сплавы на основе золота, платины и палладия, предназначенные для металлокерамических протезов «Суперпал» и «Супер КМ», отвечают современным требованиям стоматологии и включают следующие достоинства:

- совпадение термического расширения с покрытием;
- обеспечение химической связи с оксидами покрытия;
- высокие литейные свойства;
- высокий предел прочности при изгибе;
- термостойкость при температуре спекания покрытия.

Первым из сплавов, предназначенных для металлокерамических протезов, является сплав благородных металлов «Суперпал».

Сплав на основе палладия и золота «Суперпал» предназначен для металлических каркасов металлокерамических и металлопластмассовых протезов. Сплав обладает красивым серебристо-серым металлическим цветом, надежно соединяется с керамическим и полимерным покрытиями, а также используется в полированном виде без покрытий.

Прочность металлокерамических конструкций определяется не только параметрами металлического каркаса, но и технологией изготовления металлокерамического протеза: режимами подготовки металлической основы

для обеспечения оптимальной смачиваемости и прочного адгезионного сцепления. Исследование влияния термообработки сплава на прочность металлокерамического сцепления, определение состава образующейся при термообработке оксидной пленки на поверхности сплава позволили оптимизировать процесс создания металлокерамического зубного протеза.

Установлено, что толщина оксидных пленок, образующихся на поверхности сплава в течение 1 минуты, резко увеличивается в интервале температур 800–900°C и затем медленно растет при температурах от 900 до 1000°C. При оптимальном режиме термообработки на границе сплав – керамика образуется оксидная пленка толщиной 0,8 мкм сложного состава, содержащая оксиды меди – 47%, оксиды палладия – 50% и оксиды олова – 3%. Толщина переходной зоны, в которой происходит взаимное проникновение компонентов оксидной пленки сплава и компонентов керамики, составляет 0,6–0,8 мкм, при этом в керамическую массу проникают преимущественно оксиды меди и палладия.

При уменьшении температуры нагрева менее 850°C сокращается толщина оксидной пленки и соответственно переходной зоны металл – керамика. Увеличение времени нагрева приводит к росту толщины переходной зоны и доли оксидов меди, которые не обеспечивают прочного сцепления с металлической подложкой, что уменьшает прочность сцепления сплава с керамикой.

Полученные результаты позволяют рекомендовать стоматологам оптимальные режимы подготовки поверхности и спекания металлокерамических протезов.

Сплав «Суперпал» серийно производится «Суперметаллом» в виде гранул или индивидуальных литых заготовок.

За это время отработана методика его покрытия материалами IPS-Classic, Дизайн, Дуцерам, Норитак, Шофу и другими. Клинические наблюдения, проведенные в МГМСУ, показали очень высокую, надежную связь металла с керамикой.

Единичные случаи осложнений в виде сколов наблюдались только в пределах керамического слоя, что говорит об окклюзионных ошибках, а не о слабости связи керамики с металлом, то есть прочность сцепления керамики со сплавом «Суперпал» выше прочности самой керамики.

Большое внимание мы уделили исследованию зависимости прочности каркаса от толщины и размеров. «Суперпал» – это не кобальтохромовый сплав,



и прочность его, естественно, ниже. Поэтому размеры и формы моделируемого каркаса из «Суперпала» должны были быть иными.

Видоизменяя форму зубного протеза, но сохраняя его внешние размеры, можно найти конструкцию каркаса достаточной прочности и добиться экономии дорогостоящего металлического сплава (минимизировать площадь каркаса). Разработана и используется специальная компьютерная программа, которая производит расчет напряженно-деформированного состояния.

Было изучено более 30 различных модификаций исходных моделей для определения критических зон, в которых при жевательной нагрузке могут возникать пластические деформации. Установлено, что критическими зонами для надежности металлокерамических мостовидных зубных протезов в области боковых зубов являются зоны соединения тела протеза с опорными коронками и придесневая зона соединения фасеток.

Для придания металлокерамическим мостовидным зубным протезам из сплава «Суперпал» достаточного запаса прочности, по нашим данным, целесообразно максимально утолщать эти зоны. Для практической реализации исследований нами проведены необходимые расчеты и созданы таблицы допустимых вертикальных параметров зон соединения фасеток с опорными коронками из сплава «Суперпал» в зависимости от протяженности дефекта зубного ряда и величины жевательной нагрузки.

При выборе показаний к изготовлению металлокерамических мостовидных зубных протезов из сплава «Суперпал», помимо общепринятых критериев (величина и топография дефекта, состояние опорных зубов и зубов-антагонистов и пр.), перед использованием драгоценных сплавов для исключения риска переделки дорогостоящего протеза из-за индивидуальной непереносимости проводили тестирование по Фоллю каждого больного на чувствительность к сплаву «Суперпал».

На фоне явных положительных качеств у палладиевых сплавов есть особенности: их слегка фиолетовая окисная пленка меняет цвет грунтового слоя керамического покрытия, поэтому требуется нанесение дополнительного слоя грунтовой массы. Кроме того, в последние годы палладий на мировом сырьевом рынке значительно меняется в цене.

В связи с этим кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии, лабораторией материаловедения Московского государственного медико-стоматологического университета совместно с научно-производственным комплексом «Суперметалл» разработан новый отечественный сплав, уже на основе золота и платиноидов, для металлокерамических зубных протезов. Сплав назван «Супер КМ».

Золотоплатиновый сплав «Супер КМ» содержит около 85% золота, 10% платины и палладий (сумма благородных металлов — 98%), имеет светло-желтый цвет и предназначен для изготовления цельнолитых протезов, вкладок, полукоронки, мостовидных протезов преимущественно с керамическим или ситалловым покрытием.

При отработке оптимальной технологии тщательно изучен этап замены воска на металл. Отобрали три формовочные массы: масса ТГС — отечественная, масса

«Силикан» из Чехии и масса «Дегувест Ф» из Германии, которые зарегистрированы в Минздраве России.

Установлено, что каждая из изученных формовочных масс пригодна для литья зубных протезов из сплава «Супер КМ», при этом сплав «Супер КМ» лучше всего отливать в массе «Дегувест Ф», учитывая минимальные потери металла и очень высокую чистоту поверхности литья. Поэтому именно эту формовочную массу мы используем в нашей клинической работе.

Прочность сцепления сплава «Супер КМ» с керамическим покрытием зависит от шероховатости поверхности сплава и содержания оксидов меди и олова в оксидной пленке. Оптимальным режимом подготовки поверхности является пескоструйная обработка частицами оксида алюминия диаметром 100 мкм под давлением 2 атм. и термообработка в течение 5 минут при 960°C в вакууме.

При изготовлении каркаса из золотоплатинового сплава «Супер КМ» очень важно правильно моделировать высоту и ширину перемычек между фасетками и коронками, что позволит предотвратить критические напряжения в протезе. Методом математического моделирования с учетом экспериментально определенных упругих свойств сплава «Супер КМ» (предел текучести при изгибе — 261,55±0,78 МПа, модуль Юнга — 88,195±2,105 МПа, коэффициент Пуассона — 0,378±0,039 МПа) установлено, что при максимальной протяженности тела металлокерамического мостовидного протеза на каркасе из сплава «Супер КМ» высота перемычек между фасетками и коронками должна быть не менее 2,4 мм, а ширина — не менее 2,5 мм.

Результаты клинического применения зубных протезов из сплава «Супер КМ» показали, что все без исключения металлокерамические и цельнометаллические коронки и мостовидные протезы на протяжении 3 лет динамического наблюдения по всем без исключения параметрам отличались очень высоким качеством. Никто из пациентов жалоб не предъявлял, все были очень довольны качеством проведенного лечения. Не отмечено ни рецессии, ни воспаления десны в области опорных зубов в сравнении с зубами симметричной зоны. Количество зубного налета на протезах из сплава «Супер КМ» не отличалось от такового на естественных зубах.

В настоящее время сплав «Супер КМ» разрешен к применению Минздравом РФ и серийно выпускается в виде гранул.

Сплав «Супер КМ» с успехом применяется в ряде частных и государственных клиник России. В результате проведенного многогранного исследования можно констатировать, что новый отечественный сплав на основе золота «Супер КМ» по параметрам физико-механических свойств, биосовместимости, технологичности ни в чем не уступает, а по такому параметру, как стоимость, значительно превосходит известные западные сплавы на основе благородных металлов для металлокерамики.

Ортопедическое лечение зубными протезами из сплава «Супер КМ» показано во всех случаях необходимости изготовления золотых цельнолитых несъемных зубных протезов, предпочтительно металлокерамических.



Для изготовления штампованно-паяных зубных протезов из сплавов благородных металлов необходимы сплавы-припой на основе благородных металлов.

Большинство традиционных золотых стоматологических припоев содержат в своем составе кадмий, который снижает температуру плавления припоя, предотвращая плавление соединяемых деталей. Результаты многочисленных исследований подтверждают, что кадмий относится к серьезным загрязнителям окружающей среды и неблагоприятно воздействует на организм человека. Одним из основных признаков метаболизма кадмия является его редкая способность к кумуляции в организме. Это приводит к необходимости исключения кадмия из состава стоматологических сплавов.

Бескадмиевый стоматологический припой «Супербекам» 750-й пробы, созданный МГМСУ и НПК «Суперметалл», соответствует современным требованиям отечественного здравоохранения.

Основные характеристики припоя не ниже, чем у традиционных кадмийсодержащих золотых припоев: золотисто-желтый цвет, температура плавления – около 800°C, прочность адгезионного соединения, коррозионная стойкость, жидкотекучесть, смачиваемость находятся на уровне свойств золотого припоя AuAgCdCu 750-30.

Определение механической прочности твердopаяного соединения образцов из сплава «Супер ТЗ», спаянных бескадмиевым припоем, показало, что напряжение разрыва составляет 362 ± 9 МПа. Согласно стандарту ИСО 1562 для золотых стоматологических сплавов, усилие на разрыв должно составлять не менее 350 МПа. Следовательно, прочность соединения деталей зубных протезов вполне соответствует требованиям ортопедической стоматологии.

Проведенные эксперименты по определению температуры текучести нового припоя показали, что применяемый в зубопротезной технике флюс для золотых стоматологических припоев в виде буры (тетраборат натрия) недостаточно хорошо защищает место пайки от появления оксидной пленки. Поэтому был разработан флюс, состоящий из буры, борной кислоты и фтористого калия, полностью защищающий место пайки от появления оксидной пленки и позволяющий припою хорошо растекаться по поверхности деталей зубных протезов.

С июня 2002 года бескадмиевый стоматологический припой на основе золота выпускается государственным предприятием «Суперметалл» в виде проволоки диаметром 0,5 и 1,0 мм или в виде полосы толщиной 0,3 мм, шириной 0,5 мм.

Применение бескадмиевого припоя «Супербекам» в сочетании с новым защитным флюсом показало хорошие результаты в клинической практике.

Комплексом экспериментальных, лабораторных и клинических исследований убедительно доказана целесообразность применения бескадмиевого стоматологического припоя в отечественном здравоохранении.

При лечении основных стоматологических заболеваний с применением сплавов благородных металлов часто приходится сталкиваться с наличием во рту пациентов ранее выполненных зубопротезных конструкций из неблаго-

родных металлов. Для предупреждения возникновения микроотоков ранее выполненные протезы, особенно съемные бюгельные протезы из неблагородных сплавов, необходимо покрывать электрохимическими золотыми покрытиями.

Несмотря на активную экспансию в практику стоматологов материалов на основе благородных металлов, современная ортопедическая стоматология все еще широко применяет металлические неблагородные материалы из-за их более низких цен. Зубные протезы или их детали из неблагородных сплавов во многих случаях требуют дополнительной обработки с целью повышения их коррозионной стойкости или улучшения эстетических качеств. Чаще всего такие конструкции покрываются гальваническим способом тонкими металлическими покрытиями на основе благородных металлов.

Требования, предъявляемые к таким покрытиям, главным из которых является высокая износостойкость, становятся постоянным двигателем для материаловедов в поиске новых композиций. В последнее время особое внимание уделяется композиционным покрытиям, включающим сплав на основе благородных металлов как основу-матрицу, содержащую равномерно распределенные в ней ультрадисперсные неметаллические частицы.

В «Суперметалле» совместно с МГМСУ создан новый композиционный материал на основе золота для электрохимического покрытия с ультрадисперсными частицами (УДЧ). Изучено влияние УДЧ алмаза, оксидов алюминия, титана и циркония на свойства покрытия.

Повышение концентрации неметаллических частиц ведет к повышению твердости покрытий. Максимальный эффект упрочнения отмечен при введении частиц оксидов циркония.

Золотое покрытие с ультрадисперсными частицами оксида циркония имеет название «Материал КЭМЗ». Основа покрытия – золото (98,5%) с содержанием до 0,5% ZrO₂.

«Материал КЭМЗ» предназначен для электрохимического покрытия зубных протезов, обеспечивает увеличение износостойкости в 1,5–2 раза.

Композиционное электрохимическое покрытие на основе сплава золото-кобальт (материал КЭМЗ) предназначено для осаждения на каркасы зубных протезов и представляет собой металлическую матрицу с равномерно распределенными по всему объему покрытия ультрадисперсными частицами оксида циркония.

Одной из основных характеристик покрытия является равномерность распределения оксидных частиц, что достигается созданием устойчивых суспензий оксида циркония при осаждении металлической основы из цитратно-трилонатного электролита.

Результаты клинического применения зубных протезов с золотым электрохимическим покрытием «Супер КЭМЗ» показали, что композиционному золотому покрытию свойственна высокая износостойкость и длительный лечебный эффект.

Учет, хранение и использование сплавов благородных металлов следует осуществлять в соответствии с действующими в Российской Федерации нормативными документами по использованию драгоценных сплавов в ортопедической стоматологии.



Приобрести стоматологические сплавы благородных металлов «Супер ТЗ» (торговая марка «Голхадент»), «Суперпал» (торговая марка «Палладент»), «Супер КМ» (торговая марка «Плагодент»), бескадмиевый припой «Супербекам» (торговая марка «Бекадент»), композиционный материал на основе золота для электрохимического покрытия зубных протезов «Супер КЭМЗ» (торговая марка «Кэмадент») можно в Москве в Торгмеде или в НПК «Суперметалл».

Созданные и производимые в России с начала 90-х годов новые стоматологические сплавы благородных металлов по своим потребительским и технологи-

ческим характеристикам соответствуют лучшим мировым образцам и превосходят последние по простоте рецептуры, экономичности производства и применения. Высокая оценка новых российских материалов для зубопротезирования стоматологическими учреждениями и Минздравом России, мировым сообществом стоматологов на симпозиуме в Швейцарии в 1998 году, высокие награды на Международной выставке в Брюсселе в 1995 году и медали Всероссийского выставочного центра в 1998 и 2001 годах подтверждают высокую эффективность, ликвидность и конкурентоспособность новой российской стоматологической продукции.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОМАНИЯМИ, ТОКСИКОМАНИЯМИ, АЛКОГОЛИЗМОМ

В последние годы в Российской Федерации все большую остроту приобретает злоупотребление наркотиками, различными психоактивными веществами (ПАВ) и особенно алкоголем, что продолжает отражать напряженность социально-экономической ситуации в стране.

Число больных наркоманиями, состоящих под наблюдением, на конец 2002 года составило 322 930 человек, в том числе мужчин – 272 124, женщин – 50 806. Число лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, с впервые в жизни установленным диагнозом, состоящих под наблюдением, на конец года составило 125 771 человек, в том числе мужчин – 111 911, женщин – 13 860.

Число больных токсикоманиями, находившихся под наблюдением, в 2002 году составило 12 669 человек, в том числе мужчин – 11 538, женщин – 1131. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом токсикомании составило 20 832 человека, в том числе мужчин – 17 798, женщин – 3034.

В конце 2002 года под амбулаторным наблюдением находилось 2 199 574 человека, больных алкоголизмом и алкогольными психозами, в том числе мужчин – 1 834 951, женщин – 364 623, что составляло более 1500 человек на каждые 100 тыс. населения. Из них более 124 748 больных (примерно 80 на 100 тыс. населения) наблюдались по поводу алкогольных психозов. Кроме того, под профилактическим наблюдением находилось еще 407 350 лиц, злоупотребляющих алкоголем, но без формирования зависимости от него (в расчете на 100 тыс. населения – более 280), в т.ч. мужчин – 355 856, женщин – 51 494.

Таким образом, почти 2,6 млн. человек вовлечено в пьянство, а это 1,8% от всего населения страны. В течение последних нескольких лет показатели алкоголизма практически не менялись, однако отмечался выраженный рост алкогольных психозов: за 2 года на 35%.

Сегодня в России общее число больных и злоупотребляющих с диагнозом наркомания, токсикомания, алкоголизм составляет более 3 млн. человек.

СОСТОЯНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Состояние наркологической службы органов здравоохранения Российской Федерации определяется численными показателями занятых специалистов, действующих подразделений и койко-мест, а также показателями эффективности работы. На конец 2002 года численность врачей-наркологов составляла 4,65 тыс. человек (занятых должностей – 7,9 тыс.) на 203 наркологических диспансера.

Более 2 тыс. наркологических кабинетов действовало в районных (сельских), ведомственных больницах и поликлиниках. В структуре диспансеров насчитывалось более 300 подростковых кабинетов, 274 кабинета экспертизы алкогольного опьянения. Всего по стране функционируют 29 тыс. наркологических коек, в том числе в структуре диспансеров имеется 159 стационаров на 16 тыс. коек. Работают 13 крупных специализированных наркологических больниц: две из них в Москве, а также в Калининграде, Курске, Краснодаре, Екатеринбурге, Нижнем Новгороде, Ярославле, Челябинске, Омске, Воронеже, Пензе, Ульяновске. Функционируют клиники научно-исследовательских и учебных медицинских институтов, в том числе в Национальном научном центре наркологии в Москве.

За год в наркологических стационарах получают помощь около 700 тыс. больных, из них около 40 тыс. больных наркоманией. Надо отметить, что около 25% больных наркоманией поступают обычно в течение года на повторное лечение.

Учитывая, что средняя длительность пребывания больного на койке составляет 16,4 дня, а больного наркоманией – около 16,8 дня, запланированная на 2002 год стоимость одного койко-дня госпитализации следующая: клинический уровень – 0,966 от среднего базового норматива стоимость койко-дня –

231,2 руб.; городской уровень – 0,879; ЦРБ – 0,546.

Реабилитационные стационарные структуры на конец 2002 года функционировали в 59 регионах (из 89), из них 5 – стационарные учреждения на 400 коек. В структуре Национального научного центра наркологии открыт Реабилитационный центр, создаются еще 5 базовых, межрегиональных (федеральных, окружных) реабилитационных центров.

Министерство здравоохранения Российской Федерации осознает всю остроту и тяжесть проблемы наркомании, непосредственно угрожающей здоровью населения страны, ее экономическому, трудовому, культурному, военному потенциалу, правопорядку в ней, а в целом – общественному благосостоянию и национальной безопасности. В связи с этим Минздрав видит свою главную задачу в развитии отвечающей реальным потребностям общества специализированной наркологической службы, оказывающей медицинскую, психолого-психотерапевтическую, медико-социальную (реабилитационную) помощь лицам, вовлеченным в злоупотребление наркотическими средствами и другими ПАВ.

Первым шагом в этой работе было создание в начале 90-х годов сети структур (специальных отделений, палат) неотложной наркологической помощи – лицам с острой интоксикацией ПАВ, больным, находящимся в тяжелом абстинентном состоянии, вызванном детоксикацией в короткие сроки внедрены повсеместно.

Еще одним целевым организационным действием Минздрава стало разворачивание во всех регионах специализированных химико-токсикологических лабораторий, позволяющих определять наличие в биологических средах организма (кровь, моча и др.) наркотиков и других ПАВ. Созданы федеральный и региональные учебно-методические центры по подготовке специалистов в области аналитической токсикологии.

Следующим приоритетным направлением явилось формирование системы помощи наиболее поражаемому наркотоксикоманиями контингенту – детям и подросткам. Для обеспечения качества работы с несовершеннолетними были введены должности заместителей главных наркологов регионов по детско-подростковой наркологии, во всех регионах открыты специальные отделения и палаты. Пересмотрена система подготовки врачей всех профилей по вопросам приобщения к ПАВ в детстве и юности. Подростковая служба сотрудничает с детскими поликлиниками, подростковыми кабинетами районных лечебно-профилактических учреждений. Социальные работники диспансеров налаживают доверительный контакт с подростками непосредственно «на улице», в семье, взаимодействуют со службами милиции, социальной помощи, судами, местной администрацией.

Лечение наркомании в настоящее время организуется на основе разработанных «Стандартов диагностики и лечения наркологических больных», а также клиничко-терапевтических методических рекомендаций и пособий, руководств по применению современных фармакотерапевтических средств, психо- и социотерапевтических подходов (в рамках комплексной поэтап-

ной, максимально индивидуализированной терапии).

Особое внимание Минздрав России уделяет системе реабилитационной помощи больным наркоманией. С целью организации реабилитационных центров (отделений) Минздрав России в 1997 году ввел их в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвердил положение, штаты этих структур и обязал руководителей органов управления здравоохранением регионов приступить к их созданию. Сегодня фактически развернуто около 1000 бюджетных реабилитационных коек в 35 регионах, ориентированных в подавляющем большинстве на 1,5–2-месячное пребывание. В большинстве территорий несомненный дефицит реабилитационного звена наркологической помощи обуславливается отсутствием необходимых финансовых средств и материальной базы.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

В настоящее время Минздрав России активно работает над совершенствованием законодательной и нормативно-правовой базы в наркологии.

В соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации и по поручению Правительства Российской Федерации Минздрав совместно с другими заинтересованными министерствами и ведомствами разработал проект федерального закона «О противодействии распространению наркомании в Российской Федерации», призванный регулировать правоотношения, связанные с антинаркотической пропагандой, профилактикой наркомании, выявлением, лечением (в том числе принудительным) и социально-медицинской реабилитацией больных наркоманией.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ НАРКОЛОГИИ

Научно-исследовательские работы в области наркологии проводятся в соответствии с отраслевой программой Минздрава России «Разработка эффективных методов и средств профилактики, диагностики и лечения наркологических заболеваний на основе медико-биологических, клинических и медико-социальных исследований» на 2001–2005 годы. В программе участвует ряд научно-исследовательских институтов и учебных вузов. Головным исполнителем программы, организующим и координирующим ее работу, является Национальный научный центр наркологии. Успешно реализуется Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002–2004 годы», где ответственным исполнителем от Минздрава России в области медицинских исследований также является Национальный научный центр наркологии.

На данном этапе перед наркологической наукой стоят следующие задачи: изучение фундаментальных биологических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ; разработка на этой основе новых методов выявления групп высокого риска и ранней диагностики доклинических и начальных



форм наркологической патологии и эффективной ее терапии; изучение клинических закономерностей развития и течения различных наркологических заболеваний, их личностных и социальных аспектов; разработка адекватных им методов и программ лечения и реабилитации наркологических больных; разработка новых подходов к построению программ профилактики наркологических заболеваний среди различных групп населения, реализуемых как в учреждениях здравоохранения, так и в рамках взаимодействия с системами образования, социальной защиты, охраны правопорядка и другими. Решение этих задач осуществляется в рамках трех основных направлений.

1. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

Развитие научных исследований в области наркологии показало, что природа развития зависимости, склонность к употреблению ПАВ – многомерный биологический, психологический, поведенческий и социальный феномен. Проблема выяснения биологических механизмов формирования зависимости от ПАВ является сегодня одним из ключевых моментов для своевременной диагностики и адекватных методов лечения наркологических заболеваний. На данном этапе развития биологической наркологии доказан факт наличия наследственной предрасположенности к формированию наркотической зависимости и выдвинуто предположение о тесной связи индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ с генетическими особенностями индивидуумов. Необходимость ранней профилактики у лиц с повышенной предрасположенностью к потреблению ПАВ требует создания надежной системы маркеров для выявления так называемых групп риска. В связи с этим поиск генов, изменения в структуре которых могли бы коррелировать с повышенным риском развития зависимости от ПАВ, является первоочередной задачей. Стратегия этого поиска основана на ранее полученных результатах нейробиохимических и психофармакологических исследований. Функциональные нарушения, наблюдаемые у больных с зависимостью от ПАВ, могут быть обусловлены комплексом структурных изменений генов, кодирующих фрагменты синтеза и обмена ряда нейромедиаторов, нейротрофинов и их рецепторов, а также структур, участвующих в транспорте данных веществ. Выявление этих структурно-генетических особенностей приведет к созданию специализированной тест-системы, включающей в себя набор генетических маркеров для раннего выявления предрасположенности к потреблению наркотиков.

2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

В области изучения терапевтических аспектов проблемы наркоманий особое внимание обращается на разработку клинико-синдромальных характеристик основных форм наркотоксикоманий, изучения динамики их течения с целью выделения факторов, значимых для противорецидивной терапии. Приоритетной задачей является разработка новых и совершенствование существующих комплексных лечебно-реабилитационных программ, главным звеном которых является медикаментозная составляющая. Ведется поиск патогенетиче-

ски обоснованных методов терапии стержневого синдрома наркологических заболеваний – патологического влечения к наркотикам. Перспективным направлением в этой области является возможность использования новых фармакологических средств, влияющих на патологическое влечение к ПАВ. Проводится широкий экспериментальный поиск фармакологических соединений, способных целенаправленно воздействовать на другие звенья патогенеза наркоманий – купирование абстинентного синдрома, предупреждение рецидивов болезни и достижение стабильных, длительных ремиссий.

В медикаментозной терапии наиболее часто применяются следующие средства.

Ксефокам (Лорноксикам) – относится к фармакологической группе нестероидных противовоспалительных препаратов класса оксикамов, эффективно применяется при опиоидной наркомании.

В результате клинических испытаний подтвердилось, что ксефокам обладает высокой обезболивающей активностью, что позволяет рекомендовать включение его в комплексные терапевтические программы при лечении опиоидного АС.

Ивадал (Золтидем) – относится к фармакологической группе небензодиазепиновых «гипнотиков» короткого действия (1–5 ч.), класс имидазопиридинов. Применяется при лечении больных алкоголизмом и героиновой наркоманией, для купирования расстройств сна и АС.

В клинических испытаниях показано, что ивадал обладает выраженным гипнотическим эффектом, хорошо сочетается с другими психотропными препаратами. Отсутствие у препарата миорелаксирующего и седативного эффектов позволяет применять его в стационарных и амбулаторных условиях лечения болезней зависимости.

Реланиум – относится к фармакологической группе анксиолитиков бензодиазепиновой структуры. В наркологической практике применяется при лечении больных алкоголизмом и наркоманией, для купирования тревожных и диссомнических расстройств при синдроме отмены.

Реланиум обладает выраженным анксиолитическим, седативным, миорелаксирующим и противосудорожным действием. Целесообразно его применение в стационарных условиях в комплексных терапевтических программах при лечении больных алкоголизмом и наркоманиями.

Стрессплант относится к фармакологической группе природных транквилизаторов. Основными ингредиентами, ответственными за фармакологическую активность препарата, являются кава-лактоны.

Стрессплант эффективно применяется при алкогольной зависимости. Обладает хорошим анксиолитическим и вегетостабилизирующим эффектами, достаточно быстро купирует патологическое влечение к алкоголю и аффективные расстройства в его структуре, умеренно действует на дисфорическую симптоматику.

Клотиксол (Зуклопентиксол) – относится к фармакологической группе нейролептиков, производных тиоксантена. В наркологической клинике применяется при лечении больных героиновой наркоманией. Кло-



пиксол быстро купирует психомоторное возбуждение, дезактуализирует патологическое влечение к наркотикам, заметно снижает выраженность аффективной симптоматики; наиболее выраженное влияние оказывает на дисфорическую и психопатоподобную симптоматику, быстро купирует тревогу. Отсутствует затормаживающее влияние на психическую и двигательную активность; отмечается небольшая выраженность экстрапирамидных расстройств. Рекомендуется как для стационарного, так и для амбулаторного лечения.

Рисполепт (Риспедирон) – относится к фармакологической группе атипичных антипсихотиков, производных бензизоксазола. Применяется при лечении больных героиновой наркоманией.

Терапевтическое действие препарата направлено на купирование патологического влечения к наркотикам, психомоторного возбуждения, тревоги, дисфории, поведенческих нарушений. Рекомендуется включение рисполепта в комплексные терапевтические программы при лечении больных героиновой наркоманией. Длительное применение обеспечивает профилактику ранних рецидивов и формирование более длительных и стабильных ремиссий.

Цитрамил (Циталопрам) – относится к фармакологической группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, является представителем группы антидепрессантов со сбалансированным механизмом действия. Применяется при лечении больных алкоголизмом.

Выявлена высокая эффективность цитрамила не только при терапии аффективных проявлений в структуре алкогольного АС и патологического влечения к алкоголю, но и при купировании патологического влечения с преобладанием поведенческого и идеаторного компонентов. Рекомендуется включение препарата в комплексные терапевтические программы при лечении больных с алкогольной зависимостью.

Ремерон (Митразатин) – относится к фармакологической группе сбалансированных антидепрессантов, обладающих норадренергическим и специфическим серотонинергическим действием. Применяется при лечении больных алкоголизмом.

Ремерон купирует патологическое влечение к алкоголю, оказывает антидепрессивное, анксиолитическое, гипнотическое и вегетостабилизирующее действие. Достаточно сбалансированы его седативный и стимулирующий эффекты. Рекомендуется включение ремерона в комплексные терапевтические программы, как в условиях стационарного лечения, так и в амбулаторной практике.

Антаксон (Налтрексона гидрохлорид) – относится к фармакологической группе активных конкурентных антагонистов опиатных рецепторов длительного действия. Применяется при лечении больных алкоголизмом и опиоидной наркоманией.

Антаксон влияет на патологическое влечение к алкоголю, при длительном применении увеличивает его терапевтическую эффективность. Применение антаксона при героиновой наркомании позволяет улучшить качество и длительность ремиссий. Рекомендуется его включение как достаточно эффективного и безо-

пасного препарата в комплексные терапевтические программы наряду с использованием психофармакологического и психотерапевтического лечения.

Налоксон (Налоксона гидрохлорид) – относится к фармакологической группе прямых антагонистов опиатных рецепторов короткого действия. Применяется в комплексном лечении больных героиновой наркоманией и ее осложненных форм для купирования тяжелых и осложненных форм опиоидного АС.

Инстенон – относится к фармакологической группе комбинированных препаратов с нейрометаболическим механизмом действия, который обусловлен входящими в его состав компонентами – гексобендина, этамивана и этофиллина. Применяется при лечении больных алкоголизмом.

При клинических испытаниях выявлена значительная ноотропная активность – препарат хорошо влияет на патологическое влечение к алкоголю и быстро купирует проявления астенического и астенодепрессивного симптомокомплекса в постабстинентном состоянии в ремиссии. Активирующий эффект не выражен. На более положительный терапевтический результат при применении инстенона наблюдается у больных переходной 2–3-й и 3-й стадии алкоголизма с явлениями алкогольной деградации и алкогольной энцефалопатии.

Коаксил – относится к фармакологической группе антидепрессантов, механизм действия связан с обратным захватом серотонина. Применяется при лечении больных алкоголизмом и героиновой наркоманией.

Основное терапевтическое действие коаксила: выраженное купирующее действие на патологическое влечение к ПАВ, антидепрессивное, вегетостабилизирующее. Нормализует поведение. Рекомендуется включение коаксила в комплексные терапевтические программы как в стационаре, так и в амбулаторной практике.

Вместе с тем не вызывает сомнений необходимость комплексного подхода, в котором наряду с психофармакологическим воздействием значительное место занимают немедикаментозные методы терапии. Особое внимание уделяется разработке психотерапевтических программ для больных наркоманиями, психологической поддержке их и их семей. Дифференцированное применение научно обоснованных методов психотерапии в отношении синдрома зависимости от ПАВ позволит интенсифицировать лечебный и реабилитационный процессы в наркологии.

Современная психотерапия наркологических больных имеет отчетливую тенденцию к интеграции различных в научном и техническом плане направлений, объединению их в комплексные реабилитационные программы. Большое значение имеет последовательность применения психотерапевтических методов в соответствии с клинической динамикой заболевания, что является отражением другого основополагающего принципа построения лечебных процедур в наркологии – динамического.

Результаты исследований показывают, что наибольшую лечебную эффективность в наркологической клинике обнаруживает сочетание когнитивно-поведен-



ческого, гуманистического и психодинамического методов психотерапии. На основе этого положения разработана новая стратегия психотерапевтической курации наркологических больных.

Когнитивно-поведенческая психотерапия является главным элементом этой стратегии, особенно на стационарном этапе лечения больных. Данный метод реализуется путем создания в наркологическом отделении особой «психотерапевтической среды» – психологической атмосферы, оптимальной для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. При этом используется директивный стиль психологического воздействия с традиционными приемами рациональной и обучающей терапии.

Бихевиористский (поведенческий) подход особенно положительно зарекомендовал себя как инструмент удержания и дисциплинирования больного в терапевтическом процессе.

Определяя оба эти психотерапевтические подходы как базисные, следует указать на их существенные недостатки: они не в состоянии предложить способы решения индивидуальных проблем наркологических больных и ограничены в возможности мотивирования больных к лечению, а также коррекции психических структур, блокирующих эту мотивацию.

Для поддержания трезвеннических установок недостаточно дать больному наркологические знания, смоделировать социально приемлемые формы поведения, заручиться поддержкой специалистов и близких людей. Необходимо придать больному импульс самоуправления и саморазвития. Данное обстоятельство диктует потребность включения в лечебный курс личностно-ориентированной психотерапии, среди различных форм которой наибольшую обоснованность имеет психодинамический метод.

Важным дополнением к описанной триаде служит семейная психотерапия. Она является наиболее эффективным методом выявления и коррекции известного феномена созависимости, характерного для семей наркологических больных. Наркологическое заболевание рассматривается при этом в контексте межличностных отношений в семье как в единой динамической системе.

В настоящее время разработана «Концепция реабилитации наркологических больных в учреждениях здравоохранения», где четко сформулированы понятия реабилитации в наркологии, ее цель и задачи, предложены принципы эффективной организации лечебно-реабилитационного процесса.

Сформулированные концептуальные представления о реабилитации в наркологии позволили разработать «Стандарты реабилитации наркологических больных» – нормативного документа, регламентирующего последовательность и содержание действий специалистов, участвующих в лечебно-реабилитационном процессе.

Разработаны базовая программа работы наркологических реабилитационных центров и набор конкретных программ для различных специализированных структур. Предложен ряд методических разработок по внедрению в наркологических учреждениях лечебно-реабилитационных программ, принципов и организаци-

онных элементов работы терапевтических сообществ.

Благодаря усилиям наркологической службы на местах в настоящее время в стране действует более 20 различных реабилитационных структур, существенно различающихся по принципам и формам их организации, численности и составу больных.

К новым комплексным направлениям в профилактике и лечении наркологических заболеваний относятся «Программа взаимодействия наркологической службы и Русской православной церкви по вопросам социальной и духовной реабилитации».

Большое значение имеет проблема подготовки кадров для проведения лечебно-реабилитационной работы. Регулярно организуются циклы повышения квалификации врачей, психологов и социальных работников по различным аспектам, публикуются тематические методические рекомендации, пособия, научные статьи.

В настоящее время особое внимание уделяется проблеме подростковой наркологии.

Проведены исследования клиники и течения наркологических заболеваний у детей и подростков, разработаны психофармакологическая стратегия и дифференцированные методы психотерапии для этой группы больных. Описаны новые формы наркологической патологии у несовершеннолетних с рекомендациями по их диагностике, лечению, профилактике.

Подготовлен ряд методических рекомендаций, пособий, сборников по раннему выявлению несовершеннолетних, употребляющих ПАВ: при проведении допризывной военно-врачебной экспертизы и профилактических медицинских осмотров.

Изучены криминальная активность и факторы риска развития безнадзорности у несовершеннолетних пациентов учреждений по оказанию наркологической помощи. Разработаны методические рекомендации по определению групп риска по правонарушениям и безнадзорности у детей с аддиктивной патологией.

3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

Важнейшее значение придается научным исследованиям в сфере профилактики наркоманий. Создание научно обоснованных подходов к формированию адаптивного, функционального образа жизни человека путем позитивного развития его личностных и средовых ресурсов, а также эффективных поведенческих стратегий с использованием методологии обучения здоровому и успешному поведению, методик медико-психологической коррекции дезадаптивных, отклоняющих форм поведения является основной стратегией профилактической деятельности учреждений здравоохранения. Для успешной реализации задач профилактики, стоящих перед медицинскими организациями, необходимо прежде всего наличие единой системы мониторинга наркотической ситуации в стране; разработка инструментов для социологических и эпидемиологических исследований применительно к различным группам населения, разработка системы оценки и анализа полученных статистических данных.



Проведенные научные исследования в области профилактики позволили разработать методологические основы первичной, вторичной и третичной профилактики наркоманий.

Сформулированы задачи профилактической деятельности, основные направления и организационные основы построения профилактических программ, разработана система технологий профилактики. В области первичной, вторичной и третичной профилактики выделены как медико-психологические (психотерапевтические), так и социальные, и педагогические технологии.

Медико-психологические технологии предусматривают систему действий специалистов, направленную на развитие адаптивной личности, способной эффективно развиваться, преодолевать жизненные трудности и проблемы.

Социальные и педагогические технологии связаны с грамотным представлением информации, созданием мотивации на здоровый образ жизни и, что особенно важно, формированием социально-поддерживающей системы.

Много внимания уделяется профилактике развития зависимости от ПАВ среди детей и подростков контингента. На основе теоретических исследований разработаны профилактические программы для этого контингента, для родителей, учителей, сверстников. Эти программы апробируются и внедряются в школах, медико-психологических центрах и вузах Москвы, в Самарской, Саратовской, Воронежской и других областях. Наиболее полно представлены комплексные программы в Центре образования №109 и школе №102 Москвы, где в течение ряда лет определяется их эффективность.

Разработана и принята в качестве руководства к действию «Концепция реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ» совместно с Минобразованием России. Разработан и внедрен ряд антинаркотических программ для несовершеннолетних в регионах Российской Федерации.

Постоянно идет подготовка специалистов в области профилактики из числа врачей, психологов, педагогов, социальных работников, сотрудников инспекции по делам несовершеннолетних, волонтеров из молодежной среды: проведены системные семинары-тренинги в ряде регионов России (г. Жуковский, Саратовская, Самарская, Воронежская области); реализуется научно-практический модельный проект по созданию системы профилактики в малом городе (г. Сергиев Посад).

В последние годы подготовлено множество научных и научно-практических изданий по вопросам профилактики злоупотребления ПАВ: монография «Профилактика наркоманий у подростков. От теории к практике», учебное пособие для студентов вузов «Наркотики: проблемы и их решение», «Концептуальная программа первичной профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи», «Программа формирования здорового жизненного стиля», пособие для врачей «Модель профилактики злоупотребления наркотиками и другими ПАВ среди детей и подростков в организованной и неорганизованной среде».

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПЛАНЫ И ПРИОРИТЕТЫ

Одним из важнейших вопросов остается подготовка квалифицированных кадров врачей психиатров-наркологов. Особое место здесь отводится переоценке роли и места реаниматологов и психологов в терапевтических программах. Необходимо также повышать уровень последиplomной подготовки и переподготовки врачей психиатров-наркологов на основе разработки новых типовых планов и программ обучения в ординатуре, аспирантуре и на курсах повышения квалификации.

Совершенствование законодательной и нормативной базы в наркологии является еще одной приоритетной задачей. В настоящее время Федеральный закон «О противодействии распространению наркомании в Российской Федерации» находится на утверждении в Правительстве Российской Федерации. Готовится приказ Минздрава России по штатным нормативам для наркологических учреждений, намечены пересмотр и обновление всей действующей документальной системы. Разработаны и готовятся к внедрению Правила медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством.

Актуальным вопросом является реформирование службы на основе разработанной концепции эффективной терапии и реабилитации в наркологии, которая должна явиться методологическим фундаментом процесса развития и совершенствования наркологической службы в Российской Федерации, оптимизации и перестройки ее организационных механизмов. При этом предполагается учитывать позитивный зарубежный опыт, подходы к организации специализированной службы, развиваемые в рамках так называемой социальной медицины, и прежде всего социальной психиатрии. Планируется предложить новые организационные модели службы, учитывающие наличие дифференцированного контингента больных, приоритет реабилитационных программ, необходимость работы с семьями, ближайшим окружением.

Без фундаментально-прикладных исследований будущее наркологической службы малоперспективно, поэтому планируется дальнейшее развитие научно-исследовательской работы по приоритетным направлениям:

1. Продолжение исследований, направленных на изучение предрасположенности к злоупотреблению ПАВ с выделением групп высокого риска.
2. Совершенствование существующих и разработка новых методов и средств комплексного лечения и реабилитации больных с зависимостью от ПАВ.
3. В подростковой наркологии будет приоритетным изучение распространенности употребления ПАВ среди беспризорных и безнадзорных детей с целью разработки программ реабилитации для этого контингента; будет продолжена разработка новых методов лечения, реабилитации и профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков и совершенствование организационных форм работы с ними.



4. В области профилактики предпочтение будет отдано исследованиям, направленным на установление социально-психологических факторов, способ-

ствующих началу употребления ПАВ, выделение групп социально-психологического риска и разработку программ работы с этим контингентом.

ДИРЕКТОР ННЦ НАРКОЛОГИИ МЗ РФ,
ЧЛЕН-КОРР. РАМН, ГЛАВНЫЙ НАРКОЛОГ МЗ РФ

Н.Н. Иванец

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ ННЦ
НАРКОЛОГИИ МЗ РФ, К.М.Н.

Е.В. Борисова

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ

С 1990 года Россия переживает очередную волну эпидемически неустойчивой ситуации по инфекциям, передаваемым преимущественно половым путем (ИППП). Начавшийся тринадцать лет назад рост заболеваемости продолжался до 1997 года, поразив практически 1,5% населения, в том числе свыше 100 тыс. детей и подростков.

Этот период времени явился толчком к разработке и внедрению новых подходов к тактике ведения больных с ИППП, в том числе перераспределив приоритетность основных мероприятий по предупреждению дальнейшего распространения инфекций. Основной акцент был поставлен на первичную профилактику заболеваний. Приказом Минздрава России от 30.07.2001 №291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» в структуре кожно-венерологического диспансера был утвержден отдел первичной профилактики, перед которым была поставлена основная задача – предупреждение распространения ИППП, предупреждение развития болезней и их осложнений, уменьшение риска ВИЧ-инфицирования, воспитание сексуальной культуры контрацепции среди подростков и молодежи, лиц с «рисковым поведением» (проститутки, бездомные, гомосексуалисты, алкоголики). Необходимость организации такой работы была обусловлена высокой заболеваемостью ИППП среди этого контингента, практически в 2 раза превышающая заболеваемость среди общей популяции населения.

Для повышения доступности, экстренной диагностики и лечения лицам с заболеваниями, передаваемыми половым путем, преодоления социально-негативных мотиваций, препятствующих обращению населения за данным видом квалифицированной специализированной помощи в кожно-венерологические учреждения, снижения числа самолечения в России было организовано свыше 300 кабинетов анонимного обследования и лечения, в которых ежегодно выявляется свыше 22% больных сифилисом и почти 30% больных гонореей.

Проводимая за это время большая работа по интеграции смежных служб, изменению устаревшего законо-

дательства, внедрению в практику современных технологий диагностики и лечения больных, по управлению качеством медицинской помощи населению не могла не оказать влияние на стабилизацию эпидемиологической ситуации и последующее снижение заболеваемости, отмечаемое в течение последних пяти лет (рис. 1), в том числе сифилисом – более чем в 2 раза, гонореей, трихомониазом – в 1,2 раза, хламидиозом – на 7,8%.

Большая исследовательская работа по профилактике врожденного сифилиса позволила добиться снижения заболеваемости на 13% с 710 случаев на 100 тыс. в 2000 году до 619 случаев на 100 тыс. в 2002 году (рис. 2).

Однако уровень заболеваемости все еще остается крайне высоким: показатель заболеваемости сифилисом в 2002 году составил 119,5 случая на 100 тыс. населения, трихомониазом – 282,9, хламидиозом – 107,1, гонореей – 94,2.

Остается по-прежнему крайне серьезной проблемой рождение детей с врожденным сифилисом. На фоне общего снижения заболеваемости сифилисом отмечен ежегодный рост удельного веса беременных в структуре женщин, больных сифилисом. Только за последние два года он возрос с 8,8 до 12,3% (рис. 3), что явилось результатом роста числа детей с врожденным сифилисом (с 579 в 2001 году до 619 в 2002 году).

Опасность ухудшения эпидситуации прослеживается и в наметившейся в последние годы стойкой тенденции инфицирования ВИЧ-инфекцией половым путем.

Эпидемический взрыв заболеваемости сифилисом и рост уровня ВИЧ-инфекции, совпавший с эпохой социально-экономических преобразований в обществе, определил приоритеты и неотложные задачи службы.

Достигнутые показатели требуют проведения качественных профилактических и лечебных мероприятий, которые бы позволили добиться реального снижения заболеваемости до существующего уровня в развитых странах. Подтверждение тому – 1 млн. заболевших. Но не меньше больных дерматозами, число которых в сотни раз превышает число больных ИППП.

В настоящее время в состав дерматовенерологической службы входят 4 НИИ, 68 кафедр, 331 диспансер различного уровня, 3112 кабинетов амбулаторного приема, 10 510 врачей, в том числе кожно-венерологические отделения и кабинеты медицинских служб других ведомств (МПС, ФСБ, МВД, МО и др.).

В структуре дерматовенерологической службы функционируют 964 лаборатории, в том числе клинико-диагностические – 347, бактериологические централизованные – 283, серологические централизованные – 334.

Общая численность врачей-дерматовенерологов, работающих в государственном секторе медицины, составляет 10 510. Укомплектованность кадрами – 95%.

Коечный фонд специализированных учреждений составляет в 2002 году 23 594 (рис. 4). С внедрением в практику здравоохранения современных стационарозамещающих технологий коечный фонд за последние 3 года снизился на 18% (более 5 тыс.): в 2000 году – 28 739 коек, в 2001 году – 25 738 коек, в 2002 году – 23 594 койки.

Внедрение новых технологий позволило сократить среднюю длительность пребывания больного с 20 до 18 дней.

Одним из основных направлений повышения эффективности использования коечного фонда в дерматовенерологических учреждениях явилось внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

Правительством Российской Федерации и Минздравом России продолжает проводиться работа по восстановлению вертикали управления дерматовенерологической службы. В целях решения задач по повышению качества работы ДВС Минздравом России утверждены должности главных дерматовенерологов в 7 федеральных округах, что будет способствовать оперативному решению вопросов деятельности лечебно-профилактических учреждений дерматовенерологического профиля.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Одним из важнейших элементов развития отрасли является совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей правовую, организационную и профессиональную деятельность службы.

Особое внимание было уделено изменению характера взаимоотношений врача и пациента.

Именно права пациентов становятся одним из самых значимых вопросов, встающих в ходе преобразований в здравоохранении. С началом социально-экономических реформ и ростом значимости прав человека, свободы и неприкосновенности личности возникла необходимость пересмотра имеющихся нормативно-правовых документов, и за последние годы многое сделано в этом направлении.

Пересмотрены и изменены статьи Уголовного кодекса Российской Федерации, позволившие перейти от жестких репрессивных мер в отношении пациента к гуманным и в то же время обеспечить ответственность врачей за нарушение врачебной этики.

В приказах Минздрава России № 286 «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем», № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем», №87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» сделаны первые шаги к формированию новой стратегии службы в современных условиях, в том числе:

- рационализация использования коечного фонда;
- развитие научных исследований по разработке новых диагностических тестов и методов лечения;
- центры для оказания лечебной и профилактической помощи для детей и подростков;
- в структуре КВД организованы:
 - отделения первичной профилактики;
 - кабинеты косметологии;
 - кабинеты анонимного обследования и лечения.

Финансирование дерматовенерологической службы осуществляется из бюджета различных уровней, в том числе из средств ОМС и с привлечением внебюджетных источников (доходы от оказания платных услуг, грантовые и другие источники).

Минздравом России, Министерством финансов РФ и Министерством экономического развития и торговли РФ в 2004 году из средств федерального бюджета для финансирования Федеральной целевой программы «О мерах по контролю за распространением ИППП» определены 100 млн. руб., расходование которых будет проведено в соответствии с утвержденными в программе статьями расходов, в том числе по укреплению материально-технической базы.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ИППП

Одним из важных приоритетов профилактики ИППП является своевременная и адекватная лабораторная диагностика.

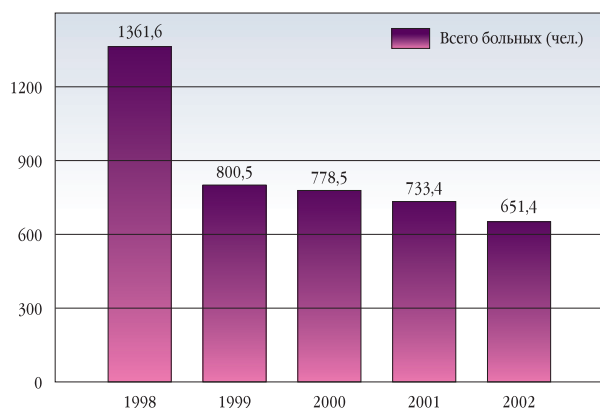
В настоящее время во всех лабораторных подразделениях службы осуществляется реализация приказа Минздрава России №87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса». К 2006 году планируется поэтапный переход на стандартизованные методы серодиагностики сифилиса во всех субъектах Федерации.

Лечение пациентов ИППП в лечебно-профилактических учреждениях службы проводится в соответствии с утвержденными нормативными документами Минздрава России, которые будут регулярно пересматриваться согласно последним достижениям мировой медицинской науки.

С целью унификации оказания дерматовенерологической помощи и развития системы управления качеством в дерматовенерологии проводится планомерная разработка нормативных документов системы



1



ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИПСП
(НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

стандартизации, в первую очередь стандартов или протоколов ведения больных, которые позволят определить четкий алгоритм диагностики, лечения, а также обязательный спектр диагностических и лечебных мероприятий, оказываемых больным.

Подготовлены и утверждены Минздравом России 3 отраслевых стандарта: протоколы ведения больных при чесотке, сифилисе, гонококковой инфекции.

Федеральные стандарты являются базовой основой для подготовки региональных протоколов ведения больных с учетом региональных особенностей.

В настоящее время специалистами разработан проект лицензионных требований и условий осуществления дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации, к созданию которых будут привлечены специалисты из научных и профилактических учреждений службы.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕРМАТОЗОВ

Несмотря на то, что в течение последних десяти лет приоритетными направлениями были инфекции, передаваемые половым путем, продолжалась работа по изучению патогенеза, клинико-эпидемиологических особенностей распространенных, тяжелых и генетически обусловленных дерматозов с последующей разработкой эффективных диагностических и терапевтических методов, обусловленная высокой распространенностью дерматозов среди общей популяции, в 7 раз превышающая распространенность ИПСП. Всего в 2002 году зарегистрировано около 9 млн. больных дерматозами, в том числе 6 млн. – с впервые установленным диагнозом, что составляет 4729 случаев на 100 тыс. населения, или каждый 18-й житель России, в то же время число больных дерматозами, взятых на диспансерный учет, составляет всего лишь 9,2% от всего числа больных.

Изменяется патоморфоз дерматозов. Стали чаще регистрироваться больные с тяжело протекающими

формами атопического дерматита, псориаза, увеличивается число больных с тяжелыми, инвалидизирующими формами псориатического артрита. Отмечается явная тенденция к увеличению торпидно текущих, резистентных к проводимой терапии дерматозов.

Помимо негативного влияния социальных факторов и неблагоприятного воздействия внешней среды, этому в немалой степени способствует и нерационально проводимая терапия.

Число больных такими аутоиммунными заболеваниями, как истинная пузырчатка, очаговая склеродермия, становится больше, причем течение их достаточно агрессивное.

В стране в последние годы регистрируются десятки тысяч больных туберкулезом, прежде всего туберкулезом легких. Однако больных туберкулезом кожи практически нет. Эта обстановка настораживает и требует внимания дерматологов.

На протяжении последних 10 лет в нашей стране отмечается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи (ЗНО); по данным официальной статистики, в последние годы ежегодно регистрируется более 50 тыс. новых случаев ЗНО, что составляет 10–12% всей регистрируемой онкозаболеваемости населения.

Подобная тенденция должна вызывать озабоченность медицинских организаций всех уровней, поскольку решение возникающих проблем может быть только комплексным, включающим в себя лечебно-профилактические, научно-исследовательские, организационно-методические, учебные аспекты.

Врожденные и наследственные пороки развития эпителиального и мезенхимального генеза представляют собой весьма разнообразную по составу и частоте встречаемости группу новообразований, чаще множественного характера, которые в некоторых случаях сопровождаются изменениями системного характера с поражениями внутренних органов.

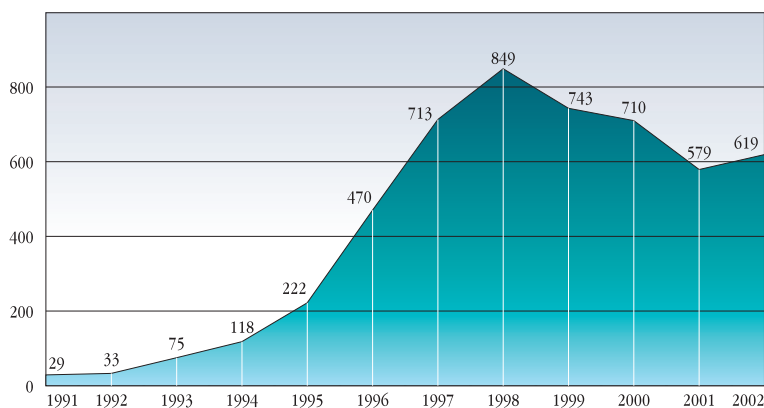
Отсутствие четких диагностических признаков не позволяет с достаточной долей достоверности судить о частоте того или иного порока развития, поскольку без диагноза он нигде не фиксируется. Дефицит информации о клинических особенностях, динамике развития, дифференциальной диагностике, терапевтических подходах на разных этапах процесса, возможных осложнениях при поражениях подобного типа ведет к появлению запущенных форм, с трудом или вовсе не поддающихся коррекции.

Учет, диспансерное наблюдение, оказание лечебной помощи больным этого профиля целесообразно проводить в специализированных центрах, организованных на базе основных региональных дерматологических учреждений, возложив координирующие функции на ЦНИКВИ.

Облигатные и факультативные предраковые дерматозы, опухоли с местнодеструктурирующим ростом представляют сферу интересов дерматологов и онкологов, поэтому весьма важна выработка унифицированных подходов в лечебной тактике и тес-



2



ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ
В РОССИИ, 1991–2002 ГОДЫ (ЧЕЛ.)

ное взаимодействие в организационном плане. К сожалению, на практике эти службы разобщены и за малым исключением подобное взаимодействие осуществляется на уровне личных контактов и никак не регламентировано.

Первичная диагностика ЗНО является одной из важнейших функций дерматологической службы, где, к сожалению, кроются основные дефекты этой функции – организационные, профессиональной подготовки, лечебно-диагностические, диспансерного наблюдения. Слабое знание семиотики ЗНО, особенно их ранних проявлений, характерно не только для врачей смежных специальностей, но и для врачей-дерматологов, «патологическое» нежелание и отсутствие практических навыков выполнения диагностических биопсий или цитологических исследований подозрительных случаев, масса ложноотрицательных ответов при неправильно проведенном цитологическом исследовании – все это в конечном итоге сказывается на конечных результатах.

Практика сегодняшнего дня показывает, что в онкодиспансерах пациенты с новообразованиями кожи попадают на прием к хирургам-онкологам общего профиля, которые в большинстве случаев имеют дело с манифестными формами БКР, ПКР, меланомой и довольно слабо ориентируются в многообразии проявлений облигатных и факультативных предраковых дерматозов и дерматозов с признаками патологической регенерации.

Подготовка специалистов по дерматоонкологии требует создания учебно-методической базы в виде профильных монографий, учебников, методических пособий как в полиграфическом исполнении, так и на электронных носителях.

Опухолевые процессы кожи составляют обширный раздел патологии, особенности которого требуется учитывать в организации лечебно-профилактической, научно-исследовательской, кадровой, организационно-методической, учебной работы в системе учреждений дерматологической службы. Четко выстроенная система выявления, лечения и последующего мониторинга боль-

ных с опухолевыми поражениями кожи – наиболее реальный путь повышения качества медицинского обслуживания и в конечном итоге улучшения здоровья населения.

Изменилась ситуация и с гнойничковыми заболеваниями кожи. Объективно этих больных стало значительно меньше, по сравнению с 70–80-ми годами прошлого века. Редко обращаются больные с тяжелыми формами пиодермии. В связи с тем, что основные эндемичные районы лейшманиоза в силу известных обстоятельств остались за рубежом, больные лейшманиозом в России практически не регистрируются.

Таким образом, в стране отчетливо меняется структура заболеваемости дерматозами. В дерматологии остается немало нерешенных проблем.

Существует насущная проблема как в подготовке соответствующих специалистов, так и в организации патоморфологических лабораторий. Еще хуже обстоят дела с иммуногистохимическими исследованиями. В стране существуют единичные лаборатории, где налажена эта работа. Современное полноценное обследование дерматологического больного невозможно без гистологического исследования и иммуногистохимического анализа.

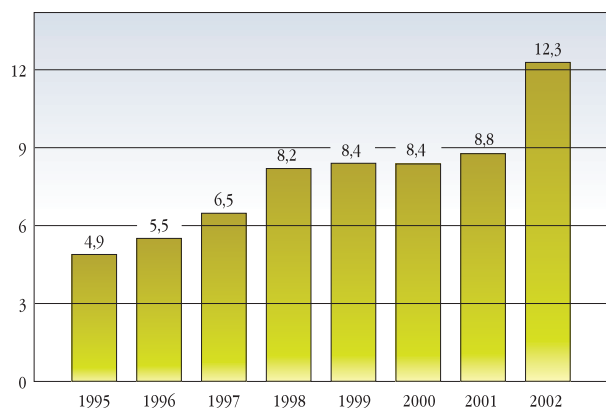
В связи с увеличением числа больных псориатическим артритом возникает потребность в обследовании этих пациентов с помощью рентгеновской аппаратуры, а также современных методов диагностики костной патологии – остеосцинтиграфии, денситометрии, проводимых с целью объективной оценки эффективности лечения этих больных.

Немало вопросов и по проблеме терапии больных с заболеваниями кожи. Не решен вопрос обеспечения больных герпетиформным дерматитом Дюринга сульфоновыми препаратами.

Большое внимание стало уделяться и дерматокосметологии с учетом возросшей потребности населения в этом виде медицинской помощи. В структуре кожно-венерологических диспансеров организованы косметологические отделения (кабинеты), основной задачей которых является завершение лечения и реабилитация больных с кожной патологией (угревая сыпь, себорея, заболевания волос, псориаз волоси-



3



УДЕЛЬНЫЙ ВЕС БЕРЕМЕННЫХ В СТРУКТУРЕ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ (В ПРОЦЕНТАХ К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ЖЕНЩИН)

стой части головы, доброкачественные новообразования, гиперпигментация и другие заболевания кожи) с использованием наружных косметических средств, манипуляций и косметологической аппаратуры. Изучение процессов старения кожи и разработка новых методов коррекции косметических дефектов позволяют существенно улучшить результаты коррекции дефектов стареющего лица.

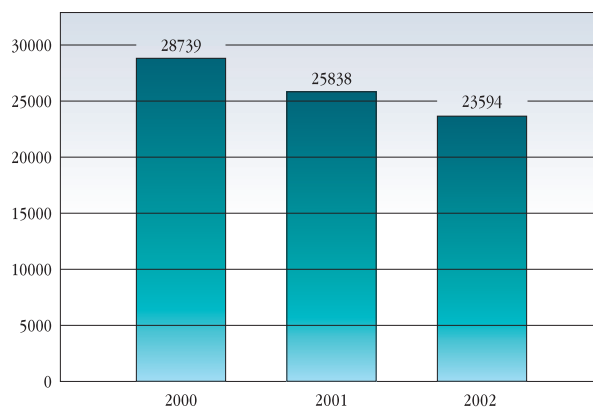
ДЕТСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Проблемы детской дерматовенерологии в Российской Федерации в последнее десятилетие не только не потеряли свою актуальность, но и приобрели еще большую медико-социальную значимость. В 2002 году зарегистрировано около 2 млн. детей, больных дерматозами, из них 1,9 млн. – с вновь установленным диагнозом. Показатель заболеваемости составляет 7893 на 100 тыс. детей, то есть каждый 12-й ребенок страдает дерматозом. При этом обращает внимание тот факт, что на диспансерном учете состоит всего лишь 11% больных детей.

Создана этапная система специализированной медицинской помощи детям, страдающим аллергодерматозами. В некоторых управлениях департаментов здравоохранения республик, краев, областей назначены главные внештатные специалисты по детской дерматологии. Перенесены амбулаторные приемы детских дерматологов, состоящих в штатах КВД, в детские поликлиники, что позволяет оперативно взаимодействовать и установить преемственность в работе дерматологов и других специалистов. Организованы и хорошо работают специализированные консультативно-методические центры в Краснодаре, Твери, Перми, Новосибирске, Омске, Волгограде, Екатеринбурге.

Созданные центры специализированной дерматологической помощи детям и подросткам пока единичны, и необходима их организация во всех субъектах Российской Федерации. Ощущается дефицит специалистов – детских дерматологов.

4



КОЕЧНЫЙ ФОНД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

Научные исследования последних лет характеризуются новыми подходами к разработке методов лечения заболеваний человека с использованием ДНК-технологий и клеточной терапии.

Стратегические направления научно-исследовательской работы в дерматовенерологии осуществлялись в соответствии с Основами политики Правительства Российской Федерации в области развития науки и технологии.

Одним из этих направлений является реализация проекта «Разработка молекулярных методов типирования штаммов *N.gonorrhoeae*, распространенных на территории Российской Федерации». Целью этого проекта являлось определение антибиотикочувствительности штаммов гонококка, выделенных от больных в различных субъектах Федерации, и проведение их молекулярного генотипирования. Предварительный анализ результатов этих исследований позволяет констатировать произошедшие изменения в структуре антибиотикочувствительности в популяции гонококков в центральной части России, что диктует необходимость проведения мониторинга антибиотикочувствительности возбудителя и определения приоритетов в выборе фармакологических групп назначаемых препаратов.

В ходе исследования была получена достоверная информация об отличии между генотипами российских изолятов *N.gonorrhoeae* и европейскими изолятами. Полученные результаты генотипирования НГ могут быть применены в молекулярной эпидемиологии для установления происхождения и путей передачи возбудителя.

Результаты молекулярных исследований показали, что наличие феномена антибиотикорезистентности у возбудителя урогенитального хламидиоза – *S.trachomatis* – определяется целым рядом причин. Так, например, установлено, что мутации в гене 23s-РНК генома хламидийной клетки определяют высокий уровень антибактериальной устойчивости к макролидам. Полученные данные позволяют определить направления в разработке рациональной терапии инфекций, переда-



ваемых половым путем, основанной на принципах доказательной медицины.

С учетом выявления высокого процента мультирезистентных штаммов возбудителей ИППП современная медицина наряду с использованием методов генной диагностики предусматривает и развитие генной терапии, основанной на введении в организм больного рекомбинантных генетических конструкций с лечебной целью.

Разрабатывается метод генотерапии урогенитального хламидиоза, который позволит разработать принципиально новое поколение лекарственных средств, отличающееся не только химической природой и избирательностью прямого воздействия на патоген, но и внутриклеточным влиянием на метаболизм возбудителя, при этом не воздействуя на организм в целом.

В научно-исследовательской работе службы уже нашли свое применение такие современные методы генодиагностики, как микробиочипы, ПЦР в реальном времени, *in situ*, гибридационные технологии и т.д.

Научно-исследовательская работа и практическая деятельность в области эпидемиологии ИППП является основополагающим элементом реализации программы по контролю за их распространением, так как позволяет сформулировать политику и определить тактику организационных и противоэпидемических мероприятий и оценить их эффективность.

Ряд особенностей тех условий, в которых развивалась отечественная эпидемиология, привело к отставанию от ее уровня в развитых странах. В связи с этим в настоящее время в России активно развиваются научно-практические и эпидемиологические исследования. Основные приоритетные направления следующие:

- вопросы подготовки и переподготовки специалистов как в России, так и за рубежом;
- вопросы организации системы здоровья и организации медицинской помощи;
- создание клинических рекомендаций и стандартов лечения;
- изучение поведенческих характеристик (знание, отношение, восприятие, практика поведения);
- комплексная работа в определенных контингентах – группах повышенного риска (аутричработа);
- социальная реклама.

Проведенные за последние годы эпидемиологические исследования по проблеме врожденного сифилиса, профилактике ИППП среди представителей групп повышенного поведенческого риска, позволили получить результаты, с помощью которых были приняты конкретные меры по стабилизации эпидситуации.

С целью совершенствования системы первичной профилактики и формирования системы здорового образа жизни Минздравом и Минобразованием России (при уча-

стии Фонда Сороса) создано учебно-методическое пособие «Здоровье» по преподаванию в школах вопросов здорового образа жизни, в том числе гигиенических правил и мер по предупреждению инфекционных заболеваний и ИППП.

Для укрепления достигнутых позиций, дальнейшего совершенствования службы определена концепция ее развития и программа реализации.

Концепция определяет основные направления развития службы и является основополагающим документом для разработки региональных программ, создания нормативных и правовых актов, планирование научных исследований в области дерматовенерологии, охватывает эпидемиологию, медицинскую статистику, профилактику, диагностику и лечение заболеваний кожи и ИППП.

Программа реализации концепции включает:

- создание нормативно-правовой базы (анализ правовой базы и разработка новых нормативных актов различного уровня и ведомственной принадлежности, подготовка методических материалов по современным методам контроля за распространением ИППП, терапии и профилактики дерматозов, утверждение пересмотренных протоколов по лечению и диагностике, проведение ежегодных совещаний руководителей дерматовенерологической службы Российской Федерации по стратегии и тактике развития ДВС в новых условиях, в том числе создание системы управления качеством в ДВС путем стандартизации, аккредитации, лицензирования, сертификации и др.);
- развитие кадрового потенциала;
- образование специалистов и населения;
- определение материально-технического обеспечения службы;
- в области научно-исследовательской работы – развитие приоритетных направлений и разработка медицинских нанотехнологий;
- создание информационного пространства для проведения государственных статистических и эпидемиологических наблюдений (создание государственной системы мониторинга заболеваемости ИППП, антибиотикочувствительности возбудителя гонореи в территориях Российской Федерации). Реализация программы позволит:
- сформировать государственную политику признания контроля за распространением и профилактики развития ИППП и дерматозов одним из приоритетных направлений обеспечения безопасности общества;
- качественно улучшить основные направления деятельности ДВС, медицинскую помощь пациентам с ИППП и дерматозами, что благоприятно отразится на состоянии здоровья населения России, качестве и продолжительности жизни.

ДИРЕКТОР ГУ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ МЗ РФ,
ГЛАВНЫЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ МЗ РФ,
ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН, ПРОФЕССОР
А.А. Кубанова

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ

Злокачественные новообразования являются сложнейшей медико-социальной проблемой современного общества.

В 2001 году в России 148 462 человека впервые признаны инвалидами по онкологическому заболеванию. Для 1/3 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования документально подтверждается факт стойкой (в большинстве случаев необратимой) утраты трудоспособности. В структуре причин инвалидности утрата трудоспособности по злокачественному заболеванию занимает второе место после болезней системы кровообращения.

В 2001 году в России у 451 299 пациентов (из них 216 797 мужчин, 234 502 женщины) впервые в жизни установлен диагноз злокачественного новообразования. Показатель заболеваемости составил 313,9 на 100 тыс. населения.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России составил 322,3 на 100 тыс. соответствующего пола. Стандартизованный показатель заболеваемости мужчин (здесь и далее мировой стандарт возрастного распределения населения) составил 264,8.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России достиг 306,5 на 100 тыс. населения соответствующего пола. Стандартизованный показатель заболеваемости женского населения – 185,8.

Абсолютное число умерших от злокачественных новообразований жителей России составило 291 540, что на 3785 умерших меньше, чем в 2000 году. Мужчины в структуре онкологической смертности составили 55,0%, женщины – 45,0%. От злокачественных новообразований умерли 1242 ребенка в возрасте 0–14 лет, 773 подростка в возрасте 15–19 лет. По сравнению с 1992 годом в мужской популяции не наблюдается прироста абсолютного числа умерших от злокачественных новообразований, в женской популяции прирост составил 0,2%.

В административных территориях России в 2001 году функционировали 118 онкологических диспансеров, в том числе 109 со стационарами, 2358 онкологических и 258 радиологических отделений (кабинетов). Около 80% онкологических диспансеров имели свыше 100 сметных коек. По сравнению с 1997 годом число онкологических отделений (кабинетов) увеличилось на 117, радиологических – уменьшилось на 32. В медицинских учреждениях России число смотровых кабинетов, осуществляющих профилактические осмотры и ориентированных в основном на диагностику патологии органов женской репродуктивной системы, уменьшилось на 236. Сохраняется отчетливая тенденция роста числа специализированных диагностических подразделений, оснащенных эффективным современным высокотехнологичным оборудованием. По сравнению с 1997 годом число отделений компьютерной томографии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики увеличилось и достигло соответственно 323, 4327 и 5796.

Кочный фонд специализированных учреждений на протяжении 1997–2001 годов несколько вырос (на 260 коек), число онкологических коек в расчете на 1000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований снизилось с 67,6 до 65,1. Число рентгенорадиологических коек достигло 7749, или 17,2 на 1000 вновь выявленных случаев. На 10 тыс. детского населения приходится 0,3 онкологических койки для детей.

Согласно данным официальной статистики, на онкологические койки для взрослых были госпитализированы 539 724 больных, в том числе 10 814 детей. Средняя продолжительность пребывания больного на онкологической койке составила 17,2 дня. При этом среднее число дней занятости онкологической койки для взрослых составило 326,8, для детей – 297,6 дня. Интенсивность использования коечного фонда рентгенорадиологических отделений была значительно выше: при продолжительности пребывания больного в стационаре в среднем в течение 26,6 дня койка была занята 353,0 дня в году.

В онкологических диспансерах работают 5270 врачей-онкологов и 2110 радиологов. На одного врача-онко-

лога приходилось 410,8 больных, состоявших на учете (435,4 в 1997 году). Число штатных единиц онкологов в ЦРБ сельских районов в расчете на 1000 выявленных случаев за период 1997–2001 годов уменьшилось на 3,1%. При этом часть ставок онкологов в ЦРБ не занята или закреплена за врачами других специальностей, не имеющими соответствующей квалификации для обеспечения диагностической и лечебной помощи онкологическим больным. Численность среднего медицинского персонала онкологических учреждений России в 2001 году составила 20 401 единицу. На 1000 выявленных случаев приходилось 45,1 единицы среднего медицинского персонала. Среднее число больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете, в расчете на одного среднего медицинского работника составило 106,1.

На конец отчетного 2001 года контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в онкологических учреждениях, составил 2 164 770, т.е. 1,5% населения страны. Из них сельские жители составили 21,5%.

1 067 520 пациентов, или 49,3% всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением онкологических учреждений, состояли на учете 5 лет и более. В территориях данный показатель варьировал от 23,7% в Республике Адыгея, 33,3% в Магаданской области и 36,3% в Республике Тыва до 59,5, 58,4 и 56,2% в Нижегородской, Тверской областях и Республике Карелия.

Основной объем контингентов больных (без учета группы больных с опухолями кожи – 13,9%) формируется из пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы (17,0%), шейки (7,7%) и тела (6,6%) матки, желудка (6,1%), трахеи, бронхов, легкого (5,1%) (суммарно 42,5%). Среди больных, наблюдавшихся 5 лет и более, больший удельный вес составляют пациенты с опухолями молочной железы – 18,7%; шейки – 11,2% и тела – 8,1% матки; кожи – 9,4%; желудка – 6,2%; губы – 6,0%; ободочной кишки – 4,2%, прямой кишки – 3,8%; щитовидной железы – 3,5%; яичников – 3,4%.

Показатель распространенности злокачественных новообразований достиг в 2001 году 1498,1 на 100 тыс. населения, что выше уровня 1992 года (1179,1) на 27,1%. Рост данного показателя обусловлен как ростом заболеваемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных.

Максимальные значения данного показателя отмечены в Саратовской области (2430,1), Краснодарском крае (2113,4), Московской (1982,6), Ивановской (1961,6) областях; минимальные – в Чукотском автономном округе (362,5), республиках Тыва (415,7), Дагестан (547,9), Саха (Якутия) (647,9).

Индекс накопления контингентов больных со злокачественными новообразованиями несколько возрос по сравнению с 2000 годом (с 4,9 до 5,0%). Наиболее высокие показатели отмечены в Саратовской (7,2%), Читинской (6,2%) областях, Краснодарском крае (6,0%), Ивановской (5,8%), Московской (5,8%) областях, республиках Карелия (5,8%) и Кабардино-Балкария (5,8%); низкие – в Чукотском автономном округе (3,0%), республиках Тыва (2,9%), Бурятия (3,4%), Дагестан (3,4%).

Доля больных с первично-множественными опухолями среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования составила в 2001 году 2,2% (в 2000 году – 1,8%).

Доля синхронно развившихся новообразований от общего числа первично-множественных опухолей составила 34,0 (в 2000 году – 38,9%).

Показатель заболеваемости первично-множественными злокачественными новообразованиями в России в 2001 году составил 6,4 на 100 тыс. населения.

Показатель выявляемости злокачественных новообразований при проведении профилактических осмотров составил 9,9%, что выше уровня 2000 года (9,6%) на 3,1%, однако существенно ниже уровня, достигнутого к началу 90-х годов.

Как недопустимо низкий следует рассматривать показатель активной выявляемости новообразований визуальных локализаций.

Из 42 580 больных, выявленных активно, 53,4% имели I–II стадию заболевания. Опухоли визуальных локализаций I–II стадии заболевания составили 36,4% от числа всех новообразований, выявленных при профилактических осмотрах. Доля больных с опухолевым процессом I–II стадии, выявленных при профилактических осмотрах, среди всех больных с указанной стадией составила 12,9%.

Анализ показателей активной диагностики злокачественных новообразований свидетельствует о полном отсутствии в ряде регионов системы профилактических и скрининговых обследований всех категорий населения. Так, отсутствует активное выявление в Республике Адыгея и Камчатской области.

Самый низкий удельный вес злокачественных новообразований, выявленных при профилактических осмотрах, зафиксирован в следующих территориях:

- Костромская область – 1,1%;
- Республика Тыва – 1,6%;
- г. Санкт-Петербург – 2,6%;
- Тюменская область – 2,6%;
- Тульская область – 3,1%;
- Иркутская область – 3,3%.

Высокие показатели активной выявляемости отмечены в следующих территориях:

- Чукотский авт. округ – 36,2%;
- Самарская область – 25,1%;
- Омская область – 24,1%;
- Читинская область – 22,1%;
- Курская область – 19,8%;
- Республика Мордовия – 19,4%.

Вошедшие в практику здравоохранения в предшествующие десятилетия и доказавшие свою эффективность стандартные схемы профилактических осмотров женщин с целью своевременного выявления злокачественных новообразований органов репродуктивной системы утрачены во многих регионах. В Республике Адыгея, Камчатской области и Еврейской автономной области отсутствует активное выявление рака молочной железы. В Костромской области лишь 1,5%, Магаданской области – 2,0%, Республике



Тыва – 2,4%, Тюменской области – 2,7%, Санкт-Петербурге – 4,4% больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака молочной железы выявлены при профилактическом обследовании. Высокие показатели активной выявляемости рака молочной железы отмечены в следующих территориях:

- Чукотский автономный округ – 63,6%;
- Омская область – 47,3%;
- Калининградская область – 44,8%;
- Орловская область – 42,9%;
- Самарская область – 35,9%;
- Липецкая область – 30,7%.

В Камчатской области, Еврейской автономной области, Республике Адыгея и Чукотском автономном округе полностью свернуты программы по активной диагностике новообразований шейки матки.

В целом показатели активного выявления злокачественных новообразований в России абсолютно неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о настоятельной необходимости проведения специальных скрининговых программ.

В 2001 году доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования была несколько выше (77,5%), чем в 2000 году (76,6%).

Наиболее высокий процент морфологической верификации диагноза отмечен в следующих территориях:

- Камчатская область – 96,0%;
- Магаданская область – 91,4%;
- Иркутская область – 89,8%;
- Брянская область – 85,7%;
- Чукотский автономный округ – 85,1%;
- Мурманская область – 84,8%.

Низкий процент морфологической верификации диагноза отмечен в следующих территориях:

- Республика Саха – 64,1%;
- Волгоградская область – 64,9%;
- Республика Мордовия – 65,7%;
- Республика Хакасия – 68,4%;
- Курганская область – 68,5%;
- Пензенская область – 69,2%.

Низким остается удельный вес морфологически верифицированного диагноза рака трахеи, бронхов, легкого – 52,7%, пищевода – 72,2%, предстательной железы – 75,2%, ободочной кишки – 75,0%.

Рак желудка морфологически подтвержден в Вологодской, Волгоградской областях и Республике Карачаево-Черкесия лишь в 53,3, 54,7 и 58,1% случаев соответственно (при среднероссийском показателе 75,6%).

Рак пищевода морфологически верифицирован в республиках Карачаево-Черкесия, Хакасия, Кабардино-Балкария лишь в 25,0, 40,9 и 46,2% случаев соответственно, в Ставропольском крае, Ростовской области и Чувашской Республике в 55,6, 56,3 и 56,5% случаев соответственно (при среднероссийском показателе – 72,2%).

При среднероссийском показателе 85,1% морфологическое подтверждение диагноза рака прямой кишки получено в Республике Мордовия, Ленинградской, Ульяновской и Пензенской областях в 66,4, 67,1, 67,8 и 68,0% случаев соответственно.

Как показатель чрезвычайно низкого качества специализированной помощи онкологическим больным следует рассматривать низкий процент морфологической верификации диагноза при злокачественных новообразованиях трахеи, бронхов, легкого в Волгоградской области (21,6%), республиках Кабардино-Балкария (29,3%), Удмуртия (34,1%), Курганской области (34,5%), Республике Карачаево-Черкесия (35,3%), Липецкой области (36,5%).

Диагноз рака предстательной железы получил морфологическое подтверждение в Амурской и Кировской областях в 37,3 и 39,6% случаев соответственно (при среднероссийском показателе – 75,2%).

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. В 2001 году 40,9% злокачественных новообразований были диагностированы в I–II стадии заболевания, 26,1% – в III стадии. Рак в стадии *in situ* был выявлен у 2359 больных, что составило 0,5% всех новых случаев рака. Рак шейки матки в стадии *in situ* был диагностирован у 1514 пациенток, или в 12,8% случаев выявления онкологической патологии данной локализации.

Высок удельный вес больных с неустановленной стадией рака в следующих территориях (среднероссийский показатель – 9,1%):

- Красноярский край – 25,2%;
- Калининградская область – 25,2%;
- Республика Хакасия – 25,0%;
- Республика Чувашия – 22,6%;
- Самарская область – 19,3%;
- Кировская область – 18,4%.

Не установлена стадия заболевания у больных раком – *пищевода* (среднероссийский показатель – 8,3%) в республиках Хакасия (72,7%), Кабардино-Балкария (38,5%), Вологодской (35,1%), Орловской (34,6%), Калужской (33,3%), Новосибирской (32,6%) областях, Красноярском крае (32,5%), Самарской области (30,0%);

– *желудка* (среднероссийский показатель – 7,0%) в Республике Хакасия (35,6%), Волгоградской области (27,9%), Красноярском крае (27,6%), Брянской (27,1%), Орловской (23,7%), Новосибирской (23,0%), Калининградской (22,8%), Ивановской (22,0%) областях;

– *ободочной кишки* (среднероссийский показатель – 6,0%) в Калининградской области (30,6%), республиках Хакасия (30,4%), Чувашия (26,2%), Татарстан (21,9%);

– *прямой кишки* (среднероссийский показатель – 4,4%) в Орловской (29,3%), Калининградской (26,0%), Новгородской (25,4%), Ивановской (21,9%) областях;

– *трахеи, бронхов, легкого* (среднероссийский показатель – 8,6%) в Республике Хакасия (49,6%), Красноярском крае (47,8%), Белгородской (42,2%), Самарской (35,2%), Новосибирской (30,3%), Ивановской (28,9%), Орловской (26,2%), Калининградской (20,8%) областях;



– *костей и мягких тканей* (среднероссийский показатель – 19,3%) в Кировской области (70,9%), Ставропольском крае (64,7%), Астраханской (57,6%), Калининградской (56,8%) областях, республиках Хакасия (56,5%), Чувашия (54,5%), Ростовской (45,3%), Владимирской (45,2%) областях;

– *других новообразований кожи* (среднероссийский показатель – 1,7%) в республиках Саха (30,8%), Чувашия (13,0%), Москве (10,7%), Калининградской области (10,0%);

– *молочной железы* (среднероссийский показатель – 1,4%) в Калининградской (13,1%), Оренбургской (12,1%), Тюменской (8,4%), Калужской (6,7%), Томской (5,1%), Самарской (4,8%) областях;

– *шейки матки* (среднероссийский показатель – 2,5%) в Республике Татарстан (18,8%), Читинской (18,4%), Томской (16,5%), Тюменской (14,5%), Новгородской (12,2%), Калужской (12,0%) областях;

– *тела матки* (среднероссийский показатель – 4,2%) в Калининградской области (47,5%), Красноярском крае (21,4%), Магаданской (20,0%), Сахалинской (20,0%) областях;

– *яичников* (среднероссийский показатель – 4,1%) в Сахалинской области (29,3%), республиках Алтай (14,3%), Татарстан (13,9%), Красноярском крае (13,8%), Калининградской области (13,6%), Республике Дагестан (13,5%);

– *предстательной железы* (среднероссийский показатель – 4,9%) в Калининградской (54,8%), Кировской (36,3%), Новосибирской (28,2%) областях, Республике Чувашия (26,5%), Орловской (22,8%), Калужской (21,3%), Ивановской (20,2%), Новгородской (19,4%) областях;

– *мочевого пузыря* (среднероссийский показатель – 5,8%) в Калининградской области (44,3%), Республике Чувашия (40,3%), Орловской области (34,0%), Республике Хакасия (28,9%), Волгоградской области (23,6%), Республике Татарстан (16,7%);

– *щитовидной железы* (среднероссийский показатель – 2,8%) в Калининградской области (20,5%), Республике Чувашия (20,0%), Оренбургской (18,6%), Новгородской (15,2%), Тюменской (12,4%), Калужской (12,1%) областях;

– *с меланомой кожи* (среднероссийский показатель – 4,4%) в Томской области (45,7%), республиках Чувашия (23,5%), Татарстан (21,4%), Хакасия (20,0%), Новгородской области (16,7%).

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети административной территории является показатель запущенности. Его уровень в течение 10 лет оставался практически неизменным. Несмотря на возможности новых медицинских технологий, положительных тенденций, свидетельствующих о более ранней диагностике злокачественных новообразований, не отмечается. В 2001 году в России у 24,0% больных заболевание диагностировано при наличии отдаленных метастазов. Реальный показатель запущенности выше (31,2%), так как следует учитывать

больных с новообразованиями визуальных локализаций, диагностированных в III стадии. Наиболее высокий удельный вес больных с опухолевым процессом IV стадии зафиксирован в следующих территориях:

- Еврейская авт. область – 40,4%;
- Республика Саха – 38,1%;
- Магаданская область – 37,6%;
- Республика Алтай – 37,0%;
- Тамбовская область – 34,3%;
- Республика Тыва – 33,3%.

Показатели несвоевременной диагностики максимальны при новообразованиях:

- *пищевода* (среднероссийский показатель – 29,9%) в республиках Тыва (58,3%), Алтай (57,1%), Магаданской (55,6%), Липецкой (55,4%) областях;
- *желудка* (среднероссийский показатель – 41,6%) в Еврейской автономной области (67,2%), республиках Алтай (63,0%), Тыва (61,8%), Чукотском автономном округе (60,0%), Псковской области (55,9%);
- *трахеи, бронхов, легкого* (среднероссийский показатель – 33,5%) в Республике Алтай (69,0%), Еврейской автономной области (65,5%), Тамбовской области (57,2%), республиках Тыва (52,9%), Калмыкия (50,0%).

Недопустимо высокие показатели запущенности отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций. В поздних стадиях (III–IV) у 67,1% больных были выявлены опухоли полости рта и глотки; у 59,8% – опухоли прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса; у 39,6% – опухоли шейки матки; у 38,6% – новообразования молочной железы; у 25,5% – опухоли щитовидной железы.

Значительно превосходят среднероссийский уровень показатели запущенности при диагностике визуальных локализаций (III–IV стадии) в следующих территориях:

- при раке *молочной железы* (среднероссийский показатель – 38,6%):
Республика Тыва – 85,7% (66,7+19,0%);
Республика Алтай – 78,8% (60,6+18,2%);
Республика Марий Эл – 78,1% (76,8+1,3%);
Республика Кабардино-Балкария – 62,2% (53,1+9,1%);
Республика Карелия – 58,6% (45,5+13,1%);
Тамбовская область – 56,2% (37,0+19,2%);
Чукотский автономный округ – 54,6% (27,3+27,3%);
Омская область – 52,3 (30,5+21,8%);
- при раке *шейки матки* (среднероссийский показатель – 39,6%):
Чукотский авт. округ – 75,0% (75,0+0,0%);
Ставропольский край – 66,4% (56,1+10,3%);
Республика Бурятия – 64,4% (57,2+7,2%);
Еврейская авт. область – 61,6% (38,5+23,1%);
Тамбовская область – 60,2% (40,8+19,4%);
Магаданская область – 58,8% (23,5+35,3%);
Республика Марий Эл – 58,5% (47,2+11,3%);
- при раке *прямой кишки* (среднероссийский показатель – 59,8%):
Сахалинская область – 89,9% (55,9+33,9%);
Астраханская область – 89,3% (58,9+30,4%);



Курганская область – 88,8% (59,4+29,4%);
 Республика Карачаево-Черкесия – 87,5% (50,0+37,5%);
 Республика Кабардино-Балкария – 85,0% (68,3+16,7%);
 Томская область – 84,0% (52,5+32,0%);
 Республика Саха – 83,6% (49,2+34,4%);
 Тульская область – 83,4% (52,0+31,4%);
 Ульяновская область – 82,5% (41,5+41,0%).

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза в 2001 году, составила 34,5% (2000 год – 35,7%). В течение последних 10 лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности.

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, варьировала в регионах от 5,1% в Тюменской области, 15,8% в Республике Карачаево-Черкесия, 18,1% в Республике Северная Осетия, 23,1% в Саратовской области, 25,2% в Самарской области до 55,9% в Республике Саха, 54,3% в Республике Марий Эл, 49,3% в Ярославской области, 47,7 в Тверской области, 45,7% в Вологодской области, 44,8% в Томской области.

В ряде случаев соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности характеризует уровень несоответствия между долей больных с опухолевым процессом IV стадии и фактической запущенностью. Этот факт свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больного.

Соотношение менее единицы, как правило, – результат завышения степени распространенности опухолевого процесса и отказа в лечении некоторым больным в связи с отсутствием для этого возможности на местах, пожилым возрастом, общими противопоказаниями к лечению, а также неполного и несвоевременного учета умерших.

Соотношение, превышающее единицу, указывает на несоответствие регистрируемой степени распространения опухолевого процесса действительному, так как при своевременном выявлении заболевания даже без лечения срок жизни больного в абсолютном большинстве больше 1 года.

В 2001 году 2479 детям был впервые установлен диагноз злокачественного новообразования. Доля детей со злокачественными новообразованиями, выявленными при проведении профилактических осмотров, составила 2,1%. Доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом снизилась с 82,9% (2000 год) до 82,0%. Показатели распределения больных по стадиям опухолевого процесса в течение десятилетия значительно не менялись. Доля больных, у которых новообразование выявлено в I–II стадии, составила 25,2%; в IV стадии – 10,0%. Высокий удельный вес больных с неустановленной стадией заболевания, составивший

52,7%, обусловлен тем, что около половины злокачественных новообразований у детей составляют гемобласты.

Под наблюдением в онкологических учреждениях в 2001 году находились 12 130 пациентов детского возраста. Показатель распространенности злокачественных новообразований в детской популяции России в 2001 году достиг 47,0 на 100 тыс. детского населения. Доля пациентов, состоящих на учете 5 лет и более, составила 36,9% от числа наблюдаемых больных. Продолжает расти индекс накопления контингентов – в 2001 году он составил 4,9. Показатель летальности составил 7,2%, показатель одногодичной летальности – 16,5%.

Рост численности контингентов больных детей в значительно большей степени обусловлен ростом их выживаемости благодаря повышению эффективности лечения, нежели ростом заболеваемости. Несмотря на рост диагностических возможностей, оснащенности медицинских учреждений высокоэффективным диагностическим оборудованием, развитие новых диагностических методик, доля активно выявленных больных и доля больных, заболевание у которых выявлено на ранней стадии опухолевого процесса, не имеют тенденции к увеличению.

В основу осуществления программы совершенствования онкологической помощи населению должно быть заложено формирование единой федеральной системы автоматизированных раковых регистров на основе международных стандартов, касающихся объема и качества собираемой информации. Развитие сети популяционных раковых регистров обеспечит высокий уровень точности сведений о заболеваемости, смертности и выживаемости больных, создаст аналитические возможности, позволяющие проводить углубленную оценку основных показателей онкологической службы с использованием новых критериев.

Среди основных стратегических направлений развития онкологической службы России следует выделить:

- формирование единого правового пространства;
- разработку и внедрение стандартизированных технологий;
- разработку предложений по лицензированию онкологической деятельности;
- совершенствование и внедрение эффективной системы профилактики рака;
- кадровое обеспечение службы;
- развитие сотрудничества и системы взаимодействия лечебно-профилактическими учреждениями общего профиля;
- разработку проблем экономики в онкологии и ее оптимизации;
- совершенствование управления онкослужбой на федеральном и территориальном уровнях.

ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
 ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА,
 АКАДЕМИК РАМН, Д.М.Н., ПРОФЕССОР
 В.И. Чиссов

Д.М.Н., ПРОФЕССОР
 В.В. Старинский

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

АКАДЕМИК РАМН,
ДИРЕКТОР ГУ НИИ
ПИТАНИЯ РАМН
Виктор Анатольевич
Тутельян



Последние годы характеризуются резко возросшим вниманием к проблемам питания со стороны государства, представителей большинства отраслей медицинской науки и практики.

Рассматривая питание как важнейший рычаг повышения уровня здоровья, продления и повышения качества жизни, Правительство Российской Федерации одобрило Концепцию государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации до 2005 года (10 августа 1998 года, №917), в которой впервые на основе медицинских критериев определены приоритеты в реализации этой политики.

Выполняемые в рамках реализации концепции систематические крупномасштабные эпидемиологические исследования состояния фактического питания и здоровья населения в различных регионах России позволили установить ряд принципиально важных фактов: во-первых, крайне низкий уровень энерготрат у россиян, что характерно и для населения других экономически развитых стран мира; во-вторых, структуру наиболее распространенных нарушений пищевого статуса, приводящих к снижению уровня здоровья, качества жизни и способствующих развитию многих алиментарно зависимых заболеваний – сердечно-сосудистых, онкологических, обменных, диабета, остеопороза и других.

Структура питания населения России, в том числе и детей, особенно детей школьного возраста, характеризу-

ется продолжающимся снижением потребления наиболее ценных в биологическом отношении пищевых продуктов, таких как мясо и мясопродукты, молоко и молочные продукты, рыба и рыбные продукты, яйца, растительное масло, фрукты и овощи. При этом существенно увеличивается потребление хлеба и хлебопродуктов, а также картофеля. Как следствие сложившейся структуры питания на первый план выходят следующие нарушения пищевого статуса: дефицит животных белков, по ряду регионов достигающий 15–20% от рекомендуемых величин, особенно в группах населения с низкими доходами; дефицит полиненасыщенных жирных кислот на фоне избыточного поступления животных жиров; выраженный дефицит большинства витаминов, выявляющийся повсеместно у более половины населения – у 70–100% для витамина С, у 60–80% для витаминов группы В и фолиевой кислоты, у 40–60% для β-каротина. Очень серьезной является проблема недостаточности ряда минеральных веществ и микроэлементов: таких как кальций, особенно для лиц пожилого возраста, что сопровождается развитием остеопороза и повышенной ломкостью костей; железо, особенно для беременных женщин и детей раннего возраста, что сопровождается развитием анемии; йод, особенно для детей в период интенсивного развития ЦНС, что приводит к потере существенной доли интеллектуальных способностей; фтор, селен, цинк; весьма значителен в нашем рационе и дефицит пищевых волокон.

При этом не вызывает сомнений факт, что ведущим по степени негативного влияния на здоровье населения в настоящее время является дефицит так называемых микронутриентов – витаминов, микроэлементов, отдельных полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и др., приводящий прежде всего к резкому снижению резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды за счет нарушения функционирования систем антиоксидантной защиты и развития иммунодефицитных состояний.

Следует в то же время отметить, что в целом для населения России остается весьма актуальной пробле-

ма избыточной массы тела и ожирения, выявляемых у 55% взрослых людей старше 30 лет.

Анализ полученных данных позволил оценить сложившуюся ситуацию в питании населения как кризисную в отношении обеспеченности микронутриентами. У большинства россиян крайне, практически до минимально возможного уровня, снижены энерготраты. Это расплата человека за блага цивилизации, которые нам дал XX век. Такое резкое снижение энерготрат сопровождается столь же резким снижением и потребности в энергии, а значит, и в пище как ее единственном источнике. В то же время потребность в других жизненно важных пищевых веществах, в частности в микронутриентах, изменилась незначительно, а пищевая плотность рациона, т.е. насыщенность его полезными веществами, в том числе и микронутриентами, практически не изменилась. Образовавшиеся «ножницы» и являются той объективной причиной, по которой современный человек не может даже теоретически с адекватным рационом из обычных натуральных продуктов получить микронутриенты в необходимых количествах. Иными словами, дефицит микронутриентов запрограммирован.

Безусловно, весьма важным результатом эпидемиологических исследований фактического питания и здоровья отдельных популяций населения в различных регионах мира является факт установления неизвестных ранее факторов пищи, приводящих к повышению качества жизни, укреплению здоровья и снижению риска развития многих заболеваний. Эти данные позволили обосновать необходимость значительного расширения списка если не эссенциальных, то по крайней мере желательных факторов за счет так называемых непищевых минорных биологически активных компонентов пищи, таких как биофлавоноиды, индолы, фитостеролы, изотиоцианаты и многие другие. Если для макро- и микронутриентов с достаточной степенью надежности установлены величины физиологических потребностей для различных групп населения и в настоящее время исследования направлены только на их уточнение в плане учета дополнительного расхода на обеспечение адаптивных реакций по отношению к физическим, химическим, эмоциональным и другим нагрузкам, то для минорных биологически активных компонентов пищи в настоящее время мы можем ориентироваться только на расчетные уровни их содержания в «благоприятных, оптимальных для здоровья рационах», определенных эпидемиологическими методами.

В настоящее время на основании сопоставления результатов эпидемиологических, лабораторных и клинических исследований, например, установлены так называемые безопасные и адекватные уровни суточного поступления с рационом питания таких ранее ненормируемых микронутриентов, как хром (50–200 мкг) и селен (около 80 мкг). Ведутся интенсивные исследования по определению нормального среднесуточного поступления с рационом ряда других микроэлементов. Есть все основания полагать, что по мере расшифровки физиологических функций, путей биотрансформации и молекулярных механизмов действия этих микронутриентов для некоторых из них будет доказана эссенци-

альность для человека и они будут внесены в активно развиваемую нами формулу оптимального питания.

Понимая под термином «здоровье» не только состояние, когда все физиологические, биохимические, иммунологические и иные показатели укладываются в пределы нормы, но и наличие у организма на всех уровнях существенных резервных возможностей, обеспечивающих адаптивные реакции, мы вынуждены констатировать, что в настоящее время у большей части населения выявляются симптомы маладаптации, проявляющейся в снижении неспецифической резистентности организма человека к неблагоприятным факторам окружающей среды. Основной причиной этого широко распространенного состояния является недостаточная обеспеченность организма прежде всего микронутриентами и минорными биологически активными компонентами.

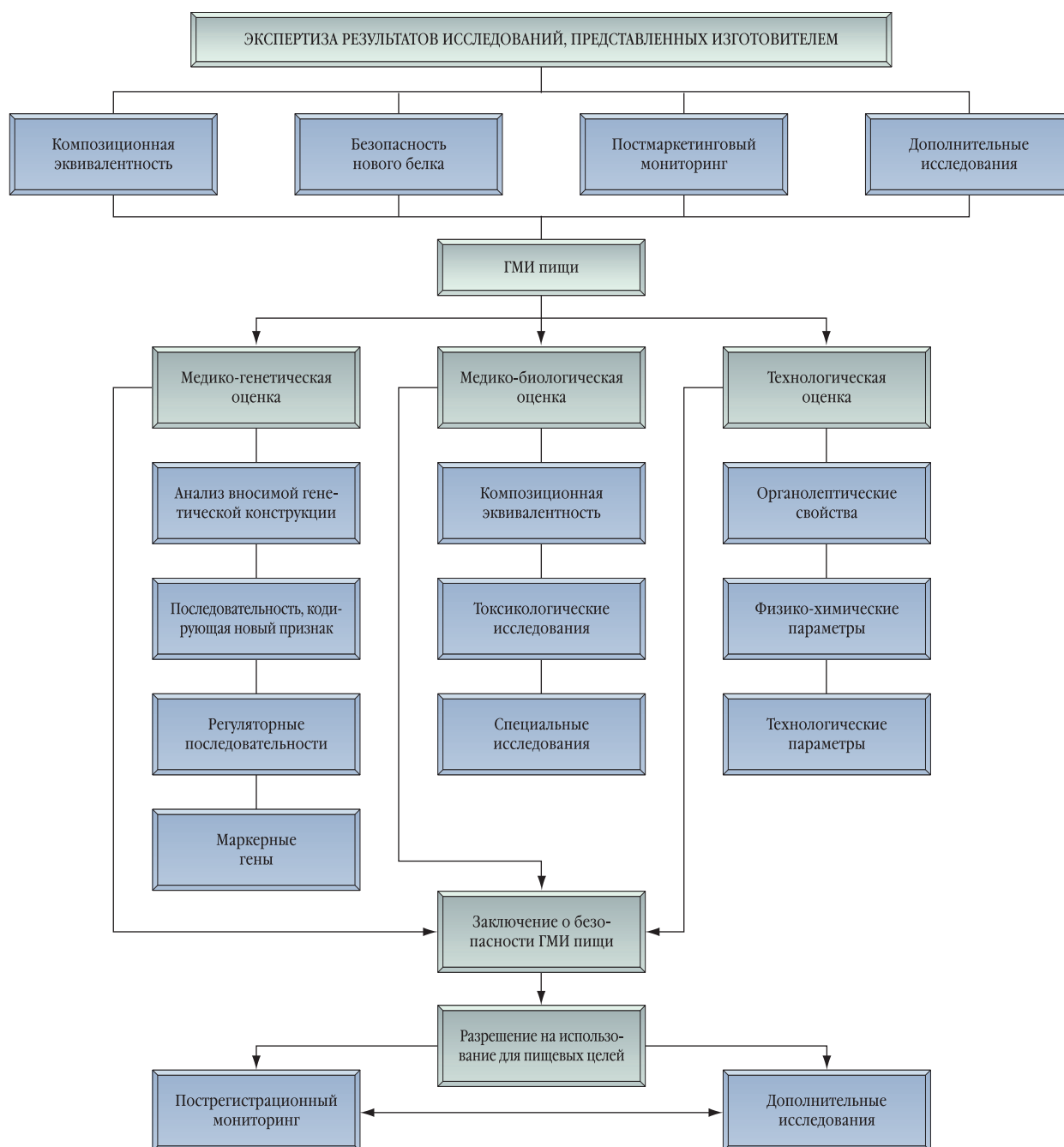
Необходимость многих минорных компонентов пищи для сохранения здоровья и в еще большей степени для снижения риска многих хронических заболеваний в последние годы нашла подтверждение в большом числе работ отечественных и зарубежных исследователей. Эти компоненты в последние годы часто обозначают как хемопротекторы и хемопреенторы. Несмотря на исключительную важность этих компонентов в составе рациона человека для обеспечения защитно-адаптационных возможностей его организма, мы в то же время еще далеки от признания эссенциальности этих химических соединений для него и тем более от установления величин физиологических потребностей в них.

Однако накапливается все большее число научных фактов, свидетельствующих в пользу необходимости обогащения рациона фитохемопротекторами. Несмотря на то, что клиническая картина недостаточности в суточном рационе человека фитосоединений не установлена, их низкая концентрация в нем сопровождается существенным увеличением риска развития многих широко распространенных заболеваний.

В настоящее время разработано и нашло широкое практическое применение большое число биологически активных добавок (БАД) к пище, содержащих различные природные биоактивные соединения. Однако научное обоснование и доказательства эффективности и безопасности их применения в большинстве случаев явно недостаточны или вовсе отсутствуют. Первостепенными задачами при этом становятся выяснение механизмов, с помощью которых компоненты пищи могут влиять на определенные функции организма (функции-мишени) и выявление информативных маркеров для оценки их модулирующего действия. К числу наиболее интенсивно изучаемых природных хемопреентивных соединений относятся биофлавоноиды, пищевые индолы и изотиоцианаты, изофлавоны, фитостеролы и многие другие соединения.

Флавоноиды – класс непищевых ароматических соединений, относящихся к полифенолам растительного происхождения, включающий более 5000 представителей 6 подклассов: флавонолы (кверцетин, кемпферол, мирицетин) из фруктов и овощей; флавоны (апигенин, лютеолин) из лимонов, апельсинов

1



СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ГМИ ПИЩИ, ПРИМЕНЯЕМАЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

и грейпфрутов; флаваноны (гесперитин, нарингенин) из цитрусовых и клубники; флаванолы (катехины) из яблок, чая и винограда; изофлавоны (генистеин, даидзеин) из сои и бобовых; антоцианы (цианидин, делфинидин) из ягод и овощей. Их высокая биологическая активность обусловлена наличием антиоксидантных свойств, в частности, способностью ингибировать окисление липопротеидов низкой плотности и эндогенного витамина E, а также образовывать хелатные комплексы с ионами металлов и связывать свободные радикалы. Кроме этого, биофлавоноиды могут подавлять образование и освобождение факторов-прото-

ров воспаления и деструкции тканей, таких как ФНО, лейкотриены, простагландины. В ряде работ убедительно показана важная роль биофлавоноидов в регуляции активности ферментов метаболизма ксенобиотиков.

Весьма перспективным классом биологически активных минорных компонентов пищи являются фитостеролы, более 250 представителей которых выделено и идентифицировано из различных видов растений и морепродуктов. Интерес к этим соединениям объясняется сходством их структуры с холестерином и способностью существенно снижать уровень холестерина как свободного, так и связанного с липопротеидами низкой плотности.



К числу природных хемопревентивных соединений следует отнести пищевые индолы и изотиоцианаты – продукты гидролиза глюкозинолатов растений семейства крестоцветных (все виды капусты, особенно брокколи, редька, редис, тыква, кабачки, патиссоны и др.). Биологическая активность пищевых индолов (индол-3-карбинола, аскорбигена, индол-3-ацетонитрила) связана с их способностью индуцировать активность монооксигеназной системы (главным образом CYP 1A1 и CYP 1A2) и некоторых ферментов II фазы метаболизма ксенобиотиков (глутатионтрансферазы) не только в печени, но и в кишечнике и других органах.

Изотиоцианаты (сульфорафан, фенетилизотиоцианат, бензилизотиоцианат) являются сильными индукторами ферментов II фазы метаболизма ксенобиотиков и в отличие от индолов не влияют на активность монооксигеназ или могут подавлять путем конкурентного ингибирования или ковалентной инактивации некоторые изоформы цитохрома P-450 - CYP 1A1, CYP 1A2 и CYP 2E 1, осуществляющих активацию бенз(а)пирена, афлатоксина В1 и нитрозаминов.

В эксперименте показана способность пищевых индолов и изотиоцианатов подавлять канцерогенное действие афлатоксина, нитрозаминов, ДМБА, а также снижать частоту спонтанных опухолей у крыс и мышей.

Результаты исследований позволяют заключить, что пищевые индолы способны в существенной степени изменять активность и соотношение между активностью широкого спектра ферментов, включая различные изоформы цитохрома P-450, эпоксидгидролазы, глутатионтрансферазы, UDP-глюкуронозилтрансферазы, сульфотрансферазы, хинонредуктазы, вовлеченных в метаболизм самых различных ксенобиотиков и многих эндобиотиков. По ряду данных они также способны снижать риск развития некоторых видов гормонозависимых опухолей.

Мы привели примеры лишь некоторых минорных компонентов пищи, для которых высокая биологическая активность доказана. Для гораздо большего числа фитосоединений биологическая активность либо не установлена, либо не может считаться полностью доказанной.

В этой связи важно отметить, что в основе современных представлений о здоровом питании должна лежать концепция оптимального питания, предусматривающая необходимость и обязательность полного обеспечения потребностей организма не только в энергии, эссенциальных макро- и микронутриентах, но и в целом ряде также необходимых минорных непищевых биологически активных компонентах рациона, перечень и значение которых нельзя считать окончательно установленными.

Мы постоянно сталкиваемся с дилеммой – необходимостью, с одной стороны, ограничения объема потребляемой пищи с целью достижения соответствия между калорийностью рациона и энерготратами, с другой – значительного расширения ассортимента потребляемых пищевых продуктов для ликвидации существующего дефицита микронутриентов. Это в высшей степени сложная, но в современных условиях решаемая проблема. Формула пищи человека третьего тысячелетия – это постоянное

использование в рационе наряду с традиционными натуральными пищевыми продуктами продуктов из генетически модифицированных источников (с улучшенными потребительскими свойствами и повышенной пищевой ценностью), продуктов с заданными свойствами (так называемых функциональных пищевых продуктов – обогащенных эссенциальными пищевыми веществами и микронутриентами) и биологически активных добавок к пище (концентратов микронутриентов и других минорных непищевых биологически активных веществ).

Таким образом, питание человека в третьем тысячелетии немисливо без продуктов, полученных с помощью биотехнологических методов, в том числе и из генетически модифицированных источников (растений). Учитывая повышенный интерес и некоторую настороженность общественности к таким пищевым продуктам, остановимся на этой проблеме более подробно.

Генная инженерия – это высшее достижение в сфере биотехнологий. Выступая против таких технологий, мы выступаем против самой природы, против прогресса, обрекая страну на отставание со всеми вытекающими последствиями: нищетой, голодом и т.п. Мы уже потеряли много времени. Эти технологии не являются у нас лидирующими, а результаты работ в этом направлении, осуществленные в 1960–1970-х годах, мы растеряли. Погубив уже созданное собственными руками, некоторые горячие головы вторично погубить ростки нового. Вот и трансгенные растения, или, как их еще называют, генетически модифицированные источники пищи (ГМИ), технология получения которых взята у самой природы и применена в целях получения нужного человеку эффекта, стали объектом нападков. А ведь они помогают спасти человечество от голода, позволяя получать высокие урожаи, благодаря снижению чувствительности растений к насекомым-вредителям, гербицидам. Их внедрение в практику обеспечивает не только резкое снижение потребления гербицидов, что положительно сказывается на здоровье человека, но и более полезный состав продукции. Высока вероятность, что через несколько лет мы сможем получать продукты, которые позволят нам достичь гармонии с природой. Сегодня мы чисто механически добавляем в пищевые продукты белок, витамины на стадии изготовления, а в будущем это будет делать природа. Уже растительное сырье будет содержать полезные компоненты; то, что нужно, – в большем количестве, а ненужное – в меньшем. Перспектива фантастическая! Эта технология и определяет сегодня развитие сельского хозяйства в мире, но, к сожалению, не в России.

Мы останемся в аутсайдерах, пока не поймем, что новые технологии, в том числе и атомные, и лазерные, и биологические, нуждаются в объяснении и подготовке населения к их восприятию. Причем особенно важно это делать, если новейшие технологии касаются человека непосредственно, относятся не к машиностроению, а к выработке продуктов питания, лекарственных препаратов и т.д. В этом случае заинтересованность общества намного выше, и специалисты обязаны объяснять потребителям суть технологии и системы контроля.



Наша вина в том, что не только население, но даже и многие специалисты, врачи не готовы к восприятию новейших технологий, так как средства массовой информации печатают негативные материалы по данной проблеме. Простым людям трудно разобраться, что за ней стоит борьба фирм, производящих пестициды, с компаниями, разрабатывающими биотехнологии, защита своего производителя властями США и Европы или иное, но волны ее докатываются и до России.

Важным фактором шума вокруг ГМИ остается и политическая ситуация. Обычно различные скандальные публикации о «пище Франкенштейна» появляются накануне выборов. Это испытанный прием: ведь трудно выступать на волне созидания – и времени много надо, и реальные результаты нужны. На волне отрицания и разрушения выдвинуться легче. Все эти «борцы за правду и свободу» – конъюнктурщики, которые на волне шумного отрицания, часто неграмотного, хотят показать себя и войти в политику.

В настоящее время в Российской Федерации прошли полный цикл всех необходимых исследований

и разрешены для использования в пищевой промышленности и реализации населению 11 видов пищевой продукции растительного происхождения, полученных с применением трансгенных технологий.

В Российской Федерации система контроля ГМИ самая строгая в мире. Она гарантирует безопасность ГМИ для населения.

Итак, фундаментальные исследования и достижения биохимии, физиологии, гигиены, а также таких новейших дисциплин, как протеомика, метаболомика, геномика, в значительной степени расширяют наши представления о физиологических потребностях и важности для жизни целого ряда ранее не учитываемых пищевых и биологически активных веществ; возможных путях снижения риска развития таких наиболее распространенных заболеваний человека, как сердечно-сосудистые, онкологические, обменные и другие алиментарно-зависимые патологии. Именно эти фундаментальные знания позволяют разрабатывать и внедрять новейшие технологии в профилактику и лечение заболеваний человека, уносящих сегодня многие миллионы жизней.