

Пленарное заседание Научно-практического конгресса
«Формирование здорового образа жизни: международный и национальный опыт»

**ПРОГРАММА «ДЕЙСТВИЯ СООБЩЕСТВ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ»,
РЕАЛИЗУЕМАЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

Айтмурзаева Г.Т.

Республиканский центр укрепления здоровья, г.Бишкек

Программа «Действия сообществ по вопросам здоровья» (ДСВЗ) признана Министерством здравоохранения как основной механизм долгосрочной мобилизации сообществ и укрепления здоровья. ДСВЗ расширяет возможности местных сообществ для решения своих первостепенных проблем здоровья и способствует созданию Сельских комитетов здоровья (СКЗ) по всей стране. Ключевыми партнерами в данном процессе являются Министерство здравоохранения, организации ПМСП и служба укрепления здоровья.

Применение ДСВЗ в Кыргызстане основывается на уверенности, что сообщества способны усилить контроль над факторами, влияющими на их жизнь. Но чтобы научиться этому, сообществам необходима мотивация и поддержка на протяжении значительного периода времени. Первичная медико-санитарная помощь (ГСВ и ФАП) присутствует почти во всех сообществах. Следовательно ГСВ и ФАП являются идеальными институтами для обеспечения и первоначальной поддержки сообществ, и в дальнейшем, чтобы работать с ними как с партнерами по вопросам укрепления здоровья.

Таким образом, ДСВЗ имеет две цели:

- предоставить возможность сельским сообществам действовать самостоятельно в сфере улучшения состояния здоровья сообщества;
- предоставить возможность системе здравоохранения Республики, особенно ПМСП и службе укрепления здоровья, работать в партнерстве с сообществами в деле укрепления здоровья населения.

В большинстве сел Кыргызстана отсутствуют сильные организации, которые представляют сообщество в целом, поэтому, в рамках программы ДСВЗ формируются Сельские комитеты здоровья (СКЗ) в каждом селе. СКЗ формируются на общем собрании села путем выборов и являются некоммерческими организациями. Члены СКЗ работают на безвозмездной основе и находятся в центре реальных проблем населения.

Для того чтобы более оптимально интегрировать службу общественного здравоохранения в сектор ПМСП, были созданы кабинеты укрепления здоровья (КУЗ) при областных, районных и городских ЦСМ. Республиканский Центр укрепления здоровья (РЦУЗ) с филиалом на юге (ЮФРЦУЗ) несет ответственность за предоставление технической поддержки КУЗ по всей стране. Такой подход позволил установить институциональную связь между СКЗ и работниками ПМСП

Специалисты КУЗ являются связующим звеном районной структуры укрепления здоровья с областным и национальным уровнями и работают с СКЗ, в основном, по двум направлениям:

- проводят техническое обучение и осуществляют общее руководство, необходимое при проведении акций по вопросам здоровья, проводят данные мероприятия совместно с СКЗ и ГСВ/ФАП;
- обучают СКЗ вопросам организационного развития и оказывают поддержку с тем, чтобы СКЗ осуществляли свою деятельность как независимые организации гражданского общества.

Итак, основным звеном программы ДСВЗ является СКЗ, которые при поддержке специалистов КУЗ ЦСМ выполняют различные стратегии по здоровью, называемые “Действия для здоровья”. “Действия для здоровья” внедряются СКЗ с участием медицинских работников ГСВ/ФАП в селах, что создает возможности для интеграции деятельности по вопросам укрепления здоровья с ПМСП. Стратегии по здоровью разрабатываются Республиканским Центром укрепления здоровья РЦУЗ при поддержке различных международных партнеров.

За период 2003-2011 годы СКЗ совместно с медработниками ПМСП проводили «Действия для укрепления здоровья» по следующим направлениям: йододефицитные заболевания, анемия, питание, ОРИ, гипертония, бруцеллез, табакокурение, алкоголизм, инфекции репродуктивного тракта, малярия, ХОЗЛ, санитария и гигиена, туберкулез и т.д.

Большинство направлений были отобраны населением как приоритетные во время PRA-сессий (совместное определение нужд села). Все действия для укрепления здоровья СКЗ начинаются с проведения базового опроса населения. По итогам мероприятий проводится мониторинг с целью анализа полученных результатов.

Надо отметить, что количество мероприятий ежегодно возрастает, а также меняется направление и ореол деятельности в рамках программы ДСВЗ. К концу 2006 года профилактическими программами были охвачены только 17 районов, где были внедрены всего 8 мероприятий. В течение 2011 года на уровне сельских сообществ 32 районов страны были проведены 26 мероприятий, в том числе: кампаний по различным вопросам

профилактики заболеваний- 13, исследований по оценке домохозяйств и самооценке СКЗ – 3, мониторинг проводимых мероприятий -7, мер по продовольственной программе – 3.

ДСВЗ в Кыргызстане осуществляется посредством сотрудничества между проектами доноров и республиканской системой здравоохранения, в частности, между ПМСП и системой укрепления здоровья. Республиканская система здравоохранения предоставляет сотрудников и производит оплату их труда, в то время как проекты предоставляет рабочий бюджет сотрудников по реализации ДСВЗ. Рабочий бюджет включает в себя суточные и транспортные расходы КУЗ и СКЗ, а также расходы на подготовку материалов тренингов и учебных материалов. Планируется, что республиканская система здравоохранения постепенно будет брать на себя все большую часть рабочего бюджета сотрудников укрепления здоровья до уровня финансирования ежемесячных посещений СКЗ. Это будет гарантировать устойчивость СКЗ и структуры ДСВЗ. Издержки проведения мероприятий по конкретным направлениям могут быть покрыты донорами.

Основные достижения:

- Расширение сети ДСВЗ по всей стране
- Признание СКЗ как партнеров государственной системой здравоохранения
- Успешная интеграция и институционализация службы укрепления здоровья в ПМСП
- Развитие устойчивости СКЗ и организация Ассоциации СКЗ Кыргызстана
- Подписание меморандумов между СКЗ и органами местного самоуправления.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА, ПОДВЕРГШЕМОМУ ХРОНИЧЕСКОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Аклеев А.В., Буртовая Е.Ю., Белова М.В., Кузнецова Е.В.

ФГБУН Уральский научно-практический центр радиационной медицины ФМБА России,
г. Челябинск

Широкое использование атомной энергии влечет за собой вероятность возникновения техногенных катастроф.

В течение двадцатого века наиболее значимыми радиационными инцидентами стали – авария 1957 года на ПО «Маяк», в результате которой радиационному воздействию подверглись значительные территории Челябинской, Курганской, частично Свердловской областей, авария на Чернобыльской АЭС, влияние которой распространилось на территории нескольких стран СНГ.

В отдаленном периоде после радиационных аварий на первый план выходят последствия для психологического статуса вовлеченных в ситуацию лиц, проблемы психического здоровья, в виде нарушений психической адаптации, аддиктивных расстройств, невротических расстройств.

На примере оказания психолого-психиатрической помощи жителям Уральского региона, подвергшимся хроническому радиационному воздействию, рассматриваются принципы, этапность, структура и содержание комплексной психолого-психиатрической помощи.

Обсуждение и разработка совместных научно-практических мероприятий, направленных на улучшение психологического статуса и формирование адаптивных стратегий поведения у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, позволит минимизировать отдаленные негативные последствия радиационных инцидентов для психического здоровья, представителям стран Содружества независимых государств.

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И РАЗВИТИЕ МАССОВОГО СПОРТА В РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

Акобян Н.Х., Празян С.С.

Министерство спорта и по делам молодёжи Республики Армения

г. Ереван,

Развитие массового спорта в современном Армянском обществе – это актуальный вопрос чрезвычайной важности. Катастрофическое ухудшение качественных характеристик народонаселения Республики Армения (сердечно сосудистых заболеваний, наркомании и алкоголизма, снижение общего уровня духовности и нравственности, устойчивая динамика ухудшения показателей физического развития, подготовленности, физической и интеллектуальной работоспособности) становится всё более значимым признаком развития кризиса качества жизнедеятельности значительных масс населения, как одного из важных факторов риска для национальной безопасности и надёжности условий интеллектуального, нравственного, духовного развития населения, а также экономического прогресса, политической стабильности и роста международного авторитета Республики Армения. В этой связи популяризация здорового образа жизни как одно из направлений государственной политики в информационной сфере должна превратиться в одну из приоритетных задач, от решения которой во многом зависит достижение поставленных стратегических целей.

Популяризация физической культуры, спорта и здорового образа жизни нуждается в четко специфицированном разделении в соответствии с теми основными формами спорта, которые установились в обществе на современном этапе. Первая является органической частью системы физического воспитания, физической культуры общества: массовый спорт лишь относительно лимитируется возрастом, состоянием здоровья, уровнем физического развития людей. Массовым спортом каждый человек занимался хотя бы раз в жизни: спорт как учебный предмет входит в программы всех типов учебных заведений и военно-физической подготовки в армии. В этой форме реализуются прежде всего общие образовательно-воспитательные, подготовительно-прикладные, оздоровительные и рекреационные задачи спорта. Массовый спорт – основа спорта высших достижений, условие физического совершенствования подрастающих поколений, спорт высших достижений позволяет на основе выявления индивидуальных возможностей и способностей человека в определённой сфере спортивной деятельности добиваться максимальных, рекордных спортивных результатов, вооружать массовую практику наиболее эффективными средствами и методами спортивного совершенствования. Рекорды в спорте высших достижений, победы в официальных международных, национальных и других спортивных соревнованиях создают моральный стимул развития массового спорта.

Переходя к той роли, которая принадлежит массовому спорту в современном обществе, можно утверждать, что массовый спорт – это непрерывный процесс, в ходе которого человечество познает свои возможности, накапливает и совершенствует человеческий капитал, расширяет свой потенциал. Массовый спорт, выполняя развивающие, воспитательные, патриотические, коммуникативные функции, объединяет и координирует индивидов и социальные группы, развивает нацию. В современных условиях возрастает значение решения комплексной задачи подготовки профессиональных, востребованных и высоко оплачиваемых кадров массового спорта – преподавателей физического воспитания и физкультуры, инструкторов, тренеров, организаторов спортивных мероприятий и т.д. В то же время, развитие массового спорта в современном обществе чрезвычайно затруднено. Недостатки оборудования, качественного инвентаря, современного информационного оснащения спортивных залов, уровня санитарно-гигиенических условий, слабая программно-методическая база, уверенно снижающийся профессионализм и низкая зарплата учителей физкультуры привели армянскую систему физического воспитания к серьёзному отставанию от требуемого ныне уровня. Решение этих проблем требует постановки масштабных задач по преобразованию содержания и инфраструктуры физического воспитания.

Специфическая регулирующая роль государства в сфере развития физической культуры и спорта, укрепления общественного здоровья и развития человеческого

потенциала заключается в коррекции социальной стратификации, в утверждении и гарантировании равных прав граждан Республики Армения на всестороннее развитие личности и общества. Целью государственной политики в этой сфере является формирование гражданского самосознания, повышение уровня социальной защищенности и самореализации граждан; формирование здорового образа жизни населения, профилактика наркомании, алкоголизма, табакокурения и правонарушений в молодежной среде; создание условий для массовых занятий физической культурой и спортом детей и подростков.

С целью развития и доступности массового спорта в Армении начиная с 2004 года указом Президента Республики Армения проводятся конкурс Лучшая спортивная семья “Мама, папа, я” за приз президента Республики Армения. Цель этого мероприятия заключается в сплочении семьи, как спортивной ячейки общества, в воспитании здорового образа жизни молодежи, в развитии определенной самостоятельности у детей.

В начале проведения конкурса, в соревнованиях участвовало 54 семей, а состязания проводились в одной возрастной группе с 6 до 12 лет. В 2012 году в соревнованиях, которые проводились во всех регионах Армении, участвовало 2000 семей в трёх возрастных группах. Победители награждаются материальными призами Президента Республики Армения.

С целью развития массового спорта в нашей стране проводятся разные мероприятия, в числе которых:

“Республиканский спортивный фестиваль” в районах Республики Армения,

“Республиканские спортивно-боевые игры молодежи призывного и допризывного возраста” по 6 видам в 4 этапа,

Футбольный турнир “Кубок премьер-министра Республики Армения”,

Молодежный слет “Базе”,

Культурно-спортивные территориальные праздничные торжества “Сюникская зима”, “Гюмрийская зима”, “Зима мира туфа”, “Анийская зима”, “Ахурянская зима” “Ашотская зима”, “Амасийская зима”, “Гегаркуникская зима”, “Зима Лори”,

Туристические походы к историческим местам области,

Республиканские спортивные игры школьников Республики Армения,

Кросс инвалидов-колясочников посвященный дню Независимости Армении,

Спортивные игры в пенитенциарных учреждениях.

В общем итоге в этих состязаниях были вовлечены десятки тысяч граждан Республики Армения разных возрастных категорий.

В заключение хотелось бы отметить, что массовый спорт является необходимым условием успешного развития современного Армянского общества и достижения национальных стратегических интересов. Одним из важнейших факторов развития массового спорта является государственная политика в области пропаганды физической культуры, спорта и здорового образа жизни. И на сегодняшний день есть достаточно примеров, позволяющих с оптимизмом смотреть на перспективы развития массового спорта в нашем регионе.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА В БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА, КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Антонов Н.С., Сахарова Г.М.

ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА России

Потребление табака приводит к развитию не только хронического заболевания - табачной зависимости, но и серьезных заболеваний человека, приводящих к ранней инвалидизации и смерти. По данным репрезентативного эпидемиологического исследования «Глобальный опрос о потреблении табака среди взрослого населения в Российской Федерации» (GATS, 2009), распространенность потребления табака среди мужчин составляет 60,2%, а среди женщин - 21,7%. Если распространенность табакокурения в Российской Федерации среди мужчин в последние 10 лет стабилизировалась, то среди женщин она стремительно нарастает. Основным индикатором нарастания распространенности табакокурения среди групп населения, по данным ВОЗ, является рост заболеваемости раком трахеи, бронхов и легкого. В Российской Федерации в последние 5 лет наблюдается рост заболеваемости раком трахеи, бронхов и легкого, установленным впервые в жизни, (на 100 тыс. человек) среди женщин на 7,9% (данные Минздравсоцразвития). Выраженная интенсивность курения табака приводит к развитию никотиновой зависимости высокой степени, которая выявляется у 60% курящих людей в Российской Федерации, что не дает им возможности бросить курить самостоятельно без помощи медицинских работников. В связи с этим возрастает роль медицинского сообщества в мотивации и лечении курящего человека. При этом для оказания эффективной помощи сами медицинские работники должны быть некурящими, а медицинские учреждения свободными от табака.

НИИ пульмонологии ФМБА России провело исследование на базе опроса проблем потребления табака в медицинских учреждениях для создания программ перевода медицинских учреждений к полному запрету табака и организации медицинской помощи по отказу от табака для пациентов и персонала. Анкетирование проводилось среди медицинского персонала. Анкеты заполнялись респондентами самостоятельно. Была использована сплошная выборка, объем выборки: 715 медицинских работников (11,9% мужчин, 88,1% женщин).

Постоянно курили 25,2% медицинских работников (среди мужчин – 37,5%, среди женщин – 23,5%). Выявленная распространенность табакокурения среди женщин превышает распространенность среди взрослого женского населения Российской Федерации. Среди курящих медицинских работников 31,8% имели высокую и очень высокую степень никотиновой зависимости, при которой очень сложно самостоятельно бросить курить. В среднем курящие медицинские работники выкуривали по 11,7 сигарет в день.

Среди курящих медицинских работников только 39,0% имели желание бросить курить. Тем не менее, в течение 12 месяцев до опроса 57,7% всех курящих медицинских работников делали попытки бросить курить.

Пассивному курению на рабочем месте подвергались 21,8% медицинских работников.

Большинство медицинских работников были осведомлены о вреде активного (90,4%) и пассивного (83,2%) курения, потребления табака в некуриТЕЛЬных формах (55,0%). Тем не менее, только половина (53,8%) медицинских работников считали, что все сигареты одинаково вредны, а 20,8% считали, что существуют сигареты менее вредные для здоровья. Больше половины (60,8%) медицинских работников не знали, вредны ли электронные сигареты, а 10,3% считали их безвредными для здоровья.

Большинство медицинских сотрудников (59,0%) не спрашивали пациентов о потреблении табака, 20,4% спрашивали о потреблении табака, но не вносили запись в историю болезни. Наиболее известными методами мотивации к отказу от курения среди медицинского персонала являлись информационные материалы (39,9%), гипноз (31,4%) и поведенческая терапия (31,2%). Среди способов лечения табачной зависимости, медицинским работникам были известны никотинзаместительная терапия (41,9%), аутотренинг (34,8%), гипнотерапия (28,8%), акупунктура (26,1%).

Среди медицинских работников 40,9% считали необходимым открытие в учреждении кабинетов по отказу от табака. Только половина (50,8%) медицинских работников считали, что в программу лечения курящего пациента необходимо включать отказ от курения, иначе лечение будет малоэффективным, и 57,7% медицинских работников считали, что дополнительные знания об оказании помощи по отказу от табака им не нужны.

Большинство медицинских работников выразили негативное отношение к курению медицинскими работниками (86,8%) («не должен курить» - 51,9%, «не должен курить в рабочее время» - 34,9%) и техническими работниками (85,1%) («не должен курить» - 43,7%, «не должен курить в рабочее время» - 41,4%) медучреждений в рабочее время.

Среди медицинских работников 30,4% поддержали введение полного запрета на потребление табака в помещениях и на территории медицинских учреждений. 37,2% поддержали вариант с выделением специальных помещений для курения внутри здания, 21,9% – вне здания. 10,5% медицинских работников были против любого запрета на потребление табака на территории медицинского учреждения. Всего полный запрет на курение табака в помещениях медицинских учреждений поддержали 52,3% медицинских работников. Больше половины опрошенных (55,4%) считали, что при введении запрета на потребление табака в медицинском учреждении необходимо организовать программу поддержки персонала в отказе от табака.

Среди медицинских работников 25,1% были готовы активно участвовать во внедрении программы перевода медицинского учреждения к полному запрету табака и оказания помощи в отказе от табака. 36,7% респондентов ответили, что не будут активно участвовать в программе. 38,2% респондента не знали, будут ли они активно поддерживать программу.

Выводы

В результате проведенного исследования выявлена высокая распространенность табакокурения среди медицинского персонала с превышением общероссийских показателей в группе женщин - медицинских работников и мужчин – технических работников. Выявлена высокая активность среди медицинского персонала в отказе от табакокурения, однако она имела малую эффективность. Была подтверждена недостаточная информированность и образование медицинского персонала в области методов мотивации и лечения табачной зависимости, а также их слабая активность в опросе пациентов и оказание им помощи по отказу от табака. Вместе с тем, медицинские работники поддержали введение программы полного запрета табака в медицинских учреждениях и оказания помощи по отказу от табака. В связи с этим, ФМБА России разрабатывает программу по борьбе против табака в медицинских учреждениях ФМБА России, которая является актуальной и своевременной.

КАЧЕСТВЕННАЯ ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Ахмедов А.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе

Одной из задач форума является обсуждения роли образования в сфере охраны и укрепления здоровья населения стран Содружества. Все участники данного форума хорошо себе представляют, в какой ситуации оказался Таджикистан, после приобретения независимости и конечно это сильно отразилось на здоровье нации. Показатели здоровья нации были неутешительными в вопросах качества оказания медицинских услуг, профилактики, здорового образа жизни. Стоял вопрос, как реформировать систему здравоохранения Таджикистана, что поставить во главу угла, для оказания качественных медицинских услуг населению, доступность и экономичность. Всем этим критериям отвечал институт семейной медицины. До начала подготовки семейных врачей необходимо было реформировать систему здравоохранения страны. Правительством страны была принята Концепция реформирования системы здравоохранения, при этом приоритет был дан первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – (это вопросы профилактики, здорового образа жизни, табакокурение, физическая активность здоровья матери и ребенка, диспансеризации, вакцинация и своевременное направление пациента на госпитализацию, работа на общинном уровне). Был принят ряд постановлений правительства в этой области по организационной структуре учреждений первичной медико-санитарной помощи в 2002 году, где была изменена организационная структура ПМСП, которая представлена городскими, районными и сельскими центрами здоровья, центрами семейной медицины в структуре городских и районных центров здоровья, станциями скорой медицинской помощи. Домами здоровья в структуре сельских центров здоровья, пунктами здоровья в структуре городских и районных центров здоровья. Это явилось результатом трансформации самостоятельных городских и объединенных с городскими больницами поликлиник в городские центры здоровья, самостоятельных районных поликлиник или поликлиник центральных районных больниц, а также поликлиник номерных районных больниц в районные центры здоровья; сельских врачебных амбулаторий и ряда сельских участковых больниц в сельские центры здоровья; медицинских домов в дома здоровья. Ключевыми кадрами данных учреждений стали семейные врачи и семейные медицинские сестры.

Почему семейный врач? Потому что семейный врач – это специалист с высшим медицинским образованием, прошедший специальную подготовку и имеющий диплом специалиста, который обеспечивает комплексную первичную медико-санитарную помощь

семье, индивидууму и обществу независимо от пола, возраста или вида заболевания в течение всей жизни. В обязанности семейного врача входит изучение и знание демографических, медико-социальных особенностей прикрепленного населения, проведение анализа состояния здоровья, демографических и медико-социальных показателей прикрепленного контингента, а также организация и проведение оздоровительных, профилактических и противоэпидемиологических мероприятий, оказание неотложной помощи, пропаганда медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания и т.д. Подготовленный семейный врач – это специалист. Стояла задача перед Таджикским институтом последипломной подготовки медицинских кадров подготовить данных специалистов.

Следующим шагом была организация кафедр семейной медицины по подготовке врачей и медсестер в Таджикском институте последипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК) и в Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино (ТГМУ). А также по приказу Министерства здравоохранения Республики Таджикистан были развернуты областные, районные учебно-клинические центры, которые были оснащены при поддержке Международных организаций.

Для работы в этих центрах и на кафедрах семейной медицины необходимо было подготовить высококвалифицированных преподавателей. Первые годы мы их готовили в Англии, Израиле, Бишкеке. Начиная с 2004 года, ТИППМК нами была разработана программа по подготовке преподавателей, и мы начали готовить преподавателей самостоятельно. Необходимо было для страны подготовить более 5 тысяч семейных врачей и 10 тысяч семейных медицинских сестер, также разработаны квалификационная характеристика и требования к семейным специалистам, клинические протоколы для семейных врачей. Для правовой ответственности семейного специалиста перед обществом в области своей профессии был разработан и утвержден закон «О семейной медицине» в 2010 году.

При внедрении института семейной медицины в ПМСП возникли трудности, в частности в интеграционной работе между семейными врачами и узкими специалистами, работающими на уровне ПМСП. Разрешение этого вопроса требовало принятия ряда мер, а также большая разъяснительная работа в области объема выполняемых медицинских услуг, как семейного врача, так и узких специалистов. На сегодня можно сказать, что это сложный барьер в 70-80% случаев разрешен. Здесь необходим постоянный внутренний и внешний мониторинг. Мы сегодня готовим семейных врачей и семейных медицинских сестер, как для сельской местности, так и для городского населения. Потому, что каждая семья независимо, где проживает, нуждается в семейном докторе, который мог бы лечить всю семью, умел

вовремя предотвратить многие заболевания, пропагандировать здоровый образ жизни, а также в социальном аспекте правильно направлять как пациента, так и семью.

На сегодня в стране подготовлено более 52% от потребности семейных врачей и более 50% семейных медицинских сестер. Стоит задача полностью покрыть сеть ПМСП страны семейными специалистами. Необходимо проведение постоянных мониторинговых мероприятий со стороны центров семейной медицины (республиканских, областных) и со стороны ассоциации семейных специалистов. Мониторинг показывает, что мы должны усилить подготовку и продлить сроки обучения семейных врачей, чтобы будущий врач мог оказывать более качественные медицинские услуги, так как от этого зависит не только здоровье нации, но реструктуризация госпитального сектора страны, что очень важно в экономическом аспекте. На своем небольшом опыте хотелось сделать следующие выводы: Внедрение института семейной медицины дала возможность многим семьям иметь семейного врача, стала более доступная медицинская помощь, сектор здравоохранения стал больше опираться на ПМСП, где ключевой фигурой выступает семейный врач, сократилось количество узких специалистов, улучшились вопросы охраны здоровья матери и ребенка, консультативная помощь, профилактическая работа.

На данном форуме участвуют представители стран бывшего Советского Союза, где была единая система оказания медицинских услуг на уровне ПМСП, и, как вам известно, она являлась экономически неэффективной, так как вся тяжесть ложилась на госпитальный сектор. Внедрение же института семейной медицины показал на нашем опыте как можно реформировать ПМСП, чтобы она была более эффективной, при этом улучшилось качество оказания медицинских услуг, их доступность, экономическая эффективность, что в конечном результате будет один из компонентов по улучшению здоровья нации.

О МЕРАХ ПО СНИЖЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Бартман О.В.

Государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и
общественного здоровья», г. Минск

Министерством здравоохранения Республики Беларусь во взаимодействии со всеми заинтересованными органами государственного управления и общественными организациями проводится систематическая последовательная работа по снижению потребления табачных изделий в Республике Беларусь, в соответствии с действующим

законодательством, Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (далее РКБТ ВОЗ), а также в комплексе всех мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения. В стране запрещена реклама табачных изделий, изменены в соответствии с РКБТ ВОЗ требования к их упаковке, проводится работа по созданию территорий, свободных от курения, запрещено курение в ряде общественных мест.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.04.2011г. № 385 утверждены Концепция реализации государственной политики противодействия потреблению табака на 2011-2015 годы и Комплексный план мероприятий по борьбе против табакокурения на 2011-2015 годы.

Основная цель утвержденных документов - профилактика табакокурения и создание условий для защиты здоровья граждан от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма путем реализации мер, направленных на снижение потребления табака.

Мероприятия плана предусматривают внесение изменений в действующее законодательство, широкую информационную работу, мониторинг эффективности проводимых мероприятий, осуществляемых во взаимодействии с заинтересованными органами государственного управления, государственными и общественными организациями.

Информационно-образовательные технологии по профилактике табакокурения популярны среди населения. Ежегодно проводятся Единые дни здоровья (Всемирный день без табака, Всемирный день некурения, Всемирный день здоровья и т.д.), праздники, акции. Наиболее ярким примером таких акций является ежегодная республиканская акция «Беларусь против табака», которая в этом году прошла под девизом «Будущее без табака!» Яркой составляющей акции была социальная реклама, созданию и распространению которой в настоящее время уделяется большое внимание.

Важными составляющими противодействия распространению потребления табачных изделий в стране являются соблюдение действующего законодательства в части запрета курения в общественных местах, а также недопущение скрытой рекламы табачных изделий, ограничения мест и времени продажи табачных изделий. Данные вопросы находятся соответственно на контроле Министерства внутренних дел, Министерства жилищно-коммунального хозяйства, Министерства торговли Республики Беларусь.

Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2011 году была проведена работа по внесению дополнения и изменения в ряд санитарных норм, правил и гигиенических нормативов, касающиеся запрещения курения в учреждениях (организациях) здравоохранения, образования, спорта, на объектах торговли и бытового обслуживания населения, на объектах общественного питания, вокзалах, станциях метрополитена, в

вагонах поездов, на речных судах (за исключением мест, специально предназначенных для курения), что направлено на снижение распространения табакокурения в нашей стране и выполнению в полном объеме требований Декрета Президента Республики Беларусь от 17 ноября 2002 г. № 28.

Издан приказ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2011 № 710 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления действенного контроля за соблюдением запрета курения в организациях здравоохранения и на прилегающих территориях и Примерного положения о комиссии по контролю за запретом курения в организации здравоохранения». В настоящее время осуществляется мониторинг за его исполнением. Принимаются меры дисциплинарного воздействия к нарушителям.

В стране продолжается работа над Техническим регламентом Таможенного союза «Технический регламент на табачную продукцию». На национальном уровне решено поддержать в целом проект Технического регламента, так как указанный документ позволяет Республике Беларусь выполнить международные обязательства, обладает рядом преимуществ по сравнению с действующими в Республике Беларусь нормативными документами.

Эффективность проводимых мероприятий подтверждают данные социологического исследования. Так, в 2010 году количество курящих в Республике Беларусь по сравнению с 2001 годом снизилось на 11% и составило 30,6 %. Значительная часть курящих (55,7%) выражают желание бросить курить. По сравнению с данными 2008 г. наблюдается положительная тенденция увеличения доли желающих бросить курить на 4,8% (среди женщин - на 8,6%, среди мужчин - на 3,7%).

Вместе с тем установлен достаточно высокий уровень распространенности пассивного курения среди населения. Более чем половине опрошенных приходится находиться рядом с курящими в различных местах (дома, в гостях, на работе и т.д.), тем самым, выступая в роли пассивного курильщика. Наиболее часто сталкиваются с пассивным курением на остановках общественного транспорта (40% опрошенных), на работе/учебе (39,4%), в гостях (32,2%).

Важной составляющей эффективной борьбы с табакокурением является наличие социальной неприемлемости табакокурения. Результаты социологических исследований позволяют сделать вывод о том, что в обществе происходит осознание необходимости ужесточения мер, направленных на борьбу с курением. Даже среди курящих велика доля тех, кто критически относится к курению окружающих.

Значительная часть респондентов (48%) полагают, что есть необходимость в дальнейшем ужесточении мер по борьбе с курением. По мнению большинства опрошенных,

наиболее эффективные меры по борьбе с курением связаны с нормативным регулированием, направленным на запрещение курения в общественных местах (48,2%) и запрещение рекламы табачных изделий (47%).

В целях повышения эффективности антитабачной деятельности Министерство здравоохранения обратилось в Совет Министров Республики Беларусь с инициативой принятия Закона, регламентирующего общественные отношения в области защиты населения Республики Беларусь от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма. Данная инициатива была одобрена, и в настоящее время осуществляется подготовка предложений по внесению данного нормативного правового акта в план подготовки законопроектов на 2013 год. Разработка такого документа позволила бы принять меры, направленные на:

- ужесточение требований к местам, где курение запрещено, и расширение перечня этих мест с введением в перспективе полного запрета курения в закрытых общественных местах;
- повышение цен на табачные изделия и стоимости акцизных марок;
- ограничение мест и времени продажи табачных изделий.
- действенный контроль за запретом курения в общественных местах, продажей табачных изделий несовершеннолетним, в соответствии с действующим законодательством.
- запрет скрытой рекламы табачных изделий, запрет трансграничной рекламы.

В целях применения наиболее прогрессивных подходов к ограничению потребления табака в стране продолжается изучение международного опыта, в том числе в рамках реализации РКБТ ВОЗ, а также большое внимание уделяется развитию помощи в отказе от курения и проведению информационной работы с населением по вопросам профилактики табакокурения.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Бартман О.В.

Государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и
общественного здоровья», г. Минск

Сегодня государственная политика в сфере профилактики выходит на качественно новый уровень – сохранение здоровья здоровых людей. В национальной стратегии социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 года

определено, что «стратегической целью в области улучшения здоровья является создание государственного механизма поддержки здорового образа жизни, формирование высокого спроса на личное здоровье, создание предпосылок для его удовлетворения». Таким образом, идеология здорового образа жизни полностью совпадает с национальными интересами страны.

Сложившаяся в настоящее время демографическая ситуация, рост психо-эмоциональных нагрузок требуют постоянного поиска более эффективных способов и средств укрепления здоровья. Поэтому одним из важнейших направлений деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь является работа по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и зависимостей. Специалисты разного профиля - лечебной сети, санитарно-эпидемиологической службы, учреждений подготовки и переподготовки медицинских кадров - в силу своей профессиональной деятельности формируют общественное сознание, мотивации, навыки и умения у населения, позволяющие сохранять здоровье.

В последнее время особую значимость в организации и проведении профилактической работы приобретает комплексный интегральный подход. В Республике Беларусь профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний законодательно возложена на органы государственной власти, органы местного самоуправления, республиканские органы государственного управления, медицинские организации, работодателей, общественные объединения. Межведомственное взаимодействие позволяет реализовывать систему правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление заболеваний, а также на снижение риска их развития и находит своё отражение в государственных профилактических программах. В настоящее время реализуются: Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011 – 2015 годы, Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 годы, Государственная программа по профилактике ВИЧ-инфекции на 2011 – 2015 годы», Государственная программа «Кардиология» на 2011 – 2015 годы», Государственная комплексная программа профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2011- 2014 годы» и др. В каждой из этих программ выделены конкретные мероприятия по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни, указаны сроки и исполнители, определены ожидаемые результаты.

Ряд отраслевых документов регламентируют деятельность по формированию здорового образа жизни. Так, приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.02.2011 №115 «О совершенствовании работы по формированию

здорового образа жизни» определены основные направления деятельности, ответственность за реализацию которых возложена на руководителей государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения, начальников УЗО и комитета по здравоохранению Мингорисполкома, главных государственных санитарных врачей областей и г. Минска

В 2011 году были разработаны Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и Концепция реализации государственной политики противодействия потреблению табака на 2011 – 2015 годы, а также планы основных мероприятий по их выполнению. К осуществлению данных мероприятий привлечены все заинтересованные министерства, ведомства, а также общественные организации.

Эффективное выполнение мероприятий, предусмотренных перечисленными документами, тесно связано с изменениями законодательства. Поэтому в настоящее время осуществляется работа по внесению изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», особенно в части, касающейся профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Важным направлением деятельности является международное сотрудничество – с международными организациями, прежде всего – с ВОЗ – по вопросам профилактики пьянства и алкоголизма, потребления табака, профилактики травматизма, формирования здорового образа жизни у населения, проживающего на территориях, пострадавших от аварии на ЧАЭС (обучающие семинары, тренинги); а также в рамках Таможенного союза и ЕврАзЭС (разработка технических регламентов).

Одним из наиболее эффективных направлений деятельности по формированию здорового образа жизни является информационная работа (в системе Министерства здравоохранения она регламентируется приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.12.2009 № 1160 «Об информационной работе с населением Республики Беларусь»). Это - взаимодействие со СМИ, размещение информации на сайтах Министерства здравоохранения, организаций здравоохранения, органов государственного управления, демонстрация социальной рекламы, проведение консультаций, Дней здоровья, массовых мероприятий – выставок, конкурсов, акций, кампаний по пропаганде здорового образа жизни в сотрудничестве с общественными организациями. Особую значимость в плане информирования и обучения населения приобретают новые формы работы: интерактивные тренинги с оценкой эффективности проводимых занятий, использование Интернет порталов tut.by, mail.ru для проведения on-line конференций, обсуждение вопросов профилактики, сохранения и укрепления здоровья на Интернет-форумах и в социальных сетях.

Проводимая работа даёт свои результаты. Данные социологических исследований свидетельствуют о следующем: 81,9% респондентов считают здоровье наиболее важным в рейтинге жизненных ценностей. Главным виновником потерь здоровья большая часть респондентов признали самого человека. 69,5% отмечают, что сегодня важно вести здоровый образ жизни.

Основной причиной ухудшения состояния своего здоровья половина респондентов (51,5%) отметили «стрессы», 49,0% опрошенных считают, что это - экологические условия, 27,6% связывают здоровье с материальным положением, 21% респондентов -- с питанием.

По мнению опрошенных к главным факторам сохранения здоровья относятся полноценный отдых (68% опрошенных), правильное питание (67,9%), благоприятные экологические условия (56,0%) и отсутствие стрессов (53,8%). Далее, по мере убывания значимости, - взаимопонимание в семье и на работе (49,6%), материальное благополучие (49%), отказ от вредных привычек (48,3%), качественное медицинское обслуживание (46,5%), хорошие условия труда, учебы (44,2%), достаточная физическая активность (34,4%).

К числу позитивных изменений можно отнести и некоторое увеличение доли отметивших, что администрация организаций, в которых они работают или учатся, арендует спортивные помещения и оплачивает посещение бассейна, тренажерных залов, бань; оборудованы "спортивные уголки", имеются теннисные столы, тренажеры.

Приведенные данные показывают, что в настоящее время улучшение состояния здоровья населения обусловлено, в основном, не медицинскими вмешательствами, а зависит от качества жизни и обеспечивается через образ жизни, который ведет тот или иной человек.

Реализация механизма непрерывного образования населения по здоровому образу жизни с вовлечением государственных, общественных структур и самих граждан в настоящий момент является важным условием изменения стандартов жизни и создания объективных условий для сохранения и укрепления здоровья нации.

**ВКЛАД АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ХОЛДИНГ» В
УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ КАЗАХСТАНЦЕВ, РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КАДРОВ И В ПЕРСПЕКТИВЫ МЕЖГОСУДАРСТВЕННОГО СОТРУДНИЧЕСТВА
СО СТРАНАМИ СНГ**

Биртанов Е.А, Актаева Л.М., Калдыбаева М.К..

АО «Национальный медицинский холдинг», г. Астана

Здоровье народа определено одним из важнейших приоритетов Стратегии развития Казахстана до 2030 года. Президент Казахстана Назарбаев Н.А. отмечал, что *«Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения.»* (2010г.)

Все это легло в основу приоритетных стратегических направлений Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Рост экономического благосостояния позволил существенно увеличить финансирование здравоохранения: с 1,9% в 2002 году до 3,8% от ВВП в 2011 году. Вкладываемые в отрасль ресурсы позволили провести ряд реформ и преобразований, позволивших значительно повысить доступность и качество медицинской помощи.

Внедрение Единой Национальной Системы Здравоохранения четко обозначило пациенториентированность системы здравоохранения. Сейчас пациентам предоставлены большие права по выбору медицинской организации и врача. Это является мощным стимулом для повышения качества оказываемых медицинских услуг, в том числе и за счет развития конкуренции в сфере здравоохранения. Все это в комплексе отразилось на улучшении основных показателей здоровья населения. Так, в среднем по сравнению с 2007 годом в 2011 году общая рождаемость увеличилась на 15,7% (2007 г. – 321,9; 2011 г. -372,5), общая смертность населения снизилась на 8,9% (2007 г. – 158,3; 2011 г. -144,2), что привело к росту общего показателя естественного прироста населения на 39,5% (2007 г. – 163,6; 2011 г. – 228,3). Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась почти на 3 года (2007 г. – 66,3; 2011 г. - 69,0), на 37,3% снизилась смертность от болезней системы кровообращения (2007 – 81,8; 2011 – 51,3). . За последние 5 лет смертность от травм снижена на 24,4%. Улучшились показатели здоровья матери и ребенка. Так, по сравнению с 2007 годом материнская смертность снизилась на 63%, младенческая на 26%.

В настоящее время развитие здравоохранения вступило на этап новых институциональных преобразований, развития кадрового потенциала, предоставления качественных медицинских услуг. Приоритетом становится профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Сегодня с уверенностью можно сказать, что казахстанская медицина приближается к мировым стандартам здравоохранения. Глава государства отметит: *«Свое личное здоровье надо формировать прежде всего самому человеку. И принимаемые государством меры будут иметь в тысячу раз больший эффект, если забота о здоровье станет делом каждой семьи.»* (2012 г.).

По поручению Президента Н.А.Назарбаева в 2008 году образован Национальный медицинский холдинг. На сегодняшний день Холдинг – это 6 клиник, предоставляющих

широкий спектр медицинских услуг, общая коечная мощность составляет 1396 коек. Анализ наиболее успешных и известных в мире больничных систем приводит к выводу – рецепт успеха в интеграции медицинского образования, науки и практики. Именно обучающие, «университетские» клиники являются сегодня лидерами в области инновационной высокотехнологичной и высокоэффективной медицины. Здесь предоставляются самые качественные и эффективные услуги, осуществляется подготовка лучших кадров, разрабатываются самые передовые технологии.

Поэтому безусловным прорывом в развитии Национального медицинского холдинга является вступление в состав созданного Назарбаев Университета, где совместно с Центром наук о жизни и Школой медицины формируется интегрированная академическая медицинская система «Госпиталь будущего». С 2014 года все клиники Холдинга станут клиническими базами Медицинской Школы Назарбаев Университета. Будет внедрена американская система медицинского образования: 4 года - бакалавриат, 4 года - Медицинская Школа с резидентурой. Это один из важнейших проектов отечественной медицины, призванный создать новую генерацию специалистов и определить качественно новую парадигму воспроизводства профессиональных человеческих ресурсов здравоохранения Республики Казахстан. Выпускники данной школы будут проходить тестирование USMLE, что будет являться подтверждением их конкурентоспособности на мировом рынке труда, а также говорить о качестве образования в Казахстане. В 2011 году совместно с Назарбаев Университетом, международными партнерами из Университета Дьюк (США) и Deloitte уже проведено предпроектное исследование по разработке модели управления Госпиталя Будущего в рамках Интегрированной академической системы Назарбаев Университета.

Наряду с этим, Холдинг проводит интенсивную работу по повышению квалификации имеющихся медицинских кадров. Так, в 2011 году мы провели 155 образовательных мероприятий. Кроме того, проводятся выездные семинары и обучение специалистов из регионов на базе клиник Холдинга. В 2011 году обучено 1943 специалистов из регионов Республики Казахстан. Другим важным направлением в подготовке высокопрофессиональных кадров стало обучение по образовательной программе «МВА в области больничного управления». За 2 года обучено 35 магистрантов, которые на данный момент трудоустроены в медицинские организации страны, ежегодно планируется выпускать по 20 специалистов.

Холдинг является лидером в Республике Казахстан в области внедрения инновационных медицинских и управленческих технологий. Активно налаживаются партнерские отношения с лучшими мировыми центрами Германии, Южной Кореи, России,

Бельгии, США и др. в области высокотехнологичного оказания медицинской помощи, перенимая лучшую практику и обеспечивая доступность уникальных передовых медицинских технологий для всех социальных групп населения и жителей отдаленных регионов Казахстана. В 2011 году клиниками Холдинга пролечено около 30 000 человек, из них по высоко специализированной медицинской помощи около 4 000 пациентов. В настоящее время в клиниках Холдинга уже внедрены и активно используются новейшие технологии экстракорпорального оплодотворения, хирургической нейронавигации, трансанзального удаления опухолей, нейроваскулярной хирургии, перитонеального диализа, малоинвазивной реконструктивной хирургии, ранней диагностики онкологических заболеваний методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). В 2010 году были запущены новые клинические направления: онкогематология, эндопротезирование суставов, интервенционная кардиология, трансплантология и другие. Проведены уникальные операции: фетоплацентарное шунтирование, трансплантация родственной донорской почки, аутотрансплантация костного мозга, эндопротезирование суставов при гемофилии и другие.

В общей сложности, за 4 года существования Холдинга внедрено более 120 уникальных технологий по 22 приоритетным направлениям. С их применением пролечено около 8000 пациентов. Казахстан вошел в список 22 стран, где проведены операции по пересадке искусственного левого желудочка сердца!

АО «Национальный научный Центр материнства и детства» одна из первых клиник на постсоветском пространстве прошла международную аккредитацию JCI - «золотой стандарт» в сфере качества медицинской помощи и безопасности пациентов. Всего в мире насчитывается около 400 больничных организаций, аккредитованных JCI. Большинство из них находятся в странах Западной Европы, Северной Америки и Юго-Восточной Азии. К 2014 году все клиники Холдинга пройдут аккредитацию JCI.

В системе госпитального менеджмента Холдинг получил плодотворный опыт партнерства с австрийской компанией «VAMED» по управлению клиниками, внедряются методы математического прогнозирования финансовой деятельности, система сбалансированных показателей, эффективного управления инфраструктурой (Facility management), госпитальная информационная система (ГИС) и т.д.

Уважаемые коллеги!

Высокое качество медицинских услуг клиник Холдинга положительно повлияет на общую продолжительность жизни населения Казахстана, обеспечит существенный вклад в повышение имиджа Казахстана в целом и в решение общенациональных задач современного этапа социально-экономического развития Республики Казахстан:

- укрепление здоровья нации;

- развитие качественных человеческих ресурсов;
- ускоренная модернизация и технологическое развитие отрасли здравоохранения;
- повышение уровня научно-клинических разработок и инновационной активности в медицине.

Пользуясь представленной возможностью, хотелось бы выразить готовность к всестороннему сотрудничеству в области оказания медицинских услуг, обучения и консалтинга! В рамках развития медицинского туризма Холдинг - как региональный лидер медицинских услуг высочайшего класса за оптимальное время и оптимальную стоимость, готов предоставить гражданам стран СНГ широкий спектр медицинских услуг от первичной диагностики до высокоспециализированной помощи в пределах одного кластера. В 2013-2014 годах Холдинг планирует разработку мобильных приложений для платформ IOS и Android коммуникаторов, позволяющих получить защищенный доступ к медицинским записям находящихся в базе данных госпитальной информационной системы Холдинга. Данная система соответствует Политике информационной безопасности. В этой связи любой гражданин стран СНГ после выписки из клиник Холдинга сможет в режиме реального времени получить доступ к результатам своего обследования на свой смартфон или планшет.

В рамках развития межгосударственного сотрудничества Холдинг может оказывать консалтинговые услуги по управлению клиниками и обучать специалистов на базах клиник и Медицинской школы Назарбаев Университета.

**ОПЫТ ГБОУ ВПО «ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МЗ СР РФ
ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РЕГИОНАЛЬНЫМИ ЦЕНТРАМИ ЗДОРОВЬЯ**

Борзов Е.В., Баклушина Е.К., Кулигин О.В., Мишина И.Е., Баклушин А.Е.

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Ивановская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

На протяжении нескольких последних лет в Ивановской медицинской академии реализуется программа по охране здоровья и формированию здорового образа жизни обучающихся. Одним из важнейших ее направлений является изучение и анализ социально-гигиенических факторов образа жизни, в том числе обуславливающих

возникновение социально значимых заболеваний. На первых этапах реализации программы акцент был сделан на использование методов опроса студентов академии, начиная с первого курса. Полученные результаты позволили проанализировать уровень самооценки здоровья, мотивацию на ведение здорового образа жизни, наличие неблагоприятных поведенческих факторов. Однако в настоящее время существует еще одна возможность получения достаточно полноценной и достоверной информации о состоянии здоровья и образе жизни обучающихся, в том числе, факторах риска развития различных патологических состояний и заболеваний. Это – обращение в Центры здоровья, функционирующие в Ивановской области. Уже с момента открытия этих центров все обучающиеся академии были информированы о подобной возможности, и часть студентов прошли обследование в Центрах здоровья самостоятельно. Однако таковых было не много. Поэтому администрация академии приняла решение оптимизировать взаимодействие с Центрами здоровья. В 2011 году с одним из центров, расположенных в г. Иваново, был заключен договор о сотрудничестве по вопросу охраны здоровья и формирования здорового образа жизни обучающихся. В соответствии с договором, академия обязуется направлять организованные потоки студентов и других категорий обучающихся в Центр здоровья. Последний, в свою очередь, обязуется принимать их, проводить необходимое обследование, результаты которого передаются в академию для дальнейшего анализа и использования в работе по реализации отдельных направлений формирования здорового образа жизни с учетом выраженности конкретных факторов риска, формирования патологических состояний и заболеваний у обучающихся.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА СЛУЖБЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Гейниц А.В.

ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины ФМБА России» г.Москва

Создание в 60-х годах прошлого столетия лазеров для медицины ознаменовало возникновение нового этапа в развитии медицинской науки и здравоохранения. Российские ученые были в авангарде мировой науки: от разработки первых оптических квантовых генераторов до их практического использования в медицине.

За прошедший период времени в России достигнуты большие успехи в развитии лазерной медицины. Открыты специализированные научно-исследовательские учреждения в области лазерной медицины, созданы специализированные отделения лазерной хирургии на

базе некоторых научно-исследовательских институтов. В различных регионах страны созданы центры лазерной хирургии и медицины, открыты многочисленные кабинеты лазерной терапии на базе больниц, поликлиник, ЦРБ.

По данным Научного совета по лазерной медицине при АМН РФ практически во всех научных медицинских учреждениях страны выполняется тематика по лазерной медицине. Ежегодно по данным завершаются 150 – 200 НИР, что составляет значительный удельный вес среди всех работ по медицинской тематике. В отечественных журналах и материалах конференций публикуется около 1200 работ, в зарубежных журналах – около 30 работ. В информационной базе данных «Рефераты Российских патентных документов» регистрируется более 100 патентов на изобретения.

Исследования в области лазерной медицины имеют широкую известность в нашей стране и в ряде зарубежных стран. Российская лазерная медицина по данным отзывов зарубежных специалистов занимает лидирующее положение в мире.

С появлением новых лазерных аппаратов в последнее десятилетие типа «Ланцет», YAG - Nd - лазера, диодных лазеров разработаны новые лазерные хирургические технологии выполнения операций при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта, печени, желчного пузыря и желчевыводящих протоков, поджелудочной и щитовидной желез, которые позволили расширить возможности хирургического вмешательства, сократить время проведения операции, значительно снизить кровопотерю, число осложнений и летальных исходов, сократить сроки заживления ран. Разработаны лазерные технологии дифференцированного использования современных хирургических лазерных установок ("ИРЭ-Полус" и YAG –Nd- лазера) для диссекции, коагуляции и обработки ложа желчного пузыря в лапароскопической холецистэктомии, новые лазерные технологии лечения перитонита и деструктивного панкреатита.

В эндоскопической хирургии разработаны новые методы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений с помощью современных лазерных приборов отечественного производства; удаления доброкачественных опухолей желудка, налажена лазерная реканализация пищевода и ободочной кишки при стенозирующих опухолях и рубцовых сужениях этих органов

В области кожно-пластической хирургии и косметологии впервые были проведены исследования по изучению влияния на кожу и мягкие ткани различных источников лазерного излучения (СО и СО₂ - лазеры, YAG - Nd - лазер, аргонный, на парах меди, эрбиевый, гелий-неоновый лазеры). Разработаны и внедрены в клиническую практику хирургические методы лечения с применением различных типов лазеров у больных с доброкачественными и злокачественными опухолями кожи и ее придатков, гипертрофическими и келоидными

рубцами, сосудистыми и пигментными поражениями и косметическими дефектами кожи, метод лазерного липолиза у пациентов с избыточным отложением жира.

В области гнойной хирургии в нашей стране разработана высокоэффективная программа лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей с применением высокоэнергетических и низкоинтенсивных лазеров, протеиназ и антисептиков, иммобилизованных на текстильном перевязочном и дренирующем материале, новые методы лечения хронической гнойной инфекции у больных с длительно незаживающими язвами при варикозной болезни и сахарном диабете с применением метода ФДТ, плазменных потоков в режимах коагуляции и NO-терапии в сочетании с серотонином.

Россия оказалась в числе пионеров среди Европейских стран по развитию клинической фотодинамической терапии. В нашей стране были созданы отечественный ФС фотогем, а впоследствии ФС второго поколения (фотосенс, аласенс, фотодитазин, радахлорин и другие) и разработана отечественная лазерная аппаратура для ФДТ и флуоресцентной диагностики. В настоящее время разработаны новые эффективные технологии применения ФДТ при опухолях наружных и висцеральных локализациях, ранних и распространенных стадиях процесса (паллиативная и эндоскопическая ФДТ), как компонент комбинированного и комплексного лечения рака различных локализаций. ФДТ нашла широкое применение при целом ряде неопухолевых заболеваний: в офтальмологии, гнойной хирургии, оториноларингологии, гинекологии, дерматологии и др. Метод ФДТ применяется не только в клиниках, но и внедряется в широкую лечебную практику. В некоторых институтах ведется преподавание предмета ФДТ на курсах повышения квалификации врачей

В области низкоинтенсивной лазерной терапии были выполнены фундаментальные исследования по изучению механизмов взаимодействия различных видов лазерного излучения с биологическими тканями. Разработаны и внедрены в клиническую практику методы применения НИЛИ в амбулаторных и стационарных условиях при различных патологических состояниях: сердечно-сосудистых заболеваниях, неспецифических заболеваниях легких, заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта, воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов, воспалительных гинекологических, урологических заболеваниях и заболеваниях ЛОР-органов.

В стране разработаны новые методы диагностики заболеваний с применением оптической когерентной томографии, капилляроскопии, лазерной доплерографии. Большое внимание уделяется подготовке высококвалифицированных кадров специалистов – докторов и кандидатов наук, проводится обучение врачей в ординатуре и аспирантуре, проводятся курсы повышения квалификации врачей по лазерной медицине в рамках

«Унифицированной программы дополнительного профессионального образования по лазерной медицине». Работает Ученый совет и Диссертационный совет по защите кандидатских и докторских диссертаций по специальности «Хирургия» (14.01.17).

В России издается научно-практический журнал «Лазерная медицина», включенный в Перечень ВАК, в специализированную базу данных Научной электронной библиотеки и другие базы данных.

Разработанные лазерные технологии носят инновационный характер, вносят большой вклад в развитие медицины, открывают принципиально новые возможности в лечении и диагностике заболеваний. Именно с применением новых лазерных систем отечественные и зарубежные эксперты связывают возможность быстрого решения многих стоящих перед человечеством проблем в области здравоохранения. Государственная Дума по случаю 50-летнего юбилея создания лазера в 2010 году приняла специальное заявление, в котором отмечается, что развитие лазерно-оптических технологий является крайне важным для решения задач модернизации и создания современной российской экономики и должно поддерживаться федеральными органами государственной власти.

ИННОВАЦИОННАЯ МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ ПРОГРАММА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Гершевич В.М., Овсянников Н.В., Гасаненко Л.Н., Дубенский Ю.П., Пузикова О.Ю.

Омская государственная медицинская академия, Омская городская клиническая больница

№1 им. Кабанова А.Н., Омская государственная медицинская академия Омский
государственный университет, г. Омск

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – сложная мультидисциплинарная проблема, обусловленная ее высокой медицинской, социальной и экономической значимостью. К сожалению сегодня можно констатировать, что изложенные в глобальной инициативе по диагностике и лечению ХОБЛ (GOLD пересмотр 2011 года) положения о ведении пациентов с ХОБЛ не выполняются в полном объеме, именно в виду сложности самой проблемы лечения и реабилитации пациентов с ХОБЛ.

Мы подошли к решению проблемы посредством создания в инициативном порядке «многокомпонентной комплексной программы лечения и реабилитации пациентов с ХОБЛ», которая в себя включает:

Первый компонент «Отбор».

Второй компонент «Медикаментозное лечение».

Третий компонент «Хирургическое лечение».

Четвертый компонент «Обучение».

Пятый компонент «Реабилитация».

Компонент «Отбор». Цель: выявить пациентов готовых к сотрудничеству с врачом и провести ориентацию «некомплаентных» больных с ХОБЛ на лечение. Для отбора пациентам с ХОБЛ находящимся на амбулаторном и (или) стационарном лечении в пульмонологическом отделении в МУЗ ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н. предлагаются специально разработанные анкеты. Анкетировать пациентов начали с мая 2012 года. Анкетирование позволяет выявить уровень базовых знаний пациента о ХОБЛ и степень его приверженности к лечению. Всего анкетировано 490 пациентов, из них 132 готовы к сотрудничеству и включены в программу лечения и реабилитации. Остальные пациенты приглашаются на мотивирующую беседу, в ходе которой около 1/3 больных меняют свои убеждения и соглашаются на сотрудничество.

Компонент «Медикаментозное лечение». Цель компонента - назначить адекватную терапию ХОБЛ согласно рекомендациям GOLD пересмотра 2011 года как можно большему числу пациентов с ХОБЛ. По проведенным нами исследованиям более половины пациентов с ХОБЛ получают несоответствующую их стадии заболевания терапию. Для реализации поставленной цели мы проводим активную консультативную работу в поликлиниках города. За год проводится консультации 4000-4500 больных с ХОБЛ с коррекцией терапии. Кроме того, мы проводим ежемесячно образовательные семинары для участковых врачей и врачей общей практики, с целью повышения их знаний о ХОБЛ и привлечению их к участию в терапии ХОБЛ терапии по современным стандартам. Анализируя, назначения за последние пять лет, прослеживается положительная динамика фармакотерапии ХОБЛ, заключающаяся в уменьшении числа необоснованных назначений препаратов при ХОБЛ.

Компонент «Хирургическое лечение». Цель: расширить возможности лечения пациентов с ХОБЛ, путем применения инвазивных и малоинвазивных вмешательств, позволяющих уменьшить степень дыхательной недостаточности. За период действия программы было оперировано 40 пациентов с диффузной эмфиземой легких, 63 пациента с буллезной эмфиземой легких, а 24 пациентам выполнена эндобронхиальная клапанная редукция объема легких. Таким образом, 127 пациентов не имеющих «ответ» на медикаментозную терапию были пролечены хирургически. Такой подход существенно расширяет возможности лечения пациентов с ХОБЛ, и в первую очередь благодаря включению их в единую программу лечения и реабилитации.

Четвертый компонент «Обучение». Цель повысить уровень знания больных об основных причинах развития ХОБЛ, симптомах обострения, мерах лечения и профилактики.

Еще до вступления в силу приказа МЗ № 222 от 07 апреля 2010 года «Порядок оказания медицинской помощи больным с бронхо-легочными заболеваниями пульмонологического профиля» нами начаты образовательные мероприятия для пациентов страдающих ХОБЛ. Формат проведения: индивидуальная беседа, школа для пациентов с ХОБЛ, школа отказа от курения, мотивирующие к отказу от курения лекции, мероприятия направленные на привлечения внимания к легочному здоровью – «куришь - проверь свои легкие!» и т.д. В указанных мероприятиях приняли участие более 1500 человек. Учитывая объективные трудности при обучении пациентов, к работе так же привлечены сотрудники кафедры социальной педагогики ОмГУ им Ф.М. Достоевского. Сотрудничество позволило использовать в образовании пациентов с ХОБЛ технологии работы с «трудными подростками».

Компонент «Реабилитация». Физическая и психологическая реабилитация важная и неотъемлемая часть любого из вышеперечисленных компонентов лечения пациентов с ХОБЛ. Мы разрабатываем совместно с врачами реабилитологами и психотерапевтами индивидуальную программу «легочной реабилитации» для каждого пациента. В то же время следует заметить, что это один из самых проблемных участков программы. Причина заключается в том, что те пациенты, которые почувствовали улучшение после медикаментозного или хирургического лечения неохотно соглашаются на дальнейшие активные действия реабилитационного характера. Мы видим необходимость поиска решения данной проблемы.

Внедрение в практику инновационной многокомпонентной программы ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких позволяет:

1. Систематизировать информацию о больных ХОБЛ, получить представление об их готовности к сотрудничеству с врачом.
2. Назначить своевременно адекватную терапию и отслеживать ее эффективность
3. Избежать необоснованного назначения препаратов, в т.ч. дорогостоящих.
4. Предложить пациентам с «запущенными стадиями» ХОБЛ эффективные методы хирургическое и минимально инвазивного лечения.
5. Популяризировать здоровый образ жизни среди населения вообще и среди пациентов с ХОБЛ в частности.
6. Повысить доступность амбулаторной пульмонологической помощи населению.
7. На ранних стадиях выявлять ХОБЛ.
8. Вести пациента с ХОБЛ в режиме «замкнутого цикла» или «от и до» без перенаправления его в другие ЛПУ.

9. Повысить преемственность между врачами разных специальностей в сфере диагностики и лечения пациентов с ХОБЛ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Голиков В.Е., Чернышев Б.М.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области»

Современное состояние и тенденции формирования здоровья населения, в первую очередь детей, подростков, юношей, свидетельствуют о серьезных проблемах, которые ведут к ухудшению качества жизни, снижению трудового и интеллектуального потенциала.

Просвещение в области здоровья предусматривает привитие и усвоение соответствующих правил и гигиенических норм, которые позволяют человеку принимать ответственные решения, мотивировать его на здоровье и здоровый образ жизни, определяют адекватное поведение здоровой личности в обществе.

Формирование адекватного отношения к здоровью возможно при использовании комплекса современных медико-психологических методов и средств профилактического, организационного, информационно-познавательного, диагностического, реабилитационного характера. Именно это является стратегическим направлением в деятельности государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области».

В своей деятельности специалисты Центра используют модель профилактики, представляющую собой систему средств, предусматривающих индивидуальную и коллективную защиту от негативного влияния окружающей среды, специальные тренинги, интерактивные уроки, направленные на развитие психофизиологических качеств, их коррекцию, восстановление и реабилитацию.

Маршрутизация медицинских услуг с использованием профилактических и реабилитационных технологий представлена на схеме № 1.

Задачи пропаганды здорового образа жизни, профилактики вредных привычек, особенно в молодежной среде, решаются комплексно с привлечением всех заинтересованных структур: государственных учреждений, общественных организаций, средств массовой информации, что позволяет повысить уровень профилактических мероприятий.

Приобщаясь к новым моделям поведения, производственных отношений, досуга, население Калининградской области, в первую очередь молодежная среда, меняют равнодушие на активный интерес к здоровому образу жизни, формируя социальный феномен, выражающийся в острой заинтересованности людей в сохранении здоровья, как основы материального благополучия.

С целью оказания помощи семье в моменты кризиса в Центре функционирует студия психотерапии семейных отношений, что позволяет избегать психотравмирующих факторов в жизни детей.

Для поддержания высокой физической работоспособности и реабилитации спортсменов в восстановительном периоде и после спортивных травм, с целью оздоровления детей, подростков, юношей в Центре функционирует целый комплекс консультативных и лечебно-оздоровительных кабинетов, позволяющих реализовывать весь спектр реабилитационных технологий, направленных на повышение физической активности, профилактику обострений хронических заболеваний и оказание психологической помощи.

Объединение в одном медицинском учреждении служб, деятельность которых направлена на комплексное решение задач первичной профилактики, является эффективной моделью, где каждое структурное подразделение работает на общую цель – охрану и укрепление здоровья, формируя здоровый образ жизни у населения Калининградской области.

ОПЫТ НОВОСИБИРСКА В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гомерова Н.И., Жиленко Е.Л., Львов А.А., Фомичева М.Л., Дергачева Е.Н.

Муниципальное казенное учреждение здравоохранения

«Медицинский информационно-аналитический центр», город Новосибирск

Каждый человек рождается с заданным ему природой биологическим капиталом – жизненно важными ресурсами, определяющими дееспособность функциональных резервов его организма. Потерянный биологический резерв во многом зависит и от самого человека – его образа и качества жизни, наследственности, окружающей среды. Все хотят долго жить, но не все умеют и стремятся правильно жить, вредными привычками растрачивают здоровье, когда еще организм располагает достаточным жизненным потенциалом.

Сегодня, к сожалению, отмечается низкий уровень развития культуры здоровья у населения и сохраняется потребительское отношение к здоровью в обществе. Нет личной

ответственности в части его сохранения и укрепления у каждого конкретного жителя, низки гигиенические навыки. Все это обусловило значительные изменения показателей здоровья населения.

Опыт мирового сообщества доказывает, что повысить уровень здоровья живущего и будущих поколений можно через формирование городской политики, ориентированной на оздоровление окружающей среды и укрепление здоровья населения, через формирование нового мышления и ответственного отношения людей к своему здоровью и здоровью окружающих.

Таким образом, профилактическое направление сегодня является одним из приоритетных направлений государственной политики, в первую очередь в системе здравоохранения.

Основная цель профилактической медицины - сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни. Выделяют основные стратегии современной профилактики:

1. Популяционная стратегия (реализация – центры медицинской профилактики).
2. Индивидуальная стратегия (реализация – поликлиника, стационар).
3. Стратегия высокого риска (реализация – центры здоровья).

Таким образом, чтобы сформировать здоровый образ жизни как единую городскую профилактическую среду, необходимо действовать с двух сторон – создавать условия для ведения здорового образа жизни и мотивировать население к ведению здорового образа жизни, чтобы каждый чувствовал ответственность за свое здоровье и здоровье своих близких.

С этой целью в городе Новосибирске:

- 1) Разработаны и реализуются городские целевые программы.
- 2) Проводится гигиеническое воспитание и обучение населения (отделения и кабинеты медицинской профилактики).
- 3) Проводятся медицинские профилактические осмотры (диспансеризация государственных и муниципальных служащих, диспансеризация работающего населения, диспансеризация детей до 14 лет, диспансеризация детей-сирот).
- 4) Проводятся скрининговые обследования (центры здоровья).

В городе разработаны и реализуются: «Стратегический план устойчивого развития города Новосибирска», Концепция развития системы здравоохранения города Новосибирска, План мероприятий по профилактике наркомании, алкоголизма и токсикомании среди жителей города Новосибирска; городские целевые программы: «Здоровый город», «Улучшение демографической ситуации в городе Новосибирске», «Дети и город»,

«Молодежь города Новосибирска», «Развитие физической культуры и спорта в городе Новосибирске» и другие.

В рамках городских целевых программ в городе Новосибирске работает отлаженная система информирования населения о мерах профилактики, проводятся акции, в которых большое внимание уделяется медико-санитарному просвещению, пропаганде здорового образа жизни и разработке подходов к формированию ответственности за здоровье у каждого жителя города.

В городе Новосибирске для населения в медицинских учреждениях работает 19 отделений и 30 кабинетов профилактики, которые занимаются, в том числе гигиеническим обучением и воспитанием населения. С этой целью проводятся мероприятия: лекции, тренинги, тематические встречи, семинары, круглые столы; школы здоровья для населения; подготовка информационных материалов, стенной санитарной печати; массовая форма работы, включающая проведение пропагандистско-оздоровительных мероприятий, конкурсов, выставок, кино-видеодемонстраций; работа со средствами массовой информации.

Город с 2009 года активно участвует в международном проекте «Здоровые города» и является одним из учредителей российской ассоциации по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и посёлки».

Еще одним значимым направлением профилактической медицины является реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», в частности - проведение диспансеризации.

С целью реализации профилактического направления медицины в Российской Федерации, в том числе и в городе Новосибирске, создаются центры здоровья. Специалисты центров здоровья учат население, как правильно себя вести, чтобы сохранить здоровье и находиться в работоспособном состоянии долгие годы.

В настоящее время в городе Новосибирске работает 7 центров здоровья, в том числе: 4 для взрослых и 3 для детей.

За 2010 год центры здоровья посетили 30328 человек (30085 взрослых и 243 детей), за 2011 год – 44291 (34580 взрослых и 9711 детей), за 3 мес. 2012 года - 9716 человек (7256 взрослых и 2460 детей).

По результатам проведенного обследования среди взрослого населения функциональные отклонения и факторы риска выявлены у 67,9 % за 2010 год; 74,1 % за 2011 год и 82,5 % за 3 мес. 2012 года.

По результатам проведенного обследования среди детского населения функциональные отклонения и факторы риска выявлены у 27,2 % за 2010 год; 60,1 % за 2011 год и 57,6 % за 3 мес. 2012 года.

Все горожане, посетившие центры здоровья, получили индивидуальные консультации врача по здоровому образу жизни. Лица, имеющие функциональные отклонения, направлены в тематические школы здоровья и группы лечебной физкультуры.

Таким образом, в городе Новосибирске накоплен положительный опыт по развитию профилактического направления медицины.

Профилактическая деятельность является наименее затратным и наиболее эффективным средством оздоровления, способствующим профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья.

Важным считаем, что открытие центров здоровья означает переход на трехзвенную систему организации здравоохранения «центр здоровья – поликлиника – стационар» вместо существующей двухзвенной системы «поликлиника – стационар» и позволяет в массовом масштабе осуществлять дифференцированные оздоровительные воздействия, пропорционально профилю риска конкретного человека.

Данная тактика позволяет изменить основной вектор развития здравоохранения от отношения между врачом и больным до отношения между врачом и здоровым человеком, то есть профилактический вектор становится главенствующим в здравоохранении. Посредством такой адресной профилактики имеющиеся средства не распыляются по всему населению, а фокусируются на наиболее нуждающихся людях, увеличивая тем самым ресурсный потенциал здравоохранения в несколько раз.

ЗДОРОВЬЕ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ НОВОСИБИРЦЕВ

Гомерова Н.И., Жиленко Е.Л., Захарова М.А.

Муниципальное казенное учреждение здравоохранения

«Медицинский информационно-аналитический центр», город Новосибирск

Девиз Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2012 года: «Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам» актуализирует одну из самых значительных социальных тенденций XXI века – старение населения. Согласно Глобальному резюме для Всемирного дня здоровья 2012 г.: «...старение приведет к комплексному изменению общества на многих уровнях, создаст проблемы и откроет возможности. С одной стороны, пожилые люди уже вносят значительный вклад в общество, как в составе официальных трудовых ресурсов, так и путем неформального труда, работы на добровольных началах и содействия своим семьям. С

другой стороны, в конце жизни у многих пожилых людей возникают проблемы со здоровьем, что сказывается на их способности оставаться независимыми...».

С целью получения информации о состоянии здоровья, образе и качестве жизни населения старшей возрастной группы г. Новосибирска (лиц старше 55 лет), и в связи с реализацией на территории города международного проекта ЕРБ ВОЗ «Здоровые города» специалистами МКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» разработана анкета и проведено социологическое исследование (в рамках Всемирного дня здоровья и II форума ветеранов педагогического труда города Новосибирска, Декады пожилых).

В качестве респондентов выступили ветераны педагогического труда г. Новосибирска. Опрашиваемым (434 человека) было предложено анонимное анкетирование.

Разделы анкеты: самооценка (здоровье и семья); образ жизни жителей (употребление алкоголя, курение, физическая активность, питание); условия жизни и социальная активность горожан.

По данным опроса, пожилые жители города Новосибирска оценивают состояние своего здоровья как «соответствующее возрасту» в 15 % ответов, как «не очень хорошее» в 42,9% и «серьёзные проблемы» в 38 % ответов, отмечено, что женщины более критичны в своих оценках (мужчины в 30,8% оценивают своё здоровье, как соответствующее возрасту, тогда как женщины дают такую оценку лишь в 14 % ответов).

Среди основных проблем, связанных со здоровьем респонденты выделяют: высокое артериальное давление, астенические симптомы (слабость, головокружение, одышку), проблемы, связанные с какой-то одной системой организма (чаще сердечнососудистой или опорно-двигательной или эндокринной), ухудшение зрения, сна, передвижения и слуха. Наличие инвалидности отмечено у 18,9%.

Сегодня особую значимость приобретает такое понятие как «здоровьесберегающее поведение», которое определяет активность человека по отношению к своему здоровью. Отмечено, что самыми популярными мерами поддержания собственного здоровья являются: слежение за рационом и качеством питания, прогулки и посещение врачей с профилактической целью. Чуть уступают им такие меры, как: физические упражнения (чаще отмечен вариант у мужского населения), водные процедуры.

Наличие вредных привычек – бич современности. Особая опасность вредных привычек заключается в том, что влияние их на организм человека носит замедленный характер и длительное время может не ощущаться, приводя в итоге к развитию хронических неинфекционных заболеваний, становясь причиной снижения качества жизни. Приверженность определённому режиму питания может расцениваться также как вредная привычка, что, к сожалению, часто игнорируется при проведении самооценки своего образа

жизни. Многие из опрошенных, имея ИМТ свыше 30 (ожирение) считают, что у них нет вредных привычек. В нашем опросе лишь 1 человек назвал в качестве вредных привычек переизбыток и гиподинамию.

Согласно данным социологического опроса, рацион питания пожилых жителей города выглядит следующим образом: хлебобулочные изделия 84 % опрошенных употребляют почти каждый день, ежедневно употребляют картофель и другие овощи – около 60 % респондентов, на третьем месте в рейтинге доступности и популярности третий – фрукты и молоко (46 – 45 % соответственно). Мясные продукты относятся чаще к питанию «через день-два», то есть употребляются 2-4 раза в неделю (ответ 39 % опрошенных). С этой же частотой треть респондентов употребляют кисломолочные продукты и рыбу (в т.ч. «дары моря»).

Гиподинамия, как образ жизни, давно стала синонимом занятости и городской жизни. Не исключение и наши респонденты: 40 % опрошенных тратят на пешие прогулки от получаса до часа ежедневно, четверть респондентов не бывают на улице и получаса в день, 8,5 % ветеранов вообще редко выходят из дома и лишь 19% ежедневно гуляют по 1-2 часа, 4,5 % - более 2 часов в день тратят на прогулки. Занятия физическими упражнениями, часто сводятся к летнему (дачному) сезону (43%).

Третья по популярности мера профилактики заболеваний и заботы о своем здоровье – посещение медицинских учреждений. По полученным данным, давно не обследовались и не находились на лечении около трети опрошенных. В среднем респонденты оценили работу медицинских учреждений города положительно в 45 % ответов, 21% в целом удовлетворён качеством оказываемых услуг. Основными претензиями к организации медицинской помощи стали: очереди и необходимость ожидания процедур.

Социальный портрет невозможно создать без представлений о семейном положении, социальном окружении респондента, а также без оценки его социальной активности и условий жизни.

Большинство опрошенных жителей Новосибирска были замужем/женаты – около 90%, на момент опроса среди них около 10 % разведены, 40 % живут в браке, вдовы 43 %. На момент опроса одинокими (не состоявшими в браке никогда) являются 32% респондентов. Основная масса участников опроса вполне довольна отношением к себе близких (66 %).

Своё материальное положение половина опрошенных ограничивает понятием «самое необходимое». В качестве дополнительных источников доходов более 40 % респондентов назвали продукты собственных садовых участков и огородов, 29 % получают социальные пособия и пользуются льготами. Около 22 % опрошенных не имеют никаких дополнительных источников доходов.

Оценивая свой уровень жизни более 80% респондентов отметили, что они являются собственниками квартир или их части, более трети владеют земельными участками, практически все опрошенные отметили, что владеют телевизором (94,5%), стиральной машиной (84,8%), стационарным (84,8%) и сотовым (78,8%) телефоном. Четверть опрошенных является активными пользователями сети Интернет.

Активная социальная позиция отмечена примерно у половины опрошенных, совсем не интересуются общественной жизнью около 14 % респондентов. Самыми популярными и наиболее посещаемыми городскими мероприятиями оказались театры и концертные программы. Наименее посещаемы дворцы спорта.

Подводя итог вышесказанному, следует заострить внимание на том, что основная масса опрошенных пожилых граждан города Новосибирска оценивает состояние своего здоровья как «не очень хорошее» и «плохое» - 43% и 31% соответственно. При этом большинство справедливо отмечает, что ведет не здоровый образ жизни, мало двигается – более 65 %, уделяет недостаточное внимание питанию – около 47,5 %, половина опрошенных не посещает врачей с профилактической целью, не озабочено наличием вредных привычек (в том числе и перееданием, гиподинамией) – более 80 % респондентов.

Полученные в результате исследования данные войдут в профиль здоровья пожилых граждан города Новосибирска.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ОЦЕНКА, СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Гузик Е.О.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Проблема формирования, сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в настоящее время рассматривается в Республике Беларусь как фактор национальной безопасности, поскольку здоровье взрослого населения в значительной степени определяется здоровьем детей, так как многие формы патологии формируются в детстве. Несмотря на предпринимаемые меры, на фоне неблагоприятной демографической ситуации (с 1970 по 2012 год в республике численность детей в возрасте от 0 до 14 лет уменьшилась более чем на 40%), отмечается ряд негативных тенденций в состоянии здоровья детского населения: увеличение заболеваемости практически по всем классам болезней, ухудшение физического развития, снижение уровня физической подготовленности. По данным государственного доклада «О санитарно-эпидемической обстановке в Республике Беларусь в 2010 году»

заболеваемость детей до 14 лет с впервые в жизни установленным диагнозом в 2010 г. составила 186 047,7 на 100 тыс. детского населения, заболеваемость подростков (15-17 лет) – 130 420,0. Уровни заболеваемости остаются высокими, и превышают показатели 2000 г. в 1,6 раза у детей до 14 лет и 1,5 раза у подростков. По итогам профилактических осмотров детского населения каждый четвертый ребенок в возрасте от 0 до 17 лет 26,8% и каждый третий подросток (37,8%) состоит на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний.

Приоритетной средой обитания для детей школьного возраста являются учреждения общего среднего образования. Школа является особым образовательным пространством, в рамках которого происходит не только формирование социально адаптированной личности, ее профессиональное, социальное, и гражданское самоопределение, но и формируется самая важная, базовая характеристика, обеспечивающая реализацию всех остальных – здоровье. Результаты многочисленных научных исследований свидетельствуют о том, что наиболее выраженный рост распространенности функциональных нарушений, хронических заболеваний, отклонений в физическом развитии, частоты острой и обострения хронической патологии у детей происходит в период получения систематического образования. Это связано с изменяющимися в этот период условиями обучения и воспитания, когда интенсивно происходит рост и развитие. Результаты научных исследований состояния здоровья учащихся 5-х классов 9 общеобразовательных школ и 9 гимназий г. Минска (обследовано 1662 учащихся, в т.ч. 843 мальчика и 819 девочек), проведенных в 2010 – 2011 гг., свидетельствуют, что при переходе на предметное обучение каждый пятый учащийся имеет хроническое заболевание в состоянии компенсации или декомпенсации, при этом удельный вес абсолютно здоровых детей составляет лишь 10%, к возрасту 10 – 12 лет 36,9% учащихся имеют нарушение осанки и 33,2 % нарушение остроты зрения. Среди гимназистов нарушения осанки и нарушения остроты зрения встречаются в 1,3 - 1,4 раза чаще, чем среди учащихся общеобразовательных школ. В отдельных учреждениях образования около 30% детей имеют резко дисгармоничное физическое развитие за счет избыточной массы тела (группой повышенного риска являются мальчики гимназий). Среди детей в возрасте 10 – 12 лет удовлетворительная адаптация отмечается у 77,1% учащихся, напряжение механизмов адаптации - у 16,4%, неудовлетворительная адаптация - у 5,0%, срыв адаптации - у 1,5% учащихся. Установлена высокая частота распространенности гипомикроэлементозов (50-70%), обусловленных дефицитом в организме эссенциальных микроэлементов Se и Co. Уровень депонирования в организме кальция, магния, марганца достаточный. Снижение содержания в организме калия обнаружено у каждого третьего, меди - у каждого десятого, железа — у каждого третьего и цинка — у каждого четвертого школьника, хрома в 13%.

Наиболее распространенными медико-социальными причинами формирования отклонений в здоровье и заболеваний у детей в период беременности матери и родов являются употребление отцом алкогольных напитков (55,5%), курение отца - 50,6%, токсикоз в период беременности (тошнота, рвота, анемия) - 39,3%, чувство повышенного напряжения (стресса) у матери в период беременности – 30,0%. Среди наиболее значимых факторов риска раннего детства можно выделить отсутствие у 12,7% детей грудного вскармливания, начало введения прикорма смесями с рождения у 18,8% детей. Установлено, что в возрасте 10 – 12 лет не занимается физкультурой вообще 8,5%, каждый пятый ребенок гуляет в выходные дни 2 и менее часа, 20,8% детей спит менее 8 часов, ежедневно находится за компьютером 78,3% учащихся, при этом 18,4% три часа и более. Выявлены алиментарные факторы риска развития в дальнейшем хронических неинфекционных заболеваний (высокое поступление энергии за счет общего жира, простых сахаров и сложных углеводов, при не достаточном поступлении энергии за счет сложных углеводов). У значительной группы обследованных учащихся отмечено недостаточное поступление с пищей витаминов В₁, В₂, РР.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости проведения целенаправленных профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков. В соответствии с современными представлениями под первичной профилактикой нарушений здоровья понимается наличие системы медико-социальных и психолого-педагогических мер, направленных на предупреждение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также путем повышения устойчивости растущего организма к неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Для сохранения и укрепления здоровья детей и подростков необходимо комплексное решение проблем при структурировании профилактических мероприятий. Все меры профилактики должны распределяться на три уровня: государственный, местный (образовательные учреждения) и индивидуальный (создание условий по охране здоровья в семье). В результате такого структурирования создается система взаимосвязанных между собой мер для достижения общей цели, а именно: укрепления здоровья, снижения распространенности нарушений здоровья детского населения.

В последние годы в Республике Беларусь, благодаря предпринимаемым органами государственного управления мерам, в организованных детских коллективах создаются благоприятные условия для обеспечения оптимального роста и развития детей и подростков: с учетом современных требований разрабатываются законодательные и нормативно-правовые акты, определяющие требования к условиям в общеобразовательных учреждениях, нормируется учебная нагрузка, благоустраиваются учебные помещения, нормируется

рациональный режим труда и отдыха и т.д. Но, какие бы мероприятия по сохранению и укреплению здоровья детей не проводились на уровне государства, ожидаемого эффекта не будет, если у самих учащихся не сформированы потребности и привычки в осознанном и разумном отношении к собственному здоровью, не выработаны умения и навыки в совершенствовании своего физического и психического здоровья. Необходима постоянная и планомерная заинтересованная работа как родителей, медицинских работников, так и педагогов, направленная на формирование у детей и подростков ответственного отношения к своему здоровью, что определяет необходимость создания единой системы здоровьесберегающей среды, учитывающей местный и индивидуальный уровни, направленной на улучшение состояния здоровья и физического развития детей и подростков, повышение работоспособности и ускорение восстановительных процессов после тех или иных нагрузок, а также целенаправленная работа среди родителей по формированию навыков здорового образа жизни в семье, направленных на повышение двигательной активности детей, организацию рационального питания.

Для разработки современных подходов к здоровьесбережению в республике планируется проведение научных исследований в условиях учреждений общего среднего образования, где будет проанализирован международный опыт создания здоровьесберегающей среды, проведено комплексное медико-гигиеническое исследование состояния здоровья школьников по результатам которого будут научно обоснованы современные подходы к созданию и проведению здоровьесберегающих мероприятий на индивидуальном, групповом уровне, направленные на сохранение и укрепление здоровья школьников, внедрение и реализация которых позволит повысить эффективность проводимых санитарно-гигиенических мероприятий, будет способствовать созданию условий для сохранения и укрепления здоровья, а также эффективному использованию ресурсов, направленных на охрану здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОСИБИРСКОЙ АКЦИИ «ПРОВЕРЬ ПОТЕНЦИАЛ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ»

Дергачёва Е.Н., Мазурина О.М. , Виноградова Н.С., Фомичёва М.Л., Захарова М.А.*

Муниципальное казенное учреждение здравоохранения

«Медицинский информационно-аналитический центр»,

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения

«Городская поликлиника №29», город Новосибирск

В рамках реализации национального проекта «Здоровье» в части формирования здорового образа жизни у населения города Новосибирска, во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 18.05.2009 №413 «О формировании здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая потребление алкоголя и табака» центром здоровья МБУЗ «Городская поликлиника №29», специалистами МБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» с 18 по 21 октября 2011 года проводилась акция «Проверь потенциал своего здоровья и помоги себе сам», в ходе которой было обследовано 956 человек, из числа работников одного из крупных промышленных предприятий города Новосибирска: мужчин – 497 человек (52%), женщин – 459 человек (48%).

Возраст обследованных распределился следующим образом: до 20 лет – 5 %; 20-30 лет – 8 %; 31-40 лет – 40 %; 41-50 лет – 28 %; 51-60 лет – 17 %; старше 60 лет – 1 %. Следует отметить, что наибольшую заинтересованность в обследовании проявили люди возрастной категории от 30 до 50 лет, которые суммарно составили 68% обследованных.

В ходе акции было проведено комплексное обследование с использованием современных методик, позволяющих оценить состояние здоровья, уровень и резерв адаптационных механизмов, а также выявить основные поведенческие факторы риска развития хронических заболеваний: курение, гиподинамия, избыточный вес и ожирение, повышение уровня глюкозы холестерина крови.

В ходе обследования факторы риска выявлены среди 75,5 % обследованных. Около 80 % из них имеют два и более факторов риска.

Чаще других регистрировалась недостаточная физическая активность – гиподинамия – 74,4 % обследованных (среди мужчин – 76,7%, среди женщин – 71,9%). И только 25,6 % регулярно выполняют физические упражнения, занимаются спортом, посещают тренажерные залы.

Вторую позицию по частоте выявления занимает избыточная масса тела и ожирение. Регистрируется среди 26,2 % обследованных (среди женщин – 28,5%, среди мужчин – 23,9%). Особое место занимает избыток висцеральной жировой ткани (внутренний жир), повышенный уровень которого определяется с помощью биоимпедансметрии, выявлен среди 21,9% обследованных (у женщин – 31,4%, у мужчин – 13,1%).

Третью позицию занимают отклонения сердечно-сосудистой системы, которые регистрировались с помощью кардиовизора и пульсоксиметра. Отклонения выявлены у 23,7% обследованных, примерно одинаково у мужчин и женщин.

Психоэмоциональная дезадаптация отмечена у 19% обследованных, преобладает среди мужчин – 22,7%.

Обращает внимание частота тяжелой никотиновой зависимости, которая зарегистрирована среди 18,1% обследованных, и среди мужчин регистрируется в 2 раза чаще, чем у женщин, 23,3% и 12,4% соответственно.

Повышенный уровень холестерина выявлен среди 15,5% обследованных, встречается с одинаковой частотой среди мужчин и женщин.

Повышение глюкозы крови регистрируется в 4,6% случаев, примерно одинаково у мужчин и женщин.

Если оценивать частоту выявления факторов риска по возрастным категориям обследованных, то четко прослеживается закономерность возрастания факторов риска в зависимости от увеличения возраста обследованных. Среди лиц возрастной категории до 30 лет большинство факторов риска выявляются в 10% случаев. В возрастной категории 30-40 лет частота их выявления приближается к 20%, у 40-60 - летних приближается к 50%, а среди работников старше 60 лет составляет 98-100%.

Соответственно и риск возникновения хронических заболеваний увеличивается от минимального до чрезвычайно высокого в зависимости от возраста и частоты выявления поведенческих факторов риска.

Кроме стандартного обследования в рамках акции было проведено анкетирование по изучению отношения работников к курению.

На вопрос «Что такое курение?» 55% ответили – вредная привычка, с которой надо бороться; 32% – зависимость, пристрастие, даже болезнь. Тем не менее, курение распространено среди 42% работников, среди мужчин в 2-2,5 раза чаще чем среди женщин, тяжелая табачная зависимость выявлена среди 18,1% курильщиков.

Средний возраст знакомства с табаком 20,6 лет у мужчин и 28,3 лет у женщин.

Количество выкуриваемых сигарет в среднем составляет 17 в день: от 5 до 35 штук в день у мужчин, от 5 до 10 штук в день у женщин.

Основной причина курения называют: «закуриваю, когда выхожу из себя, сержусь», «закуриваю, когда чем-то расстроен»,

Не пробовали отказаться от курения 36,4 % курильщиков. Предпринимали попытки отказаться от курения 63,6% от 1 до 30 раз,

Причины отказа от курения называют: решение приобщиться к здоровому образу жизни 36,4%, ожидание ребенка в семье – 13,6%, «за компанию» с близкими людьми – 13,6%, по настоятельной рекомендации врачей 9,1%

Обращает внимание низкий уровень информированности о вреде курения – 66% опрошенных не смогли выделить наиболее опасные для самого курильщика ингредиенты табачного дыма.

Готовность принимать участие в антитабачных общественных мероприятиях проявили лишь 7,6% участников, которые уже имеют определенный опыт в реализации мероприятий

По результатам комплексного обследования врачами-специалистами центра здоровья и специалистами медицинского информационно-аналитического центра города Новосибирска проведено индивидуальное консультирование по состоянию здоровья, выявленным факторам риска и здоровому образу жизни.

Основные рекомендации по сохранению здоровья и повышению качества жизни направлены:

- 1) повышение физической активности – не менее 150 минут в неделю умеренной физической нагрузки
- 2) изменение пищевого поведения – соблюдение режима питания; уменьшение жиров и сладостей; увеличение овощей и фруктов
- 3) отказ от курения – ограничение курения на предприятии; меры поощрения отказа от вредных привычек
- 4) обучение методам психологической разгрузки и управления эмоциями.

ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ВСЕМИРНОГО ДНЯ ЗДОРОВЬЯ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Жданова-Заплесвичко И.Г.

Управление Роспотребнадзора по Иркутской области, г.Иркутск

Ежегодно 7 апреля в поддержку инициативы Всемирной организации здравоохранения во всех субъектах Российской Федерации проводятся мероприятия, посвященные Всемирному дню здоровья. В апреле – мае 2012 года в Иркутской области были проведены организационные и массовые мероприятия, посвященные Всемирному дню здоровья. В 2012 году ключевой являлась тема «Старение и здоровье», девиз «Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам». Управление Роспотребнадзора по Иркутской области совместно с другими заинтересованными ведомствами ежегодно выступает инициатором мероприятий, проводимых в рамках Всемирного дня здоровья.

В целях подготовки и проведения мероприятий Всемирного дня здоровья в Иркутской области было подготовлено более 150 нормативных правовых документов на региональном и муниципальном уровнях в соответствии с межведомственным планом мероприятий, утвержденным Правительством Иркутской области. Основной задачей данной инициативы являлось привлечение внимания населения, органов государственной власти субъекта и органов местного самоуправления к проблемам сохранения здоровья населения,

информирование населения о факторах риска для здоровья, мерах по их устранению и снижению, формирование культуры здоровья, пропаганда здорового образа жизни среди всех возрастных групп населения.

Тема Всемирного дня здоровья и основных факторов риска для здоровья населения была рассмотрена и обсуждена на региональных конференциях, семинарах, в т.ч. межрегиональной научно-практической конференции по профилактической медицине и формированию здорового образа жизни; в рамках форума «Образование Приангарья-2012»; на областной конференции «Здоровье и образование», Байкальском гражданском форуме, Общественном совете по противодействию наркомании при Правительстве Иркутской области, Областном родительском собрании, на Всероссийской олимпиаде школьников по основам безопасности жизнедеятельности (Иркутск, 26-27 апреля, 2012 г.) и др.. В рамках выставки «Сибздоровоохранение-2012» организовано проведение круглого стола и семинара для специалистов Центров здоровья по вопросам совершенствования индивидуального консультирования посетителей центров здоровья пожилого возраста. Областными и муниципальными учреждениями здравоохранения Иркутской области проведены дни здоровья в ЛПУ, семинары, лекции по вопросам профилактики заболеваний, отказу от курения, организованы выезды центров здоровья в организованные коллективы и другие мероприятия. На базе ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» организовано проведение спартакиады и спортивных турниров по футболу, волейболу и плаванию для интернов, ординаторов и аспирантов ИГМАПО.

Формированию здорового образа жизни среди школьников, воспитанников детских дошкольных учреждений уделялось особое внимание. Министерством образования Иркутской области совместно с кафедрой формирования здоровья, безопасности жизнедеятельности и физической культуры Иркутского института повышения квалификации работников образования и Управлением Роспотребнадзора по Иркутской области в рамках месячника, посвященного Всемирному дню здоровья организованы и проведены ряд методических семинаров и конкурсов по актуальным вопросам формирования здорового образа жизни в образовательных учреждениях Иркутской области. В целях обобщения, распространения и поощрения лучшего опыта работы образовательных учреждений Иркутской области в рамках форума «Образование Приангарья - 2012» организованы и проведены ряд конкурсов, в т.ч. конкурс «Здоровьесберегающие технологии в образовании» (г.Иркутск, Сибэкспоцентр, 4 – 9 апреля 2012 г.). В целях повышения квалификации специалистов образовательных учреждений Иркутской области по вопросам охраны здоровья, формирования культуры здорового питания обучающихся и воспитанников

Управлением Роспотребнадзора по Иркутской области во взаимодействии с кафедрой охраны здоровья, безопасности жизнедеятельности и физической культуры Иркутского института повышения квалификации работников образования разработаны и внедрены спецкурсы и образовательные программы повышения квалификации педагогов и специалистов образовательных учреждений («Формирование культуры здорового питания обучающихся, воспитанников», «Формирование потребительской культуры», «Иммунизация как способ сохранения и укрепления здоровья», «Актуальные вопросы профилактики социально-значимых заболеваний», «Внедрение федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников: формирование культуры здорового образа жизни и гигиеническое воспитание в образовательных учреждениях»).

В результате проведенной работы в образовательных учреждениях Иркутской области внедряются образовательные технологии по формированию культуры здоровья, здорового питания (как самостоятельный блок во внеучебное время; в рамках уроков ОБЖ, математики, русского языка, биологии, химии, технологии и других предметов).

Комплексный подход при организации Всемирного Дня здоровья в Иркутской области обеспечил участие всех заинтересованных ведомств в его проведении, что позволило охватить все категории и возрастные группы населения. Министерством по физической культуре, спорту и молодежной политике были организованы крупномасштабные областные акции «Молодежь Прибайкалья за здоровый образ жизни!» среди молодежи в ВУЗах, техникумах, колледжах. Проведены областные спортивные соревнования и турниры.

Министерством социального развития, опеки и попечительства Иркутской области в областных государственных учреждениях социального обслуживания проведены лекции, семинары, круглые столы по темам: «Здоровье в пожилом возрасте», «Здоровое питание», «Движение- это жизнь», «О здоровом образе жизни», «Как продлить здоровую жизнь»; спортивные мероприятия «Движение – это жизнь», «Старость меня дома не застанет», оформлены информационные стенды с рекомендациями по сохранению и укреплению здоровья, организованы выезды мобильных социальных служб с привлечением специалистов здравоохранения, опубликованы материалы о долгожителях Иркутской области и пропаганде здорового образа жизни среди пожилых людей.

По инициативе Управления Роспотребнадзора по Иркутской области во взаимодействии с Иркутским государственным медицинским университетом реализуются новые формы гигиенического воспитания: проводятся экскурсии для старшеклассников и студентов в анатомический музей с наглядным сопровождением лекций о последствиях воздействия алкоголя, наркотиков, табака на организм человека и эмбрион. Данный проект

получил поддержку в Правительстве Иркутской области, выделено финансирование для организации экспозиционных стендов.

Реализация государственной политики в сфере формирования здорового образа жизни в Иркутской области, системный комплексный подход работы во взаимодействии со всеми заинтересованными структурами способствовали достижению следующих результатов: снижения потребления табачных изделий в Иркутской области в 2011 г. по сравнению с 2007г. - на 30,4% (в 2000-2008гг. темп прироста потребления табачных изделий составлял в среднем 22%, в отдельные годы достигал 40%), снижение потребления алкоголя на 6% - до 9,1 л на душу населения в 2011 г., снижение первичной заболеваемости хроническим алкоголизмом, в т.ч. среди подростков и молодежи - на 39,9%, снижение показателей смертности от случайных отравлений алкоголем на 13,8%, снижение первичной заболеваемости наркоманией с 31,5 на 100 тыс. в 2007 г. до 27,0 – в 2011 г., в т.ч. среди детей и подростков, увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни населения Иркутской области – с 64,9 г. в 2007 году до 66 лет в 2010 году.

ВНЕДРЕНИЕ СТРАТЕГИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА» НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛИТЕТА

Жиленко Е.Л., Гомерова Н.И.

Муниципальное казенное учреждение здравоохранения

«Медицинский информационно-аналитический центр», город Новосибирск

В настоящее время уже более 20 лет в Европе реализуется международный проект развития городов - проект Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) «Здоровые города» (далее - проект).

Это долговременный проект, признанный на международном уровне, предлагающий методологию для организации деятельности по укреплению здоровья и оздоровлению окружающей среды на городском уровне. Проект нацелен на то, чтобы здоровье населения перестало быть ведомственной проблемой здравоохранения, и стало делом всего города: городских властей, деловых кругов и общественных организаций, и что очень важно – жителей города. При этом система здравоохранения играет важнейшую роль эксперта, оценивающего работу других подсистем города по сохранению и укреплению здоровья населения. Таким образом, основная цель проекта «Здоровые города» - улучшение здоровья и качества жизни в городах.

Поскольку проект международный, он основывается на единых стандартах в подходах к здоровью как «социальной модели», конечно, с учетом национальных особенностей и возможностей территорий. Оптимальная модель реализации проекта уже выработана и предлагается ВОЗ как методические рекомендации. Технология реализации проекта предусматривает участие в нем широкого круга экспертов, всех заинтересованных ведомств. Одной из технологий проекта в решении задач сохранения и укрепления здоровья горожан является метод программно-целевого планирования, то есть проект - эффективный механизм, позволяющий в условиях ограниченных финансовых средств максимально скоординировать усилия всех городских структур, направленные на создание и реализацию комплексных социальных программ по повышению качества жизни населения.

В основе деятельности предпринимаемой в рамках проекта лежат четыре принципа:

- вопросы здоровья в планировании деятельности всех секторов/ведомств являются приоритетными;
- проект по своей сути – интегрирующий, что предусматривает долгосрочную и оперативную координацию всех программ и мероприятий различных уровней, статусов и отраслевой направленности, т.е. их вертикальную и горизонтальную интеграцию;
- все группы общественности и ветви власти, социальные институты принимают участие в реализации проекта;
- уязвимые группы населения обеспечиваются возможностями для сохранения и развития личного здоровья в первую очередь.

Таким образом, проект ставит своей целью развитие условий для здоровья и здорового образа жизни. Поэтому акцент сделан на межведомственном, межсекторальном партнерстве, когда решением вопросов сохранения и улучшения здоровья населения занимаются не только органы здравоохранения, но и все городские структуры. Аксиомы проекта:

- «Здоровый город» – это образ жизни города, то есть постоянный процесс, а не набор тех или иных показателей;
- город – живая система, причем сложная и многофункциональная, поэтому к оценке его состояния должен быть применен комплексный подход.

В целом проект мониторирует состояние «здоровья городов» по шести основным направлениям: социально-экономическое положение; состояние окружающей среды; безопасность; социальная поддержка населения; участие жителей в управлении и развитии; здоровье жителей.

В реализации проекта на текущий момент ВОЗ определены 3 приоритета: создание равных, благоприятных, способствующих здоровью жителей возможностей; формирование

условий для здоровья и здорового образа жизни; организация благоприятного для здоровья городского планирования.

В международной сети на 01.05.2012 года аккредитовано 96 европейских городов, в том числе - 10 российских городов: Ставрополь, Новочебоксарск, Новосибирск, Череповец, Чебоксары, Ижевск, Самара, Дмитровград, Великий Устюг, Ульяновск.

Город Новосибирск начал сотрудничество с ЕРБ ВОЗ в конце 2008 года, а в феврале 2010 года - стал первым в Российской Федерации городом - миллионником и единственным в Сибирском федеральном округе, участвующим в качестве аккредитованного члена проекта «Здоровые города» ЕРБ ВОЗ. Новосибирск был нанесен на карту «Здоровых городов» Европы и присоединился к группе европейских партнеров, работающих в 5 фазе проекта, которая продлится до 2013 года.

Участие российских городов в проекте ЕРБ ВОЗ «Здоровый город» показало свою эффективность и получило новый импульс развития – в России создана Ассоциация «Здоровые города, районы и посёлки», с целью объединения усилий и ресурсов городов для выхода на уровень мировых стандартов в формировании здоровой городской среды, улучшения состояния здоровья и качества жизни населения.

В рамках проекта в городе Новосибирске разработана и реализуется ведомственная целевая программа «Здоровый город на 2011-2017 годы» (далее программа), которая направлена на формирование идеологии здорового образа жизни через информирование и обеспечение активных форм участия горожан в проводимых мероприятиях, повышение санитарной культуры населения и обеспечение профилактики заболеваний населения; межведомственное и межсекторальное взаимодействие по вопросам сохранения и укрепления здоровья; выявление ключевых факторов, влияющих на уровень здоровья населения города и степень информированности населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Целями и задачами программы являются: профилактика заболеваний; сохранение и укрепление здоровья населения; улучшение качества жизни новосибирцев; популяризация здорового образа жизни; подготовка медицинских кадров, улучшение материально-технического оснащения лечебно-профилактических учреждений, занимающихся вопросами медицинской профилактики.

В рамках реализации международного проекта «Здоровые города», ведомственной целевой программы «Здоровый город» на 2011 – 2017 годы, для изучения состояния здоровья, образа жизни и качества жизни горожан проведено анкетирование, в результате которого издан научно-популярный сборник «Профиль здоровья города Новосибирска». В сборнике отражены основные моменты развития города Новосибирска, демографические

показатели, показатели здоровья и качества жизни новосибирцев, а также конкретные усилия муниципалитета, направленные на улучшение здоровья жителей. «Профиль здоровья города Новосибирска» является своеобразным стратегическим документом, который позволяет объяснить причины происходящих изменений в состоянии здоровья населения города, наметить основные приоритеты действий и оценить эффективность проводимых в городе оздоровительных мероприятий.

Таким образом, благодаря проекту «Здоровые города» на территории города Новосибирска используются новые, более эффективные подходы и стратегии ВОЗ, направленные на улучшение качества жизни и равенство здоровья населения, основывающиеся на передовых мировых и российских концепциях общественного здравоохранения.

В результате реализации данного проекта в городе формируется культура жителей города – культура взаимоотношений, культура здоровья. Данный проект доказывает, что без активного и сознательного отношения каждого человека к своему здоровью и к здоровью других людей, без здорового образа жизни и активного участия населения в проведении оздоровительных и профилактических мероприятий, успех в охране и укреплении индивидуального и общественного здоровья невозможен.

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА

Жиленко Е.Л., Гомерова Н.И., Захарова М. А.

Муниципальное казенное учреждение здравоохранения

«Медицинский информационно-аналитический центр», город Новосибирск

Среди нарастающих потребностей современного общества особую актуальность приобретает повышение качества жизни граждан и их потребность быть здоровыми.

Сохранение и укрепление здоровья горожан является одним из приоритетных направлений деятельности муниципальной системы здравоохранения Новосибирска, что нашло отражение в Стратегическом плане устойчивого развития города Новосибирска, в рамках которого в Новосибирске разработаны и реализуются городские целевые программы: «Основные направления оптимизации структуры и повышения эффективности функционирования муниципальной системы здравоохранения» на 2006-2009 годы; «Улучшение демографической ситуации в городе Новосибирске» на 2009-2011 годы; «Комплексные меры противодействия злоупотреблению психоактивными веществами» на 2007-2010 годы; «Совершенствование оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению города Новосибирска на 2009-2011 годы»; «Здоровый город на 2011-2017 годы»;

«Модернизация здравоохранения города Новосибирска на 2011-2012 годы»; «Улучшение демографической ситуации в городе Новосибирске на 2012-2015 годы; «Создание условий для оказания скорой медицинской помощи населению на территории города Новосибирска» на 2012-2015 годы.

Реализуемые программы позволили улучшить общую демографическую ситуацию, снизить заболеваемость и смертность населения, в том числе от управляемых причин, увеличить продолжительность жизни, повысить доступность получения медицинской помощи и качество жизни горожан.

Медико-демографическая ситуация в городе Новосибирске характеризуется как благоприятная, сохраняются высокие показатели рождаемости, что традиционно отличает город от других субъектов Российской Федерации. Отмечается положительная тенденция по снижению показателей смертности. По данным статистической отчетности в 2011 году коэффициент рождаемости составил 12,5 (индикаторный показатель в программе модернизации к 2012 году – 13,3); коэффициент смертности – 12,3 человек на 1000 населения (индикаторный показатель в программе модернизации к 2012 году – 12,0); естественный прирост населения увеличился до 0,2; младенческая смертность – 3,9 на 1000 новорожденных (при нормативе в программе модернизации – 5,5), что стабильно лучше среднероссийских и в течение ряда лет сопоставимо с уровнем европейских показателей; материнская смертность – 10,5 на 10000 новорожденных. Ожидаемая продолжительность жизни населения города Новосибирска с 2005 по 2009 год выросла с 65,7 до 70,6 лет (в Российской Федерации ожидаемая продолжительность жизни городского населения по данным 2009 года составила 69,4 лет).

Таким образом, в Новосибирске для решения конкретных задач муниципального здравоохранения применяется программно-целевой метод, преимуществами которого являются: обеспечение целевого распределения ресурсов, в том числе финансовых средств; привлечение дополнительных источников для финансирования конкретных целей; комплексное решение проблем за счет создания условий для вертикального и горизонтального взаимодействия; мониторинг за процессом достижения целей и своевременное внесение корректив и оценки эффективности.

Необходимо помнить, что при разработке муниципальных программ помимо актуальности проблемы важно учитывать возможность достижения цели в определенный период времени с использованием имеющихся ресурсов. Задачи, которые необходимо решить, должны иметь конкретные измеряемые результаты. При этом механизмы реализации муниципальной политики по охране и укреплению здоровья населения методологически должны строиться на анализе динамики количественных данных в течение

определенного временного периода по принятым индикаторам (критериям) оценки жизнедеятельности города, а стратегические направления оздоровления населения города методологически должны отталкиваться от перспектив развития ситуации в городе. Кроме того, учитывая, что сфера охраны и укрепления здоровья лежит шире сферы воздействия отрасли здравоохранения, необходимо создавать межсекторальные, межведомственные организационные структуры, объединяя кадровые, материальные и другие ресурсы. Данная стратегия предлагается в проекте Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города» (далее - проект).

Это долговременный проект, признанный на международном уровне, предлагающий методологию для организации деятельности по укреплению здоровья и оздоровлению окружающей среды на городском уровне. Проект нацелен на то, чтобы здоровье населения перестало быть ведомственной проблемой здравоохранения, и стало делом всего города: городских властей, деловых кругов и общественных организаций, и что очень важно – жителей города. При этом система здравоохранения играет важнейшую роль эксперта, оценивающего работу других подсистем города по сохранению и укреплению здоровья населения. Таким образом, основная цель проекта «Здоровые города» - улучшение здоровья и качества жизни в городах.

В рамках проекта в городе Новосибирске разработана и реализуется ведомственная целевая программа «Здоровый город на 2011-2017 годы» (далее программа), которая направлена на формирование идеологии здорового образа жизни через информирование и обеспечение активных форм участия горожан в проводимых мероприятиях, повышение санитарной культуры населения и обеспечение профилактики заболеваний населения; межведомственное и межсекторальное взаимодействие по вопросам сохранения и укрепления здоровья; выявление ключевых факторов, влияющих на уровень здоровья населения города и степень информированности населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Целями и задачами программы являются: профилактика заболеваний; сохранение и укрепление здоровья населения; улучшение качества жизни новосибирцев; популяризация здорового образа жизни; подготовка медицинских кадров, улучшение материально-технического оснащения лечебно-профилактических учреждений, занимающихся вопросами медицинской профилактики.

В рамках реализации международного проекта «Здоровые города», ведомственной целевой программы «Здоровый город» на 2011 – 2017 годы, для изучения состояния здоровья, образа жизни и качества жизни горожан проведено анкетирование, в результате которого издан научно-популярный сборник «Профиль здоровья города Новосибирска». В

сборнике отражены основные моменты развития города Новосибирска, демографические показатели, показатели здоровья и качества жизни новосибирцев, а также конкретные усилия муниципалитета, направленные на улучшение здоровья жителей. «Профиль здоровья города Новосибирска» является своеобразным стратегическим документом, который позволяет объяснить причины происходящих изменений в состоянии здоровья населения города, наметить основные приоритеты действий и оценить эффективность проводимых в городе оздоровительных мероприятий.

Таким образом, в городе Новосибирске в последние годы в практику здравоохранения внедряются новые проекты с целью сохранения и улучшения состояния здоровья, корректировки образа жизни населения и, в целом, совершенствования демографической ситуации в городе Новосибирске.

В системе здравоохранения города одним из основных инструментов достижения в определенные сроки конкретных стратегических целей и задач является программно-целевой метод. Данный метод является одним из инструментов реализации государственной и муниципальной политики по охране и укреплению здоровья населения, и позволяет решать межсекторальные, межведомственные, многоцелевые проблемы, предусматривающий согласование и эффективное использование финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

Жиленко Е.Л.

Муниципальное казенное учреждение здравоохранения

«Медицинский информационно-аналитический центр», город Новосибирск

Сегодня здоровье занимает ведущее место в иерархии потребностей человека.

Определение понятия «здоровье» находится в центре внимания исследователей с момента появления научной медицины и до сегодняшнего дня остается предметом дискуссий. В настоящее время число определений понятия «здоровье» превышает три сотни и каждое из них отражает концепцию автора, но такого, которое устроило бы всех, пока еще не найдено.

Обобщая мнение специалистов, можно утверждать, что в абсолютном смысле здоровья не существует и оно, по существу, идеал. Каждый человек здоров условно и каждый человек может быть здоровым в определенных условиях.

Изучение и анализ имеющихся материалов позволяет выделить несколько концептуальных подходов к определению понятия здоровья.

Медицинская модель является наиболее широко используемой при определении здоровья. В соответствии с ней, здоровье оценивается главным образом с позиции наличия или отсутствия у человека тех или иных болезней, патологических отклонений, физических дефектов. В данном случае здоровье и болезнь рассматриваются как взаимоисключающие понятия.

Другим, достаточно распространенным подходом к понятию здоровья является отождествление его с понятием нормы (нормоцентрическая модель). При таком подходе здоровье рассматривают как отсутствие существенных отклонений от нормы основных жизненно-важных показателей. Однако само понятие нормы, как и понятие здоровья, до сих пор остается предметом дискуссии.

В научной литературе норму чаще всего определяют как среднестатистическое значение признака или группы признаков. Однако сама технология расчета среднестатистического значения признака (кривая распределения признака) подразумевает наличие крайних индивидуальных вариантов, которые выходят за рамки величины, характерной для большинства, но в то же время не являются патологией. С другой стороны, не всякий признак или свойство, которые наиболее часто встречаются у данной группы людей, могут быть признаны нормой.

В основе определения понятий здоровья и болезни с позиции адаптационной модели лежат представления об адаптации. Сутью данной модели является индивидуальная адаптация к окружающей физической и социальной средам. Переход от здоровья к болезни рассматривается в данном случае как процесс снижения степени адаптации организма к окружающим условиям, результат недостаточности адаптационных механизмов, их истощения и срыва.

Здоровье с точки зрения теории адаптации может быть охарактеризовано по успешности адаптации организма к естественным жизненным ситуациям, или стандартизованным условиям специальных тестов. Большинство методов, предлагаемых в настоящее время для оценки здоровья, основаны именно на оценке адаптивных возможностей различных систем организма.

Дальнейшим шагом в развитии представлений о здоровье стало создание в последние годы двухмерной модели здоровья. В отличие от мономерной модели, в которой учитывается лишь один аспект здоровья (чаще всего соматическое здоровье), двухмерная модель уравнивала в правах соматическое (физическое) и психическое (душевное) здоровье.

В известной мере к этой модели можно отнести определение здоровья, данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Такое определение позволяет выделить несколько компонентов (видов) в понятии «здоровье»: биологическое здоровье (связано с организмом и зависит от динамического равновесия функций всех внутренних органов, их адекватного реагирования на влияние окружающей среды); психическое здоровье (связано с личностью и зависит от таких личностных характеристик, как эмоционально-волевая и мотивационно-потребностная, от развития самосознания личности и от осознания ценности для личности собственного здоровья и здорового образа жизни); социальное здоровье (связано с влиянием на личность других людей, общества в целом и зависит от места и роли человека в межличностных отношениях, от нравственного здоровья социума).

Однако, если вдуматься в определение здоровья, данное ВОЗ, можно сделать вывод, что абсолютное здоровье является абстракцией. Кроме того, это определение изначально исключает людей, имеющих какие-либо (врожденные или приобретенные) физические дефекты, даже в стадии компенсации.

Тем не менее, определение здоровья ВОЗ является самым популярным определением во всех странах. Возможно, сегодня это наиболее исчерпывающее определение здоровья

Таким образом, резюмируя вышеизложенное можно заключить, что принципиальные подходы к определению понятия здоровья основываются на противопоставлении здоровья и болезни как взаимоисключающих категорий, пусть даже постепенно переходящих друг в друга, но не существующих одновременно. Главной проблемой такого подхода является существенное ограничение применения понятия здоровья только в отношении очень незначительной части населения, не имеющей никаких заболеваний.

Принципиально новым является представление о многомерности здоровья, предложенное В. П. Куликовым, который предложил трехмерную модель здоровья, в которой здоровье приобретает принципиально иное - объемное отображение. В данной модели учитываются не только показатели соматического и психического здоровья, но и результат их взаимодействия, реализуемый в поведении субъекта. В свою очередь поведение существенным образом изменяет психологическое состояние, физические возможности и внутреннюю среду субъекта. В этой модели здоровье рассматривается как замкнутая система, каждое составляющее которой интегрируется в объеме здоровья. Объем здоровья представляет собой континуум динамических состояний количества жизни (жизнеспособности, продолжительности жизни, развития, адаптивности), качества жизни

(удовлетворенности своим здоровьем, положением, состоянием) и свободы жизни (как отражения поведенческой адаптивности).

Таким образом, несмотря на ряд проблем, связанных с формулировкой определения «здоровье», во всех определениях «здоровья» есть общее, что их объединяет:

- здоровье характеризуется как состояние;
- здоровье обусловлено, в первую очередь, социальными факторами;
- степень здоровья необходимо оценивать как количественно, так и качественно.

Следовательно, здоровье - это весьма сложный, системный по своей сущности феномен. Он имеет свою специфику проявления на физическом, психологическом и социальном уровне рассмотрения. Вопрос об определении сущности понятия «здоровье» является ключевым, поскольку в зависимости от того, как определяется сущность здоровья, зависят дальнейшие стадии его изучения: разработка показателей, оценка состояния, изучение факторов и закономерностей появления.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Загоскина Т.П.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства России», г. Киров

В течение последних десятилетий заболеваемость опухолями кроветворной ткани имеет неизменную тенденцию к росту. Вместе с тем, четкая система профилактики для большинства болезней крови до сих пор не разработана, так как до конца не изученными остаются причины и пусковые механизмы данной патологии. В то же время в настоящий период сформированы основные приоритеты социально-экономической политики государства, определяющие качество жизни граждан. При этом одним из факторов национальной безопасности остается охрана здоровья населения, снижение уровня смертности, увеличение продолжительности жизни и преодоления демографического спада в стране.

На современном этапе в условиях постоянно развивающегося научно-технического прогресса население подвергается воздействию всего многообразия факторов окружающей среды, многие из которых рассматриваются как факторы риска развития неблагоприятных изменений в организме человека. Определяющую роль в нарушениях состояния здоровья

населения играют агенты, которые могут быть распределены на 3 группы, характеризующие генотип популяций, образ жизни и состояние окружающей среды. Факторы среды и социальные условия действуют не изолированно, а в сочетании с биологическими, в том числе наследственными индикаторами, что обуславливает зависимость заболеваемости человека как от среды, в которой он находится, так и от генотипа и биологических законов его развития.

Многочисленные исследования убедительно показали, что риск возникновения опухолей определяется в значительной мере образом жизни людей, связанным с воздействием экзогенных и эндогенных канцерогенных, коканцерогенных и антиканцерогенных факторов. Среди остальных факторов образа жизни, влияющих на частоту неоплазий, считается использование некоторых промышленных продуктов и лекарственных препаратов. Поскольку образ жизни можно изменить, постольку перечисленные причины рака являются устранимыми.

Представления о роли образа жизни в развитии многих заболеваний должны быть положены в основу разработки мероприятий по профилактике заболеваний системы крови. Как известно, профилактика злокачественных заболеваний включает несколько направлений: первичную профилактику – мероприятия по ограничению контакта человека с канцерогенными факторами и торможению развития патологии в латентном периоде; вторичную профилактику – выявление и лечение предопухолевых состояний и ранних стадий опухолевых заболеваний; третичную профилактику – прогнозирование рецидивов опухоли после предшествующего лечения. Для разработки мероприятий по первичной и вторичной и третичной профилактике заболеваний системы крови необходимо использовать знания этиологии и механизмов развития неоплазий.

Для предупреждения развития болезней системы крови следует включать онкогигиеническую, биохимическую, медико-генетическую, иммунобиологическую и эндокринно-возрастную профилактику. Она основана на выявлении канцерогенных агентов, мониторинге их распределения в окружающей среде и оценке их воздействия на человека. Для определения индивидуального канцерогенного риска важно исследовать биомаркеры влияния канцерогенов (полиморфизм генов, ферменты метаболизма ксенобиотиков и фолатов, репарация ДНК), биомаркеры раненного эффекта канцерогенов (цитогенетические изменения, мутации). Полученные данные целесообразно использовать для выявления лиц повышенного риска возникновения опухолей. На эпидемиологических и экспериментальных сведениях создана регламентация канцерогенов, включающая запрещение применения наиболее опасных соединений, технологических процессов.

Важным компонентом первичной профилактики заболеваний системы крови является медицинское просвещение населения, касающееся основных принципов санитарии, правильного питания, борьбы с вредными привычками. Соблюдение этих несложных правил позволит снизить риск воздействия канцерогенов в быту и на производстве. Особо важную роль имеет система медико-генетической профилактики, основанная на выявлении лиц с генетической предрасположенностью к развитию опухолей. Наряду с этим, достигнут прогресс в иммунобиологической профилактике болезней крови, который связан с выявлением лиц с нарушениями цитокинового и иммунного статуса и проведением мероприятий по их устранению. Активно внедряется профилактика опухолей, вызванных вирусами. Немаловажное значение имеют эндокринно-возрастные превентивные мероприятия, основанные на коррекции возрастных нарушений гомеостаза.

Кроме того, следует использовать модель мониторинга здоровья, которая является организационной формой разработки индивидуальной программы профилактики болезней системы крови. Предложенная модель строится на следующих принципах: 1) создание индивидуального «дневника здоровья», который включает признаки беспокойств общего характера и основные управляемые этиопатогенетические факторы, связанные с вредными привычками, культурой питания, вредными факторами быта, условиями производства и т.д.; 2) оценка «дневника здоровья» пациента; 3) формирование индивидуальной программы оздоровления; 4) мониторинг изменений состояния здоровья по данным индивидуального «дневника здоровья» и данным программы оздоровления; 5) обучение самоконтролю здоровья, коррекции вредных привычек, современным принципам профилактики заболеваний; 6) учет генетического паспорта индивида.

Применение вышеуказанной модели мониторинга здоровья позволит оптимизировать профилактические мероприятия заболеваний крови, что приведет к улучшению качества жизни населения.

О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКЕ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Зайкова З.А.¹, Белан Е.Ю.²

¹Управление Роспотребнадзора по Иркутской области, ²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Иркутской области»

В структуре женской онкозаболеваемости рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место. Заболеваемость и смертность по причине рака молочной железы серьезно

влияет на такие важные государственные приоритеты Российской Федерации, как демографическая политика, материнство и детство.

Ежегодно в Иркутской области регистрируется около тысячи новых случаев РМЖ и более пятисот женщин получают инвалидность. В 2011 г. по причине РМЖ было впервые признано инвалидами (ВПИ) 545 женщин, из которых больше половины получили инвалидность II группы – 59,6 %, что в первую очередь объясняется высокой запущенностью РМЖ. По данным социально-гигиенического мониторинга средний возраст женщин ВПИ по раку молочной железы в 2011 г. был равен 56,8 годам.

Показатель впервые выявленной заболеваемости РМЖ в Иркутской области вырос на 37,0 % с 55,3 в 2001 г. до 75,7 на 100 тыс. в 2011 г. со среднегодовым темпом прироста 3,4 %. По среднемноголетним показателям заболеваемости за 2006-2010 гг. наиболее неблагоприятны женщины в возрастной группе 50-54 года, у которых превышение уровня первичной заболеваемости РМЖ по РФ составляет 17,9 %.

За последние 10 лет показатель смертности в области от РМЖ практически не изменился (2001 г. – 28,0; 2011 г. – 28,8 на 100 тыс.) и он ниже, чем в целом по РФ (2011 г. на 6,7 %). Но ситуация не является удовлетворительной – при ранжировании по убыванию Иркутская область в 2010 г. занимала 17-ю позицию среди 80 субъектов РФ по стандартизованному показателю смертности от РМЖ; по стандартизованному показателю первичной заболеваемости РМЖ ($50,89 \pm 1,65$) – 11-е место.

Рак молочной железы относится к управляемым заболеваниям и результат лечения во многом зависит от выявления заболевания на ранних стадиях, а также от правильности организационных и лечебных мероприятий. В 2011 г. в Иркутской области было выполнено 108,7 тысяч скрининговых исследований молочных желез, из них 2/3 рентгенологические и 1/3 ультразвуковые. Исходя из этих цифр, можно рассчитать полноту охвата вышеуказанными скрининговыми исследованиями женщин старше 40 лет, численность которых в области составляет 616 тысяч. Если в течение 2011 года женщинам был проведён только один вид исследований молочных желёз и однократно, то согласно простейшему подсчёту получается, что только 17,6 % женщин старше 40 лет были охвачены профилактическими исследованиями молочных желёз, а полмиллиона женщин в Иркутской области в скрининге рака молочной железы вообще не участвовали. Даже притом, что число таких исследований в 2011 году по сравнению с 2007 г. увеличилось на 43 %.

Одной из причин выявляемости РМЖ в запущенной стадии является недостаточный уровень знаний среди населения. В начале 2012 г. среди иркутянок было проведено анкетирование. Всего было опрошено 227 женщин от 20 до 60 лет. По результатам опроса выявлено, что женщины мало информированы о состояниях груди, которые являются

поводом для обращения к врачу – только 34,8 % опрошенных отметили все признаки болезни. О частоте самообследований груди женщины отвечали по-разному: 47,1% респондентов считают, что проводить самообследование нужно один раз в месяц, 34,4 % – один раз в 3 месяца; 18,5 % – каждую неделю. Зато практически все женщины (96,9 %) осведомлены, почему необходимо ежегодно делать маммографию после 40 лет. Также большинство женщин (85,9%) знают о том, что рак груди поддаётся лечению, если он выявлен на ранней стадии. 83,7% опрошенных женщин считают, что при постановке диагноза РМЖ нужно незамедлительно начать лечение, но 16,3% собираются пройти обследование ещё у нескольких врачей в других клиниках, что, безусловно, при наличии у них такого заболевания, приведёт к затягиванию и снижению вероятности полного излечения.

Таким образом, по результатам анкетирования выявлен недостаточный уровень знаний у иркутянок о РМЖ и его профилактике: они мало осведомлены о поводах для обращения к маммологу и частоте проведения самообследования груди, что является одной из причин большого числа запущенных случаев РМЖ.

Несмотря на то, что рак молочной железы относится к визуальным формам рака, положительных результатов по борьбе с ним в Иркутской области нет: процент больных женщин, у которых впервые выявлен РМЖ на III-IV стадиях, за последние годы не изменился (2004 г. – 40,5 %, 2011 г. – 40,2 %). Следовательно, организация вторичной профилактики РМЖ малоэффективна. Возможно, ощутимые сдвиги произойдут в 2013 году в ходе реализации ведомственной целевой программы «Онкология». К сожалению, в ней не предусмотрены мероприятия по первичной профилактике рака. Остановить же эпидемию можно только при комплексном подходе и правильном сочетании всех направлений профилактики.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Иванова М.К.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Одной из демографических тенденций конца XX и начала XXI века стало ухудшение репродуктивного здоровья населения, как в России, так и в Удмуртской Республике (УР). Проблема охраны репродуктивного здоровья в условиях падения рождаемости и высокого

уровня смертности является важным направлением государственной политики, определяющим национальную безопасность.

Нами проведено ранжирование территорий Удмуртской Республики по преимущественным отклонениям репродукции. Выявлены неблагоприятные сочетания по профессиональной принадлежности в семейных парах, имеющих наибольшую вероятность реализации мертворожденности, ранней неонатальной смертности, врожденных пороков развития и спонтанных выкидышей.

На территории Удмуртии определено 7 типов техногенного загрязнения окружающей среды: сельскохозяйственный, нефтяной, чернометаллургический, деревообрабатывающий, транспортный, военный, топливно-энергетический типы техногенеза. Применение кластерного анализа для оценки вклада в формирование нарушений репродукции позволило выделить территорию нефтяного техногенеза, значимо ($P < 0,001$) отличающуюся от остальных (31,8% всех репродуктивных нарушений по УР, из них почти половина случаев за счет высоких показателей мертворожденности).

На территориях топливно-энергетического техногенеза определено 16,4% нарушений, из них более половины также за счет мертворожденности. Для территорий военного типа техногенеза рассчитано 16% нарушений, из них 44% за счет показателей ранней неонатальной смертности; сельскохозяйственный техногенез - 12,8% нарушений, из них 42% за счет мертворожденности.

По деревообрабатывающему типу техногенеза - 11,8% нарушений, из которых абсолютное большинство приходится на врожденные пороки развития ребенка. Чернометаллургический тип техногенеза - 8,0% нарушений репродукции, из них около половины за счет врожденных пороков развития; 3,4% отклонений в состоянии репродуктивного здоровья установлены за счет транспортного типа, из них подавляющее большинство за счет ранней неонатальной смертности.

Ранжирование по суммарному показателю отклонений определило, что на основных позициях по отклонениям репродукции – женщины, занятые в сфере образования (35,8% нарушений за счет врожденных пороков развития, третья часть - за счет мертворожденности); занятые на промышленных предприятиях (43,7% нарушений сформировано за счет врожденных пороков развития, треть случаев - за счет мертворожденности); сфера услуг (парикмахерские, банно-прачечные комбинаты – около половины нарушений сформировано за счет спонтанных выкидышей, треть случаев - за счет врожденных пороков развития).

Анализ профессиональной деятельности отцов установил, что на ведущих позициях риска – работники промышленных предприятия города (38,7% нарушений формируется за

счет ранней неонатальной смертности, четверть - за счет спонтанных выкидышей); затем следуют предприятия МВД, УИН и ГИБДД (31,1% нарушений образовано за счет мертворожденности, четвертая часть случаев - за счет ранней неонатальной смертности); автотранспортные предприятия, таксомоторные парки – 48,5% нарушений за счет врожденных пороков развития, одна треть - за счет спонтанных выкидышей.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Калинин Р.Е., Кирюшин В.А., Васильев В.И., Прошляков В.Д.,

Харитонов А.А., Ульяновская Ю.Г.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России

Одной из задач воспитания будущего специалиста является формирование у молодых людей образа жизни, основанного на принципах заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих, добровольного отказа от вредных привычек и профилактики различных негативных социальных проявлений. Система высшего профессионального образования призвана решать данную проблему на основе комплексного подхода, который включает в себя воспитание и развитие личности при условии воздействия на все сферы её сознания: познавательную, деятельностьную, ориентационную, эмоционально-чувственную.

В Рязанском государственном медицинском университете разработаны Программа деятельности по оздоровлению и пропаганде здорового образа жизни и Комплексная программа по профилактике наркомании, ВИЧ-инфекции и правонарушений среди студентов на 2012-2015 годы, в соответствии с которыми и ведётся работа в данном направлении.

Большое значение имеет планомерно развивающееся сотрудничество со школами нашего города. В университете успешно работает лекторий «Здоровье школьников». Студенты старших курсов, интерны, ординаторы, аспиранты читают в школах г.Рязани лекции по актуальным вопросам сохранения и укрепления здоровья детей и подростков. В 2011-2012 учебном году прочитано 162 лекции в 10 средних школах, ВУЗах и ССУЗах г.Рязани.

В целях реализации программы «Россия без табака», повышения эффективности борьбы с табакокурением и в соответствии с решением Учёного Совета университета от 29 декабря 2009г. приказом ректора №4-д от 12.01.2010г. утверждено Положение и состав общественного комитета по борьбе с курением. Комитет является консультативно-совещательным органом при руководстве университета, наделяемым соответствующими

полномочиями для реализации своего предназначения и возложенных задач. Действуя в рамках Федерального законодательства, Комитет особое внимание уделяет повышению эффективности мер, направленных на организацию и обеспечение выполнения положений государственной Программы формирования здорового образа жизни у граждан Российской Федерации и граждан иностранных государств, включая сокращение потребления табака.

РязГМУ является активным участником ежегодного Всероссийского конкурса «ВУЗ здорового образа жизни» среди медицинских и фармацевтических ВУЗов Российской Федерации.

15 декабря 2011 года в актовом зале медико-профилактического корпуса состоялся конкурс ума и таланта *«Мистер РязГМУ - 2011»*.

20 марта 2012 года в актовом зале медико-профилактического корпуса состоялся *финал конкурса красоты, ума и таланта «Мисс Медицинский Университет - 2012»*. Все участники и участницы конкурсов должны были показать свою приверженность принципам здорового образа жизни.

Ежегодно 25 января в университете проводятся праздничные мероприятия, посвящённые Дню Российского студенчества - «Татьяниному Дню». Сборные команды факультетов соревнуются в перетягивании каната, боях на подушках, транспортировке пострадавшего, метании валенка. Участники праздника могут отведать блины, кашу, горячий чай с пирожками. Праздник завершается награждением победителей и призёров соревнований.

Профессорско-преподавательский состав, студенты и сотрудники университета 12 февраля 2012 года приняли активное участие в ежегодной Всероссийской массовой лыжной гонке «Лыжня России – 2012».

23 февраля 2012 года в честь Дня Защитника Отечества и 1 апреля в честь Дня смеха администрацией университета и отделом по воспитательной работе было организовано бесплатное *массовое катание на коньках для сотрудников и студентов во Дворце спорта «Олимпийский»*. В мероприятии приняли участие около 400 человек. На льду находились и те, кто хорошо катается, и те, кто только осваивает катание. Более мастеровитые старались помогать новичкам. Студенты и сотрудники университета получили большой эмоциональный заряд бодрости и выразили надежду, что такие мероприятия будут проводиться чаще.

25 февраля 2012 года на территории медицинского городка было организовано *празднование широкой Масленицы*, в котором приняли участие более 250 студентов и сотрудников университета. В ходе праздника были организованы различные конкурсы, игры и соревнования. Студентами университета совместно с Центром культуры и досуга была

подготовлена интересная концертная программа. Мероприятия завершились традиционным сжиганием чучела Масленицы.

23 марта 2012 года в РязГМУ состоялось торжественное *открытие стрелкового тира*, разместившегося в учебном корпусе на ул. Маяковского, д. 105. На открытии стрелкового тира присутствовали члены Правительства Рязанской области, ректоры ведущих ВУЗов г.Рязани и другие почетные гости, а также студенты. Свое мастерство собравшимся продемонстрировали студент 2 курса стоматологического факультета РязГМУ, мастер спорта, чемпион России по стрельбе из лука Тимур Махмутов и воспитанники ДЮСШ Рязанского района.

В течение года в университете осуществлялся ремонт спортивных залов, к зимнему сезону на территории медицинского городка будет построена хоккейная коробка.

Ежегодно на кафедре патофизиологии проводится традиционный конкурс санбюллетеней, посвящённый профилактике наркомании, курения и алкоголизма. На конкурс выставляются плакаты, макеты, придуманные и изготовленные студентами 3 курса лечебного и медико-профилактического факультетов. У каждого санбюллетеня есть свой девиз. При изготовлении плакатов студенты проявляют настоящие художественные способности, умение пользоваться современными компьютерными технологиями.

В течение апреля 2012 года в университете прошли концерты фестиваля «Студенческая весна – 2012». По итогам всех выступлений 14 номеров были отобраны в финал областного фестиваля, который состоялся 21 и 22 апреля 2012 года в Рязанском Дворце молодёжи. Среди победителей и дипломантов фестиваля были и наши студенты, а ВУЗ стал лучшим среди учебных заведений Рязанской области.

Делегация университета стала активным участником VII фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников, который проходил в Твери со 2 по 6 апреля 2012 года. На базе Тверской медицинской академии в вокале, танцах, СТЭМе соревновались студенты, интерны, ординаторы, аспиранты, врачи со всей России. Главным итогом фестиваля стало укрепление творческих связей между медицинскими вузами и учреждениями здравоохранения, рост творческого мастерства всех без исключения исполнителей. Успешно выступили студенты нашего университета, ставшие лауреатами в большинстве номинаций. По итогам фестиваля РязГМУ стал обладателем Кубка Совета ректоров медицинских и фармацевтических ВУЗов.

31 мая университет принимал участие в ежегодной Всероссийской акции «31 мая – День отказа от курения. Навсегда». В ходе акции была организована выставка плакатов и макетов, проведена спортивная эстафета среди факультетов и концерт художественной самодеятельности «Мы за здоровый образ жизни». Отделом по воспитательной работе

разработаны и выпущены буклета по пропаганде здорового образа жизни, которые были розданы всем участникам акции. Для участников акции был организован «Пункт обмена вредных привычек на здоровый образ жизни», где каждый мог обменять пачку сигарет на фрукты. Работал пункт здоровья, где каждый мог измерить артериальное давление и объём лёгких. По окончании праздника победителям конкурсов были вручены призы. В рамках акции состоялось награждение участников фотовыставки любительских фотографий «Я люблю РязГМУ», проходившей в апреле-мае.

16 июня 2012 г. в г.Москве проходил Фестиваль здоровья. В составе делегации Рязанской области в нём приняли участие 5 студентов РязГМУ.

Большое значение в пропаганде здорового образа жизни имеют также выступления сотрудников университета по областному телевидению и радио, подготовка и публикация материалов в виде брошюр, научно-популярных статей.

В университете активно работает туристический клуб «Телеос». С 29 апреля по 10 мая 2012 г. ребята совершили поход в горы Северного Кавказа (Карачаево-Черкессия) и совершили сплав по горным рекам Большой и Малый Зеленчук и Лаба. Многие из членов туристического клуба имеют высокие достижения в прохождении сложных рек, в том числе и 6-й (максимальной) категории сложности. С 6 по 9 мая 2012 г. члены турклуба совершили туристический поход по реке Пра, в августе 2012 года - туристический поход в Карелию.

Члены туристического клуба «Телеос» приняли участие в марте 2012 года в первенстве Рязанской области по лыжному туризму «Снежинка», а в апреле 2012 года – в лично-командном чемпионате Рязанской области по технике водного туризма, показав при этом высокие итоговые результаты.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России имеет в посёлке Солотча Рязанской области оздоровительно-спортивную базу отдыха «Здоровье» на площади 2,4 гектара, где в летний период отдыхают студенты и сотрудники университета. На базе отдыха имеются: благоустроенная столовая на 100 посадочных мест с пищеблоком; 4 деревянных одноэтажных строения для одновременного размещения до 100 отдыхающих и 8 дачных домиков (по 2 отдыхающих в домике); волейбольная площадка, футбольное поле, гимнастический городок, столы для настольного тенниса, бильярд. В период летней оздоровительной кампании 2012 года были организованы 4 смены, во время которых на базе отдохнули около 500 студентов и сотрудников университета.

В течение учебного года в университете на всех факультетах проводились Дни факультетов. Нужно отметить их высокий организационный уровень. В программу проведения Дней факультетов входили спортивные соревнования, игры по брейн-рингу среди студентов разных курсов, интернов, ординаторов, преподавателей. Программа дней

факультетов завершалась праздничными концертами, на которых награждались студенты, ставшие лучшими в учёбе, спорте, научно-исследовательской и общественной деятельности.

В 2011-2012 учебном году сборные команды университета по различным видам спорта приняли участие в соревнованиях Всероссийского Фестиваля спорта «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача» среди студентов медицинских и фармацевтических ВУЗов России.

В мае и июне 2012 года сборная команда университета по регби, состоящая из российских и иностранных студентов, принимала участие в чемпионате России по регби 7 среди студентов Российских ВУЗов в г.Казани и в турнире, посвящённом Дню России, в г.Москве на базе РУДН.

В РязГМУ в течение года во внеучебное время работают 12 спортивных секций по различным видам спорта, в которых занимаются более 800 студентов университета.

Со 2 по 9 июля 2012 года в г.Одессе проходил ежегодный официальный Кубок Украинских Лиг КВН АМиК, участницей которого стала команда КВН РязГМУ «03». Команда КВН «03», успешно преодолев оба отборочных тура, стала финалисткой Фестиваля и получила приглашение принять участие в Кубке в следующем году.

В РязГМУ активно работает волонтерский отряд «Донор». Совместно с отделом по воспитательной работе и Областной станцией переливания крови отряд организует регулярные акции безвозмездной сдачи крови студентами и сотрудниками университета. Со времени образования волонтерского отряда в октябре 2009 г. донорами стали 1085 человек. Сведения о них занесены в базу данных Областной станции переливания крови, и, в случае необходимости, доноры всегда готовы оказать помощь. В 2011-2012 учебном году было проведено 4 акции, в которых приняли участие 366 человек.

Учебное пособие «Формирование опорно-двигательного аппарата студентов в процессе физического воспитания» для студентов высших медицинских и фармацевтических высших учебных заведений, подготовленное авторским коллективом преподавателей университета, в конкурсе на лучшую методическую разработку по здоровьесформирующей и здоровьесберегающей деятельности удостоено диплома Первой степени в номинации «Здоровьесформирующие и здоровьесберегающие технологии в учреждении высшего профессионального образования». По итогам ежегодно проводимой диспансеризации выявлено улучшение показателей здоровья студентов университета.

Таким образом, в Рязанском государственном медицинском университете имени академика И.П. Павлова реализуется одно из важнейших направлений профессиональной подготовки врача – формирование гражданской ответственности за своё здоровье и здоровье окружающих. При этом, приобретение студентами навыков здорового образа жизни

способствует не только укреплению физического и психического здоровья, но и эффективной профессиональной деятельности в долгосрочной перспективе.

Сведения об авторах

Калинин Роман Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, ректор ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.

Киришин Валерий Анатольевич - доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной, инновационной и воспитательной работе ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.

Васильев Владимир Иванович – начальник отдела по воспитательной работе ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.

Прошляков Владимир Дмитриевич – заведующий кафедрой физического воспитания и здоровья воспитательной работе ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.

Харитонов Александр Андреевич – интерн кафедры профильных гигиенических дисциплин, неоднократный победитель и призёр городских, областных и межвузовских соревнований по лёгкой атлетике.

Ульянкина Юлия Геннадьевна – студентка 6 курса лечебного факультета, неоднократный победитель и призёр Всероссийских, городских, областных и межвузовских соревнований по лёгкой атлетике.

Докладчик - **Киришин Валерий Анатольевич** - доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной, инновационной и воспитательной работе ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России. Тема: формирование здорового образа жизни в медицинском ВУЗе. Участники конференции: авторы статьи.

НАЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В УЗБЕКИСТАНЕ: «ЗДОРОВАЯ МАТЬ - ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК» – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОЦВЕТАНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Камилов А.И., Ахмедова Д.И.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, г.Ташкент

С момента приобретения Независимости охрана здоровья матери и ребенка, формирование гармонично развитого поколения являются одним из важнейших направлений государственной политики Узбекистана. За годы реформ отрасли под

руководством и при личном участии Президента Республики Узбекистан Ислама Абдуганиевича Каримова сформирована теоретическая и методическая база, обеспечившая создание Национальной модели системы здравоохранения.

Основой для этого, в первую очередь, стала законодательная и нормативная база отрасли, это - прежде всего принятые 14 Законов, 20 Указов и Постановлений Президента Республики Узбекистан и более 100 Постановлений Правительства, среди которых особое место занимают документы, направленные на защиту прав женщин и детей, заботу о подрастающем поколении, охрану их здоровья, профилактика инфекционных заболеваний, совершенствование системы первичного звена здравоохранения, эффективное функционирование специализированной высокотехнологической помощи.

Примечательно, что одним из первых международных соглашений, к которым присоединился Узбекистан, была Конвенция «О правах ребёнка», ратифицированная Парламентом страны 9 декабря 1992 года, а первым орденом независимого государства, который был утверждён в 1993 году стал орден «Соглом авлод учун», что значит «За здоровое поколение».

Важнейшим этапом коренного преобразования отрасли здравоохранения явился принятый в 1998 году Указ Президента Республики Узбекистан И.А.Каримова «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», определившая на многие годы вперёд концепцию создания и развития медицинского обслуживания населения основанной на всеобщей доступности и социальной справедливости.

Для достижения поставленных целей прежде всего были обеспечены равные условия для получения квалифицированной первичной медико-санитарной помощи в городской и сельской местности. В Узбекистане вместо ранее существовавшей затратной и неэффективной многоступенчатой системы первичного здравоохранения, где услуги оказывались медицинским персоналом, не имеющим высшего медицинского образования, создана современная и эффективная служба бесплатной первичной медицинской помощи, состоящая из сети сельских врачебных пунктов и районных/городских поликлиник. При этом важнейшим достижением отечественного здравоохранения является то, что первичную помощь населению оказывают специалисты с высшим образованием – врачи общей практики.

Реализация комплекса мероприятий по реформированию первичного здравоохранения позволило приблизить квалифицированную медицинскую помощь к жителям даже самых отдалённых населённых пунктов. Населению республики сегодня оказывают квалифицированную помощь около 3200 сельских врачебных пунктов, оснащенных

современной аппаратурой, инструментарием и лабораторным оборудованием. Внедрение современных технологий диагностики, профилактики и лечения, оснащённость современным оборудованием привело к закономерному снижению количества госпитализаций в стационары на 30% и увеличению только за последние 3 года посещаемости сельских врачебных пунктов в 1,6 раза, что свидетельствует о возросшем доверии населения к услугам первичного звена здравоохранения.

На сегодняшний день, в Узбекистане как в городах, так и в отдалённых уголках нашей страны создана сеть оснащённых самым современным лечебным и диагностическим оборудованием родильных комплексов и детских учреждений. Все районные и городские родильные учреждения в рамках проекта «Укрепление здоровья женщин и детей» с участием Азиатского банка развития оснащены современными инкубаторами для новорожденных, наркозно-дыхательной аппаратурой, ультразвуковыми сканерами, мониторами жизнеобеспечения, аппаратами для неинвазивной вентиляции легких новорожденных, кювезами, необходимым инструментарием и расходными материалами.

Создана единая структура оказания специализированной помощи детям, состоящая из Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии и 13 региональных детских многопрофильных медицинских центров.

Специализированную высокотехнологичную помощь матерям и новорожденным оказывают республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии и его 4 региональных филиала, республиканский и 10 региональных перинатальных центров. В рамках совместного проекта с Правительством Японии Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии оснащён самым передовым медицинским оборудованием, а высокопрофессиональный кадровый потенциал Центра обеспечивает оказание всего спектра диагностических и лечебных услуг на уровне мировых стандартов.

Особое внимание уделяется внедрению международных стандартов и рекомендаций ВОЗ/ЮНИСЕФ в области охраны материнского и детского здоровья. В рамках реализации проектов «Укрепление здоровья женщин и детей» с участием АБР и «Совершенствование услуг охраны материнства и детства» с участием Европейского союза и ЮНИСЕФ во всех регионах организованы региональные учебные центры по обучению педиатров, неонатологов и акушер-гинекологов, а также патронажных медсестер, которые оснащены аудио-, визуальным, компьютерным и учебным оборудованием. В рамках этих проектов обучено более 25 000 медицинских работников в области охраны материнства и детства. Эти мероприятия позволили успешно внедрить такие технологии ВОЗ/ЮНИСЕФ, как безопасное материнство, грудное вскармливание и рациональное питание, мониторинг

роста и развития детей, саплементацию жизненно важных микронутриентов среди детей и женщин репродуктивного возраста, интегрированное ведение болезней детского возраста.

При подготовке кадров уделяется большое внимание стажировке, переподготовке, специализации и обмену опытом в ведущих клиниках за рубежом (Россия, Германия, Франция, Великобритания, Япония, Корея, Турция, Израиль, Италия, Австрия, Украина), включая ведущие медицинские центры Москвы, Петербурга, Новосибирска, Казани, Краснодара и другие.

Одним из важнейших вопросов снижения детской заболеваемости является раннее выявление врождённых и наследственных заболеваний, позволяющее предупредить рождение детей-инвалидов с детства. С этой целью, с 1998 года, по инициативе Президента Республики Узбекистан, реализуется Государственная программа “Скрининг матери и ребенка”. Во всех регионах страны организованы современные скрининг центры, оснащенные необходимым лабораторным оборудованием, диагностическими аппаратами, квалифицированными кадрами, деятельность которых направлена на профилактику врожденных и наследственных заболеваний. Ежегодный охват пренатальным скринингом более 30% беременных женщин от общего числа и практически 100% женщин, входящих в группу риска, позволяет предотвратить рождение более 2 тысяч детей с врождёнными и наследственными заболеваниями в год. Так, если в 2000г. показатель рождения детей с врожденными пороками развития составлял 4,95 на 1 000 живорожденных, то в 2010г. этот показатель составил 2,88, с динамикой уменьшения в 1,7 раза за 10 лет.

С целью формирования здоровой семьи и снижению числа потенциально возможных случаев наследственных заболеваний в стране также введена система обязательного добрачного медицинского освидетельствования лиц, вступающих в брак по целому ряду заболеваний, таких как ВИЧ-инфекции, туберкулез, психические, наркологические и венерические заболевания.

Предупреждению рождения детей с врожденными пороками развития также способствуют дополнительные меры по укреплению репродуктивного здоровья матерей в сельских районах республики путем обеспечения беременных женщин на бесплатной основе специальными поливитаминными комплексами, содержащими необходимый спектр жизненно важных микронутриентов. Принятая специальная государственная программа, предусматривающая ежегодное выделение бюджетных средств на приобретение поливитаминных комплексов, позволяет ежегодно оздоравливать свыше 400 тыс. беременных женщин.

В Узбекистане успешно реализуются законы и программы по улучшению питания населения, такие как фортификация муки, йодирование соли, обеспечение витаминными

препаратами детей до 5 лет. Все это способствовало улучшению роста и развития детей, снижению показателей материнской и детской заболеваемости, уменьшению в 2,5 раза анемии среди женщин фертильного возраста за последние 10 лет.

В целях дальнейшего усиления и повышения эффективности проводимой в стране работы по реализации общегосударственных мер по развитию и укреплению системы охраны репродуктивного здоровья населения организованы Республиканский Центр репродуктивного здоровья населения и его 13 региональных филиалов, отвечающие современным требованиям и обеспечивающие необходимые условия для оказания квалифицированной медицинской помощи и повышению информированности населения, в области репродуктивных прав, репродуктивного здоровья и формирования здоровой семьи.

В рамках реализации Постановлений Президента Республики Узбекистан “О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формирование здорового поколения” и «О Программе мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013 гг.» ежемесячно, на системной основе проводятся «Недели оздоровления женщин фертильного возраста, детей и девочек-подростков», во время которых во всех регионах, и особенно в отдаленных и труднодоступных районах, оказывается практическая помощь по консультированию и оздоровлению женщин и детей со стороны более 1400 высококвалифицированных специалистов и профессоров ведущих специализированных центров, НИИ и медицинских ВУЗов страны. На сегодняшний день проведено 38 “Недель оздоровления”.

Создание единой системы и внедрение современных технологий диагностики, профилактики и лечения способствовало повышению качества оказания репродуктивных услуг населению, специализированной акушерско-гинекологической, перинатальной и педиатрической помощи в республике, что привело к улучшению показателей здоровья женщин и детей, уменьшению материнской и детской смертности за годы независимости в более чем в 3 раза.

В рамках мероприятий по улучшению здоровья населения республики, большое значение уделяется реализации мер по борьбе с управляемыми инфекционными заболеваниями. С удовлетворением и гордостью мы можем отметить, что сегодня Узбекистан в полной мере обеспечивает вакцинацию детей до 2-х лет за счёт государственного бюджета. За счёт охвата детей вакцинацией в республике не регистрируются такие инфекции, как полиомиелит, дифтерия и столбняк новорождённых, существенно уменьшились случаи кори, эпидемического паротита, вирусного гепатита. Вместе с тем, благодаря партнерству с

нашими международными организациями в этом году, в связи с неблагоприятной ситуацией во многих странах, в том числе Европейского региона, мы дважды провели профилактические «Недели иммунизации против кори и краснухи», в ходе которых охвачены вакцинацией около 99,4% детей в возрасте до 12 лет.

Но, сегодня мир не застрахован от инфекционных вспышек в различных странах. Например, в 2010 году в соседних государствах, эпидемиологическая неблагополучная обстановка по полиомиелиту была риском для заноса этой инфекции в приграничные районы Узбекистана. Быстрая мобилизация санитарно-эпидемиологической службы республики при поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ позволила провести 6 раундов вакцинации детей до 15 лет против полиомиелита по всей республике, а в приграничных регионах - среди населения до 25 лет. Хотелось бы выразить большую благодарность ВОЗ и ЮНИСЕФ за оперативное содействие в предотвращении случаев инфицирования полиомиелитом, что позволило сохранить Узбекистану статус региона, свободного от полиомиелита.

Реализация государственных программ в области охраны здоровья матери и ребёнка в Узбекистане осуществляется в тесном международном сотрудничестве с ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и другими международными организациями. Высокую оценку со стороны авторитетных международных организаций получила проводимая работа в области охраны материнства и детства в Узбекистане.

Региональным офисом ЮНИСЕФ по странам Восточной Европы, Балтии и СНГ Узбекистан признан региональной моделью по внедрению программ в области охраны материнства и детства. В 2007 году Узбекистан вошел в число 4 стран, из 53 стран региона, определенных ВОЗ для реализации программы Европейской стратегии «Здоровье и развитие детей и подростков». Основным критерием отбора явилась высокая приверженность нашего государства к вопросам формирования здорового поколения.

По оценке ряда международных институтов и международной организации "Save the children" ("Спасем детей"), Узбекистан, заняв 9-е место, вошёл в десятку стран-лидеров в мировом рейтинге государств, где лучше всего заботятся о здоровье детей. Занять такое высокое положение в рейтинге Узбекистану позволило достижение охвата вакцинацией более 98 % детей до 2-х лет, доступность квалифицированной акушерской помощи даже в самых отдалённых населённых пунктах, высокий уровень равномерной обеспеченности медицинскими работниками как в сельской местности, так и городах.

Важнейшим достижением национальной модели здравоохранения Узбекистана является создание принципиально новой системы оказания экстренной медицинской помощи населению, отвечающей самым высоким требованиям и международным стандартам, состоящей из Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, его

областных филиалов и районных подразделений со службой скорой медицинской помощи. Реализован ряд мер направленных на оснащение системы оказания экстренной медицинской помощи современным лечебным и диагностическим оборудованием, так Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, 13 областных филиалов и 173 районных подразделений центра оснащены на общую сумму более 60 млн. долл. США. Это позволило проводить в системе оказания экстренной помощи лечебные и диагностические процедуры на уровне мировых стандартов, включая сложные операции на сердце, магистральных сосудах, эндовизуальные методы диагностики и оперативного лечения. Ежегодно экстренная стационарная и амбулаторная медицинская помощь оказывается более 1,8 млн. больным. Службой скорой медицинской помощи «03» и санитарной авиацией осуществляется более 7 млн. вызовов в год. В целом, за последние 10 лет своевременное оказание экстренной медицинской помощи населению увеличилось на 40%. Следует также отметить, что Постановлением Президента Узбекистана «О Совершенствовании деятельности системы оказания скорой медицинской помощи» утвержден комплекс мер, предусматривающий, ежегодное обновление парка скорой медицинской помощи не менее 10 процентов от имеющегося.

Учитывая необходимость в развитии специализированной высокотехнологичной медицинской помощи населению в республике на базе научно-исследовательских институтов созданы 10 республиканских центров: специализированные центры хирургии, кардиологии, микрохирургии глаза и урологии; специализированные научно-практические медицинские центры, эндокринологии, дерматологии и венерологии, фтизиатрии и пульмонологии, терапии и реабилитации. В настоящее время в специализированных центрах сформированы собственные научные школы, в которых сконцентрировано до 15% всего научного потенциала республики, разработаны и внедрены стандарты диагностики и лечения более чем 1000 заболеваний по 24 направлениям. Ежегодно в центрах проводятся более 20,0 тысяч сложных и высокотехнологичных оперативных вмешательств. Амбулаторно-поликлиническое звено центров обслуживает ежегодно более 580 тыс. пациентов.

Огромное значение в реформировании отрасли придаётся борьбе с заболеваниями, имеющими социальное значение, такими как туберкулёз, ВИЧ/СПИД. В Узбекистане в последние годы отмечается стабилизация основных показателей по туберкулёзу. В результате выполнения «Стратегической программы по снижению заболеваемости и профилактике туберкулёза на 2003-2008 гг.» достигнуты значительные успехи - снижение смертности от туберкулёза на 50,4%, показателя заболеваемости - на 22,5 %. Новым этапом борьбы с туберкулёзом явилась Национальная программа по борьбе с туберкулёзом в Республике Узбекистан на 2010-2015гг., которая предусматривает совершенствование

нормативной базы, строительство, реконструкцию и капитальный ремонт 44 противотуберкулёзных учреждений на сумму в эквиваленте более 100 млн. долларов США и переоснащение учреждений противотуберкулёзной службы современным медицинским оборудованием на сумму 22 млн.долл. США.

Узбекистан строго соблюдает взятые обязательства по достижению Целей Развития Тысячелетия. В республике совместно с ВОЗ, Глобальным Фондом по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, ЮНИСЕФ проводятся широкомасштабные мероприятия по стабилизации и улучшению ситуации по распространению ВИЧ/СПИД. В результате проведения комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий Узбекистан первым в регионе добился не только стабилизации, но и тенденции к снижению показателей ВИЧ. Так, заболеваемость в 2010 году снизилась на 6,6% по сравнению с 2009 годом, а за 9 месяцев текущего года – на 13,8% что меньше аналогичного периода 2010 года.

В республике созданы Республиканский и региональный Центры по борьбе со СПИДом и межрайонные лаборатории, оснащённые современным высокотехнологичным лабораторно-диагностическим оборудованием на сумму более 10,0 млн.долл. США из средств государственного бюджета. В Республике осуществляется большая работа по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку, обеспечивается 100 процентный охват добровольным тестированием беременных женщин на ВИЧ-инфекцию. Проводится специфическое лечение антиретровирусными препаратами ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рождённых ими детей.

Государством уделяется большое внимание подготовке медицинских кадров и повышению квалификации специалистов, в том числе работающих в службе охраны материнства и детства. В ходе реализации закона Республики Узбекистан «Об образовании», Национальной программы по подготовке кадров, а также Государственной программы реформирования системы здравоохранения в высшем образовании осуществлён переход на 2-х уровневую подготовку кадров: в бакалавриате и магистратуре.

В настоящее время в республике создана целостная система подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Подготовка кадров с высшим образованием осуществляется в 9 высших учебных заведениях, 78 профессиональных медицинских колледжей готовят средних медицинских работников. Повышение квалификации и переподготовка медицинских работников осуществляется в 18 центрах.

В настоящее время в республике около 80 тыс. врачей и более 310 тыс. средних медицинских работников, из них непосредственно 72 тыс. врачей и 290 тыс. средних медицинских работников в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

По республике на 10 000 населения приходится 25,7 врачей и 106,0 среднего медицинского персонала, что полностью соответствует рекомендациям ВОЗ. При этом достигнуто равномерное обеспечение медицинскими кадрами, как в сельской местности (23,5 врачей и 136,5 среднего медицинского персонала), так и в городах (27,7 и 77,3 соответственно).

Одним из приоритетных направлений здравоохранения является обеспечение населения и медицинских учреждений лекарственными средствами. Так, если до обретения республикой независимости только 2 производителя выпускали всего 20 наименований лекарственных средств, то на сегодня в фармацевтической отрасли 124 предприятия производят более 1100 наименований лекарственных средств. Всего по Республике в настоящее время в Реестр лекарственных средств внесено более 6 тыс. наименований лекарственных средств, из которых свыше 1100 – отечественного производства.

В Узбекистане уделяется большое внимание на внедрение здорового образа жизни среди населения, на формирование и укрепление здоровья подрастающего поколения и в этих целях в 2002 году создан Фонд развития детского спорта. Большое развитие приобрело спортивное движение среди учащихся детей и молодёжи. Сегодня в республике к спорту приобщаются миллионы учащихся: более 1,9 млн. учащихся в возрасте от 6 до 15 лет занимаются спортом и физическим оздоровлением. Популярными стали спортивные соревнования «Умид нихоллари» («Ростки надежды») - среди школьников до 15 лет, «Баркомол авлод» («Гармоничное поколение») – среди учащихся академических лицеев и профессиональных колледжей, Универсиада – среди студентов. Это движение в полной мере соответствует приоритетным направлениям стратегии ВОЗ по питанию и физической активности.

Благодаря проводимым реформам отчётливо проявились позитивные тенденции в сфере здравоохранения и улучшении качества жизни населения. Так, продолжительность жизни с 1990 года по 2010 год увеличилась с 67 до 73,1 лет (у женщин – 75 лет). Уровень общей смертности за последние 20 лет снизился с 6,1 до 4,9 на 1000 человек.

В 2000 году на Генеральной Ассамблее ООН, Республика Узбекистан, как член Организации Объединенных Наций, взяла на себя обязательства по достижению Целей Развития Тысячелетия. Хотелось бы отметить, что осуществлённые глубокие преобразования в области здравоохранения и сильная социальная политика государства в полной мере способствуют и обеспечивают достижение этих целей. Так, в результате реализации государственных программ к 2011 году уровень материнской и детской смертности сократился более чем в 3 раза, стабилизировалась ситуация с распространённостью ВИЧ/СПИД и туберкулёза.

Высокая оценка и признание национальной модели здравоохранения Узбекистана была дана со стороны региональных руководителей ВОЗ, ЮНИСЕФ, международных экспертов и всемирно признанных ученых в области здравоохранения на Международном симпозиуме «Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: «Здоровая мать - здоровый ребенок», который прошел с участием Президента Республики Узбекистан И.А.Каримова и Генерального директора ВОЗ Маргарет Чан в ноябре 2011 года в г.Ташкенте. В принятой Резолюции Ташкентского Международного симпозиума отмечено: «Признать Национальную модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: «Здоровая мать – здоровый ребенок» как одну из эффективных стратегий в достижении Глобальных Целей во имя развития и значительные успехи, достигнутые в сфере охраны материнского и детского здоровья в Узбекистане. Признать вклад и полную приверженность Узбекистана делу достижения Целей Развития Тысячелетия, связанных с охраной здоровья и стимулированием устойчивости многосекторной деятельности, а также с Глобальным Партнерством, в деле достижения данных целей». Материалы Ташкентского международного симпозиума стали официальным документом ООН на 66-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН.

Все это стало еще одним подтверждением высокой эффективности осуществляемой в Узбекистане с первых дней независимости государственной политики, важнейшим приоритетом которой является забота о здоровье матери и ребенка и формировании здорового поколения –великого будущего Независимого Узбекистана.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ РИСКА И ПРОГНОЗА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

Капустин С.И., Папаян Л.П., Бессмельцев С.С., Селиванов Е.А.

ФГБУ “Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России”

Артериальные и венозные тромбозы остаются ведущей причиной смертности и инвалидизации в Российской Федерации и представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Частота возникновения венозного тромбоза (ВТ) достигает 1-2 случаев на каждую тысячу населения ежегодно, при этом значительная часть из них заканчивается летальным исходом, связанным, как правило, с развитием фатальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Весьма ощутимы для бюджета страны и экономические потери, связанные с лечением острых эпизодов ВТ и их последствий. В связи

с внезапным и подчас непредсказуемым характером течения тромботического процесса, в современной стратегии борьбы с тромбоэмболическими заболеваниями особая роль отводится их профилактике и прогнозированию. Очевидно, что успешное решение этих задач возможно лишь при условии глубокого понимания сложных патогенетических механизмов тромбоза.

Прогресс, достигнутый за последние годы в этой области, связан, прежде всего, с открытием целого ряда нарушений в системе гемостаза, предрасполагающих к развитию тромбозов различного калибра и локализации и обозначаемых в литературе термином “тромбофилия”. Современная классификация тромбофилий включает целый ряд приобретенных и наследственных, т.е. генетически обусловленных, форм. Мутации в генах факторов II (G20210A) и V (G1691A, FV Leiden) свертывания крови, наряду с дефицитом естественных антикоагулянтов (антитромбина III, протеинов C и S), относятся к числу наиболее значимых для возникновения ВТ и распространенных в популяции детерминант наследственной тромбофилии. Однако указанные аномалии могут быть выявлены лишь примерно у одной четверти больных с ВТ, а их диагностическая и прогностическая ценность по-прежнему вызывает у многих авторов сомнения. Все это свидетельствует о несовершенстве наших представлений о молекулярных механизмах патогенеза ВТ и необходимости проведения дальнейших исследований в данном направлении.

На основании общепринятой сегодня концепции о полигенном характере предрасположенности к тромбозу нами было проведено ретроспективное исследование группы из 593 больных с ВТ, целью которого явилось установление генетических факторов риска и прогноза этого осложнения. Были проанализированы особенности аллельного полиморфизма 16-ти генов, вовлеченных в регуляцию системы гемостаза, как в общей группе больных, так и в зависимости от пола, возраста пациентов, а также некоторых клинических особенностей течения заболевания.

Установлено, что наиболее значимыми факторами риска ВТ у жителей Северо-Западного региона РФ являются мутации в генах факторов II и V. Наличие какой-либо из указанных мутаций в гетерозиготном состоянии ассоциировано с более чем 4-кратным увеличением риска этой патологии. Были выявлены новые факторы риска возникновения ВТ (аллельные варианты отдельных генов, а также их сочетания), независимо от наличия мутаций в генах факторов II и V увеличивающие вероятность развития этого осложнения у индивида. Также получены данные, свидетельствующие о наличии специфических механизмов генетической предрасположенности к ВТ у лиц разного пола и возраста. В частности, гомозиготное носительство аллеля 1565C гена гликопротеина IIIa характеризовалось существенным увеличением риска ВТ у женщин, в том числе, молодого

(до 45 лет) возраста. Результаты проведенного исследования подтвердили наши предположения о том, что генетические особенности индивида не только влияют на риск развития ВТ, но и в значительной степени определяют характер его клинических проявлений. В частности, были выявлены генотипы и их сочетания, ассоциированные с рецидивирующим течением тромбоза глубоких вен нижних конечностей или/и риском развития ТЭЛА.

Таким образом, комплексная оценка генотипа индивида существенно расширяет возможности молекулярной диагностики для прогнозирования риска возникновения ВТ с учетом пола, возраста и клинических форм заболевания, что в перспективе позволит более обоснованно подходить к дифференцированному планированию и проведению адекватной терапии, а также выработке алгоритмов наблюдения за различными группами пациентов. Кроме того, выявление неблагоприятных генетических факторов может быть использовано при решении вопроса о проведении первичной профилактики тромбозов среди родственников пациентов с ВТ, а также в классических группах риска. Своевременная молекулярная диагностика неблагоприятных аллельных вариантов генов системы гемостаза может занять важное место в борьбе с угрожающими жизни и здоровью населения РФ тромботическими осложнениями.

РОЛЬ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА, РАЙОНЫ И ПОСЕЛКИ» В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Касимов Р.А.

БУЗ «Вологодский областной центр медицинской профилактики»

Здоровье человека, как и всего населения, зависит от множества факторов. Исходя из этого, следует искать комплекс таких стратегий, которые могли бы позитивно влиять на все это множество факторов или на наиболее значимую их часть для здоровья людей. По данным Всемирной организации здравоохранения из всех факторов, влияющих на здоровье 50% приходится на образ жизни, 20% на среду обитания, 20% на генетический статус и 10% на медицину. Эти данные свидетельствуют о том, что главное внимание в профилактической деятельности следует уделять улучшению образа жизни людей. Однако, другую часть обозначенных факторов, от которых зависит здоровье человека, для достижения успехов в оздоровлении населения, необходимо также активно решать.

В предыдущие годы в развитии здоровья населения Вологодской области основной акцент был сделан на улучшение состояния здоровья вологжан за счет изменения их образа

жизни в сторону здорового. На основе анализа данной работы мы пришли к выводу о том, что искать пути для повышения эффективности формирования здоровья населения следует не только в усилении работы по формированию здорового образа жизни, но и в создании условий для этого, а также в разрешении экологических, генетических и медицинских факторов риска здоровью. Для успешной реализации данных направлений по улучшению здоровья населения необходимы комплексные технологии муниципального и локального уровней. Таким решением может стать программа «Здоровые города, районы и поселки», которая успешно реализуется в ряде муниципальных образований субъектов Российской Федерации, в том числе и Вологодской области.

История развития данной программы связана с проектом ВОЗ «Здоровые города», в котором с середины 90-х годов прошлого столетия активно принимают участие более двух десятков городов Российской Федерации [3]. В европейскую сеть «Здоровые города» также вошли города Вологодской области, Череповец и Великий Устюг. За этот период российскими городами, участвующими в этом проекте, накоплен большой опыт комплексного подхода к решению проблем здоровья населения этих муниципальных образований.

Осенью 2010 года по инициативе мэра г. Череповца О. А. Кувшинникова, при единогласной поддержке всех городов российской сети «Здоровые города» была создана «Российская Ассоциация «Здоровые города, районы и поселки». Это было связано со спецификой развития данного проекта в Российской Федерации. Наша страна представлена большим количеством сельских муниципальных образований – районов и сельских поселений, в которых проживает более половины населения России. Данная инициатива была также с большим уважением поддержана ВОЗ.

К началу 2012 года в Вологодской области возникла собственная региональная сеть Российской Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки». В Российскую Ассоциацию вступили, кроме г. Череповца и Великого Устюга, г. Вологда и сельские муниципальные образования: Нюксенский, Чагодощенский районы и п. Кадников. Решением руководителей этих муниципальных образований были разработаны и реализуются программы «Здоровые города, районы и поселки».

Особое место в развитии вологодской сети муниципальных образований, реализующих программу «Здоровые города, районы и поселки», принадлежит БУЗ ВО «Вологодский областной центр медицинской профилактики» (далее Центр). Ещё в начале 2000 годов этим учреждением было осуществлено содействие внедрению проекта ВОЗ «Здоровые города» руководителями городов Череповец и Вологда. Также оказана определенная методическая поддержка в части развития в проекте раздела профилактики

факторов риска заболеваний и активного вовлечения в этот процесс лечебно-профилактических учреждений. С целью дальнейшего продвижения данного проекта в муниципальных образованиях Вологодской области Центром была разработана программа обучения лиц, принимающих решения: «Комплексный подход к формированию здоровья населения - программа «Здоровые города, районы и поселки». Обучение глав сельских муниципальных районов, сельских поселений и их администраций, руководителей учреждений, организаций и предприятий по данной программе осуществляют подготовленные специалисты Центра, а также департаментов и управлений Правительства области, профильных региональных профилактических центров и диспансеров [1]. В ноябре 2011 года в г. Вытегра Вологодской области на базе учебного центра МЧС прошла 28-я обучающая конференция для лиц, принимающих решения по данной теме. В работе конференции принял участие заместитель председателя Совета Федерации РФ герой России Ю.Л. Воробьев, что повысило статус сельской конференции по проблемам здоровья.

Организация районной конференции по обучению лиц, принимающих решения, осуществляется по определенному алгоритму:

1. Проводится встреча с главой района руководителя департамента здравоохранения или одного из его заместителей - с привлечением известных и авторитетных лиц в регионе. К примеру, ректора развития образования или известного писателя, артиста - с обсуждением темы состояния здоровья населения муниципального образования, проблем и путей их решения. В конце встречи предлагается главе района выйти с инициативой на Губернатора области о проведении обучающей конференции для лиц, принимающих решения, с целью подготовки их к планированию межведомственных мероприятий в рамках программы «Здоровые города, районы и поселки»;

2. При поступлении письма из муниципального образования в Правительство, далее в департамент здравоохранения и другие ведомства, ответственные за здоровье населения, с визами Губернатора области или его заместителя Центр приступает к подготовке конференции за 2 – 3 месяца до его начала с выездом в этот сельский район. Администрация района при организационно-методической поддержке Центра готовит программу конференции, место проведения, его техническое оснащение, формирует раздаточный материал, решает задачи по приглашению участников, их размещению и организации питания.

Главные условия для начала реализации программы «Здоровые города, районы и поселки»:

1. Личное желание руководителя муниципального образования (субъекта РФ);
2. Создание бюро проекта: 1-2 освобожденных специалиста;

Преимущества технологий программы «Здоровые города, районы, поселки»:

- Создаются условия жизни в муниципальном образовании, в котором удобно, уютно и комфортно обитать всем, в том числе и людям с ограниченными возможностями;
- Реализуется в интересах улучшения здоровья и качества жизни каждого жителя муниципального образования;
- Позволяет выявить факторы, ухудшающие здоровье и качество жизни людей, и определить приоритеты в решении задач улучшения здоровья и качества жизни людей;
- Оптимизируется существующий бюджет муниципального образования в интересах улучшения качества жизни населения, без дополнительных финансовых вложений;
- Вовлекаются в процесс улучшения здоровья и качества жизни все ведомства власти и сектора общества, а также само население;
- Позволяет оценить эффективность проекта по объективным и субъективным критериям, с участием населения;
- Максимально используется организационный и профессиональный ресурс (государственной власти, администрации) и человеческий ресурс активности населения;
- Возглавляет проект и управляет им через бюро проекта лично руководитель муниципального образования – мэр, глава (субъекта РФ);
- Формируется муниципальная политика гуманистической направленности, которая открыта и понятна всем;
- Главная идея – все во благо человека, живущего в муниципальном образовании (субъекте РФ).

Этапы развития программы «Здоровые города, районы и поселки» в муниципальных образованиях субъекта РФ (субъектах РФ) [3]:

Подготовительный этап - формирование политики по актуальности развития программы в масштабе региона и муниципального образования и получение согласие мэра (главы) муниципального образования;

Основные этапы:

Первый этап -

- Ознакомление с проектом;
- Создание освобожденного бюро проекта;
- Разработка Профиля здоровья №1 (выявление всех факторов, влияющих на здоровье населения, опрос населения об оценке ими этих факторов).

Второй этап -

- разработка программы «Здоровые города, районы и поселки» (3 – 5 лет) и его реализация.

Третий этап –

- Разработка Профиля здоровья №2 (повторное выявление всех факторов, влияющих на здоровье населения, опрос населения об оценке ими этих факторов);
- Анализ динамики факторов, влияющих на здоровье;
- 3.Корректировка плана и его дальнейшее развитие.

Опыт развития программы «Здоровые города, районы и поселки» в Вологодской области подтвердил его эффективность в решении задач формирования здоровья населения. Так, в г. Череповце, где реализуется программа «Здоровые города, районы и поселки», показатели распространенности курения и чрезмерного потребления алкоголя лучше, чем средние по Вологодской области.

Если по состоянию на начало 2009 года распространенность курения по области составляет 31.0%, то этот же показатель по г. Череповцу, в котором реализуется программа с 2001 года, в 2009 году составил 27,7% , в 2004 году эти показатели распространенности составляли соответственно 34,7% и 34,6%, что значительно выше предыдущих показателей. Распространенность чрезмерного потребления алкоголя в 2004 году по области составляла 14,1%, а в 2009 году 12,1%, по г. Череповцу в 2004 году 11,3%, а в 2009 году 9,8%.

Развитие программы ВОЗ «Здоровые города» в Российской Федерации на основе создания Российской Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки» выявило ряд особенностей:

- Членом Ассоциации, так же как и муниципальное образование, может быть и субъект Российской Федерации;
- Председателем Российской Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки», так же как мэр или глава муниципального образования, может быть избран и руководитель субъекта РФ;
- Субъект РФ может развивать собственную сеть муниципальных образований, реализующих программу «Здоровые города, районы и поселки»;
- Муниципальные образования, реализующие программу «Здоровые города, районы и поселки», нуждаются в поддержке регионального и национального уровней власти;
- Структурное подразделение, осуществляющее организационно-методические и координационные функции в составе межведомственных рабочих групп по

реализации программы «Здоровые города, районы и поселки», целесообразно создавать при отрасли экономического развития;

- Региональная и муниципальная системы медицинской профилактики реализуют задачи по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в структуре программы «Здоровые города, районы и поселки».

Одним из главных достижений программы «Здоровые города, районы и поселки» стало его влияние на формирование партнерских отношений между властью и населением, усиление доверия и уважения населения к органам исполнительной власти на местах. В чем секрет данного успеха? При разработке стратегии социально-экономического развития региона (муниципального образования) на каждую из направлений стали выявляться детерминанты здоровья, определяющие качество жизни населения. Особое место и роль в выявлении этих детерминантов принадлежат специалистам медицинской профилактики, глубоко профессионально знающим основы формирования здоровья человека, которые активно участвуют в решении этой задачи в составе межведомственных рабочих групп.

Под эти детерминанты здоровья были определены объективные и субъективные показатели, характеризующие конкретные величины, по которым можно определить эффективность процесса развития каждой из намеченных стратегий в динамике изменений этих величин. Методом опроса населения определяются субъективные показатели развития детерминантов здоровья в регионе (муниципальном образовании), которые сопоставляются с объективными показателями для принятия окончательного решения при разработке стратегий развития здоровья, что, по сути, является технологией вовлечения населения в управление муниципальным хозяйством. Процесс выявления субъективных и объективных показателей, влияющих на здоровье, и определение из них главных причин, ухудшающих здоровье населения, называется процессом разработки «профиля здоровья».

Программа «Здоровые города, районы и поселки» позволяет комплексно, при участии всех секторов власти и самого населения решать проблемы улучшения здоровья и качества жизни людей, формировать у них здоровый образ жизни, в связи с чем, является перспективной моделью, которую можно реализовать в любом субъекте, муниципальном образовании Российской Федерации.

Список использованной литературы

1. Колинко А.А., Касимов Р.А. «Организация региональной системы медицинской профилактики». Методические рекомендации. – Вологда: ООО «Альфа-принт», 2008. – 224с.

2. Концепция «Вологодская область – ЗДОРОВЬЕ – 21», под ред. И.А.Позднякова, Л. Костович. Изд. 2, - Вологда: Салон «На Дворянской», 2000. - 40с.
3. Проект «Здоровые города». Первые двадцать шагов. Версия документа на русском языке подготовлена В.Л. Ушаков, Ю.Е. Абросимова и др., 2-е изд. ВОЗ. - 1995. – 72с.
4. Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы», И.А. Поздняков, А.А. Колинко и др. Вологда: «Полиграфист», 2002. - 50с.
5. Информационный сборник

ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ И ПАССАЖИРОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Каськов Ю.Н., Подкорытов Ю.И., Фархатдинов Г.А.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и
благополучия человека по железнодорожному транспорту, г.Москва

Санитарно-эпидемиологическая безопасность при перевозках железнодорожным транспортом пассажиров и грузов является неотъемлемой составляющей обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны. Сохранение здоровья и жизни работников железнодорожного транспорта является одной из важнейших задач ОАО «Российские железные дороги». За последние годы отмечается некоторая тенденция к улучшению условий труда на объектах промышленных предприятий железнодорожного транспорта. Среди работников железнодорожного транспорта Российской Федерации ежегодно регистрируются 120-150 случаев профессиональных заболеваний, из которых 75% - в хронической форме. Уровень профзаболеваний по сети железных дорог в последние годы колеблется в пределах 0,7-1,2 случаев на 10 тыс. работающих. Практически ежегодно регистрируются единичные случаи острых форм профзаболеваний и отравлений, преимущественно химические интоксикации, связанные с нарушением техники безопасности на производстве. От числа выявляемых профзаболеваний, около 40% случаев регистрируются среди работников локомотивных бригад (машинистов и помощников машинистов локомотивов), в структуре которых преобладают заболевания нейросенсорной тугоухостью (63,0%). Около трети рабочих мест на промышленных предприятиях железнодорожного транспорта, не соответствуют требованиям санитарных норм по: шуму, электромагнитным полям, освещенности, вибрации и микроклимату. В воздушной среде закрытых помещений и воздухе рабочей зоны превышение предельно-допустимых

концентраций (ПДК) паров и газов зарегистрировано в 4%, а пыли и аэрозолей в 10% исследованных проб. При лабораторном исследовании проб атмосферного воздуха в зоне влияния промышленных предприятий установлено, что удельный вес веществ 1 и 2 класса опасности, из общего количества выбрасываемых в атмосферу ингредиентов, в среднем по сети железных дорог составляет 20%, а на отдельных железных дорогах этот показатель достигает 50%.

Влияние различных факторов неблагоприятного воздействия на здоровье работающих на объектах железнодорожного транспорта создают предпосылки возникновения не только профессиональных, но и профессионально-обусловленных заболеваний. Например, работа водителей локомотивов (машинистов и их помощников) связана со значительными эмоциональными нагрузками при обеспечении безопасности движения пассажирских и грузовых железнодорожных составов. Дополнительными факторами неблагоприятного воздействия на работников локомотивных бригад могут являться неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние кабин локомотивов (повышенный шум и вибрация, неудовлетворительный микроклимат, недостаточная освещенность приборов, неудобные кресла и пр.). Все это может способствовать возникновению среди них профессионально-обусловленных заболеваний, в первую очередь, гипертонической болезни. Неблагоприятное воздействие факторов окружающей среды на рабочих местах создают предпосылки возникновения профессионально-обусловленных заболеваний работающих на других объектах железнодорожного транспорта. В связи с этим, основной задачей обязательных периодических медицинских осмотров является необходимость оценивать состояние здоровья обследуемых на донологическом уровне.

Наряду с вопросами охраны здоровья работников железнодорожного транспорта актуальными остаются задачи по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия пассажирских перевозок. На крупных железнодорожных вокзалах скапливается, особенно в летнее время, большое количество пассажиров. Вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности и антитеррористической защищенности их пребывания на вокзалах обсуждаются на межведомственном уровне, с участием представителей органов Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту, дирекций железнодорожных вокзалов, транспортной прокуратуры, транспортной полиции и пр. Проведение межведомственных (расширенных) совещаний позволяет всесторонне обсуждать проблемные вопросы, определять перспективные пути их решений, а также вырабатывать эффективные механизмы для их своевременной реализации.

Подобным образом решаются и вопросы обеспечения безопасности перевозок

пассажиры в пути следования. Пополнение парка пассажирских вагонов нового поколения, с кондиционированием воздуха, оснащенными биологическими туалетами, способствуют созданию улучшенных (комфортных) санитарно-гигиенических условий для пассажиров в поездах дальнего следования. В то же время вопросы противоэпидемической безопасности пассажирских перевозок, остаются актуальными. В пассажирских вагонах имели место случаи обнаружения ртути и повышенного радиационного фона. В 2004 году гражданин России, прибывший самолетом из Дели (Индия) через Ашхабад в Москву, в тот же день выехал пассажирским поездом в Республику Башкортостан, где был госпитализирован в инфекционную больницу и от него выделен возбудитель холеры Эль-Тор. В 2006 году гражданин России, прибывший самолетом из Индии в Москву, далее следовал пассажирским поездом до Мурманска, где от него также был выделен возбудитель холеры. В 2009 году в вагоне пассажирского поезда «Благовещенск-Москва» умерла 24-летняя гражданка Китая, следовавшая в составе группы трудовых мигрантов, состоящей из 52 граждан из Китая, в связи с этим проводились первичные противоэпидемические мероприятия, как при подозрении на особо опасное инфекционное заболевание, которое было исключено после проведения необходимых лабораторных исследований. При перевозках организованных детских коллективов, среди детей нередко возникают различные инфекционные заболевания, преимущественно передающиеся воздушно-капельным путем. В пути следования организованных детских коллективов свыше 2-х суток дети обеспечиваются горячим питанием в вагонах-ресторанах. При перевозках менее 2-х суток им предоставляется продуктовый «сухой паек», набор которого согласуется с соответствующими инстанциями.

В системе профилактических мероприятий по охране здоровья работников железнодорожного транспорта наиболее действенными можно считать разработку комплексных программ по улучшению условий труда на конкретных объектах. В связи с этим, при участии Управления Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту разработаны и утверждены: «Комплексная программа по улучшению условий труда в ОАО «Российские железные дороги» на 2010-2012 года». На всех железных дорогах Российской Федерации, созданы инженерно-врачебные бригады, в состав которых включены специалисты органов и учреждений Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту. Оценка результатов выполнения комплексных программ, с накоплением информационной базы данных о санитарно-эпидемиологическом состоянии конкретных объектов, а также результатов периодических осмотров работающих, позволят осуществлять ретроспективный и текущий анализ причинно-следственных связей в формировании общей и профессиональной заболеваемости, как на отдельных предприятиях, так и в целом

по железнодорожному транспорту Российской Федерации.

Авторы:

Каськов Юрий Никитович - Руководитель Управления Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту - Главный государственный санитарный врач по железнодорожному транспорту Российской Федерации, канд. мед. наук, тел. 8(499) 235-25-72.

Подкорытов Юрий Иванович – Эксперт – врач Управления Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту, канд. мед. наук, тел. сл. 8(495) 633-27-69.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Кетлинский С.А., Симбирцев А.С.

ФГУП «Гос.НИИ особо чистых биопрепаратов» ФМБА России, г. Санкт-Петербург

Современные генно-инженерные препараты занимают все более весомое место в лечении широкого круга заболеваний человека. Особое место в этом направлении занимает создание медицинских препаратов нового поколения, основанное на воспроизводстве структурно-функциональных аналогов биологически активных молекул, синтезируемых клетками организма. Смысл создания таких препаратов заключается в повторении методами нанотехнологии уникальных биологических свойств молекул, сформированных самой природой в течение миллионов лет эволюции и не имеющих равных среди других искусственно конструируемых лекарств. Среди подобных веществ особое место занимают цитокины, которые могут быть выделены в новую самостоятельную систему регуляции основных функций организма, существующую наряду с нервной и эндокринной регуляцией и связанную в первую очередь с поддержанием гомеостаза при внедрении патогенов и нарушении целостности тканей. Цитокины – полипептидные медиаторы межклеточного взаимодействия, регулирующие ряд нормальных физиологических функций, защитные реакции и регенерацию тканей. Движущей силой интенсивного изучения цитокинов всегда была многообещающая перспектива их клинического использования для лечения широко распространенных заболеваний, в том числе, инфекционных, аутоиммунных заболеваний и рака. В России зарегистрированы несколько препаратов рекомбинантных цитокинов, включая интерфероны, колониестимулирующие факторы, интерлейкины, а также их антагонисты. Цитокины, чьи рекомбинантные аналоги используются для терапии, сами

синтезируются клетками организма в ответ на проникновение в ткани патогенов, при развитии иммунопатологии, в частности аутоиммунных заболеваний. Поэтому принцип лечения препаратами цитокинов заключается либо в усилении действия эндогенных цитокинов путем введения в организм природных или рекомбинантных препаратов, либо в проведении антицитокиновой терапии, направленной на удаление избытка эндогенных цитокинов или блокирования их биологической активности. Развитие новых подходов с применением принципов персонализированной терапии позволит еще более увеличить эффективность использования цитокинов в клинической практике для лечения заболеваний человека.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СМОЛЕНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Козырев О.А., Грекова А.И.

ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия

Минздравсоцразвития РФ, г. Смоленск

В СГМА разработана Программа деятельности по оздоровлению и пропаганде ЗОЖ, которая входит, в утвержденный Ученым Советом, «План воспитательной и внеучебной работы СГМА» и соответствует заявленной Миссии Смоленской государственной медицинской академии в области обеспечения качества образования. Целью данной программы является формирование у студентов и сотрудников академии идеологии здорового образа жизни, укрепление физического и духовного здоровья.

Основные направления программы:

I. Научно-исследовательская работа по проблеме здорового образа жизни.

Научно-исследовательская работа по проблеме ЗОЖ проводится по следующим направлениям: влияние различных факторов окружающей среды и физической активности на состояние здоровья, мониторинг качества жизни студентов с использованием международного опросника «EUROHIS», физическая подготовленность и физическое развитие студентов, диагностика рейтинга здоровья с использованием компьютерных технологий. Проводятся Всероссийские и международные научно-практические конференции, посвященные аспектам ЗОЖ, регулярно издаются руководства, монографии, методические рекомендации, учебные пособия.

II. Мероприятия по сохранению здоровья студентов и сотрудников академии:

Регулярно проводится мониторинг состояния здоровья и физической подготовленности студентов, диспансеризация студентов и сотрудников академии. Функционирует профилакторий, выделяются средства на оздоровление студентов в спортивно-оздоровительных лагерях.

III. Мероприятия по профилактике наркотической, алкогольной, никотиновой и иных видов зависимостей

Разработаны и утверждены на Ученом Совете «Положение по профилактике наркомании, табакокурения, алкогольной зависимости; ВИЧ/СПИД инфекции» и «Положение по профилактике правонарушений».

Государственный образовательный стандарт включает учебную дисциплину по основам формирования навыков здорового образа жизни. Разработана образовательная программа и учебно-тематический план цикла тематического усовершенствования «Формирование здорового образа жизни» для врачей центров здоровья Смоленской, Брянской и Калужской областей. В Академии регулярно проводятся социологические исследования консультации специалистов, тренинги, конкурсы карикатур, рисунка, плаката. Ежегодно проводятся мероприятия, посвященные Всемирному дню борьбы со СПИДом, Всемирному дню отказа от курения, Всемирному дню здоровья. Студенты участвуют в акциях: «День донора», «Здоровье нации», «Мы хотим жить».

IV. Духовно - нравственные и спортивно - массовые мероприятия, направленные на формирование физического и духовного здоровья.

Большое внимание уделяется спортивно-массовой работе. Для занятий спортом в академии имеется хорошая материально техническая база. Работают спортивные секции по 15 видам спорта. Ежегодно студенты и сотрудники академии принимают участие не менее, чем в 50 соревнованиях на первенствах Академии, города, области, России.

Инновационным проектом СГМА в сфере репродуктивного здоровья является молодежная социальная акция с международным участием «Сохрани мне жизнь». Наиболее значимыми и эффективными мероприятиями духовно-нравственного развития являются научно-практические конференции по проблемам этики, культуры общения. Работают философский клуб «Зеркало» и психологический клуб «Метро», вариантами работы которых являются диспуты в форме ролевых игр, конкурсы творческих работ, мини-спектакли, психологические тренинги. Ежегодно проводится более 30 культурно-массовых мероприятий, в которых участвует около 2000 студентов.

Таким образом, реализация данной программы даст нам возможность сохранить и укрепить здоровье наших студентов, сформировать навыки здорового образа жизни, что

позволит им полноценно выполнять возложенные на них профессиональные функции, и, в конечном итоге поможет сохранить здоровье нации.

БИОФИЗИКА ПЕРВОГО ВДОХА

Кричков А.Г, Шнайбель О.И.

Международный центр ревитализации и омоложения «Ла Лик», г. Москва.

Международный научный технический центр «Здоровье, Спорт, Бизнес». г. Москва.

Проведенные в 2009 – 2011 годах биофизические исследования по разделу медицинской физики предоставили для исследователей интересный материал.

Была выявлена взаимосвязь между физиологией человека и активностью радионуклидов, распределенных в теле человека. В суточном цикле статистически достоверно было зафиксировано перераспределение энергии в теле человека, которое наблюдалось в виде изменения активности радионуклидов в зависимости от времени суток.

Используемые радиометрические и спектрометрические методы исследований, позволили сделать вывод, что человек является источником электромагнитной волны в спектре гамма квантов. Изменение активности человеческого излучения в гамма спектре происходит в зависимости от времени суток. Интенсивность излучения человека уменьшается с увеличением возраста.

Возник закономерный вопрос, – в какой момент жизни человек приобретает возможность быть источником электромагнитной волны в спектре гамма излучения. Для ответа на этот вопрос были проведены наблюдения и тестовые спектрометрические измерения в период беременности и на момент родов.

Исследования проводились на базе Городского Родильного дома и женского центра по сопровождению беременности.

В исследованиях участвовало по разделу радиометрии – 18 человек. По разделу спектрометрии – 12 человек. Всего – 30 человек. Замеры производились в упор к телу человека, торцевой частью детектора. Погрешность в дистанции $\pm 0,5$ см.

Оборудование: Canberra InSpector 1000 – цифровой сцинтилляционный гамма – спектрометр, программное обеспечение Genie – 2000, стабилизированный сцинтилляционный блок детектирования гамма излучения с кристаллом NaI(Tl). IPROS – 2.

Измеряемый диапазон энергий 50 кэВ – 3 МэВ. Энергетическое разрешение в пике полного поглощения гамма – квантов с энергией 661,6 кэВ – не более 8 %. Чувствительность

внешнего блока детектирования к гамма – излучению радионуклида Cs – 137 – 1300 ± 46 имп/с/мкЗв/ч.

Длина спектра – 256, 512, 1024, 2048 или 4096 каналов.

Интегральная нелинейность – не более 0,6 %.

Пропускная способность спектрометрического тракта – не менее 5×10^4 импульсов/сек.

Максимальная входная скорость счета – не менее 5×10^5 импульсов/сек.

Анализ спектрограмм не позволяет сделать вывод о наличии пиков или расширении площади пика на момент первого вдоха. Спектрограмма первого вдоха ребенка отличается от спектрограммы матери лишь меньшим числом событий по всему энергетическому спектру. Но в то же время наблюдается увеличение счета гамма импульсов в секунду и увеличение показаний по дозе при радиометрическом контроле.

На первый взгляд, этот противоречивый факт, объясняется активностью природных радионуклидов сформированных в период развития плода, но проявивших свою активность только в момент первого вдоха ребенка. В теории и практике вопроса, говоря о радионуклидах, их активность должна была бы проявлена в период беременности у матери. Но статистической достоверности по изменению фотонного излучения беременной женщины по отношению к небеременной не было обнаружено. Наблюдаемые сроки беременности 12 недель – 39 недель. Дополнительно в момент первого вдоха ребенка наблюдается зафиксированная и измеренная активность радионуклидов, не свойственных матери в период родовых схваток.

В проведенных наблюдениях, совокупная активность радионуклидов проявилась в виде увеличения счета гамма импульсов в секунду и увеличения показаний по дозе при радиометрическом контроле.

Наблюдения: дети, у которых при анализе спектрограммы по радионуклидам, отсутствуют трансурановые элементы на момент первого вдоха, далее подвержены остановке дыхания на раннем родовом досмотре и реанимации. Прогностический признак по шкале Апгар снижается при отсутствии следующих радионуклидов: ^{231}Pa , ^7Be , Pu при первом вдохе.

Обнаруженные радионуклиды, относятся к природным и естественным, обладают низкой активностью. В 99,99% случаев ниже 1 мкКи, что позволяет отнести их к разряду малоопасных для здоровья человека.

Анализ спектрограмм и активности радионуклидов, позволяет сделать вывод, что перераспределения или передачи энергии от матери к ребенку не происходит.

При рассмотрении спектрограмм первого вдоха наблюдается стороннее, разовое и одновременное воздействие на ребенка по всему энергетическому спектру с одновременной

активизацией радионуклидов и появления новых, не свойственных матери. Весь этот процесс происходит в интервале времени 60 секунд – 300 секунд.

Факт появления новых природных естественных и космогенных радионуклидов на момент первого вдоха и в течение 5 – 20 минут их исчезновение позволяет задуматься о чистоте эксперимента. С другой стороны, постоянство эффекта появления новых природных и космогенных радионуклидов в момент первого вдоха и их быстрое исчезновение, позволяет предположить, что имеет место факт неизученного феномена.

Количество статистического материала позволяет сделать вывод исходя из бинарного алгоритма – в процессе родов на момент первого вдоха ребенка, регистрируется факт возникновения электромагнитной волны в спектре гамма квантов. Предположительно, источником этой волны является ребенок.

Авторы выражают свои благодарности за возможность проведения наблюдений и измерений, поддержку в работе и получении профессиональных консультаций Главному врачу Городского родильного дома № 6 им. А.А. Абрикосовой – Брагинской С.Г. Врачам акушерам Арутюнянц А.Г., Блохиной Т.В., врачу педиатру Аловой С.В. и всем сотрудникам Городского родильного дома № 6 им. А.А. Абрикосовой, оказавшим всемерную поддержку в проведении исследований.

Авторы признательны Главному врачу Международного женского центра – Кузнецовой Т.В. за предоставленную возможность проведения наблюдений за различными сроками беременности и профессиональные консультации.

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Литвинова Н.И., Алимушкина Ю.А., Шумова А.Л. Рязанский медико-социальный колледж,
г. Рязань

Уровень профессиональной культуры является одним из ведущих показателей развития общества и характеризует уровень и качество подготовки специалиста, а здоровье специалиста является одним из условий его эффективной профессиональной деятельности и ресурсом как человеческого, так и экономического капитала государства. Прогресс медицинских технологий и возросшие ожидания пациентов делают тему обеспечения высокого квалификационного уровня медицинских кадров важной как никогда.

Условия труда, с одной стороны, могут оказывать отрицательное влияние на состояние здоровья человека, с другой - ухудшение здоровья отражается на качестве его работы и,

следовательно, приводит к снижению эффективности труда. В данных условиях культура здоровья специалистов является основным фактором, позволяющим обеспечить надлежащее качество выполняемой работы, внедрение новых технологий, сохранение человеческого потенциала и является одним из основных показателей надёжности работы человека.

Формирование культуры здоровья обучающихся в системе непрерывного профессионального образования является составной частью формирования и развития профессиональной культуры и отношение к индивидуальному здоровью, на наш взгляд, должно рассматриваться также и с позиций формирования профессиональных компетенций как гарантии надёжности специалиста на всех этапах реализации в профессиональной сфере.

Анализ опыта многолетней работы по формированию здорового образа жизни, культуры здоровья, здоровьесберегающей компетенции специалиста показал, что необходимо включение ценности здоровья в систему профессиональных ценностей, а формирование культуры здоровья специалиста осуществлять, в том числе, с опорой на формирование профессиональной культуры. Наиболее важными условиями данной работы являются:

- построение организационно-функциональной системы наблюдения и оценки состояния здоровья обучающихся на основе социологических исследований, данных медицинских осмотров, оценки здоровья в Центрах здоровья, учёта влияния медико-социальных факторов;
- формирование осознанной личной позиции в отношении ценности здоровья как краеугольного камня работы по сохранению и укреплению здоровья участников образовательного процесса.
- создание организационного механизма системного мониторинга внешней и внутренней среды и организация на этой основе управления ресурсами, научно-исследовательской и проектной работы, взаимодействия с социальными партнёрами и общественностью по вопросам формирования профессиональной культуры здоровья.

Реализация данных направлений осуществляется в рамках работы «Службы здоровья», научно-исследовательских работ, проекта «Школа здоровья», включения данного направления в работу отдела качества.

Таким образом, необходимыми условиями формирования профессиональной культуры здоровья является объединение здоровьесберегающих ресурсов учреждения и включение данного направления работы в систему качества как необходимого условия развития системы непрерывного улучшения качества образования.

ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ – НОВАЯ МОДЕЛЬ СОХРАНЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Малышкина А.И., Богатова И.К.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Иваново

В настоящее время государство и общество уделяют большое внимание проблеме сохранения репродуктивного здоровья, что связано с неблагоприятной демографической ситуацией в стране. Начиная с 1992г, в России устойчиво держится отрицательный естественный прирост населения, т.е. имеет место убыль населения. Для решения этой проблемы 2 ноября 1992 года одним из первых в стране был создан Центр планирования семьи как подразделение Государственного учреждения «Ивановский НИИ материнства и детства МЗ РФ». В феврале 2010г. на базе Центра планирования семьи и репродукции открыт Центр здоровья семьи.

Основными задачами Центра здоровья семьи являются: сохранение репродуктивного здоровья населения и профилактика его нарушений, начиная с детского возраста; лечение различных форм бесплодия, в т.ч. с применением вспомогательных репродуктивных технологий, снижение числа аборт и заболеваний, передающихся половым путем, воспитание ответственного родительства, обеспечение возможности реализации репродуктивных прав населения.

Деятельность Центра здоровья семьи осуществляется по следующим основным направлениям: обеспечение квалифицированной лечебно-консультативной, психологической помощи; профилактика различных форм нарушений репродуктивного здоровья; информирование населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья; сотрудничество со средствами массовой информации, Департаментами здравоохранения и образования и другими учреждениями, участвующими в решении этой проблемы; половое образование молодежи.

В Центре здоровья семьи работают высококвалифицированные специалисты: акушеры-гинекологи, в том числе детский гинеколог, ювенолог, репродуктологи, врачи клинко-лабораторной диагностики в том числе эмбриологи, дерматовенеролог, андрологи-урологи, в том числе детский, маммолог, физиотерапевт, генетик, психолог, врачи ультразвуковой диагностики. В числе специалистов Центра 2 доктора и 12 кандидатов медицинских наук, 6 специалистов, имеющих высшую квалификационную категорию. Помощь пациентам оказывается амбулаторно, имеется дневной стационар на 7 коек.

Одним из структурных подразделений Центра здоровья семьи является отделение реабилитации репродуктивного здоровья детей и подростков, в задачи которого входит профилактика, ранняя диагностика, лечение и реабилитация нарушений репродуктивного здоровья пациентов в возрасте до 18 лет; оказание психолого-педагогической помощи, формирование здорового образа жизни. Детский гинеколог осуществляет прием девочек от 0 до 10 лет, подростковый акушер-гинеколог (ювенолог) - девушек-подростков от 11 до 18 лет. Детский уролог-андролог консультирует мальчиков и юношей до 18 лет. В отделении оказываются все виды акушерско-гинекологической и андрологической амбулаторной медицинской помощи. У девочек до 10 лет наиболее распространенной патологией являются воспалительные заболевания наружных гениталий, у девушек-подростков - нарушения менструального цикла. Наиболее частой патологией у мальчиков являются нарушения развития половых органов. Центр активно участвует в диспансеризации детей в возрасте 14 лет в регионе. За 2011 год обследовано более 600 пациентов, патология репродуктивной системы выявлена у 16% как мальчиков, так и девочек.

Кроме медицинской помощи юным пациентам оказывается психологическая поддержка. Психолог-педагог высшей категории проводит как индивидуальные, так и групповые занятия, тематические тренинги, в том числе в школах и средних профессиональных образовательных учреждениях города и области. С целью формирования здорового образа жизни и половой культуры у юношей проводится постоянно действующий авторский семинар «Список Робинзона» с участием психолога, уролога-андролога и дерматовенеролога. В течение года семинар посещают более 500 юношей. Систематически проводятся психологические тренинги, решающие проблемы взаимоотношений между полами, «Услышь меня, пойми и будем действовать в одном направлении». Специализированный курс «Введение в планирование семьи», который предназначен для старшеклассников и направлен на расширение представлений юношей и девушек о себе и противоположном поле. На занятиях с психологом в течение года получают полезную информацию более 6000 молодых пациентов.

С целью сохранения репродуктивного здоровья и формирования здорового образа жизни молодежи в Центре здоровья семьи организована работа с волонтерами.

Одним из наиболее сложных и трудоемких направлений работы Центра здоровья семьи является формирование репродуктивного здоровья детей, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в приемных семьях. При взятии сироты в семью часто возникают трудности в повседневном общении, особенно, если ребенок подросткового возраста, а вопросы репродуктивного здоровья практически не обсуждаются. Регулярно с такими семьями психолог проводит тренинги, которые направлены на сплоченность и

взаимопонимание членов семьи, а также на формирование репродуктивного здоровья приемных детей.

В составе Центра здоровья семьи функционирует отделение профилактики и лечения нарушений репродуктивного здоровья, где оказывают медицинскую помощь женщинам и мужчинам детородного возраста, а также женщинам в перименопаузальном периоде.

Уникальной является сперматологическая лаборатория, оборудованная в том числе автоматическим спермоанализатором «SQA-V» (MES, Израиль), который имеет высокую точность и пропускную способность, позволяет объективно оценить качество семенной жидкости, имеющее особое значение при проведении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в том числе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

После реконструкции здания Центра в марте 2008 года открылось отделение вспомогательных репродуктивных технологий, оказывающее высокотехнологичную медицинскую помощь супружеским парам 21 региона Российской Федерации (Чукотский автономный округ, Астраханская, Вологодская, Орловская, Кировская и др. области). При неэффективности лечения бесплодия другими методами используют ЭКО, перенос эмбриона (ПЭ) и интрацитоплазматическое введение сперматозоида в яйцеклетку (ИЦСЯ), криозамораживание эмбрионов. Перед проведением ЭКО пациенты проходят необходимую подготовку, которая осуществляется как амбулаторно, так и в условиях стационара гинекологической клиники института.

В составе отделения работает эмбриологическая лаборатория, оснащенная современным оборудованием, где оценивается качество яйцеклеток и сперматозоидов, происходит оплодотворение и культивируются эмбрионы. Трансвагинальная пункция фолликулов яичников и подсадка эмбрионов в полость матки производятся в специально оборудованной операционной. После наступления беременности пациентки могут наблюдаться в Центре здоровья семьи, консультативно-диагностической поликлинике, гинекологической и акушерской клиниках института. По желанию женщины родоразрешение проводится в акушерской клинике института. С момента открытия отделения ВРТ ЭКО проведено 2176 супружеским парам, при этом эффективность его составила более 40%, что соответствует мировым показателям.

Таким образом, преимущества Центра здоровья семьи обусловлены оказанием медицинской помощи по сохранению репродуктивного здоровья практически всем группам населения, начиная с детского возраста, её приемственностью, комплексностью, широкими возможностями, включая ВРТ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТА У ОБСЛЕДОВАННЫХ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОЙ АКЦИИ «СКАЖИ ИНСУЛЬТУ НЕТ – ПРОТЯНИ РУКУ ЗДОРОВЬЮ!» В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ю.А. Мальшин¹, Е.А. Струкова¹, А.Н. Комаров², Д.А. Лисиченко², Н.В. Подгорная²,
Е.Д. Курносова², Р.М. Бикташева², К.В. Салимов², К.В. Анисимов², И Сун Чер²*

¹ГБУЗ «Самарский областной центр медицинской профилактики», г. Самара

²Межрегиональный фонд помощи родственникам больных с инсультом «ОРБИ», г. Москва

Введение. Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни являются приоритетным направлением в сфере охраны здоровья. Вклад факторов риска, связанных с образом жизни (низкая физическая активность, нерациональное питание, избыточная масса тела, курение, злоупотребление алкоголем, неумение справляться со стрессами) в общую смертность населения страны колеблется от 9 до 35 процентов. В рамках IV Всероссийской научно-практической конференции «Нарушение мозгового кровообращения: диагностика, профилактика и лечение» по инициативе Межрегионального фонда ОРБИ и ГБУЗ «Самарский областной центр медицинской профилактики», министерством здравоохранения Самарской области в период с 24 по 26 апреля 2012 года была организована социальная акция «Скажи инсульту нет – протяни руку здоровью!» с целью привлечения внимания к проблеме цереброваскулярных заболеваний и инсульта, информирования населения о факторах риска их развития, методах профилактики, мотивирования ответственности граждан за свое здоровье.

Цель исследования. Выявить и проанализировать распространенность факторов риска развития инсульта и других хронических неинфекционных заболеваний, провести информирование и консультирование населения по результатам обследования.

Материалы и методы. Карты здоровья (1099) с результатами скринингового обследования. Метод комплексного профилактического обследования: расчет индекса массы тела, экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ - сигналам от конечностей, ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плечелодыжечного индекса, измерение содержания сахара и холестерина в крови, определение насыщения крови кислородом, а также индивидуальное профилактическое консультирование с вручением информационно-образовательных материалов.

Результаты. Обследовано 1099 человек в возрасте от 18 до 87 лет (Me=49) в 12 центрах здоровья учреждений здравоохранения Самарской области.

Среди обследованных преобладали женщины - 75,8%, доля мужчин составила 24,2%. Распределение по возрастным группам согласно классификации ВОЗ было следующим:

молодой возраст (до 44 лет) – 45,7%, средний возраст (45-59 лет) – 24,2%, пожилой (60-74 года) – 24,3%, старческий (75-89 лет) – 5,8%. При ранжировании факторов риска установлено: повышенный индекс массы тела отмечен у 57,9% обследованных; малоподвижный образ жизни у 37,6%, повышение систолического артериального давления (АДс) свыше 139 мм.рт.ст. выявлено в 33,9%, гипергликемия - в 28,5% случаев, гиперхолестеринемия - в 26,0%. В злоупотреблении алкоголя сознались 0,3% респондентов, 38,9% опрошиваемых отметили умеренное употребление алкоголя.

В возрастных группах ранговые значения факторов риска имеют различия. Среди лиц молодого возраста повышенный индекс массы тела выявлен в 23,4% случаев, курение в 22,0%, гипокинезия у 18,9%. Повышенный уровень холестерина в крови зарегистрирован у 5,5% обследованных. Повышение АДс выявлено у 9,6% участников акции молодого возраста.

У лиц среднего возраста повышенный индекс массы тела был выявлен у 80,4% обследованных, гипокинезия – у 42,2%, гиперхолестеринемия - у 33,3%, гипергликемия – у 24%, курение – у 9,7%, повышенное АДс – в 37,7% случаев.

У лиц пожилого возраста повышенный индекс массы тела был выявлен у 82,1% обследованных; гипергликемия – 34,8%; гиперхолестеринемия – 38,1%; курение – 5,2%; гипокинезия – 49,7%; повышение АДс – 63,2%.

У лиц старческого возраста повышенный индекс массы тела был выявлен у 85,7% обследованных; гипергликемия – 51,4%; гиперхолестеринемия – 35,1%; курение – 5,4%; гипокинезия – 35,1%; повышение АДс – 45,9%.

Отсутствие факторов риска выявлено у 14,9% пациентов, 48,7% участников Акции имеют от одного до двух факторов риска, 33,3% - от трех до четырех, 3,1% - пять и более факторов риска.

Заключение. Интерес со стороны населения к проведенной социальной акции показывает востребованность и эффективность подобных мероприятий. Анализ распространенности факторов риска инсульта среди разных возрастных групп позволит сформировать системный подход к информированию населения и созданию профилактических программ, в том числе и индивидуальных, по данной патологии. Широкое участие населения в подобных мероприятиях позволит мотивировать граждан к ответственному отношению к своему здоровью.

Совместная партнерская деятельность учреждений профилактической медицины Самарской области и Фонда ОРБИ, направленная на выявление факторов риска развития инсульта и популяризацию здорового образа жизни, будет продолжена с целью снижения

вклада факторов риска, связанных с образом жизни в развитие цереброваскулярных и других хронических неинфекционных заболеваний.

ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Мейбалиев М.Т.

Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики

Жилищно-бытовые факторы, являющиеся постоянными решающими элементами человеческого окружения, представляют собой сложную, малоизученную и труднорегулируемую проблему общества и относятся к традиционным объектам исследования гигиенистов. Жилищные условия семьи в современных промышленных городах включают в себя факторы, связанные с характером самого жилого помещения: этажность, блочность, структура квартир и жилых мест, системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха, водоснабжения и канализации и пр., а также факторы, обусловленные окружающей средой: шум, химическое загрязнение, климатические условия и пр. В гигиеническом аспекте эти факторы изучены недостаточно.

Известно, что химические примеси неравномерно распределяются как по горизонтальным, так и по вертикальным направлениям. В этой связи вероятность влияния атмосферных примесей на различных этажах может быть неодинаковой. Общая заболеваемость детей в возрасте 5-9 лет в семьях, живущих в квартирах на втором, третьем, четвертом и пятом этажах статистически достоверно выше, чем таковая у их сверстников, проживающих на первом, шестом и более высоких этажах. Эти различия показателей обусловлены за счет патологии острых респираторных заболеваний, что дает основание с определенной вероятностью предположить влияние примесей атмосферы, неравномерно распределенных по вертикали на формирование указанных патологий. Заболеваемость по обращаемости в целом по болезням органов дыхания, а также ОРЗ у взрослых членов семьи в зависимости от этажа их квартиры существенно не различались. Зависимость показателей заболеваемости детей от этажа их квартиры вероятнее всего может быть обусловлена особенностями перераспределения химических примесей в атмосферном воздухе, что побудило нас провести специальные исследования.

Гигиеническая оценка условий жилья и заболеваемости членов семей позволяет прийти к заключениям:

- Жилищно - бытовые условия городских семей друг от друга отличаются в зависимости от этажа по причине неодинаковой степени вертикального и горизонтального распределения химических примесей в воздухе атмосферы.
- В домах размещенных вдале магистральных автодорог имеется повышенный риск загрязнения атмосферы жилья.
- Изменяется заболеваемость в семьях под влиянием атмосферы жилья и она может быть использована в качестве скрининга и санно-экологического мониторинга для раннего выявления вредного воздействия химических примесей атмосферы.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА» В СТАВРОПОЛЕ: МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

Муравьева В.Н., Амлаев К.Р.

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Один из подходов к пониманию укрепления здоровья и профилактики заболеваний вытекает из Оттавской хартии Укрепления Здоровья, которая определяет укрепление здоровья, как "процесс, позволяющий людям следить за своим здоровьем и улучшать его". Это определение было связано с пятью стратегиями:

- создание ориентированной на здоровье государственной политики,
- создание благоприятной окружающей среды,
- усиление действий на местном уровне,
- развитие личных навыков и переориентацию здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь,
- профилактика заболеваний.

Все большее признание получает тот факт, что наиболее обещающим подходом является тот, который действует на местном уровне, в рамках местного сообщества и концентрируется на поведении отдельного человека и влияниях окружения. Эффективными стратегиями являются те из них, которые разработаны с целью повлиять не только на отдельного человека, но и на социальные нормы более широкого окружения, где человек живет и работает. Социальные нормы формируются с помощью различных институтов, включая учреждения образования, законодательные органы и средства массовой информации. Активное вовлечение многих секторов социальной жизни (школ, рабочих мест, местных органов управления, деловых кругов, органов здравоохранения и

общественных организаций) повышает потенциал совершения бесповоротных изменений поведения и обретения преимуществ для здоровья.

Программы на местном уровне могут включать в себя любой или все из этих подходов. Например, ориентированной на здоровье государственной политикой является та, которая превращает здоровый выбор в легкий выбор, определяя условия окружения, способствующие позитивному поведению в плане здоровья.

Люди живут и действуют в социальном, физическом, политическом и экономическом окружении, которое может способствовать или препятствовать усилиям по улучшению здоровья. Люди могут организовывать свои собственные проекты по изменению окружения или быть значительной частью процесса планирования. [

С точки зрения действий, укрепление здоровья можно определить, как сочетание просветительной, организационной, экономической и прочей поддержки действий, способствующих укреплению здоровья.

Усиление внимания к сообществу в целом в деле укрепления здоровья частично возникло в результате все большего признания, что на поведение влияет окружение, в котором человек живет. Ценности и нормы общества оказывают значительное влияние на формирование отношения и поведения человека. Вместо акцента на индивидуальные изменения, ориентированный на все население подход утверждает, что устойчивых, значительных перемен поведения можно лучше всего достичь путем изменения норм сообщества, которые касаются влияющего на здоровье поведения. Сообщество можно организовать и изменить так, чтобы оно поддерживало более здоровый образ жизни. Данные перемены вызовут сокращение рискованного для здоровья поведения человека что, в свою очередь, приведет к сокращению заболеваемости и смертности.

Более всего отвечает современным подходам, получивший признание в России проект «Здоровые города», созданный в середине восьмидесятых годов по инициативе Европейского Регионального Бюро Всемирной организации здравоохранения.

Условия, которым должен отвечать «здоровый город», следующие.

Город должен стремиться обеспечить:

1. Чистую, здоровую физическую среду обитания (включая и жилищные условия)
2. Устойчивую экосистему (сейчас и в будущем);
3. Сильное, сложившееся сообщество жителей города, характеризующееся взаимопомощью и отсутствием эксплуатации
4. Контроль жителей города над всеми решениями, затрагивающими их жизнь, здоровье и благополучие; их активное участие в принятии этих решений

5. Удовлетворение основных потребностей (пища, вода, жилье, безопасность, работа и достаточный уровень дохода) всех жителей города
6. Доступность различной информации и разного рода ресурсов, имеющихся в городе, для общественности; возможности широких контактов, общения и сотрудничества
7. Разветвленную, жизнеспособную и прогрессивную экономику
8. Поощрение и укрепление связей с историческим прошлым, с культурным наследием жителей города — как общим, так и отдельных этнических, религиозных и т.д. групп
9. Механизмы городского управления и общественной деятельности, которые отвечают вышеизложенным условиям и способствуют их выполнению
10. Высокий уровень медицинского обслуживания всех слоев населения
11. Высокий уровень здоровья населения

Проект «Здоровые города» в городе Ставрополе реализовывался поэтапно.

На первом этапе:

- а) нами были проанализированы имевшиеся муниципальные программы г. Ставрополя в социально-экономической сфере с определением сильных и слабых сторон каждой программы в отдельности и всех программ в целом;
- б) были созданы межсекторальные группы экспертов в определенной области жизнедеятельности города с целью определения индикаторов (критериев) социальных детерминант, качественно и количественно оказывающих влияние на здоровье жителей.
- в) были получены количественные показатели, характеризующие жизнедеятельность города в соответствии с принятыми индикаторами

На втором этапе:

- а) были собраны и проанализированы качественные и количественные данные согласно принятым индикаторам, создан Профиль здоровья города на основе межсекторального взаимодействия, разработана концепция предполагаемого будущего: основные цели и задачи.
- б) были реализованы на основе принципов межсекторального сотрудничества локальные проекты, «Некурящий класс», «Фестиваль здоровья», «Стоп, гипертония» и «Сбрось лишнее».

На третьем этапе:

- а) были созданы межсекторальные рабочие группы по ключевым направлениям Проекта «Здоровые города», межсекторальные планы работы и реализованы их основные мероприятия.
- б) на основе широкого обсуждения с участием экспертов был создан проект Стратегического Плана развития здоровья в городе Ставрополе, отражающий политику

охраны и развития здоровья жителей города Ставрополя. Основные положения данного Плана реализуются в настоящее время и дают позитивные результаты.

ИННОВАЦИИ В ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ОЖОГАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Назаров В.Б., Гладких В.Д.

ФГУП НПЦ «Фармзащита» ФМБА России, г.Химки

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 2 июня 2008 г. № 423, ФМБА России обеспечивает проведение работ по разработке, производству и поставке лекарственных средств экстремальной медицины.

В последние годы НПЦ «Фармзащита» ФМБА России созданы и выпускаются инновационные средства, предназначенные для оказания скорой медицинской помощи при травмах и ожогах: местное гемостатическое средство «Гемостоп» и противоожоговое средство на основе 2-аллилоксиэтанола (Лиоксазин).

Разработка нового поколения местных гемостатических средств на основе аналогов природного цеолита (NaCaAX), обладающих высокой адсорбционной способностью и способных останавливать кровотечения различной интенсивности, в том числе при повреждении магистральных сосудов, является безусловным прорывом в борьбе с кровопотерей на месте травмы. Производные цеолита с успехом применяются за рубежом на догоспитальном этапе врачами скорой помощи и парамедицинскими службами для быстрой остановки массивных наружных кровотечений, особенно при ранении областей, недоступных для наложения жгута (шея, пах, ягодичная, подмышечная области и т.п.).

На отечественном рынке единственным представителем данного поколения препаратов является средство перевязочное гемостатическое «ГЕМОСТОП».

Механизм действия препарата основан на участии как в сосудисто-тромбоцитарном, так и в плазменно-коагуляционном каскадах свертывания крови. При контакте с кровью молекулы воды захватываются цеолитом и удерживаются его поверхностным потенциалом и молекулярной структурой, вследствие формирования водородных связей (эффект «молекулярного сита»), что способствует ускорению агрегации тромбоцитов и образованию фибринового сгустка. За короткий промежуток времени поглощается большой объем воды относительно массы и объема препарата, что приводит к локальной концентрации клеточных

и крупных белковых компонентов крови, факторов свертывания, индуцируя формирование плотного кровяного сгустка.

На месте получения травмы «ГЕМОСТОП» применяется с целью остановки интенсивных наружных кровотечений при повреждении артерий, вен, мышц, обширных кровоточащих скальпированных ранах по следующей методике: препарат, представляющий собой гранулированный полидисперсный порошок, засыпается в рану, после чего осуществляется ручная компрессия в течение 5-7 мин и поверх накладывается давящая повязка.

Средство «ГЕМОСТОП» входит в составе индивидуального медицинского оснащения военнослужащих, в комплекты и укладки специальных бригад ФМБА России; активно используется специалистами скорой медицинской помощи в России и в странах ближнего зарубежья.

Инновационные противоожоговые средства, разработанные и выпускаемые НПЦ «Фармзащита», представляют собой биологически активный гидрогель с иммобилизованным 2-аллилоксиэтанолом. Действие агента реализуется за счет предотвращения раннего спазма артерий глубокого сосудистого сплетения кожи и уменьшения тем самым локальной гипоксии и аноксии повреждённых тканей. Изначально препараты на основе 2-аллилоксиэтанола были разработаны для профилактики и лечения лучевых ожогов. Однотипность механизмов развития патологических расстройств при термических и лучевых ожогах (ведущую роль в формировании зоны поражения играют расстройства микроциркуляции) дало основание для возможного применения 2-аллилоксиэтанола при лечении не только лучевых, но и термических ожогов.

С этой целью специалистами НПЦ «Фармзащита» были разработаны перспективные противоожоговые гидрогелевые покрытия, представленные в трех вариантах: «Лиоксазин-Гель» (средство на основе гидроксипропилцеллюлозы с 2-аллилоксиэтанолом и лидокаином); «Лиоксазин-СП» (салфетка в индивидуальной упаковке, пропитанная гелевой основой с аналогичными компонентами) – форма, предназначена для оказания первой помощи; «Лиоксазин D-гель» - средство аналогичного состава, дополненное стимулятором регенерации дезоксинатом (предназначен для лечения глубоких ожогов). Состав покрытий определен с учетом особенностей течения раневого процесса при ожоговой ране, а их формы - адаптированы для возможного использования как самим пострадавшим, так и медицинским персоналом при оказании первой помощи и последующем лечении ожогов.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Нефедов А.В., Сучков В.Н., Степанова В.А.

Министерство здравоохранения Ульяновской области,

Государственное учреждение здравоохранения

«Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Вопросы первичной профилактики, организация работы Центров здоровья - наиболее актуальные направления в стратегии модернизации здравоохранения Российской Федерации, в приоритетном национальном проекте здоровье.

В период 2010-2011 гг. Центр здоровья нашей больницы от небольшого подразделения из 3 кабинетов со штатами в 4,0 врачебные должности и 2,0 должности среднего мед. персонала реорганизован до крупного структурного отделения, включающего в себя 5 кабинетов для обследования пациентов: инструментальное и лабораторное обследование, программно - компьютерного опроса, кабинеты стоматолога гигиениста и оптометриста и 2-х врачебных кабинетов.

С 2012 г. увеличено число врачебных должностей с 4 до 6, с учетом роста объема посещений с 10 тыс. в 2011 год до 14 тыс. в 2012 год (при нормативе 2,5 тыс. посещений на одну врачебную ставку). Формирование должностей среднего мед. персонала основывалась на целесообразности проводить не последовательный маршрут прохождения кабинетов пациентами, а с распределением потоков по различным кабинетам, что увеличивает пропускную способность Центров здоровья. Аналогичная технология была представлена на конференции в г. Ярославле в 2011 г. по оптимизации работы Центра здоровья Кировской области, позволяющая проводить осмотр до 50 пациентов в смену.

При формировании штатного расписания Центра здоровья на 200 тыс. населения необходимо введение не менее 8 врачебных должностей, 11 должностей среднего мед. персонала - для обеспечения 2-х сменной работы всех кабинетов; должности старшей мед. сестры, 2-х должностей зубных врачей - гигиенистов и 3 должности младшего мед. персонала (санитарки, сестры- хозяйки); технического персонала (1,0 должность инженера – программиста для ведения локальной вычислительной сети непосредственно в Центре здоровья – администратор сети) с учетом работы в стационарном и мобильном режиме Центра здоровья.

Наиболее устойчивой считаем работу с полным штатным расписанием Центра здоровья, а не $\frac{1}{2}$ или $\frac{1}{4}$ от необходимой численности персонала, выделение 2-3-х врачебных должностей и 3-4-х среднего мед. персонала – приводит к снижению в качестве осмотров, проблемам взаимозаменяемости и т.д.

Оплата труда медицинского персонала должна соответствовать средне - отраслевой. В настоящее время для работников Центра здоровья нет федеральных доплат, как в первичном звене, также они не включены по доплатам в региональные программы модернизации, в связи с чем, большинство врачей Центров здоровья – совместители, что ухудшает качество работы.

При организации работы Центров здоровья в 2009 году департаментом развития медицинского страхования (Зеленский В.А.) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации рекомендовано 50% средств от оплаченных счетов страховыми компаниями направлять на заработную плату персонала Центра здоровья.

В целях преемственности в работе Центра здоровья необходима система реабилитации для пациентов с высокой группой риска, а также системная проработка механизмов взаимодействия со всеми участниками инфраструктуры регионального здравоохранения: отделения профилактики поликлиник, отделения восстановительного лечения, участковые терапевтические и педиатрические отделения поликлиник, отделения стационаров и т.д.

Целесообразно рассмотреть вопрос осмотра больных стационара в Центре здоровья для выявления факторов риска перед завершением лечения, так как пациенты могут проходить осмотр при стабильном улучшении состояния, а в настоящее время после выписки большинство пациентов уходят домой без осмотра в Центре здоровья.

Препятствием является запрет страховых компаний на оплату осмотра в Центре здоровья в период стационарного лечения, даже в день выписки.

Необходимо доработать первичную документацию, в том числе медицинскую карту Центра здоровья: требуется доработка в графах для заключения врачей, повторных осмотров, ввести графы для результатов осмотра зубных врачей, мед. сестер-оптометристов и т.д.

В целях повышения качества осмотров требуется разработка стандартов по первичной профилактике для использования в заключениях врачей.

Считаем крайне необходимым сохранить и развивать взятое в Центре здоровья ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» направление по интернет-технологиям для обеспечения как пациентов, так и самих мед. работников регионов материалами по вопросам первичной профилактики на интернет-сайте: centrzdorovya73.ru

Как показала наша практика, число пользователей интернет - сайтом постоянно растет и в настоящее время составляет до 200 посетителей ежедневно, т. е. ежемесячно несколько тысяч просмотров со всех регионов РФ, а также ближнего и дальнего зарубежья.

Таким образом, оптимизация работы Центров здоровья, т.е. увеличение числа посетителей, улучшение качества их осмотра вполне возможна при введении необходимого

штатного расписания, соответствующего фонда заработной платы, укрепления материально – технической базы.

Повышение качества работы Центров здоровья возможно при дооснащении рабочего места врача экспертной системой «Кардиорискэксперт» (с расчетом риска по шкале SCORE); закупке второго комплекта оборудования, в связи с большой нагрузкой и износом комплекта, полученного в 2009 году, приобретении мобильного Центра здоровья на автобусах среднего класса (автобус ПАЗ или микроавтобус «Фиат») в каждый Центр здоровья, имеющий прикрепленное сельское население.

МОБИЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ – ОСНОВА В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ

Нефедов А.В., Троцкий С.В., Смирнова О.В.

Министерство здравоохранения Ульяновской области

Региональное отделение Всероссийского Общества врачей Центров здоровья
г. Ульяновск, Государственное учреждение здравоохранения «Центральная городская
клиническая больница г. Ульяновска», Государственное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника № 1 имени С.М. Кирова г. Ульяновска», Государственное
учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 6 г. Ульяновска»

Презентация мобильных Центров на базе автобусов «ПАЗ», а так же нового модернизированного легкового автомобиля «Соболь-БИЗНЕС» (с улучшенными характеристиками) состоялась под эгидой Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» 15-17 сентября 2011 году в г. Москве на VII Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России».

Цель проекта – создание во всех населенных пунктах России сети мобильных Центров по первичной профилактике и скрининговой диагностике заболеваний.

Согласно современным взглядам ученых Российской Федерации, «Важнейшим методологическим положением организационно-функциональной деятельности передвижного Центра здоровья является продвижение концепции «Профилактика вместо философии лечения»» - Венедиктов В.С. с соавторами, Министерство здравоохранения Омской области - Материалы конгрессных мероприятий Форума. Таким образом, в настоящее время находит подтверждение гениальный тезис выдающегося хирурга Н.И.Пирогова: «Будущее принадлежит медицине профилактической».

В настоящее время можно с сожалением отметить, что первый опыт работы, как Ульяновских Центров здоровья, так и многих других регионов России выявил несовершенство методологической основы принятой стратегии организации их работы.

«Центром здоровья для жителей сельской местности, проживающих в зоне ответственности Центра здоровья, в плановом порядке могут проводиться выездные акции, направленные на пропаганду действий по формированию здорового образа жизни» - п. 14 из приложения №1 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009г. №597.

Проведение выездных акций Центров здоровья в сельские населенные пункты Ульяновской области в 2010-2011 годах показало, что наряду с пропагандистской работой по сохранению и укреплению здоровья, сельским населением востребовано проведение обследования населения на диагностическом оборудовании, с осмотром врачей. Выезды проводились по несколько дней в каждый населенный пункт, для чего снималось оборудование стационарных Центров, с закрытием его на эти дни; из осмотренного населения до 60-65% имели различные факторы риска, известные раннее хронические заболевания или нуждались в дообследовании в связи с отклонениями в здоровье.

Важнейшим условием эффективной работы передвижного Центра здоровья является наличие второго комплекта оборудования в Центре – компактного (на ноутбуках), а также постоянного штата медицинского персонала, подготовленного по вопросам массовой и индивидуальной профилактики, в том числе методологии реализации профилактических программ по сбережению здоровья.

Классический анализ данных форм статистического учета зарегистрированной патологии (ф 12) позволял и ранее выявлять диспропорции в оценке состояния здоровья городского и сельского населения – за счет имеющихся недостатков в регистрации патологии.

Методы же работы каждого конкретного специалиста передвижного Центра здоровья будут нацелены на улучшение знаний и личной практики в отношении здоровья конкретного пациента.

При планировании работы передвижных Центров здоровья мы считаем на первом этапе необходимо организовать один мобильный Центр.

Таким образом, возможно комплектование объединенных бригад медицинского персонала без закрытия стационарных Центров, необходимо также взаимодействие с администрацией ЛПУ районов для планирования контингентов осматриваемого населения, размещения бригад и т.д.

В перспективе Центры здоровья должны перейти от основной на сегодняшний день задачи – констатации нарушений в здоровье к прогнозу состояния здоровья с расчетом риска

развития хронических неинфекционных заболеваний с использованием компьютерных экспертных систем.

СПОРТ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В ТУРКМЕНИСТАНЕ

Оразов Д. Ч.

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана

Значение физкультуры и спорта в нашей жизни трудно переоценить, каждый может самостоятельно проанализировать и оценить их в своей собственной жизни.

В Туркменистане осуществляются масштабные реформы, придавшие мощный импульс грандиозным преобразованиям в сфере здравоохранения и спорта. Популяризация здорового образа жизни и спортивного движения - основа государственной политики, инициированной Президентом Туркменистана Гурбангулы Бердымухамедовым. Причем, особый акцент глава государства делает на необходимость с самого раннего возраста прививать навыки здорового образа жизни и любовь к занятиям спортом. Этому способствуют созданные во всех школах и вузах спортивные секции и команды по различным видам спорта, регулярные межшкольные и межвузовские спортивные соревнования, а также общенациональное первенство по различным видам спорта среди школьных, вузовских, отраслевых и вelayatskikh команд на приз Президента Туркменистана.

Для многих туркменистанцев спорт - это возможность для самосовершенствования, для других - причина перебороть себя, для третьих - источник хорошего настроения.

Тренировки и оздоровительные занятия способствуют укреплению здоровья и развитию физических способностей детей и молодежи, сохранению жизненно важных навыков в среднем и зрелом возрасте, профилактике неблагоприятных возрастных изменений у пожилых людей.

Общеизвестно, что занятия физической культурой и спортом, наряду с прямым положительным эффектом, значительно снижают воздействие негативных факторов социальной среды на человека. Физическая активность способствует отказу от вредных привычек, улучшает здоровье, повышает работоспособность, способствует увеличению сопротивляемости организма к экологически неблагоприятным факторам окружающей среды.

В Туркменистане принято Постановление Президента Туркменистана «Об утверждении программы мероприятий по борьбе с табака курением в Туркменистане на 2012-2016 гг. » и Национальная программа на 2011-2015 гг. «По борьбе с незаконным оборотом

наркотических средств, психотропных препаратов, прекурсоров и оказание помощи наркозависимым».

В целях обеспечения дальнейшего процветания нашей Отчизны, благополучной, стабильной и счастливой жизни родного народа, прочности семейных очагов, являющихся незыблемой опорой нашего общества, воспитания в духе патриотизма здорового и физически совершенного молодого поколения в эпоху могущества и счастья, Указом Президента Туркменистана Государственная служба Туркменистана по борьбе с наркотиками была переименована в Государственную службу охраны безопасности здорового общества Туркменистана.

И сегодня, благодаря инициированным Президентом Туркменистана Гурбангулы Бердымухамедовым программам по государственной поддержке и развитию спорта в стране повсеместно создаются современные спортивные комплексы и оздоровительные центры, спортивные школы и другие объекты. Ведётся строительство грандиозного, не имеющий аналогов в регионе комплекса "Олимпийского городка", развивается автомобильный и конный спорт, водные и зимние виды спорта, а также многое другое. И результатом столь повышенного внимания государства к развитию спорта стали победы туркменских спортсменов на крупных международных соревнованиях.

Столь мощное развитие спортивного движения в стране требует и его обеспечения высокопрофессиональными специалистами, в том числе и медицинскими. Сегодня возникла необходимость создания стройной системы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой и спортом, а также широкого развития научно-исследовательской работы по совершенствованию этой системы, разработке и внедрению соответствующих методов исследования, то есть - спортивной медицины. Так "Национальная программа поддержки и развития физкультуры и спорта в Туркменистане на 2011-2020 годы" предусматривает качественно новый подход к спортивным занятиям, создание современных школ и интернатов, специализированных футбольных школ-интернатов, спортивно-медицинских диспансеров, где будут работать и преподавать только квалифицированные тренеры и спортивные специалисты. И одно из ключевых направлений развития физкультуры и спорта - это создание высокопрофессиональной спортивной медицины. В связи с этим по указанию главы государства в Туркменском национальном институте спорта и туризма и Государственном медицинском университете Туркменистана открыты соответствующие новые специальности по направлениям спорт и спортивная медицина.

Решение Олимпийского совета Азии о признании Ашхабада столицей V Азиатских игр в закрытых помещениях и боевым искусствам можно считать закономерностью,

достигнутой целью, зримым свидетельством всеобщего международного признания государственной политики Туркменского государства.

Презентация идеи проекта «Олимпийского городка» в Ашхабаде состоялась в октябре 2008 года, старт строительству его первой очереди был дан в 2010 году. Это будет крупнейший в Центральной Азии комплекс, включающий в себя около тридцати объектов, в том числе оборудованных и оснащенных согласно всем современным требованиям многофункциональных спортивных сооружений. Здесь создаются все условия для проведения соревнований по различным видам спорта любого, в том числе международного уровня.

В реализации этого грандиозного проекта найдут свое гармоничное сочетание лучшие традиции туркменского зодчества и самая передовая архитектурная и инженерно-техническая мысль. Поэтапное строительство и ввод в эксплуатацию состоится в 2014 году.

Как известно, Президенту Гурбангулы Бердымухамедову принадлежит инициатива развития в Туркменистане автомобильного спорта. Уже построены первые современные автодромы. В целях развития этого вида спорта глава государства подписал Постановление о создании Национального центра Туркменистана по автомобильному спорту.

Важной составляющей стратегии развития массового физкультурно-оздоровительного движения и спорта высших достижений является строительство физкультурно-оздоровительных комплексов, спортивных площадок, бассейнов, стадионов во всех регионах страны.

Целям развития массового спорта и формирование развитой инфраструктуры здоровья служит и развитие санаторно-курортной сферы, индустрии оздоровительного отдыха и развлечений. Яркий пример тому - создаваемая на экологически чистом побережье Каспия Национальная туристическая зона "Аваза".

Главной ценностью Туркменского государства был и остается человек, его жизнь, здоровье. Именно этот принцип и лежит в основе государственной политики, нашедшей отражение в девизе сегодняшнего дня: "Государство - для человека". И строительство новых современных спортивных комплексов - это еще один шаг на пути реализации государственной социальной политики, последовательной и широкомасштабной реализации реформ в этой области.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОЦЕССУ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Орлова Н.И., Васькина Т.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клинический диагностический центр», г.Омск

Основной принцип работы Клинического диагностического центра (КДЦ) и патоморфологического отдела в частности – онкологическая настороженность и получение наиболее полной информации по сущности патологического процесса, оценка его потенциала в плане возникновения и развития злокачественной опухоли. Самым важным аспектом для решения этих задач является биопсийная диагностика.

Процент взятия биопсий в эндоскопическом отделе КДЦ на сегодняшний день – самый высокий за все время существования диагностического центра и составляет более 60% от всех эндоскопических исследований, а при обнаружении полипов, эрозий, язв, при подозрении на опухоль процент взятия биопсий составляет почти 100%, что вполне согласуется с решением Коллегии Министерства Здравоохранения Омской области (от 10.10.2010.) о признании приоритетной проблемы совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в системе здравоохранения Омской области и организации в 100 % случаев исследования материала на морфологию при проведении пациентам эндоскопических и оперативных вмешательств.

При большом потоке материала особо важной представляется стандартизация порядка выполнения морфологических исследований биопсийного и операционного материала и требований к организации технологического процесса в крупных патоморфологических лабораториях. Все эти важные моменты учтены при организации работы патоморфологического отдела КДЦ, являющегося на сегодняшний день современной, грамотно оснащенной лабораторией, в которой проводится широкий спектр методик.

В целях стандартизации, оптимизации и модернизации технологического процесса приготовления биопсийного и операционного материала в отделе максимально автоматизированы основные этапы этого процесса. Комплекс первичной лабораторной обработки тканей для гистологического исследования включает фиксацию, промывку, обезвоживание и пропитку материала парафином (проводка материала). Этап проводки осуществляется в высокотехнологичном тканевом процессоре вакуумного типа Tissue-Tek® VIP™ Sakura (Япония), который обеспечивает высокую производительность, полную защиту от вредных испарений, автоматизацию основных технологических операций, в т.ч. контроля

уровня реагентов, возможность внешнего контроля процесса оператором. В отделе практикуется ночная проводка, аппарат подключен в электрическую сеть через источник бесперебойного питания. Материал для проводки помещается в разовые пластиковые кассеты с мелкими отверстиями, препятствующими потере биопсийного материала. Маркировка кассет осуществляется устойчивыми к реагентам маркерами.

С 2012 года в патоморфологическом отделе используется безксилольная проводка изопропиловым спиртом (изопреп), что позволяет защитить персонал от крайне вредных токсичных испарений ксилола, а также максимально сократить использование этилового спирта. Для правильного обезвоживания материала необходим спирт высокой концентрации, но использование в здравоохранении этилового спирта 96-98% в настоящее время невозможно, и лучшее, что можно получить для лаборатории, это спирт медицинский 95%. Именно использование для проводки высокоочищенного изопропилового спирта концентрации основного вещества не менее 99,5%, в котором осуществляются все этапы дегидратации и пропитки до парафина, позволяет исключить применение и ксилола, и этанола.

Заливка подготовленного биопсийного и операционного материала в парафиновые блоки – следующий этап подготовки материала для гистологического исследования – осуществляется в заливочных станциях. Патоморфологический отдел КДЦ обеспечен двумя модульными комплексами для заливки, что позволяет работать одновременно двум лаборантам-гистологам. Это оборудование существенно облегчает технологию заливки, исключает использование спиртовок, существенно сокращает использование рабочего времени. Заливочные станции оснащены емкостями для парафина, функцией автоматической подачи парафина, горячими камерами для содержания заливочных форм и кассет с материалом, горячими и охлаждаемыми рабочими поверхностями. Заливочные кольца и формы используются также однократного применения. Для получения наилучших результатов при проводке и заливке материала используется парафин высокого качества Histomix Extra.

Для приготовления парафиновых срезов используются специальные приборы – микротомы. В патоморфологическом отделе КДЦ резка осуществляется на санных микротоммах Microm HM325 (Германия) и механическом ротационном микротоме Leica RM2235 с универсальным держателем образцов. Для резки используются одноразовые лезвия, что позволяет избежать трудоемкой процедуры заточки ножа.

Автоматическая окраска парафиновых срезов осуществляется в аппарате мультитейнер Prisma Sakura (Япония). Это современная роботизированная система окрашивания срезов на предметных стеклах для выполнения рутинных методов окраски.

Принципиально важный результат внедрения технологии автоматизирования окрашивания микропрепаратов состоит в унификации условий окрашивания, что важно для получения сравнимых результатов, исключения лабораторных ошибок, в т.ч. «человеческого фактора», при резком увеличении производительности лаборатории. Мультистейнер отличается высокой производительностью, возможностью выполнения окраски одновременно по 11 программам, мобильность прописи программ в зависимости от задачи. В этом аппарате окрашиваются препараты не только гистологические, но и цитологические – возможность пропуска этапа депарафинизации и завершение цикла до заключения под пленку можно прописать в программе. Красители используются, в основном, фабрично приготовленные, что позволяет обеспечить правильную концентрацию, pH, что, в конечном итоге, также ведет к стандартизации технологической процедуры окрашивания микропрепаратов.

Заключение окрашенных препаратов производится автоматически в аппарате для заключения препаратов пленкой Tissue-Tek® Film™, куда они транспортируются с помощью системы автоматического переноса из мультистейнера. Окрашенное стекло покрывается специальной полимерной пленкой FujiFilm. Прибор отличается высокой производительностью; максимальная производительность составляет 1080 стекол, заключенных за 1 час (на заключение 1 стекла требуется около 3 секунд). Аппарат снабжен системой улавливания испарений, оснащенной угольным фильтром. Оснащенный детектором воздушных пузырьков, модуль для заключения препаратов Tissue-Tek® Film™ позволяет получать качественные препараты без воздушных включений. Детекторная система уровня ксилола и количества пленки для заключения препарата гарантирует, что предметные стекла всегда будут заключены до того, как в Tissue-Tek® Film™ закончится ксилол или покрывающая пленка.

Приобретение описанных выше единиц автоматизированного комплекса для подготовки гистологического материала существенно облегчил труд фельдшеров-лаборантов, занятых в данном разделе производственной деятельности патоморфологического отдела КДЦ. С приобретением автоматизированного комплекса в обязанности лаборантов входят: прием материала, регистрация в компьютере и в журналах, маркировка кассет, блоков и стекол, заливка материала в парафин, резка залитого в парафин материала на микротомах, обслуживание автоматизированных систем (слежение за уровнем и качеством реагентов, пропись протоколов в интерфейсах, своевременные заявки на приобретение реагентов), раскладка стекол по протоколам пациентов для врачей. Тем самым, у среднего медперсонала появились время, силы и желание на освоение и внедрение новых методик, в т.ч. инновационных технологий.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕ

Орлова Н.И., Васькина Т.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клинический диагностический центр», г.Омск

Прогресс клинической медицины в значительной мере связан с использованием в диагностических целях различных инвазивных методов, сопровождающихся прижизненным получением материала из внутренних органов и тканей для морфологического исследования.

Современные российские и международные медицинские стандарты требуют обязательной морфологической верификации диагноза примерно при 80% всех известных болезней, так как от этого напрямую зависит выбор методов лечения и оценка прогноза развития заболевания, методы клинической патологии используются и для оценки эффективности проводимого лечения. Качество и полнота морфологического анализа биопсий, во многом регламентируются методическим обеспечением исследования.

В настоящее время в патоморфологическом отделе Клинического диагностического центра (КДЦ) создана уникальная техническая база для осуществления морфологической обработки биопсийного материала на уровне современных международных требований с использованием методов гистологического, цитологического, гистохимического, бактериоскопического, иммуногисто(cito)химического, цитогенетического и генодиагностического анализа, подготовлены квалифицированные кадры врачей и лаборантов.

Патоморфологический отдел КДЦ является в своем роде эксклюзивным структурным подразделением, такого рода единицы по спектру оказываемых услуг нет в Омской области.

Во-первых, здесь проводятся гистологические исследования - исследования кусочков органов и тканей, полученных при эндоскопических щипцовых и пункционных биопсиях. Таким методом исследуются биоптаты пищевода, желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, дистальных органов тонкой кишки, печени, почек, предстательной и поджелудочной желез, гинекологический и другой операционный материал.

Цитологические исследования предусматривают морфологические исследования клеточных образцов, полученных при эндоскопических и пункционных биопсиях. Данный метод используется для определения патологии щитовидной и молочной желез, желудочно-кишечного тракта, печени, мочеполовой системы, возбудителей некоторых инфекционных заболеваний. В ряде случаев именно этот метод является основным для установления диагноза онкологического заболевания. С 2011 года в патоморфологическом отделе КДЦ

впервые в Омской области внедрен метод жидкостной цитологии - относительно новый и прогрессивный метод. Суть его заключается в том, что материал, полученный посредством щетки или шпателя, не переносится сразу на стекло, а смывается в подготовленный стабилизирующий раствор и отправляется в лабораторию. Только в условиях лаборатории происходит приготовление стандартного цитологического препарата максимально высокого качества из присланной суспензии клеток. Такая методика позволяет сохранить для исследования весь клеточный материал, полученный от пациента, без изменения структуры и иммуноцитохимических свойств диагностических клеток. В лаборатории суспензия в виде тонкого слоя распределяется на предметном стекле с помощью цитоцентрифуги, что значительно повышает информативность цитологического исследования.

Важной особенностью работы отдела является тот факт, что врач-патологанатом и врач-цитолог работают в одном подразделении, зачастую обсуждая морфологическую картину у одного и того же пациента, у которого взят материал для гистологического и цитологического исследований, тем самым формулируется наиболее полное заключение о характере патологического процесса.

Следующий значимый раздел — иммуноморфологический — основан на специфическом взаимодействии антигена и антитела, когда с помощью определенных антител (антисывороток) определяются участки искомого антигена. Выполняется на кусочках органов и тканей, главным образом, для диагностики болезней почек (выявлениями иммунокомплексного повреждения почки при гломерулопатиях). Объектом исследования при этом являются замороженные срезы пунктата почки. Иммунофенотипирование опухолей в Омской области проводится в областном онкологическом диспансере, куда централизованно направляется необходимый материал, поэтому данный раздел работы в патоморфологическом отделе КДЦ не представлен.

Генодиагностический раздел представлен методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), он позволяет выявлять ДНК и РНК возбудителей бактериальных и вирусных инфекций, в т.ч. возбудителей вирусных гепатитов, TORCH-инфекций, заболеваний, передающихся половым путем и т.д. В зависимости от искомого возбудителя берутся кровь, гинекологические или урологические мазки, пунктаты печени, гастробиоптаты и т.д.

В рамках работы Центра по профилактики рака шейки матки в отделе внедрены, освоены и успешно применяются основные методы диагностики патологических процессов и верификации факторов, способствующих развитию этого заболевания: цитологическое исследование, в т.ч. ПАП-тест, жидкостная цитология, определение статуса по инфицированию вирусом папилломы человека методом ПЦР с генотипированием и вирусной нагрузкой, исследования «CINtec Цитология» и «CINtec Гистология»,

направленных на выявление экспрессии онкобелка p16 и маркера пролиферации Ki67 для оценки риска начала канцерогенеза.

Последнее время все большее распространение получили исследования методом ПЦР генетических мутаций (SNP-мутации). Определение генетических мутаций позволяет оценить риск возникновения ряда серьезных заболеваний и состояний, риск рождения ребенка с наследственной патологией, выявить генетическую основу тех или иных заболеваний. Генотипирование — это скрининговая процедура, направленная на анализ наследственных признаков. Ее достаточно выполнить один раз, т.к. в ходе исследования определяются генетические комбинации, единожды унаследованные от генетических родителей.

В настоящее время в патоморфологическом отделе КДЦ есть возможность выявления мутаций, повышающих риск развития рака молочной железы. Выявление таких мутаций с последующей диспансеризацией, т.е. динамическим наблюдением, позволит предотвратить развитие заболевания у пациентов с мутациями и их родственников. Комплекс исследований методом ПЦР для выявления мутаций в системе свертывания крови позволяет определить риск тромбоэмболических процессов у пациентов; выявление мутации у конкретного пациента требует дифференцированного подхода к наблюдению и назначению антикоагуляционной терапии. Комплекс для выявления мутаций, увеличивающих риск развития артериальной гипертензии, позволяет прогнозировать развитие сердечно-сосудистой патологии.

При носительстве мутационного гена у внешне здоровых людей можно оценить прогноз рождения больного ребенка. Существует проблема бесплодных браков, причем зачастую носителем генетических мутаций является не женщина, а мужчина. В диагностическом центре можно пройти исследование методом ПЦР микроделений в Y-хромосоме (AZF-мутация), установить генетическую причину нарушений сперматогенеза и скорректировать лечение. Широким спросом пользуется методика выявления синдрома Жильбера. Таким образом, в нашем учреждении делаются первые шаги по созданию так называемого генетического паспорта, на основании которого возможен прогноз ряда серьезных заболеваний для того, чтобы принять адекватные меры по профилактике этих заболеваний, ориентируясь на конкретного человека.

Исторически сложилось, что в патоморфологическом отделе КДЦ функционирует и цитогенетический раздел работы, который представлен методами пренатальной диагностики (взятие пуповинной крови, ворсин хориона, амниотической жидкости выполняется в отделе ультразвуковой диагностики КДЦ) и прижизненной диагностики для выявления численных нарушения хромосом. На сегодняшний день внедрен метод FISH для пренатальной

диагностики (исследование 13, 18, 21 пар хромосом, X и Y для выявления нарушения их численности).

Таким образом, патоморфологической отдел омского Клинического диагностического центра обладает возможностью проведения широчайшего спектра исследований, отвечающего современным требованиям к диагностике многих заболеваний и состояний.

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И СЕМЕЙНЫХ ПАР – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Ришук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е., Зуева Л.П.

ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

В настоящее время в России сформировалась тревожная демографическая ситуация. Одна из существенных причин нарастающего сокращения населения – увеличение количества бесплодных семейных пар, которое в некоторых регионах России уже превысило 15%. При этом удельный вес мужского бесплодия неуклонно растёт и уже приближается к 60%.

Особое беспокойство вызывает увеличение детской заболеваемости и ухудшение состояния здоровья призывников. Общая заболеваемость детей и подростков до 17 лет в РФ ежегодно увеличивается на 5-6%. Причём доля хронической патологии в структуре заболеваний у детей в настоящее время достигает 30-32%. По данным официальной статистики около 40% детей уже рождаются с различной патологией, а к окончанию обучения в школе здоровых остаётся не более 20%. В связи с этим около 30% призывников получают отсрочки по состоянию здоровья, а половина из призванных имеют ограничения для несения службы в режимных частях.

Многочисленные статистические данные подтверждают, что около 60% заболеваний детского и подросткового возраста могут представлять угрозу фертильности. Именно поэтому ухудшение репродуктивного здоровья детей и подростков вызывает особую тревогу. Только за последние 5 лет в РФ выявленная гинекологическая и андрологическая патология среди детей всех возрастов увеличилась на 30-50%. По данным активных осмотров подростков специалистами Северо-западного института андрологии (г.Санкт-Петербург), в некоторых районах города частота андрологической патологии за 10 лет увеличилась в 4 раза.

Детская заболеваемость в первую очередь напрямую зависит от состояния здоровья

самих беременных женщин, течения беременности, а главное – от подготовки семейных пар к реализации детородной функции. Несмотря на обилие нормативных документов, наличие гинекологов, урологов и педиатров в лечебно-профилактических учреждениях практического здравоохранения, – количество бесплодных пар, осложнений в родах и детей с выявленной патологией неуклонно растёт. На наш взгляд, существующая в настоящее время расстановка сил в системе практического здравоохранения не обеспечивает устранения этой важной государственной проблемы.

В качестве меры увеличения рождаемости широкомасштабно реализуется идея искусственного оплодотворения. Однако вспомогательные репродуктивные технологии можно назвать «методами отчаяния». Обращаем внимание, что большинство причин, вынуждающих их проводить, остаются и нередко мешают в последующем нормальному развитию беременности. Имеются уже многочисленные официальные данные о появлении у новорожденных и детей различных соматических заболеваний и психических нарушений, полученных в результате искусственного оплодотворения. В погоне за количеством можно потерять качество.

В связи с этим необходимо усовершенствовать подходы, позволяющие тщательно готовить семейные пары в первую очередь к естественному оплодотворению и только, как крайний вариант - к искусственному зачатию.

Принимая во внимание социальную значимость возрастающих репродуктивных нарушений молодёжи в Северо-Западном регионе РФ и имеющийся научно-практический опыт наших специалистов по оздоровлению детского, подросткового населения и молодых семейных пар, - для России, Белоруссии, Украины и Прибалтийских стран предложен Проект, включающий *систему* подготовки семейных пар к зачатию здорового ребёнка. Она включает:

- введение в новый Приказ или в номенклатуру специальностей Приказа №210н от 23.04.09 г. и Приложение с квалификационными требованиями Приказа МЗиСР РФ № 415н от 7.07.2009 г. специальности «репродуктолог» через профессиональную переподготовку и ординатуру, сформированные на базе основной специальности – акушер-гинеколог;

- учреждение образовательных программ (на базе имеющихся государственных медицинских университетов) по подготовке, переподготовке и усовершенствованию медицинских кадров, в первую очередь, для поликлинического звена по специальности «репродуктолог»;

- введение должности «репродуктолог» в состав поликлиник, центров семьи и брака, центров здоровья, центров ЭКО - для подготовки семейных пар к беременности. При этом возможно использование уже имеющихся в штате акушеров-гинекологов после их

переподготовки. Часть функционирующих в поликлинической системе центров здоровья перепрофилировать в учреждения, занимающиеся, в большей степени, повышением репродуктивного здоровья семейных пар;

- учреждение стандартов деятельности специалистов-репродуктологов в амбулаторно-поликлинической системе практического здравоохранения;

- учреждение обязательного тематического усовершенствования по репродуктологии специалистов (урологов и эндокринологов), взаимодействующих по отработанным стандартам с репродуктологами в системе подготовки семейных пар;

- введение в подготовку и переподготовку детских врачей (педиатров, детских эндокринологов, детских урологов) аспектов репродуктологии для более эффективного проведения диспансеризации детей и подростков с целью профилактики формирования у них бесплодия в репродуктивном возрасте;

- создание сети студий для проведения видеоконференций (телемостов) во всех регионах России (в первую очередь в образовательных учреждениях и учреждениях практического здравоохранения) для дистанционного обучения врачей и обмена опытом. Это позволит сэкономить время и средства, затрачиваемые на выезды врачей и преподавателей по образовательным программам.

Необходимо отметить, что в Великобритании и в Евросоюзе уже давно введена дополнительная специализация врачей по направлению «Репродуктивная медицина»; в странах Евросоюза также введено близкое к этой специализации направление «Сексуальное и репродуктивное здоровье».

Результатом деятельности ученых – специалистов Санкт-Петербурга за 10 лет явилась разработка высокоэффективной модели работы репродуктологов на контингенте семейных пар по диагностике, лечению и профилактике мужского и женского бесплодия.

Таким образом, предложенные меры в масштабе нашей страны и других стран СНГ позволят:

- 1) улучшить состояние здоровья молодых семейных пар и увеличить количество зачатий естественным путём;

- 2) снизить осложнения во время беременности и после родов;

- 3) уменьшить смертность новорожденных и качественно улучшить состояние здоровья детей;

- 4) проводить более тщательный отбор и подготовку семейных пар к вспомогательным репродуктивным технологиям, повышая их эффективность, а также существенно уменьшить осложнения со стороны беременных, новорожденных и детей – как результат их применения;

5) изучать репродуктивное здоровье населения не только на индивидуальном, но и на популяционном уровне; это обеспечит возможность более эффективной работы по прогнозированию и профилактике репродуктивных нарушений;

6) экономить государственные средства, расходуемые на проведение вспомогательных репродуктивных технологий, а также на лечение и содержание больных новорожденных и детей.

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ВВЕДЕНИЯ ВРАЧЕЙ-РЕПРОДУКТОЛОГОВ В СИСТЕМУ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ДРУГИХ СТРАН СНГ

Рицук С.В., Татарова Н.А., Мирский В.Е.

ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

В настоящее время в России и других странах СНГ продолжают нарастать негативные тенденции, связанные с увеличением количества бесплодных семейных пар, ухудшением общего и репродуктивного здоровья у детей и подростков, значительным ростом удельного веса мужского бесплодия, часто формирующегося из-за несвоевременного и неправильного лечения репродуктивной патологии в детском и подростковом возрасте. В связи с создавшейся критической ситуацией, инициативная научная группа из Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и Северо-западного института андрологии (г.Санкт-Петербург) провела анализ результатов своей практической деятельности за последние 10 лет по работе с семейными парами и подростковым населением на базе медицинских учреждений. Цель - отработка подходов, позволяющих выйти из сложившейся критической ситуации.

Было обследовано 1626 человек репродуктивного возраста и 170 000 детей и подростков с учётом разработанных оптимизированных диагностических и лечебных подходов. Заслуживают внимание следующие полученные результаты.

Из обследованных 1626 человек (1026 мужчин и 600 женщин) - 1056 составили 528 половые пары с различными заболеваниями репродуктивной системы; из данной совокупности пар 350 были бесплодны; причём доля мужского бесплодия составила 45%, женского – 40%, сочетанного – 15%; остальные 178 пар обратились с целью подготовки к беременности.

Уровень репродуктивно значимой инфекционной патологии в различных сочетаниях (хламидийной, микоуреаплазменной и трихомонадной) имел высокие цифры и не отличался в группе пар с бесплодием и в группе подготовки к зачатию – 78% и 77% соответственно; это может свидетельствовать о появлении предпосылок к формированию бесплодия у молодых людей ещё до формирования их брачных отношений.

Уровень эндокринной патологии у женщин составил 33,8% и 23,3% соответственно у бесплодных пар и в парах с подготовкой к беременности; преобладала патология щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит с гипотиреозом), заболевания надпочечников (скрытый адреногенитальный синдром, синдром гиперкортицизма), гиперпролактинемия и синдром поликистозных яичников.

Необходимо отметить, что реальный уровень инфекционной поражённости населения репродуктивного возраста был получен после введения в диагностические блоки импортных иммуноферментных систем после их сопоставления с отечественными и получения неудовлетворительных результатов работы последних (было получено преобладание количества ложно отрицательных результатов, не коррелирующих ни с одной клинической проблемой). Заслуживает внимание сопоставление т/с Orgenics (Франция- Израиль) с использованием фосфатазно-щелочного конъюгата, т/с Вектор-Бест (Новосибирск) с результатами ПЦР по хламидиозу: около 90% положительных результатов на т/с Orgenics по крови не подтверждается в т/с Вектор-Бест и в ПЦР, что приводит к недооценке этой инфекции со всеми вытекающими клиническими последствиями (особенно при проведении циклов ЭКО).

Проведен анализ случаев с неудачными попытками ЭКО у 52 семейных пар, у которых до проведения ЭКО (согласно утверждённым диагностическим стандартам) инфекционно-эндокринная патология не выявилась. В результате применения оптимизированных диагностических подходов была выявлена репродуктивно значимая инфекционная патология в различных сочетаниях у 36 (69,2%) пар, из которой преобладала хламидийная (41,9%), трихомонадная (25,6%) и микоуреаплазменная (32,6%) инфекции. У остальных 5 (9,6%) пар определилась эндокринная патология (аутоиммунный тиреоидит, скрытый адреногенитальный синдром и гиперпролактинемия в различных сочетаниях); ещё у 7 (13,5%) – сочетанная инфекционно-эндокринная патология; у остальных 4 (7,7%) причину неудач ЭКО выявить не удалось (возможно, имели место генетические дефекты, отвечающие за эмбриогенез).

В результате проведенной комплексной терапии инфекционно-эндокринной патологии естественное зачатие в группе с бесплодием в течение 1-2 лет наступило примерно в 75% случаев с вынашиванием и рождением здорового ребёнка при доношенной

беременности (имело место несколько случаев невынашивания из-за герпетической инфекции). Только 21 (6%) пара по абсолютным показаниям была направлена на вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Остальные пролеченные пары ушли из наблюдения специалистов, на наш взгляд, из-за отсутствия системы отслеживания с использованием стандартизованных карт. Случаи с направлением на ВРТ закончились рождением здорового ребёнка, за исключением 3-х, где было прерывание беременности на раннем сроке, причина которого осталась не выявленной (возможно генитальный герпес или генетические аномалии, отвечающие за эмбриогенез).

В группе с неудачным ЭКО после комплексного лечения репродуктивной патологии в течение 1-2 лет у 44 из 52 пар (84,6%) наступило естественное зачатие; остальные 6 пар (11,5%) были направлены повторно на ЭКО по абсолютным показаниям (основные - отсутствие труб или выраженный спаечный процесс в придатках у женщины, патоспермия у мужчины как проявление генетического заболевания). Большинство случаев с естественным и искусственным зачатиями закончились рождением здорового ребёнка при доношенной беременности.

По результатам активных осмотров 170 000 детей и подростков уровень андрологической патологии ещё в 2002-4 г.г. у мальчиков и юношей Великого Новгорода составил 454,8⁰/₀₀, Барнаула - 448,9⁰/₀₀, в Новгородской области - 283⁰/₀₀, в Санкт-Петербурге - 153,1⁰/₀₀. По данным осмотров 2009-11 г.г., только во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга частота андрологической патологии за 10 лет увеличилась в 4 раза. Представленный материал подтверждает связь между ухудшением репродуктивного здоровья семейных пар и ухудшением соматического и репродуктивного здоровья у детей и подростков. Причиной многих уроандрологических заболеваний является воздействие неблагоприятных факторов (в т.ч. инфекционных, эндокринных, ятрогенных) во время вынашивания плода. Имеются многочисленные данные о том, что около 60% заболеваний детского и подросткового возраста (в т.ч. андрологических - варикоцеле, криптохизм, гипогонадизм, своевременно некорректируемая задержка полового развития) могут представлять угрозу фертильности или напрямую приводить к бесплодию.

Таким образом:

- 1) возникшая ситуация в РФ в репродуктивном здоровье семейных пар, детей и подростков является критической в связи возникновением замкнутого порочного круга: «больные семейные пары – больные дети и подростки – больные семейные пары»;
- 2) настоящая расстановка сил в учреждениях практического здравоохранения не позволяет выйти из данной ситуации по следующим причинам:

а) специалисты, имеющие прямое отношение к репродукции населения (гинекологи, урологи, эндокринологи), не обладают системой знаний по инфектологии, лабораторной диагностике и эндокринной патологии, которая должна быть использована для подготовки семейных пар к реализации репродуктивной функции; в связи с этим необходимо введение усовершенствования этих специалистов в данной области;

б) отсутствует сама система подготовки семейных пар к естественному зачатию с учётом значительного увеличения в последнее время инфекционно-эндокринной и генетической патологии;

в) отсутствуют эффективные стандарты подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатиям; нередко обилие методов обследования являются излишними и неэффективными в решении репродуктивных проблем; необходимо незамедлительное введение эффективных стандартов в амбулаторно-поликлиническое звено практического здравоохранения;

г) форсирование на данном этапе искусственных технологий, как способа увеличения количества населения, является излишним, не рациональным и крайне отрицательно сказывается на качестве здоровья молодого населения – ухудшает его генофонд; отсутствие системы подготовки и тщательного отбора семейных пар на ВРТ дискредитирует его как метод лечения бесплодия;

д) необходимо усовершенствование педиатров по репродуктологии для своевременного активного выявления и коррекции репродуктивных нарушений у детей и подростков с целью профилактики формирования бесплодия в будущем.

3) разработанная модель деятельности репродуктологов в системе практического здравоохранения является дееспособной и высокоэффективной, позволяющей выйти из создавшейся критической ситуации; это подтверждается полученными результатами её применения на контингентах семейных пар.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СПОРТСМЕНОВ В РОССИИ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕШЕНИЯ.

Самойлов А.С., Ключников С.О.

Центр спортивной медицины ФМБА России, г. Москва

«В настоящее время продолжают сохраняться негативные тенденции состояния здоровья детей. По данным МЗиСР РФ наиболее значимое ухудшение состояния здоровья

детей отмечается в возрасте 7–17 лет. За последние годы распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний среди учащихся младших классов повысилась на 80-85%, в старших на 70%. В 2010 году показатель общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет вырос на 7%, а в возрастной группе детей 15-17 лет на 19,3% в сравнении с 2005 г.» из Приложения № 1 к письму Минздравсоцразвития России от 30 июня 2011 г. Рекомендации по обеспечению углубленной диспансеризации подростков.

Порядок медицинского обеспечения детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом, включает в себя:

- систематический контроль за состоянием здоровья этих лиц;
- оценку адекватности физических нагрузок этих лиц состоянию их здоровья;
- профилактику и лечение заболеваний этих лиц и полученных ими травм, их медицинскую реабилитацию;
- восстановление их здоровья средствами и методами, используемыми при занятиях физической культурой и спортом».

При медико-биологическом обеспечении несовершеннолетних спортсменов принципиальны следующие положения:

- Отказ от фармакологической стимуляции организма ребенка
- Углубленное медицинское обследование всех детей, занимающихся спортом
- Совершенствование профилактических и реабилитационных программ.

Реальность:

1. Нерегулярные и неполные медицинские осмотры юных спортсменов - 30% детей занимающихся спортом не проходят углубленные медицинские осмотры, а 15-35% прошедших УМО имеют отклонения в состоянии здоровья и противопоказания к занятию спортом.
2. Не развита система постоянного контроля за здоровьем юных спортсменов во время тренировочного периода. Не во всех ДЮСШ в штате имеется постоянный врач - педиатр, врач по спортивной медицине.
3. Не полное оснащение медицинских центров, осуществляющих контроль за состоянием здоровья детей занимающихся спортом. Отсутствие постоянного прикрепления ДЮСШ к конкретным медицинским центрам.
4. Отсутствие четких медико-биологических критериев отбора детей с учетом специфики видов спорта. Отбор юных спортсменов проводится по устаревшим нормативам без учета изменившейся антропофункциональной структуры детской популяции.
5. Не развита система педагогической и психологической помощи спортсменам и их родителям.

6. Недостаточно специалистов по спортивной медицине, владеющих педиатрией.

7. В настоящее время наблюдается бесконтрольный прием фармакологических средств и БАД юными спортсменами.

Что делать:

- Необходимо пересмотреть подготовку и подбор врачей спортивной медицины, работающих с детьми и подростками, с учетом специального педиатрического образования.

- Осуществить доукомплектование ДЮСШ и школ олимпийского резерва постоянным медицинским штатом в составе врачей спортивной медицины, педиатров и медицинских психологов.

- Усовершенствовать порядок проведения УМО юных спортсменов:

- с изменением структуры тестов для оценки физической работоспособности с учетом новейших методик и типичных для каждого вида спорта соревновательных нагрузок;

- с использованием современных комплексных диагностических программ.

- Развивать систему педагогической и психологической помощи юным спортсменам и их родителям. Использовать при подготовке спортсменов к соревновательному этапу новейшие игровые и симуляционные тренажеры.

- Разработать четкие критерии отбора детей по видам спорта, учитывая изменившуюся антропофункциональную структуру детской популяции, используя и возможности генетической селекции.

- Создать систему динамического контроля за использованием лекарственных средств и БАД у несовершеннолетних спортсменов.

- Создать формуляр препаратов, разрешенных к использованию в детском спорте.

- Оптимизировать нормативно-правового обеспечения детско-юношеского спорта по двум направлениям: 1) развитие правовых основ медицинского и медико-биологического обеспечения спорта в целом; 2) разработка механизмов, обеспечивающих учет специфики собственно детско-юношеского спорта.

Данные положения и накопленный огромный научно-методический опыт ведущих педиатрических центров и институтов легли в основу Концепции развития медико-биологического обеспечения в детско-юношеском спорте в РФ, работа над которой велась под эгидой ФМБА в 2010-2012 гг. Примером практической реализации Концепции является не только работа педиатров в рамках Центра спортивной медицины, но и участие специалистов-педиатров в медицинском обеспечении Первой зимней молодежной Олимпиады (Инсбрук, 2012 г).

Последующая реализация Концепции позволит прогнозировать следующие основные результаты:

- укрепление здоровья несовершеннолетних спортсменов;
- укрепление института семьи;
- снижение детской инвалидности;
- снижение детской смертности от несчастных случаев, связанных со спортивной нагрузкой;
- снижение детской заболеваемости;
- преодоление демографического кризиса;
- концентрация научных исследований, обеспечивающих развитие здоровых несовершеннолетних спортсменов;
- достижение высоких результатов в спортивных соревнованиях;
- повышение престижа страны как спортивной державы.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ МЕЖНАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УЛУЧШЕНИЯ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В СТРАНАХ СНГ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА НАСЕЛЕНИЯ

Скальный А.В.

ФГБУН Институт токсикологии ФМБА России, г. Санкт-Петербург

В последние десятилетия в развитых странах мира возрастает обеспокоенность рисками отрицательного влияния загрязнения среды обитания металлами, а также дефицитов жизненно важных химических элементов, связанными с изменением структуры питания населения, экологическими, производственными факторами, изменением продолжительности жизни и структуры заболеваемости, высоким уровнем медикаментозной нагрузки. Многие потенциально опасные для здоровья человека химические элементы (As, Cd, Hg, Pb, Ni, V) в больших количествах попадают в среду обитания человека из промышленных источников, с выбросами транспортных средств (Pb, Pt, Sn и др.). Кроме того, токсичные элементы (As, Hg, Cd), входят в состав гербицидов, пестицидов, химических удобрений, являются компонентами боевых отравляющих веществ (As, Cl).

Нами в течение последних 24 лет проводилась комплексная оценка влияния сочетания дефицитов жизненно важных и избыточного накопления токсичных и условно эссенциальных химических элементов на состояние здоровья жителей РФ и ряда сопредельных государств (Казахстан, Украина, Белоруссия, Литва и др.). Всего было

обследовано более 500 тыс. чел., в основном лиц, не занятых в производственной сфере и детей, у которых был изучен мультиэлементный профиль состава волос в качестве метода неинвазивного донозологического гигиенического скрининга. Максимально выраженный дисбаланс химических элементов был установлен у жителей Украины; относительно благополучные данные были получены у жителей Литвы и Белоруссии, однако и они отличались в худшую сторону от показателей жителей Хорватии, Македонии и стран Западной Европы, обследованных по аналогичной системе в Испытательной лаборатории АНО Центр Биотической медицины (г. Москва) (Skalny, Demidov, 2003). Данные по РФ существенно различались по отдельным регионам, что обусловлено существенными климато-географическими, социально-экономическими различиями между ними (Скальный, 2000; Скальная, Нотова, 2004; Лобанова, 2007; Грабеклис, 2009). Было отмечено, что минимальные проявления нарушений элементного статуса и, особенно, низкая распространенность дефицитов макро- и микроэлементов положительно коррелировали с улучшением медико-демографических показателей регионов (Скальный, 2000; Скальный, Быков, 2003). Целенаправленная коррекция нарушений элементного статуса у детей и взрослых, в том числе работников промышленных предприятий, приводила к существенному снижению сезонной заболеваемости, купированию астено-вегетативных и невротических расстройств, положительной динамике при бронхиальной астме, неврозах, атопическом дерматите, различных дерматозах, гипертонической болезни, задержке психо-речевого развития, синдроме двигательного возбуждения с гиперактивностью у детей (Gerish, Skalny, 1997; Кузьменко и др., 1999; Скальный, 2000, Фролова, 2007 и др.).

В 2004–2010 гг. нами было проведено массовое обследование более 200 тыс. жителей различных субъектов РФ, в результате которого началась работа по написанию многотомного руководства «Элементный статус населения России» (под ред. А.В.Скального и М.Ф.Киселева) и составлению атласа элементного статуса населения России в рамках выполнения ФЦП «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2009-2013 годы)».

На основании данных, полученных в 36 субъектах федерации, входящих в Центральный, Северо-Западный, Южный и Северо-Кавказский федеральные округа, установлено, что население большинства территорий имеет существенные особенности в элементном статусе, обусловленные комплексом природных и социально-экономических факторов. Из этого следует целесообразность проведения массовых медико-экологических исследований в каждом без исключения субъекте федерации по единой стандартизированной схеме с использованием самых современных и производительных методов многоэлементного анализа для разработки регионально ориентированных мероприятий по

улучшению популяционных показателей элементного статуса. В свою очередь, улучшение элементного статуса населения, как показывает положительный опыт зарубежных государств (Финляндия, США, Великобритания, Франция, Япония, КНР и др.) и деятельность международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ICCIDD, Институт микроэлементов ЮНЕСКО и др.), оказывает положительное влияние на медико-демографические показатели.

Итак, на основе полученных данных можно предположить, что в регионах, где жители в большей степени страдают от дефицита Ca, P, K, Na, Co и избыточного воздействия Fe, Mn, Cr (связь с деятельностью предприятий черной металлургии, горнодобывающих и машиностроительных комплексов, высокая концентрация Fe и Mn в питьевой воде), а также Hg на фоне дефицита Se, продолжительность жизни сокращается. При этом для всего взрослого населения опасен дефицит Ca и P, только для мужчин – дефицит K, Na, Se и избыточное накопление Fe, Mn, Cr, Hg, а только для женщин – дефицит Co на фоне избытка Mn. Превышение УБДУ в волосах по Ca влияет на продолжительность жизни женщин положительно, а Mn – отрицательно; у мужчин избыток Se положительно коррелирует с продолжительностью жизни. Продолжительность жизни мужского населения в большей степени зависит от его элементного статуса, в том числе от состояния обмена K, Na, Ca, P, Se, влияющих в первую очередь на состояние сердечно-сосудистой системы и функции выделительных (детоксикационных) систем организма. Получены убедительные данные о возможности повышения фертильности мужского населения и рождаемости в популяции при своевременной коррекции дефицитов Zn и K – регионы с наиболее низкими показателями рождаемости достоверно отличаются низкой обеспеченностью взрослого населения именно этими жизненно важными биоэлементами.

Установлена зависимость между элементным статусом населения и общей заболеваемостью, которая растет при усилении дефицитов P, Ca, Mg, и накоплении токсикантов. Сочетание в популяции высокой распространенности гипозементозов, особенно дефицитов макроэлементов, с накоплением токсикантов антропогенного происхождения (Hg, Pb, Al, As, Cd) в наибольшей степени ухудшает показатели общественного здоровья. Эти данные согласуются с обеспокоенностью ВОЗ по поводу прогрессирования распространенности неинфекционных заболеваний в развитых и т.н. переходных странах, к которым относятся и страны СНГ.

Полученные результаты позволили ранжировать исследованные регионы РФ по показателям элементного статуса населения и наметить алгоритмы проведения лечебно-профилактических и природоохранных мероприятий с учетом региональной специфики. Они также являются обоснованием для дальнейших медико-экологических исследований в

субъектах федерации, могут быть использованы для создания «районированных» продуктов оздоровительного питания, улучшения качества питьевой воды, производства функциональных напитков, нутрицевтиков и продуктов лечебного питания, стать мощным стимулом для местного сельскохозяйственного, фармацевтического и пищевого производств, продукция которых может сыграть важную роль в адаптации населения к гипокомфортным и дискомфортным условиям проживания.

В 2011 г. вышла в свет монография «Биоэлементный статус населения Беларуси: экологические, физиологические и патологические аспекты» (под ред. Н.А.Гресь и А.В.Скального) как первый итог успешного сотрудничества ученых стран СНГ. По нашему мнению, подобные медико-экологические исследования могут стать важным компонентом сотрудничества стран СНГ, направленным на улучшение качества жизни населения и улучшение медико-демографической ситуации, развития производительных сил стран-участниц.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТМЕНЕ КУРЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Сперанская О.И., Смирнов В.К., Кутушев О.Т., Ермолова О.И., Ларина И.Г.,
Третьякова И.Г.*

ФГБУ «ГНЦ ССП им.В.П.Сербского» Минздрава РФ,
Московский городской центр профилактики и лечения табакокурения Департамента
здравоохранения г. Москвы
Воронежский областной наркологический диспансер

Низкая эффективность применения отдельных терапевтических практик, рекомендованных ВОЗ для лечения табачной зависимости (ТЗ), частота развития рецидивов курения, свидетельствуют о необходимости разработки единой медицинской стратегии, объединяющей врачей общей практики и специалистов - психиатров, наркологов, психотерапевтов.

Данная стратегия должна предусматривать преемственность на всех этапах оказания помощи курящим лицам, начиная с центров здоровья и поликлиник, где проводятся беседы и консультации по проведению самостоятельной отмены курения, заканчивая специализированными медицинскими учреждениями – наркологическими диспансерами и стационарами, где имеются условия и методологическая база осуществления дифференцированных подходов к терапии.

Главной причиной низкой эффективности существующих в настоящее время мировых практик применения никотинозаместительной терапии (НЗТ), проводимой в соответствии со

стандартами ВОЗ, является недооценка сложности клинической картины ТЗ как заболевания, имеющего ремиссии и рецидивы, а также игнорирование особенностей его течения в каждом конкретном случае.

Применение комплексного подхода к терапии ТЗ, с учетом клинических данных и биологических факторов (половая принадлежность курящих лиц, наличие наследственной отягощенности курением, сопутствующих соматических заболеваний и психических расстройств) дает возможность достижения более высоких результатов в короткие сроки, с формированием устойчивых и качественных терапевтических ремиссий.

Имея в виду высокую частоту встречаемости у курящих лиц коморбидных психических расстройств, и, прежде всего, тревоги и депрессии, которые относятся к факторам риска развития рецидивов курения, в систему оказания помощи при отмене курения следует включать психотропные препараты, дифференцированно назначаемые по клиническим показаниям врачами специалистами – психиатрами, психотерапевтами, наркологами.

Основными принципами организации и проведения специализированной медицинской помощи курящим лицам являются применение методов клинко-дифференцированной диагностики и терапии различных клинических форм табачной зависимости и комплексный подход к лечению.

Клинко-дифференцированные методы диагностики и терапии ТЗ, разработанные на базе ФГБУ «ГНЦ ССП им.В.П.Сербского», позволяют повысить эффективность лечения, применять различные подходы к терапии с учетом клинических данных, прогнозировать длительность и качество терапевтических ремиссий.

Комплексный подход к терапии ТЗ предусматривает широкое использование, наряду с консультативной и психологической помощью, лекарственных и немедикаментозных методов лечения – рефлексотерапии, психотерапии, биологической обратной связи, биорезонансной терапии, гомеопатии, фитотерапии, нормобарической гипокситерапии, других методов.

Обязательным условием осуществления специализированной помощи лицам с ТЗ является включение:

- одного из препаратов никотинозаместительной терапии – пластырей, капель, ингаляторов, жевательных резинок, содержащих никотин или средств, непосредственно воздействующих на никотиновые рецепторы – варениклина (чампикса), табекса;
- препаратов психофармакотерапии (как правило, в минимальных дозировках, не нарушающих режима активной жизни и трудовой деятельности пациентов, отказывающихся от курения);

- методов психотерапии – рациональной, гипносуггестивной, когнитивной;
- одного или нескольких методов немедикаментозного лечения – вариантов рефлексотерапии (иглотерапия, электро – и лазеропунктура), биологической обратной связи, биорезонансной терапии, нормобарической гипокситерапии, фитотерапии, других методов.

Анализ результатов применения специализированной помощи курящим лицам, проводившейся в кабинетах терапии табачной зависимости на базе наркологических диспансеров Российской Федерации, показал ее преимущества по сравнению с другими видами помощи курящим лицам, что проявляется:

- более высокой терапевтической эффективностью (от 30 до 60% по сравнению с 8-12% при применении НЗТ врачами общей медицинской практики);
- возможностью проведения дифференцированной комплексной терапии с учетом клинической оценки ТЗ и личностных особенностей пациентов;
- возможностью динамического наблюдения лиц с ТЗ, проведением стандартизированной оценки терапевтических ремиссий;
- ранним выявлением резистентности к НЗТ, что дает возможность своевременного изменения стратегии и тактики лечения данного контингента лиц с ТЗ, повышения эффективности лечения в целом.

Для оптимизации оказания специализированной медицинской помощи по отказу от употребления табака в Российской Федерации необходимо:

1. Создание законодательной базы для организации кабинетов по лечению табачной зависимости при медицинских учреждениях, поскольку существующие в настоящее время положения о «Кабинете организации лечебной помощи по отмене курения табака» носят рекомендательный характер;
2. Организация кабинетов специализированной медицинской помощи по отказу от употребления табака во всех регионах Российской Федерации – в настоящее время на территории РФ создано не более 40 таких кабинетов;
3. Проведение комплектации кабинетов по лечению ТЗ современным медицинским оборудованием, позволяющим оценивать степень и тяжесть никотиновой зависимости, особенности терапевтической динамики отмены курения, достоверность формирования терапевтических ремиссий;
4. Осуществление взаимодействия на государственном и региональном уровне РФ структур, обеспечивающих специализированную медицинскую помощь в отмене

курения, доврачебную и первичную врачебную помощь (на базе медицинских учреждений общего типа – в поликлиниках, центрах здоровья, стационарах), что позволит оптимизировать дифференцированную терапию курящих лиц с повышением ее эффективности и сокращением сроков лечения;

5. Осуществление поддержки на государственном уровне клинко-психопатологических, нейрофизиологических, нейрохимических, иммунологических, клинко-генетических и других научных исследований табачной зависимости с координацией деятельности различных научных учреждений и специалистов, созданием межотраслевых программ.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ БАЗЫ ПИСЬМЕННЫХ ОБРАЩЕНИЙ И ЖАЛОБ ГРАЖДАН В ОБЩЕСТВЕННУЮ ПРИЕМНУЮ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Стороженко А.Е., Равдугина Т.Г., Стрыгина И.Л.

Министерство здравоохранения Омской области, город Омск

Удовлетворенность населения уровнем доступности и качеством оказания медицинской помощи в современных условиях является важнейшим критерием оценки результативности и эффективности деятельности, как учреждений (организаций) здравоохранения, так и органов исполнительной власти. В рамках реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 года № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», министерством здравоохранения Омской области непрерывно проводится работа, нацеленная на повышение показателя удовлетворенности медицинской помощью. По данным Федеральной службы охраны, в настоящее время этот показатель составил почти 40 процентов (39,9%), в динамике - с годовым приростом 3 процента. В значительной степени достижению положительной динамики способствует осуществляемый министерством мониторинг обращений граждан, поступающих на все уровни государственного и муниципального управления и системная работа по анализу и разбору причин обращений и жалоб. Кроме того, оперативно в ежедневном режиме, и регулярно (еженедельно, ежемесячно) проводится детализированный анализ как письменных обращений и жалоб граждан, также и обращений, поступающих на «Горячую линию» министерства и в Общественную приемную. Причем, ведется анализ территориальной активности жителей

региона касательно всех видов обращений. Мы считаем, что высокая активность обращений граждан в министерство – не есть однозначно отрицательный показатель, поскольку расширению возможностей для оперативного и прямого диалога граждан с руководителями и специалистами министерства способствуют современные средства связи, и в первую очередь Интернет. В том числе, росту обращений граждан способствует возможность обращения и через официальный сайт Министерства.

Так, если в 2010 году в министерстве было зарегистрировано 7,5 обращений на 1000 жителей, то в 2011 году – 8,7. Причем, обращаемость жителей областного центра (г. Омска) существенно выше, составив 9,7 и 12,6 на 1000 человек, соответственно. Меньше всего обращались за помощью в вышестоящие органы и министерство жители муниципальных районов области - Азовского, Называевского, Полтавского, Москаленского, Нижнеомского, Кормиловского, Калачинского, Муромцевского, Марьяновского, Любинского, Оконешниковского районов. Тогда как, чаще всего - Знаменского, Большеуковского, Крутинского, Саргатского, Омского районов.

Однако в структуре обращений особую роль мы отводим жалобам. Они, как правило, исключая необоснованные, сигнализируют о конкретных проблемах, дефектах в организации и оказании различных видов медицинской помощи и применительно к региону в целом, и к отдельным муниципальным образованиям, населенным пунктам, медицинским организациям. В связи с чем, в течение последнего года на основании обращений граждан, в рамках исполнения министерством переданных полномочий за соблюдением лицензионных условий оказания медицинской помощи проведено 134 внеплановых комиссионных проверок качества оказания медицинской помощи пациентам с выездом в учреждениях здравоохранения. По результатам, составлено и направлено в суд 44 протокола об административном правонарушении, выдано 53 предписания об устранении выявленных нарушений. В свою очередь, судами, по результатам рассмотрения направленных протоколов, было принято 19 решений о привлечении нарушителей к административной ответственности в виде административного штрафа на общую сумму 1425000 рублей, в 5 случаях была приостановлена деятельность, в 8 – вынесены письменные предупреждения.

Всего в течение последнего года жители Омской области проинформировали министерство и вышестоящие органы о том, что они не смогли разрешить непосредственно по месту жительства, в территориальных учреждениях здравоохранения 3392 вопроса, затрагивающих сферу медицинского и лекарственного обеспечения. Так, значительное число обращений граждан затрагивало следующий спектр вопросов:

- 1) по организации лечебно-диагностической помощи –1198 (35,3 %);
- 2) о недостатках при получении лечения и обследования –595 (17,5 %);

- 3) по поводу организации лекарственного обеспечения – 291 (8,9%);
- 4) по поводу качества оказания медицинской помощи – 150 (4,4 %);
- 5) по вопросам медико – социального освидетельствования – 139 (4,0%);
- 6) по поводу нарушений в действиях медицинских работников и администрации учреждений здравоохранения – 108 (3,2 %);
- 7) по поводу заработной платы работников здравоохранения – 107 (3,2%);
- 8) по вопросу организации работы ЛПУ – 101 (3,1 %);
- 9) о необходимости оказания помощи в зубопротезировании – 78 (2,3%);
- 10) по поводу санаторно-курортного лечения – 75 (2,3%)
- 11) по поводу несогласия с платностью лечения в государственных (бюджетных) и муниципальных учреждениях здравоохранения – 68 (2,1 %);
- 12) по поводу грубости медицинского персонала – 60 (1,8 %), в том числе в учреждениях здравоохранения города Омска – 50 обращений (83 % от числа всех); по одному обращению от жителей Исилькульского, Называевского, Омского, Саргатского, Тарского районов, 2 - из Калачинского района;
- 13) о необходимости оказания помощи по эндопротезированию – 44 (1,3%);
- 14) просьбы об оказании финансовой помощи на лечение – 41 (1,3 %);
- 15) по жилищным вопросам работников здравоохранения – 29 (0,8%);
- 16) по вопросам трудоустройства медицинских специалистов – 12 (0,3%), (г. Омск – 2), 4 из Тарского района.
- 17) о необходимости оказания помощи по слухопротезированию – 11 (0,3%);
- 18) по вопросам коррупционного плана – 10 (0,3%).

Следует отметить, что наряду с жалобами и обращениями о помощи, поступают обращения и с благодарностями медицинским работникам, но в пределах 8-9 процентов от числа всех.

Поскольку в структуре письменных обращений граждан лидирующую роль занимают неразрешенные на местах организационные вопросы, проблемы, связанные с диагностикой и лечением, лекарственной помощью, качеством оказания медицинской помощи, неудовлетворенностью результатами медико-социальной экспертизы, доступностью реабилитации и восстановительного лечения, комплектования медицинских учреждений кадрами, оплатой труда работников отрасли, то они и расцениваются в роли приоритетов. И в этой связи, мы должны подчеркнуть, несомненно, партнерскую роль граждан, жителей нашего региона, в их определении. Считаем, что не только желание разрешить свою личную проблему все чаще является поводом для обращений граждан в министерство и вышестоящие органы. Но и все чаще, это мотивированная реализуемой в стране, нашем

регионе политикой повышения открытости деятельности органов государственной власти, гражданская позиция, конкретным выражение которой является оперативное информирование о существующих проблемах в сфере здравоохранения, медицины, лекарственного обеспечения. Задача дня – перейти к конструктивному диалогу, включающего конкретизацию обязательств, ответственности, как в рамках происшедших законодательных изменений, так и грядущих.

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОГРЕШНОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Стороженко А.Е., Равдугина Т.Г., Стрыгина И.Л.

Министерство здравоохранения Омской области, город Омск

Выдающемуся украинскому хирургу Н.М. Волкович принадлежат некогда широко известные слова: «Больного нужно жалеть, больного нужно холить, возле больного нужно трудиться». На наш взгляд, в них заложен глубинный смысл, концептуальное положение стиля, характера, последовательно культивируемого стандарта взаимоотношений врача и пациента, к сожалению, во многом в настоящее время нивелируемого, все более утрачиваемого. В рамках исполнения Федерального закона от 02 мая 2006 года «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ» № 59-ФЗ министерство здравоохранения Омской области сформирована емкая информационная база материалов по фактам обращений и жалоб, поступивших, в основном от жителей региона, в различные органы государственной власти. Проведенное аналитическое исследование материалов по рассмотрению более 4 тысяч обращений граждан, содержащихся в базе, позволило нам вскрыть наиболее характерные (типичные) этико-деонтологические погрешности в деятельности медицинских учреждений (организаций), функционирующих на территории Омской области, на современном этапе. Так, среди специфических качеств характера врачебной (медицинской) деятельности в числе важнейших признается ответственность за свои действия, за свою работу. Хотя, конечно, что ответственность является наиважнейшим качеством для любой профессии. Но в медицинской деятельности оно приобретает особое значение, поскольку наша профессия имеет повседневное отношение к самому важному и сокровенному для человека – его жизни и здоровью.

Как оказалось, чаще всего граждане обращают внимание именно на ответственное отношение руководителей медицинских учреждений, врача, других медицинских работников именно на несоблюдение ответственного отношения к самому процессу организации и

оказания медицинской помощи. Например, в ходе комиссионного расследования жалоб по вопросам ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, устанавливалось, что практически каждое третье обращение (жалоба) являлись обоснованными и были связаны с невыполнением в медицинских учреждениях (организациях) установленных стандартов оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий. Регистрируется существенный рост обращений граждан по поводу платности оказываемой помощи, в том числе в детских и родовспомогательных учреждениях, причем, даже за те виды диагностики и консультаций, которые входят в стандарты диспансеризации беременных женщин по программе «Родовый сертификат», стандарты оказания помощи по программе государственных гарантий при обращениях по поводу заболеваний.

Предметный анализ мотивов жалоб, расследование причин и обстоятельств их порождающих, обнаруживает отход, нивелирование такого важного качества профессиональной деятельности, как наблюдательность (пытливой, профессионально-врачебной), позволяющей увидеть, запомнить и профессионально грамотно оценить малейшие изменения не только в физическом, но и психологическом состоянии человека, а также в его внешнем окружении. В этой связи, особый интерес представляет причинно-следственный анализ обращений и жалоб граждан связано с проблемами в сфере лекарственной помощи. Так, на отказы врачей в выписке льготных рецептов жаловались 18-20% заявителей. На отказы в выписке лекарственных средств, не входящих в утверждённый «Перечень лекарственных средств», - еще 5-7%. О высоких ценах на лекарственные средства информировали 9-10% заявителей от числа всех. Настаивали, требовали выделения денег на лечение, обеспечение средствами контроля содержания сахара крови, обеспечение инсулиновыми помпами – 5-6% заявителей. Таким образом, в 37-43% случаях в жалобах граждан содержалась информация о неадекватных действиях врачей при организации и оказании лекарственной помощи.

Однако: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться богом и освещаться естественным светом и опытностью, величайшая основа лекарств – любовь...», - так писал один из известнейших врачей позднего средневековья Теофраст Парацельс. К сожалению, в современной реальности, в действиях медицинских работников, практика следования приемам положительного воздействия на психику больных не является привычной формой работы. Напротив, все чаще в письмах пациентов приводятся конкретные факты, когда медицинский персонал, включая врачей, не только не думают о словесных раздражителях, имеющих отрицательное воздействие, но и допускают прямое оскорбление пациента, его родственников и т.д. В результате, больному от посещения медицинского учреждения, врача не только не становится легче, а даже напротив...

Учитывая изложенное, министерство здравоохранения Омской области прилагает всемерные усилия на то, чтобы переломить закрепившиеся в нашей профессиональной среде тенденции негативного отношения к пациентам, укореняющуюся недоброжелательность. Так, системно проводится работа по улучшению лекарственного обеспечения. В этом числе, по улучшению качества составления и исполнения заявок на лекарственные средства, ведению персонифицированных регистров граждан по категориям заболеваний - по 7 высокочастотным нозологиям, сахарному диабету, рассеянному склерозу, гемодиализу, бронхиальной астмой и др., по ряду дорогостоящих лекарственных средств.

Регулярно проводятся мероприятия, направленные на соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии работниками всех учреждений здравоохранения региона. По предложению министерства в государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Росздрава» и медицинских образовательных учреждениях среднего профессионального образования вопросы этики и деонтологии включены в образовательные программы, реализуемые как на базовом уровне обучения, так и при последипломной подготовке и циклах повышения квалификации. В процессе преподавания учебных дисциплин проводятся внеаудиторные мероприятия (профессиональные конкурсы, классные часы, круглые столы, дискуссии, ведется научно-исследовательская работа со студентами). С целью повышения уровня знаний специалистов здравоохранения, в БОУОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения Омской области» на всех циклах специализации и усовершенствования проводятся теоретические и практические занятия по теме «Психология профессионального общения. Медицинская этика». При проведении циклов обсуждение проводится на примерах обращений граждан в министерство здравоохранения. Предусмотрен контроль знаний в процессе итоговой аттестации слушателей.

С целью совершенствования системы непрерывного профессионального образования организован постоянно действующий семинар для медицинских сестер, предусматривающий передачу полученных знаний сестринскому персоналу учреждений здравоохранения по каскадному принципу. Подведомственными министерству учреждениями здравоохранения организована работа со студентами государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и медицинских колледжей в части совершенствования отработки практических умений и навыков при прохождении студентами производственных практик. Для этого за каждым студентом был закреплен опытный наставник. По окончании практики все студенты сдают зачет по практическим навыкам и умениям.

Таким образом, важнейшей целевой задачей мы считаем создание в каждом учреждении здравоохранения Омской области атмосферы нетерпимости к хамству, недоброжелательности в отношении пациента и родственников, непрерывного повышения профессиональной ответственности и качества работы.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Чернышев Б.М.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области»

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) представляет собой комплекс оздоровительных и социальных мероприятий, направленных на гармоничное развитие личности, укрепление здоровья, повышение работоспособности, продление долголетия различных категорий населения.

Социально-экономическая и экологическая обстановка сложившаяся в последние годы, гиподинамия, стрессовые и нервно-психические состояния приводят к нарушению биологического баланса и генетической программы организма.

В формировании соматического и психического компонентов здоровья существенная роль принадлежит деятельности государственных учреждений здравоохранения, так как, к сожалению, большинство действующих в настоящее время, хорошо оснащенных оздоровительных и реабилитационных центров функционируют на коммерческой основе, дороги и недоступны широким слоям населения. В этих условиях возрастает роль и значимость государственных учреждений здравоохранения, осуществляющих профилактические и реабилитационные мероприятия.

В Калининградской области главным учреждением, координирующим весь спектр профилактических мероприятий по формированию у населения навыков ЗОЖ, является государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области».

Реализация профилактических технологий осуществляется специалистами Центра комплексно и поэтапно.

Первоначально проводится мониторинг и анализ медицинских, социальных, экологических данных, оказывающих влияние на физическое и психическое состояние

населения области. На следующем этапе выявляются психологические факторы, блокирующие реализацию адекватного отношения к здоровью и здоровому образу жизни. Далее проводится мониторинг уровня знаний представителей разных слоев населения по вопросам здоровья, его компонентов, факторов, влияющих на него. На заключительном этапе вырабатываются рекомендации по методам профилактики, разрабатываются и реализуются групповые и индивидуальные программы коррекции.

Весь комплекс профилактических мероприятий реализуется специалистами Центра в тесном контакте с медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, общественными организациями, средствами массовой информации, что значительно повышает эффективность проводимых мероприятий. Ведущая роль в проведении санитарно-просветительской работы, пропаганде здорового образа жизни, информировании населения о факторах риска принадлежит медицинским работникам учреждений здравоохранения, в первую очередь, амбулаторно-поликлинического звена, компетентно дающих своим пациентам рекомендации по вопросам укрепления здоровья, основным принципам организации ЗОЖ.

Безусловно, каждый индивид сам несет ответственность за свое здоровье, а на пути оздоровления должен дать положительные ответы на вопросы: я знаю много о своем здоровье, я хочу быть здоровым, я умею быть здоровым, я делаю все, чтобы быть здоровым. Медицинский работник выступает в роли консультанта в вопросах формирования и реализации оздоровительных программ.

Таким образом, профилактическая направленность деятельности учреждений здравоохранения формирует у населения культуру здоровья, повышает мотивацию к его сохранению. Создает условия к повышению функциональных возможностей организма, профилактике заболеваний.

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Шведунова Л.Н.

ФГБУ Пятигорский государственный научно-исследовательский институт
курортологии ФМБА России

Проблемой оздоровления часто болеющих детей Пятигорский институт курортологии занимается с 2006 года. На первом этапе научных исследований было установлено преимущество радонотерапии перед другими курортными факторами. Следующей задачей

явилось определение оптимального срока реабилитации этих больных. Традиционно курортное лечение в детских санаториях осуществляется 30 дней. Как правило, при этом достигаются положительные результаты. Но продолжительность лечения в 30 дней имеет и негативную сторону. Во-первых, поскольку часто болеющие дети вынуждены неоднократно прерывать обучение в школе, дополнительные пропуски на время пребывания в санатории (где проводятся лишь репетиторские занятия по 2-3 предметам) создают педагогические проблемы в виде отставания от учебной программы, низкой успеваемости и т.д. Во-вторых, при 30-дневном сроке лечения детей у родителей, имеющих отпуск на 24 дня, неизбежно возникает ситуация, вынуждающая преждевременно забирать ребенка из санатория, то есть прерывать курс лечения. В этой связи оправдана организация оздоровительного процесса для часто болеющих детей в адекватно укороченные сроки, что и явилось целью нашего исследования.

Новый метод с использованием комплексной курортной терапии в течение 24 дней апробирован на основной группе часто болеющих детей (30 человек) в возрасте 6-14 лет. Контролем служили идентичные больные (30 человек), которые получали курортное лечение при сроке 30 дней. После проведенного лечения отмечено значительное улучшение общего состояния у больных обеих групп, а имеющиеся различия в динамике клинических признаков были статистически недостоверными.

Подтвердили целесообразность курортного лечения часто болеющих детей в укороченные сроки результаты исследования вегетативной регуляции сердца по данным кардиоинтервалографии. Под влиянием проведенной терапии число детей с оптимальным вариантом вегетативного тонуса (эйтония) возросло на 27%, а в контрольной – на 30%. Состояние ваготонии в основной группе стало регистрироваться чаще на 33%, а в контрольной – на 37%. В результате неблагоприятные признаки симпатикотонии уменьшились в обеих группах (на 60% - в основной и на 67% - в контрольной).

Кроме того, установлено, что динамика адаптационных реакций детского организма после курортного лечения в течение 24 дней имела ту же направленность и степень выраженности, что и после 30-дневного курса. Так, реакции спокойной и повышенной активации в первом случае стали регистрироваться чаще на 10%, а во втором – на 13%. При этом в основной группе произошла полная ликвидация гематологических признаков переактивации, а в контрольной – проявлений стресса. Анализ показал, что в итоге число детей с реакцией стресса в основной группе сократилось на 7% и в контрольной – на 10%, а с признаками переактивации соответственно на 16% и 20%.

Достигнутые результаты комплексного курортного лечения в сравниваемых группах практически не отличаются. При обоих изучаемых сроках в 100% случаев получен

положительный результат. Имеющиеся различия в числе детей, выписанных со значительным улучшением (10% и 13%), а также с улучшением (80% и 77%) является статистически недостоверным.

Таким образом, эффективность 24-дневного курса лечения практически равнозначна результатам 30-дневного срока, а, кроме того, имеет место преимущество в плане педагогической, социальной, а главное, экономической целесообразности: 1. на более короткий срок прерывается обучение ребенка в школе; 2. разрешается проблема досрочных отъездов из-за несовпадения продолжительности отпуска родителей и срока лечения детей; 3. снижается стоимость детской путевки в санаторий; 4. увеличивается оборот санаторной койки в году.

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ ЛИНИЯ ПОМОЩИ В ОТКАЗЕ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Яблонский П.К., Суховская О.А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), отказ от употребления табака является по критериям стоимости и эффективности наиболее доступным и перспективным направлением профилактики многих хронических неинфекционных заболеваний. Опыт стран Европы и США показал, что наиболее эффективными методами снижения табакокурения (ТК) являются: повышение акцизов, запрет курения в общественных местах, запрет рекламы табачных изделий и спонсорства табачных компаний, размещение на пачках сигарет предупреждений о вреде табака для здоровья. Все эти меры должны сопровождаться организацией системы помощи в отказе от употребления табачных изделий.

23 сентября 2010 года распоряжением Правительства Российской Федерации была утверждена «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы». К числу мер организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечения табачной зависимости относится и создание бесплатной доступной консультативной телефонной линии по оказанию помощи курильщикам в отказе от ТК, которая и была организована в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте фтизиопульмонологии 1 апреля 2011 года. Служба помощи начала свою работу 17 ноября 2011 года.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 18670 обращений в Консультативный телефонный центр помощи в отказе от потребления табака (КТЦ) по поводу отказа от табакокурения. При звонке курильщика определяли степень никотиновой зависимости (по тесту Фагерстрёма), мотивации к отказу от курения; анкетировали для оценки медико-социальных факторов; учитывали опыт предыдущих попыток и регистрировали отказ от курения на 1, 3, 7, 14, 30 дни, через 3 и 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. Среди обратившихся было 57,2% мужчин и 42,8% женщин в возрасте от 18 до 78 лет. В среднем мужчины выкуривали $21,87 \pm 1,8$ сигарет в день, женщины - $17,4 \pm 2,9$ сигарет в день, степень никотиновой зависимости (НЗ) была $6,7 \pm 0,4$ и $5,9 \pm 0,7$ баллов, соответственно.

Ведущими причинами отказа от курения были проблемы со здоровьем (49,9%) и желание сохранения здоровья (13,5%). В связи с беременностью хотели получить помощь при отказе от табакокурения 5,0% респондентов, по желанию близких решили бросить курить 5,6% человек, экономические причины были решающим фактором в 9,8% случаев.

Большинство позвонивших людей хотели бросить курить и имели среднюю и высокую степени мотивации к отказу от курения.

Среди позвонивших на Всероссийскую телефонную линию 45,7% нуждались в однократной консультации. Чаще всего интересовались, как бросить курить (78%), можно ли прекращать курение постепенно, снижая число выкуриваемых сигарет (5%), не вредно ли прекращать курение во время беременности (2%), интересовались действием различных лекарственных препаратов (9,5%), расспрашивали про возможности работы службы (5,5%).

Примерно половина звонков (54,3%) поступили от курильщиков, которые хотели получить консультативную телефонную поддержку при отказе от ТК, включающую консультации психолога и врача на протяжении первого месяца после отказа от ТК. Телефонная поддержка оказывалась курильщикам, готовым отказаться от ТК, т.е. имеющих среднюю и высокую степени мотивации к отказу от ТК и определивших день отказа от курения. Длительность первой консультации составляла 20-40 минут, число консультаций было от 3 до 8. Первая консультация проводилась до отказа от курения, иногда за 2-3 дня до предполагаемой даты отказа от ТК. Время её проведения предварительно согласовывалось, при этом допускалось до 3 попыток дозвона на указанный абонентом номер. Вторая консультация планировалась в день отказа от ТК, третья – через 2 – 3 дня после отказа от ТК, четвёртая и пятая – соответственно, через 7 – 9 дней и 14 – 16 дней после прекращения курения. Для некоторых экс-курильщиков при угрозе срыва предлагались дополнительные короткие консультации в среднем по 5 -10 минут.

В ходе консультаций специалистом КТЦ проводилась оценка мотивации курения, социально-бытовых, физических и материальных факторов, связанных с потреблением табака. На основании полученной информации составлялся индивидуальный план помощи в отказе от ТК. С курильщиком проводилась когнитивно-поведенческая поддержка, направленная на управление желанием закурить, на купирование синдрома отмены, управление отрицательными эмоциями, на профилактику ситуаций, предрасполагающих к рецидиву курения. Обсуждались фармакологические методы лечения никотиновой зависимости.

Результаты исследования эффективности оказания телефонной помощи проанализированы на основании 3-хмесячного наблюдения за лицами, получившими помощь по телефону. Опыт предыдущих попыток отказа в этой группе наблюдения показал, что 92% из них пытались на протяжении последних 5 лет отказаться от курения, при этом 70,6% делали эти попытки более 2 раз. Примерно половина из этих курильщиков (55,1%) смогли ранее отказаться от курения на различные сроки. В основном, они отказывались самостоятельно, не прибегая к помощи врача и/или психолога, не используя медикаментозную терапию, при этом в 44,5% случаев они не смогли продержаться без ТК более 1 суток. Длительность воздержания от потребления табака в течение 3 и более месяцев отмечалась в 12% случаев. Среди курильщиков, которым была оказана помощь по телефону, не смогли отказаться от ТК на срок более 1 суток 15% курильщиков (ранее 45%), а отказ от курения в течение 3 месяцев был достигнут в 28,5% случаев (ранее, в течение прошлых попыток, максимальный период воздержания в течение 3 месяцев и более был отмечен в 12% случаев). В 1,7% случаев курильщики снизили число выкуриваемых сигарет (не менее, чем в 2 раза). Длительность воздержания менее 3 месяцев (от 2 суток до 2,5 месяцев) была в 37,9% случаев; результат неизвестен (отсутствие связи) - в 31,9% случаев.

Таким образом, проведенное исследование первых месяцев работы консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака показало востребованность такой помощи и эффективность ее оказания, при этом телефонное сопровождение при отказе от ТК может быть как самостоятельным видом помощи, так и дополнять медицинскую врачебную помощь.

Раздел: «Духовно-нравственное здоровье»

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ НА ЧЕЛОВЕКА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Симоненко В.Б. член-корреспондент РАН

Магаева С.В. доктор биологических наук

В настоящее время создается новый фундаментальный труд «Великая Отечественная война 1941–1945 годов». Вышли в свет первых два тома¹.

В первом томе «Основные события войны» на примере героической обороны Ленинграда мы пытались проанализировать ту сложную и трагическую психосоматическую ситуацию, сложившуюся в блокадном мегаполисе, и как человеческий организм реагировал и на обстрелы, и на бомбёжку, и на панику, и на голод, и на ситуацию, которая постоянно менялась. Эти бесценные, на наш взгляд, изыскания, помещённые в фундаментальном труде, чрезвычайно важны для полного представления о войне 1941–1945 годов. Это важно и в связи с теми событиями, которые происходили и происходят у нас, чтобы показать, что человек испытывает в таких экстремальных ситуациях.

Блокада немецко-фашистскими войсками Ленинграда (8 сентября 1941 – 27 января 1944) была наиболее тяжёлой, массовой и долговременной маргинальной ситуацией в истории войн. Особая тяжесть блокады определялась воздействием таких экстремальных факторов, как: постоянный психологический прессинг 900-дневной осады города, ежедневная угроза жизни, потеря родных и близких; почти полный голод в течение пяти месяцев (22 ноября 1941 – апрель 1942) с последующим почти двухлетним частичным голоданием и трёхлетним ограничением питания; переохлаждение организма зимой 1941/1942 гг., когда температура воздуха снижалась до 20-30°C, при отсутствии отопления, водопровода, канализации, городского транспорта. Зимой 1941/1942 гг. эти факторы действовали одновременно.

С первого дня блокады 2,4 миллиона ленинградцев испытывали тяжёлый психоэмоциональный стресс, обусловленный ежедневными бомбовыми ударами, артиллерийскими обстрелами и опасностью захвата города немцами. С сентября по декабрь 1941 г. всего лишь 12 дней не было обстрелов, а с октября по декабрь 1941-го противник бомбил Ленинград каждую ночь. За время блокады на Ленинград враг обрушил 150 тыс. снарядов и 105 тыс. авиабомб. В итоге было разрушено свыше 10 тыс. зданий, 15 млн. квадратных метров жилой площади, на которой проживали 716 тыс. человек, 840 заводов, 526 школ и детских садов, 21 научное учреждение, 16 747 ленинградцев погибло, 33 782 человека ранено (из них 33% по неполным данным умерло)².

¹ Великая Отечественная война 1941-1945 годов. В 12-ти т. М., 2011. Т.1 «Основные события войны»; М., 2012. Т.2 «Происхождение и начало войны».

² Гладких П.Ф. Здравоохранение блокадного Ленинграда (1941–1944). Изд. второе. СПб., 1985; Блокада Ленинграда в документах рассекреченных архивов. М., СПб.2005. С. 700, 727, 736, 747.

В период массового психоэмоционального стресса появилась неизвестная ранее форма патологии, получившая название «болезни нервной регуляции». Этим термином определяется обширный класс заболеваний, обусловленных нарушением состояния аппарата нервной регуляции функций органов. В первые месяцы блокады увеличилась заболеваемость гипертонической болезнью и тяжесть её симптомов у гипертоников с довоенного времени. В этот период в группе практически здоровых людей, занятых физическим трудом, на фоне обычного режима питания наблюдались случаи гипогликемической комы, которая могла быть обусловлена подавлением реакции выброса гликогена из тканей скелетных мышц и печени.

С патологией нервной регуляции жизненно важных функций может быть связано увеличение смертности в первые месяцы войны и блокады по сравнению с первым полугодием 1941 года. Врачи – блокадники отмечали пагубное воздействие воздушных тревог, бомбардировок и артиллерийских обстрелов³.

По сравнению со средней цифрой умерших в первом полугодии 1941 г., принятой за 100%, общий показатель смертности в августе повысился до 143%, в сентябре – 182%, в октябре – 196%. На долю убитых во время авиационных налётов приходилось 23% общего числа жертв⁴. Определённая часть летальных исходов могла быть связана с внезапной сердечной смертью людей, испытавших эмоции ужаса в зоне обстрелов или бомбовых ударов.

С 22 ноября 1941 г. в городе начался голод. Хлебный паек рабочих сократился до 250 граммов. Служащие (15% блокадников), дети (20%) и иждивенцы (31%) получали по 125 граммов хлеба. В нем было мало муки и много примесей (жмых, отруби, обойная пыль, пищевая целлюлоза). Однако даже такой хлеб был единственным продуктом, выдаваемым почти регулярно, за исключением третьей декады декабря. Карточные нормы белка снизились до 40–10 г/сут. вместо 100–160 г/сут., необходимых для обеспечения нормальной жизнедеятельности и трудовой активности. Продукты, содержавшие животный белок, практически не выдавались.

Калорийность пищи блокадников теоретически соответствовала 707 ккал/сут. для рабочих (при норме 3500–4500 ккал/сут.), 473 ккал/сут. для служащих (при норме 3000–3200 ккал/сут.), 405 ккал/сут. для иждивенцев (при норме 2500–3000 ккал/сут.)⁵. Низкокалорийное добавочное питание и котловое довольствие на оборонных предприятиях

³ Симоненко В.Б., Магаева С.В., Симоненко М.Г., Пахомова Ю.В. Ленинградская блокада. Медицинские проблемы: ретроспектива и современность. М.2003; . Симоненко В.Б., Магаева С.В. Ленинградская блокада. Открытия в биологии и медицине. М., 2008.

⁴ Черепенина Н.Ю. Голод и смерть в блокированном городе // Жизнь и смерть в осажденном Ленинграде. Историко-медицинский аспект. СПб., 2001. С. 35–80.

⁵ См.: Гладких П.Ф. Указ.соч.

и организациях не могло компенсировать энергетических затрат, которые значительно возросли в связи с трудоёмкими оборонительными и спасательными работами, ненормированным рабочим днём, отсутствием городского транспорта, отопления, водопроводной воды. Обеспечение ежедневного быта требовало значительных физических усилий с дополнительными энергетическими затратами. Последующие прибавки хлеба происходили в основном за счёт увеличения примесей.

Жители блокадного города испытывали острый энергетический кризис. В первые сутки после начала почти полного голодания основным источником энергии были триглицериды жировой ткани, кумулирующие свободную энергию, и гликоген мышечной ткани и печени. Голодание привело к массовой алиментарной дистрофии (истощению от голода). Эта, неизвестная ранее, форма патологии была зарегистрирована у 88,6% населения. Тяжесть истощения стремительно прогрессировала с самого начала заболевания. Необычайно быстрая потеря массы тела (до 22%) происходила в первый период голодания.

Клиническая картина алиментарной дистрофии⁶ на первой стадии характеризовалась истощением энергетических депо – запасов подкожного жира. Ведущим клиническим симптомом истощения было снижение мышечной силы в среднем на 50%. Трудоспособность сохранялась. На второй стадии возникал значительный энергетический дефицит, нарушались функции органов и систем, происходила частичная атрофия внутренних органов. Снижение массы тела прогрессировало, общее состояние больного ухудшалось. Сила мышц снижалась до 38%. Работоспособность значительно снижалась или полностью утрачивалась. Состояние больных алиментарной дистрофией на третьей стадии врачи определили новым термином «минимальная жизнь»⁷, или «жизнь на минимальном пределе». Это состояние характеризовалось значительным снижением уровня всех функций организма (брадикардия, гипотония, гипотермия, адинамия, гипопроотеинемия, гипогликемия, анемия, лимфопения, гипоксия). Состояние «минимальной жизни» было потрясением биологических основ жизнедеятельности организма. Возможность поддержания жизни на столь низком уровне стала открытием для биологии и медицины. Ранее считалось, что потеря массы тела на 40% приводит к летальному исходу.

Одним из факторов, способствовавших выживанию блокадников пожилого и старческого возраста, в период почти полного голода, являлось очищение сосудов, что приводило к некоторому увеличению кровоснабжения органов на фоне замедления кровотока. В период голода резко сократились инфаркты и инсульты. По наблюдениям врачей в исходах голодания большое значение имели волевые качества человека. Люди, не

⁶ Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде / Под ред. М.В.Черноруцкого. Л., 1947.

⁷ Там же.

обладавшие сильным характером, тяжелее переносили голод. Утрата желания жить при потере родных способствовала летальному исходу. Зарегистрированы случаи смерти на первой стадии заболевания, когда происходило истощение жировых депо, но не возникало тяжёлых атрофических изменений органов. Больные погибали без признаков других заболеваний, что свидетельствовало о роли психогенного фактора в генезе смерти на первой стадии истощения. Внезапная смерть больных, находившихся в относительно удовлетворительном состоянии, могла наступить в связи с незначительным эмоциональным напряжением⁸.

Истощение от голода стало причиной массовой смертности блокадников в 1941–1942 гг. В период первой блокадной зимы причиной смерти многих было переохлаждение организма. На фоне гипотермии, связанной со снижением теплопродукции, люди замерзали и умирали на улицах. Непосредственными причинами смерти для многих истощённых людей были пневмония и заболевания желудочно-кишечного тракта. Эти заболевания усиливали тяжесть алиментарной дистрофии и ускоряли летальный исход. Наиболее высокая смертность была характерна для детей до 4 лет и от 7 до 10 лет.

По неполным данным, от алиментарной дистрофии в черте осаждённого города погибло около 1053 тыс. чел.⁹ В процессе эвакуации умерли 360 тыс. ленинградцев, страдавших тяжёлой формой дистрофии. В общей сложности, жертвами голода стали свыше 1413 тыс. чел., что составляет 57,6% ленинградцев¹⁰. Эти сведения на 764 тыс. чел. превышают данные официальной статистики (649 тыс. чел.) городской комиссии по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков о числе погибшего в Ленинграде населения (25 мая 1945 г.)¹¹. В этом документе не учтены неопознанные (безымянные) блокадники, погибшие в черте города, и ленинградцы, умершие от голода в процессе эвакуации.

В блокадном городе значительно сократилась заболеваемость гипертонической болезнью, в патогенезе которой важную роль играет неврогенный фактор. С развитием дистрофии уменьшалась тяжесть гипертонических симптомов, вплоть до полного их

⁸ См.: Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде /Под ред. М.В. Черноруцкого. Л., 1947; *Магаева С.В., Тервонен Л.И.* Психологическая общность ленинградских блокадников. СПб., 2010; *Симоненко В.Б., Магаева С.В.* Ленинградская блокада. Открытия в биологии и медицине. М., 2008.

⁹ *Медведецкий А.Г.* Трагедия и подвиг блокадного Ленинграда // Боль памяти блокадной. Сборник воспоминаний жителей и защитников блокадного Ленинграда. М., 2000. С.56, 59.

¹⁰ *Магаева С.В., Симоненко В.Б.* Статистика жертв ленинградской блокады // СПб-Университет. 2009. № 8–24.

¹¹ Блокада Ленинграда в документах рассекреченных архивов. С. 700, 727, 736, 747; Ленинград в осаде. Сборник документов о героической обороне Ленинграда в годы Великой Отечественной войны 1941–1944. СПб., 1995. С.84 – 87, 194, 301–305, 350–351, 372, 406–407, 573–574. В официальных источниках говорится, что с сентября 1941 по январь 1943 г. в Ленинграде умерло от голода 641 тыс. чел., погибло от артиллерийских обстрелов противника 17 тыс. жителей города (Россия и СССР в войнах XX века. Книга потерь М., 2010). В других источниках речь идет о 800 тыс. ленинградцах, погибших в блокаду (Война Германии против Советского Союза. 1941–1945. Берлин, 1992. С.67).

исчезновения: отсутствовали головные боли и приступы стенокардии. Для острой формы дистрофии была характерна артериальная гипотензия. Резкое снижение частоты гипертонии в конце 1941 – марте 1942 г. совпадает с наиболее высокой заболеваемостью алиментарной дистрофией при остром её течении. В снижении частоты инфарктов и инсультов в период алиментарной дистрофии определённую роль могла играть редукция атеросклеротических бляшек, элементы которых потреблялись в эндогенном питании.

В блокадный период изменилась структура заболеваемости. Практически исчезли многие заболевания. Несмотря на антисанитарные условия (отсутствие водоснабжения, канализации), значительно снизилась по сравнению с 1940 г. заболеваемость многими инфекциями. Крайне редко возникали такие болезни, как скарлатина, краснуха, ветряная оспа, корь, свинка, болезни стрептококковой этиологии (ангины, острый ревматический полиартрит), грипп. Снизилась заболеваемость туберкулёзом. Пневмония, дизентерия, брюшной и сыпной тиф протекали атипично. В частности, дизентерия протекала без характерных симптомов: повышения температуры, тенезмов, крованистого стула. Брюшной тиф протекал атипично, часто без высокой температуры и без общей интоксикации, с редкими осложнениями. Однако летальность в два раза превышала показатель довоенного периода. Однако повысилась заболеваемость дифтерией, с тяжёлой интоксикацией и частыми неврологическими осложнениями. Среди заболевших острыми инфекциями не было больных с тяжёлой формой алиментарной дистрофии¹².

По мере ослабления тяжести дистрофии доминирующее место занимала гипертоническая болезнь. В сентябре 1942 г. произошла вспышка этой болезни с острым течением. Заболеваемость возросла в 8–9 раз по сравнению с довоенным периодом. Причём заболеваемость повысилась во всех возрастных группах. В связи с особенностями протекания гипертоническая болезнь получила название «ленинградской гипертонии». Эта форма гипертонической болезни не имеет аналогов в медицине. Особенности блокадной гипертонии явились внезапное и острое начало заболевания, быстрое развитие поражения органов, резко выраженная склонность к ангиоспазмам, отсутствие тахикардии, снижение частоты острых инфарктов миокарда и инсультов. Ленинградская гипертония протекала тяжело, с высокой летальностью. Смерть при гипертонической болезни в подавляющем большинстве случаев (78% в 1942 г., 88% в первом квартале 1943 г.) была связана с сердечной недостаточностью. Ленинградская гипертония не имеет специфического патогенетического механизма. В её патогенезе участвуют механизмы, которые являются ключевыми звеньями в патогенезе других форм гипертонической болезни.

¹²См.: Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде /Под ред. М.В. Черноруцкого. Л., 1947.

В 1944 г., после снятия блокады численность больных гипертонией пошла на убыль, но волна гипертонической болезни не спадала до середины 1945 г.¹³ У части бывших блокадников гипертоническая болезнь обнаруживается по настоящее время. В период хронической формы дистрофии резко возросла заболеваемость другими стресс-зависимыми формами патологии. Массовая гипертония сменилась волной язвенной болезни, повышение заболеваемости которой также было связано с возобновлением активности стрессорными механизмами, а также с нарушением трофики слизистой пищеварительного тракта¹⁴.

Современные представления о закономерностях возникновения, развития и исхода болезней позволяют полагать что, наряду с генетическим фактором, одной из предпосылок выживания организма в период голодания, были последствия умеренного (физиологического) психоэмоционального стресса, пережитого в течение 2,5 месяца до начала голода. Ленинградцы, пережившие психоэмоциональный прессинг в форме физиологического стресса, обладали существенными преимуществами в противостоянии голоду и переохлаждению, что повышало их жизнеспособность в экстремальной ситуации, тогда как патологический стресс повышал риск летального исхода.

Феномен выживания части блокадников в условиях многомесячного почти полного голода и трёхмесячного переохлаждения не может быть объяснён только медицинской помощью, несмотря на жертвенный подвиг ленинградских врачей. За время блокады от бомбардировок и артиллерийских обстрелов пострадали городские лечебницы и военные госпитали, в результате чего город лишился почти 11 тыс. больничных и более 26 тыс. госпитальных коек. В самый тяжёлый период блокады в городе было немногим больше 20 тыс. больничных коек (в 1941 г. – 24 035 коек). В общей сложности было госпитализировано 143 013 чел. Городской организацией скорой помощи было обслужено при выездах 40 617 блокадников¹⁵.

Подавляющему большинству истощённых и обессиленных блокадников приходилось обходиться без медицинской помощи, при высоком риске полного голода и переохлаждения в промёрзших помещениях. В феврале 1942 г. из 1500 врачей, обеспечивающих помощь на дому, осталось всего лишь 300 человек.

У ленинградцев, выдержавших блокаду, была твёрдая установка выжить, помочь семье и городу в противостоянии блокадной трагедии. Самообладание в период опасности способствовало сохранности психосоматической регуляции, предупреждая развитие

¹³ Симоненко В.Б., Магаева С.В., Пахомова Ю.Б. Патогенез ленинградской (блокадной) гипертонии // Клиническая медицина. 2002. № 3. С. 3–6.

¹⁴ См.: Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде /Под ред. М.В. Черноруцкого. Л., 1947

¹⁵ Гладких П.Ф. Здоровоохранение блокадного Ленинграда (1941- 1944). Изд. второе. СПб., 1985.

необратимых расстройств жизненно важных функций. Среди ленинградцев, выдержавших блокаду, не оказалось слабовольных и бесхарактерных людей.

Но жесточайшие испытания не сломили волю ленинградцев. Веря, что победа все равно будет за нами, они продолжали укреплять оборону, воевать с пожарами, голодом... Они трудились в промёрзших цехах, выпуская необходимую фронту продукцию. У станков стояли пожилые рабочие, которые не могли держать в руках винтовку, женщины и подростки. К слову сказать, в дни ожесточённых боев под Москвой ленинградцы изготовили и направили защитникам столицы более одной тысячи орудий и миномётов. За время блокады было отремонтировано и изготовлено 2 тыс. танков, 1,5 тыс. самолётов, тысячи орудий, много боевых кораблей, 225 тыс. автоматов, 12 тыс. миномётов, около 10 млн. снарядов и мин.

Сотрудники Всесоюзного института растениеводства сохранили ценнейшую коллекцию зерновых культур. Зимой 1941 г. 28 сотрудников института умерли от голода, но ни один ящик с зерном не был тронут. Беспрецедентное самопожертвование простых ленинградцев помогло им не просто отстоять свой любимый город. Оно показало всему миру, где находится предел возможностей фашистской Германии и её союзников. И в материальном, и духовном плане блокированный город не был одинок в своей борьбе. Взоры всего советского народа, всех свободолюбивых людей планеты были прикованы к его героической обороне.

Процесс послеблокадного восстановления растянулся на долгие годы. Для подавляющего большинства блокадников восстановление было неполным и непрочным, но, тем не менее, оно оказалось достаточным для более или менее полноценной жизни, напряжённой трудовой деятельности, для продолжения рода¹⁶. Значительная часть людей, выдержавших блокаду, умерли от её последствий в первые годы. Организм блокадников восстанавливался практически без соответствующей медицинской помощи. Теоретические основы и программа медицинской реабилитации, разработанные блокадными клиницистами, практически не использовались в течение последующих 50 лет. И только в 2000 г. была организована больница, предназначенная для лечения блокадников.

К настоящему времени восстановлен заново и восполнен опыт блокадной медицины¹⁷. Определены особенности заболеваний блокадников как полиморбидной патологии, обозначенной термином «болезни блокадников». Возможность выживания и восстановления организма после потрясения основ жизнедеятельности расширило

¹⁶ См.: Симоненко В.Б., Магаева С.В. Ленинградская блокада. Открытия в биологии и медицине.

¹⁷ Болезни блокадников. Особенности течения и лечения заболеваний у жителей блокадного Ленинграда пожилого и старческого возраста. Вып. 1-6. СПб., 2004–2010; Ленинградская блокада: библиография трудов по медицине (1942–2007) / Составители Симоненко В.Б., Семенова О.Н., Магаева С.В. М., 2007.

представления биологии и медицины о пределах жизнеспособности человека. Анализ опыта ленинградской блокады свидетельствует о том, что на грани жизни и смерти проявились неизвестные ранее закономерности, которые можно расценивать как открытия в биологии и медицине, значимые для современной медицинской науки и практики.

Большой вклад в изучение патогенеза блокадной патологии и механизмов восстановления внесли клиницисты И.С. Вайнберг, В.А. Вальдман, К.Г. Волкова, В.Г. Гаршин, Э.М. Гельштейн, Д. М. Гротэль, М.И. Захарьевская, Г.Ф. Ланг, А.Л. Мясников, С.М. Рысс, А.Ф. Тур, М.Д. Тушинский, М.И. Хвиливицкая, Т.В. Чайка, М.В. Черноруцкий, И.Б. Шулутко и другие.

Анализ опыта ленинградской блокады выявляет перспективность изучения проблемы активации естественных санологических механизмов для повышения жизнестойкости организма человека. Изучение блокадного опыта создаёт предпосылки для коррекции последствий природных и антропогенных экстремальных ситуаций, которые становятся велением времени.

САМООТВЕРЖЕННОСТЬ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Соколов А.М. академик РАЕН, заместитель научного руководителя
фундаментального труда «Великая Отечественная война 1941–1945 годов»

Симоненко В.Б. член-корреспондент РАМН

Магаева С.В. доктор биологических наук

Вот уже более 70 лет отделяют нас от начала Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. одной из самых героических и трагических страниц в истории Российского государства. Определение исторического места и значения войны и победы в ней – это ключевой вопрос исследования всякой войны, тем более Великой Отечественной и Второй мировой, на весах которых в XX веке лежали судьбы человечества и социального прогресса. Борьба носила бескомпромиссный характер: на фронте и в тылу решались вопросы жизни и смерти не отдельных людей, но народа и государства.

Германское нацистское руководство, разрабатывая план войны против СССР – план «Барбаросса», создало еще один – варварский план «Ост» – план порабощения и уничтожения народов СССР. Обнаруженный несколько лет назад в германских архивах этот план раскрывает преступные цели руководства Третьего рейха в так называемом «восточном походе». Эти цели сводились к следующему: уничтожение Советского Союза как

государства, захват его богатств и земель, истребление наиболее активной части населения, прежде всего представителей партийных и советских органов, интеллигенции, всех тех, кто вел борьбу против агрессора. Остальным гражданам, было уготовано либо изгнание в Сибирь без средств к существованию, либо участь рабов арийских хозяев. Обоснованием этих целей служили расистские взгляды нацистского руководства, презрение к славянам и другим народам-«недочеловекам», мешающим обеспечить «существование и размножение высшей расы» якобы из-за катастрофической нехватки ей «жизненного пространства»¹⁸.

Планом предусматривалось в течение 25–30 лет депортировать 80–85% населения из Польши, 85% из Литвы, 65% из Западной Украины, 75% из Белоруссии и по 50% жителей из Латвии, Эстонии и Чехии. Не менее 31 млн человек, которые объявлялись «нежелательными по расовым показателям», предполагалось выселить в Сибирь, а сразу после разгрома СССР переселить на освободившиеся территории до 840 тыс. немцев. В течение последующих двух-трех десятилетий планировались еще две волны поселенцев численностью в 1,1 и 2,6 млн человек¹⁹. Объясняя, откуда взять столько людей для заселения, в сентябре 1941 г. Гитлер заявил, что на советских землях, которые должны стать «провинциями рейха», необходимо проводить «планомерную расовую политику», направляя туда и наделяя землями не только немцев, но и родственных им по языку и крови норвежцев, шведов, датчан и голландцев²⁰. «При заселении русского пространства, – говорил он, – мы должны обеспечить имперских крестьян необычайно роскошным жильем. Германские учреждения должны размещаться в великолепных зданиях – губернаторских дворцах. Вокруг них будут выращивать все необходимое для жизни немцев. Вокруг городов в радиусе 30–40 км раскинутся поражающие своей красотой немецкие деревни, соединенные самыми лучшими дорогами. Возникнет другой мир, в котором русским будет позволено жить, как им угодно. Но при одном условии: господами будем мы. В случае мятежа нам будет достаточно сбросить пару бомб на их города, и дело сделано. А раз в год проведем группу киргизов по столице рейха, чтобы они прониклись сознанием мощи и величия ее архитектурных памятников. Восточные пространства станут для нас тем, чем была для Англии Индия. Если бы я мог втолковать все это, как они важны для будущего!»²¹

Особые планы нацисты вынашивали в отношении русского народа. Солдатам и офицерам вермахта вручались памятки, в которых говорилось: «...убивай всякого русского, советского, не останавливаясь, если перед тобой старик или женщина, девочка или мальчик,

¹⁸ См.: Великая Отечественная война 1941–1945 годов. В 12 т. М., 2011. Т.1 «Основные события войны. С.50–60.

¹⁹ *Мадайтчик Ч.* Существует ли синхронность между «Генеральным планом Ост» и «окончательным решением еврейского вопроса»? // Вторая мировая война. Дискуссии. Основные тенденции. Результаты исследований. С. 671–674; Deutschland im Zweiten Weltkrieg. Bd. 2. S. 118.

²⁰ *Пикер Г.* Застольные разговоры Гитлера / Пер. с нем. Смоленск, 1993. С. 36–37.

²¹ Там же.

– убивай, этим ты спасешь себя от гибели, обеспечишь будущее своей семьи и прославишься навеки»²². Один из разработчиков генерального плана «Ост» доктор Э. Ветцель, референт по расовым вопросам в Восточном министерстве Розенберга, подготовил для Гиммлера документ, в котором утверждалось, что «без полного уничтожения» или ослабления любыми способами «биологической силы русского народа» установить «немецкое господство в Европе» не удастся. «Речь идет не только о разгроме государства с центром в Москве, – писал он. – Достижение этой исторической цели никогда не означало бы полного решения проблемы. Дело заключается, скорее всего, в том, чтобы разгромить русских как народ, разобщить их»²³.

После разговора с Гитлером 8 июля 1941 г. начальник Генерального штаба сухопутных войск генерал-полковник Ф. Гальдер пишет в дневнике: «Непоколебимо решение фюрера сровнять Москву и Ленинград с землей, чтобы полностью избавиться от населения этих городов, которое в противном случае мы потом будем вынуждены кормить в течение зимы. Задачу уничтожения этих городов должна выполнить авиация. Для этого не следует использовать танки. Это будет народное бедствие, которое лишит центров не только большевизм, но и москвитов (русских) вообще»²⁴. Разговор Гальдера с Гитлером, посвященный уничтожению населения Ленинграда, представитель германского Восточного министерства в ставке фюрера В.Кёппен конкретизирует следующим образом: «Город нужно будет лишь взять в кольцо, подвергнуть артиллерийскому обстрелу и взять измором. Не имеет значения, сколько это займет времени: несколько дней или даже недель. Осуществить предложенный финнами план отвода воды расположенного на возвышенности Ладожского озера в Финский залив и тем самым затопить Ленинград технически довольно сложно»²⁵.

Великая Отечественная война советского народа против фашистской Германии и ее союзников была главной, решающей частью Второй мировой войны. Поэтому от способности советских людей, Красной армии выдержать натиск германской военной машины, самой мощной в начале 1940-х годов, отразить его, а затем разбить эту машину зависела судьба не только народов Советского Союза, но и народов Европы, да и мира в целом. Несмотря на такую мощную силу вторжения, советский народ и его Красная Армия, преодолевая неудачи и поражения, недостатки и просчеты политического и военного руководства в подготовке к отражению агрессии нацистской Германии, с честью решили исторические военно-

²² Цит. по: Мировые войны XX века. В 4-х кн. Изд. 2. М., 2005. Кн. 3. С. 397.

²³ Цит. по: Тоталитаризм в Европе XX века. Из истории идеологий, движений, режимов и их преодоления. М., 1996. С. 290–291.

²⁴ Гальдер Ф. Военный дневник. Т. 3. В 2-х кн. / Пер. с нем. Кн. 1. М., 1971. С. 101.

²⁵ Фогт М. Откровения в ожидании победы // Вторая мировая война. Дискуссии. Основные тенденции. Результаты исследований. М., 1996. С. 505.

политические и стратегические задачи, предопределившие их победу в Великой Отечественной войне.

Как это произошло? Каковы составляющие этой победы? В чем смысл и значение этой победы для послевоенных поколений наших соотечественников и для современной России?

На все эти и многие другие вопросы призван ответить создаваемый в рамках президентского проекта многотомный фундаментальный труд «Великая Отечественная война 1941–1945 годов». Начало работе над новым 12-томником положило распоряжение Президента России от 5 мая 2008 г. «Об издании фундаментального многотомного труда «Великая Отечественная война 1941–1945 гг.». На основе этого распоряжения под организационным руководством Министерства обороны РФ начали работать действовать специалисты из военных научно-исследовательских и учебных заведений, гражданских вузов, институтов Российской академии наук, государственных и ведомственных архивов. Среди авторского коллектива нового труда как опытные ученые, имеющие государственные, научные звания и степени, так и талантливая молодежь. Проект осуществляется под руководством Главной редакционной комиссией (председатель Министр обороны РФ А.Э.Сердюков). Научным руководителем многотомного издания- заместителем председателя ГРК является известный ученый доктор исторических и юридических наук, профессор В.А.Золотарев.

Создание нового фундаментального многотомного труда по истории минувшей войны не означает, однако, отрицания всего того, что накопила советская и постсоветская историография в этой области. Но сейчас стали необходимы и возможны иные подходы, позволяющие на основе массива вновь открытых архивных источников лучше понять исторические процессы. Тем более что теперь, по прошествии многих десятилетий, стали более ясными скрытые прежде по различным причинам обстоятельства и «пружины» событий минувшего.

В труде дается современное прочтение происхождения Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. и теоретический анализ алгоритма «война – мир» в истории XX века; на основе исследований, проведенных уже в ходе разработки первых трех томов показывается, что Великая Отечественная война была войной вынужденной, ответом на заранее спланированную и тщательно подготовленную агрессию.

Этот труд крайне важен и с точки зрения исторической науки, и с идеологической точки зрения, поскольку мы знаем, что вопросы о Великой Отечественной войне, о том, как она проходила, каковы ее результаты являются предметом острых идейных споров. В настоящее время вышли в свет два тома: 1-й «Основные события Великой Отечественной

войны» (М., 2011) и 2-й «Происхождение и начало войны» (М., 2012). 3-й том «Битвы и сражения, изменившие ход войны» находится в процессе издания, идет интенсивная работа над последующими томами.

В первом томе «Основные события войны», вышедшем в канун 70-й годовщины начала Великой Отечественной войны, авторы анализируют основные события, которые проходили на советско-германском фронте, их взаимосвязь с действиями союзников на других фронтах, дают критический анализ причин поражения советских Вооруженных сил в начальный период войны и весной 1942 г., анализируют проблемы политического руководства фронтом и тылом, роль народной борьбы в тылу врага, проблемы развития научно-технической и минерально-сырьевой базы; изучаются трудовой подвиг народа, вклад общественных организаций и церкви в общую Победу, деятельность творческих союзов, роль культуры, средств массовой информации в войне и др.

На примере героической обороны Ленинграда мы пытались проанализировать ту сложную и трагическую психосоматическую ситуацию, сложившуюся в блокадном мегаполисе, и как человеческий организм реагировал и на обстрелы, и на бомбежку, и на панику, и на голод, и на ситуацию, которая постоянно менялась. Эти бесценные, на наш взгляд, изыскания, помещенные в фундаментальном труде, чрезвычайно важны для полного представления о войне 1941–1945 годов. Это важно и в связи с теми событиями, которые происходили и происходят у нас, чтобы показать, что человек испытывает в таких экстремальных ситуациях.

В 1941 году, не сумев захватить Ленинград с ходу, немецкое командование начало его осаду. Железное кольцо блокады мертвой хваткой сжимало Ленинград. Линия фронта проходила в непосредственной близости от города: на юге она была всего в 2–4 км, а на юго-западе, северо-западе и севере – в 25–30 км от его окраин. Осажденный город сражался в неимоверно тяжелых условиях. В планах противника его судьба была давно решена. Еще 22 сентября 1941 г. в директиве Главного командования германских ВМС указывалось: «Фюрер решил стереть город Петербург с лица земли... Предполагается тесно блокировать город и путем обстрела из артиллерии всех калибров и непрерывной бомбежки с воздуха сравнять его с землей²⁶.

С остервенением немецкие войска претворяли в жизнь этот поистине варварский план. На первых порах в основном использовалась авиация. Ее удары резко возросли с началом блокады. В сентябре 1941 г. в налетах на город участвовало 2712 самолетов. Были разрушены и повреждены сотни домов, возникло много пожаров, убито и ранено

²⁶ Цит. по: Великая Отечественная война. 1941–1945. Военно-исторические очерки. В 4 кн. М., 1998. Кн. 2. Перелом. С. 196.

около 4,5 тыс. человек. Но сентябрьские налеты не прошли для врага безнаказанно. Войска ПВО из 480 прорвавшихся к Ленинграду немецких самолетов уничтожили 272. Командование противника поняло, что при такой противовоздушной обороне оно потеряет всю свою авиацию прежде, чем нанесет значительный ущерб городу. И в этой связи гитлеровцы главные усилия по его разрушению переложили на артиллерию. А центр тяжести в боевом применении авиации был перенесен на обеспечение блокады Ленинграда. Так, в период с декабря 1941 по апрель 1942 г. в налетах на коммуникации, ведущие к блокированному городу, участвовало 3724 вражеских самолета, а на Ленинград — 125 (почти в 30 раз меньше). Однако продолжались и воздушные налеты на город. Только с ноября 1942 г. по март 1943 г. на головы ленинградцев немецкая авиация сбросила 390 фугасных и 1854 зажигательных бомб²⁷. С конца 1942 г. противник стал применять новые бомбы. Начиненные фосфором, они вызывали сильные пожары. Немало жертв было среди мирных граждан, которых артиллерийский обстрел заставлял на улицах города и в домах. Зимой 1942/1943 гг. были разрушены сотни жилых домов, пострадало немало памятников культуры мирового значения. Многим заводам, особенно расположенным в южной части города, обстрелами и бомбардировками был нанесен огромный ущерб — некоторые из них были разрушены почти до основания.

С различных участков фронта и из армий стран ограбленной Европы нацисты стягивали под Ленинград 210- и 240-мм пушки, 400-мм гаубицы, 305- и 420-мм мортиры. Обладая большой дальностью и огневой мощностью снарядов, они обстреливали все районы города.

Борьбу с вражеской артиллерией вели дальнобойные орудия фронта и Балтийского флота, объединенные с марта 1942 г. во фронтовую артиллерийскую группу. Вначале они только отвечали на вражеский огонь, а с лета 1942 г. стали проводиться артиллерийские и авиационно-артиллерийские операции по уничтожению батарей противника, независимо от того, вели они огонь в данный момент или нет. Немцы, неся ощутимые потери, прекращали обстрел города и переключались на борьбу с нашими батареями. В результате интенсивность обстрела Ленинграда была снижена в три-четыре раза. Только за период с января по апрель 1942 г. корабли и береговые батареи провели 1879 стрельб и израсходовали 21 414 снарядов калибром от 406 до 100 мм. Оказывая огневую поддержку войскам Ленинградского фронта, ведя огонь по сухопутным коммуникациям и резервам противника и

²⁷ Ленинград в осаде. Сборник документов о героической обороне Ленинграда в годы Великой Отечественной войны. 1941–1944. СПб., 1995. С. 407.

контрбатареиную борьбу, артиллерия флота уничтожила около 10 артиллерийских и минометных батарей, более ста раз заставляла замолчать батареи противника, обстреливавшие Ленинград²⁸. Таким образом, артиллеристы и летчики, приняв на себя многие десятки тысяч тяжелых снарядов врага и постоянно уничтожая его орудия и склады боеприпасов, значительно уменьшили разрушение города и облегчили судьбу населения.

В тяжелых условиях блокады личный состав Балтийского флота оказывал большую помощь промышленности и городскому хозяйству осажденного Ленинграда. Моряки эскадренных миноносцев «Опытный», «Сторожевой», «Славный», «Строгий», «Грозный», «Вице-адмирал Дрозд», «Стройный», крейсеров «Максим Горький» и «Киров», бригады подводных лодок, линкора «Октябрьская революция» и других кораблей, частей и соединений флота строили оборонительные сооружения, а также принимали участие в восстановлении жизненно важных для города объектов. 10 января 1942 г. вышел из строя последний насос центральной городской водопроводной станции, в результате чего город остался без воды. На помощь ленинградцам пришли моряки Балтийского флота. Восстановительные работы вел экипаж подводной лодки К-56, стоявшей около центральной водопроводной станции. Через 22 часа моряки пустили первый дизель и дали воду в напорную башню. А через 60 часов напряженной работы в холодном помещении они пустили четыре дизеля аварийной станции, и город получил воду²⁹. Моряки Балтийского флота восстановили также табачную фабрику имени Урицкого. С помощью Балтийского флота был восстановлен и 1-й молочный завод, пострадавший от вражеской бомбежки. Этот завод снабжал молоком детей, больных и раненых. За короткий срок группа моряков выполнила большие ремонтные работы. Вместо разрушенной котельной они подогнали по рельсам к зданию завода паровоз, проложив для этого сотни метров рельсового пути, и дали пар в цеха завода. Завод ожил и вновь стал давать продукцию, столь необходимую для госпиталей и детских садов. Большие работы были проведены также на заводах «Большевик», «Канонерский», «Красногвардеец», имени Жданова, имени Орджоникидзе, Судомех, «Республика», Невском химическом комбинате, фабриках «Канат», «Светоч», заводах № 5, 103, «Красная Бавария» и многих других предприятиях. Личный состав эсминца «Славный» восстановил главные турбины ГЭС № 2. Балтийские моряки оказали огромную помощь и в обеспечении города топливом, в восстановлении и отоплении детских садов, бань и прачечных. Медицинский персонал флота оказывал большую медицинскую помощь населению. В самый тяжелый период

²⁸ Боевой путь советского Военно-морского флота. М., 1988. С. 266–267.

²⁹ Там же. С. 266.

блокады флот из своих фондов передал для снабжения населения города 1545 тонн пшеничной и ржаной муки, 100 тонн жиров, 105 тонн сахара, 24 тонны рыбных консервов, 4 тонны сгущенного молока³⁰.

А положение жителей блокадного Ленинграда было действительно удручающим. Создалось катастрофическое положение с продовольствием. На город неумолимо надвигался голод. Горели и рушились дома. Иссякали запасы топлива. Прекратилась подача электроэнергии в дома. Остановился городской транспорт. Лютые морозы вывели из строя водопровод и канализацию. Снежные сугробы перекрыли все улицы. Смерть ежедневно косила тысячи голодных людей, не разбирая пола и возраста. Не оставляют никого равнодушным сохранившиеся страницы дневника маленькой Тани Савичевой: «Бабушка умерла 25 янв... Дядя Алеша 10 мая... Мама 13 мая в 7.30 утра... Умерли все. Осталась одна Таня». Горе пришло в каждую семью. На глазах у матерей и отцов умирали их сыновья и дочери, дети оставались без родителей.

Блокада Ленинграда (8 сентября 1941 – 27 января 1944) немецко-фашистскими войсками была наиболее тяжелой, массовой и долговременной маргинальной ситуацией в истории войн. Особая тяжесть блокады определялась воздействием таких экстремальных факторов, как: постоянный психологический прессинг 900-дневной осады города, ежедневная угроза жизни, потеря родных и близких; почти полный голод в течение пяти месяцев (22 ноября 1941 – апрель 1942) с последующим почти двухлетним частичным голоданием и трёхлетним ограничением питания; переохлаждение организма зимой 1941/1942 гг., когда температура воздуха снижалась до 20-30°C, при отсутствии отопления, водопровода, канализации, городского транспорта. Зимой 1941/1942 гг. эти факторы действовали одновременно.

С первого дня блокады 2,4 миллиона ленинградцев испытывали тяжелый психоэмоциональный стресс, обусловленный ежедневными бомбовыми ударами, артиллерийскими обстрелами и опасностью захвата города немцами. С сентября по декабрь 1941 г. всего лишь 12 дней не было обстрелов, а с октября по декабрь 1941-го противник бомбил Ленинград каждую ночь. За время блокады на Ленинград враг обрушил 150 тыс. снарядов и 105 тыс. авиабомб. В итоге было разрушено свыше 10 тыс. зданий, 15 млн квадратных метров жилой площади, на которой проживали 716 тыс. человек, 840 заводов, 526 школ и детских садов, 21 научное учреждение, 16 747 ленинградцев погибло, 33 782 человека ранено (из них 33% по неполным данным умерло)³¹.

³⁰ Там же. С. 267.

³¹ *Гладких П.Ф* Здравоохранение блокадного Ленинграда (1941–1944). Изд. второе. СПб., 1985; Блокада Ленинграда в документах рассекреченных архивов . М., СПб.2005. С. 700, 727, 736, 747.

В период массового психоэмоционального стресса появилась неизвестная ранее форма патологии, получившая название «болезни нервной регуляции». Этим термином определяется обширный класс заболеваний, обусловленных нарушением состояния аппарата нервной регуляции функций органов. В первые месяцы блокады увеличилась заболеваемость гипертонической болезнью и тяжесть её симптомов у гипертоников с довоенного времени. В этот период в группе практически здоровых людей, занятых физическим трудом, на фоне обычного режима питания наблюдались случаи гипогликемической комы, которая могла быть обусловлена подавлением реакции выброса гликогена из тканей скелетных мышц и печени.

С патологией нервной регуляции жизненно важных функций может быть связано увеличение смертности в первые месяцы войны и блокады по сравнению с первым полугодием 1941 года. Врачи – блокадники отмечали пагубное воздействие воздушных тревог, бомбардировок и артиллерийских обстрелов³².

По сравнению со средней цифрой умерших в первом полугодии 1941 г., принятой за 100%, общий показатель смертности в августе повысился до 143%, в сентябре – 182%, в октябре – 196%. На долю убитых во время авиационных налетов приходилось 23% общего числа жертв³³. Определенная часть летальных исходов могла быть связана с внезапной сердечной смертью людей, испытывавших эмоции ужаса в зоне обстрелов или бомбовых ударов.

С 22 ноября 1941 г. в городе начался голод. Хлебный паек рабочих сократился до 250 граммов. Служащие (15% блокадников), дети (20%) и иждивенцы (31%) получали по 125 граммов хлеба. В нем было мало муки и много примесей (жмых, отруби, обойная пыль, пищевая целлюлоза). Однако даже такой хлеб был единственным продуктом, выдаваемым почти регулярно, за исключением третьей декады декабря. Карточные нормы белка снизились до 40–10 г/сут. вместо 100–160 г/сут., необходимых для обеспечения нормальной жизнедеятельности и трудовой активности. Продукты, содержавшие животный белок, практически не выдавались.

Калорийность пищи блокадников теоретически соответствовала 707 ккал/сут для рабочих (при норме 3500–4500 ккал/сут.), 473 ккал/сут. для служащих (при норме 3000–

³² Симоненко В.Б., Магаева С.В., Симоненко М.Г., Пахомова Ю.В. Ленинградская блокада. Медицинские проблемы: ретроспектива и современность. М.2003; . Симоненко В.Б., Магаева С.В. Ленинградская блокада. Открытия в биологии и медицине. М., 2008.

³³ Черепенина Н.Ю. Голод и смерть в блокированном городе // Жизнь и смерть в осажденном Ленинграде. Историко-медицинский аспект. СПб., 2001. С. 35–80.

3200 ккал/сут.), 405 ккал/сут. для иждивенцев (при норме 2500–3000 ккал/сут.)³⁴. Низкокалорийное добавочное питание и котловое довольствие на оборонных предприятиях и организациях не могло компенсировать энергетических затрат, которые значительно возросли в связи с трудоемкими оборонительными и спасательными работами, ненормированным рабочим днем, отсутствием городского транспорта, отопления, водопроводной воды. Обеспечение ежедневного быта требовало значительных физических усилий с дополнительными энергетическими затратами. Последующие прибавки хлеба происходили в основном за счет увеличения примесей.

Жители блокадного города испытывали острый энергетический кризис. В первые сутки после начала почти полного голодания основным источником энергии были триглицериды жировой ткани, кумулирующие свободную энергию, и гликоген мышечной ткани и печени. Голодание привело к массовой алиментарной дистрофии (истощению от голода). Эта, неизвестная ранее, форма патологии была зарегистрирована у 88,6% населения. Тяжесть истощения стремительно прогрессировала с самого начала заболевания. Необычайно быстрая потеря массы тела (до 22%) происходила в первый период голодания.

Клиническая картина алиментарной дистрофии³⁵ на первой стадии характеризовалась истощением энергетических депо – запасов подкожного жира. Ведущим клиническим симптомом истощения было снижение мышечной силы в среднем на 50%. Движения становились вялыми, заторможенными. Появлялись назойливые, ноющие боли в ногах, в отдельных группах мышц возникали судороги, необычные ощущения («мурашки», «покалывания», «одеревенение» пальцев). Появлялись внезапные обмороки. Трудоспособность сохранялась.

На второй стадии алиментарной дистрофии возникал значительный энергетический дефицит, нарушались функции органов и систем, происходила частичная атрофия внутренних органов. Снижение массы тела прогрессировало, общее состояние больного ухудшалось. Появлялась утомляемость, нарастала мышечная слабость. Сила мышц снижалась до 38%. Существенно затруднялось выполнение самостоятельных движений. Работоспособность значительно снижалась или полностью утрачивалась.

Состояние больных алиментарной дистрофией на третьей стадии врачи определили новым термином «минимальная жизнь»³⁶, или «жизнь на минимальном пределе». Это состояние характеризовалось значительным снижением уровня всех функций организма (брадикардия, гипотония, гипотермия, адинамия, гипопроотеинемия, гипогликемия, анемия, лимфопения, гипоксия). Состояние «минимальной жизни» было потрясением

³⁴ См.: Гладких П.Ф. Указ.соч.

³⁵ Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде / Под ред. М.В.Черноруцкого. Л., 1947.

³⁶ Там же.

биологических основ жизнедеятельности организма. Возможность поддержания жизни на столь низком уровне стала открытием для биологии и медицины. Ранее считалось, что потеря массы тела на 40% приводит к летальному исходу.

Одним из факторов, способствовавших выживанию блокадников пожилого и старческого возраста, в период почти полного голода, являлось очищение сосудов, что приводило к некоторому увеличению кровоснабжения органов на фоне замедления кровотока. В период голода резко сократились инфаркты и инсульты. По наблюдениям врачей в исходах голодания большое значение имели волевые качества человека. Люди, не обладавшие сильным характером, тяжелее переносили голод. Утрата желания жить при потере родных способствовала летальному исходу. Зарегистрированы случаи смерти на первой стадии заболевания, когда происходило истощение жировых депо, но не возникало тяжелых атрофических изменений органов. Больные погибали без признаков других заболеваний, что свидетельствовало о роли психогенного фактора в генезе смерти на первой стадии истощения. Внезапная смерть больных, находившихся в относительно удовлетворительном состоянии, могла наступить в связи с незначительным эмоциональным напряжением³⁷.

Истощение от голода стало причиной массовой смертности блокадников в 1941–1942 гг. В период первой блокадной зимы причиной смерти многих было переохлаждение организма. На фоне гипотермии, связанной со снижением теплопродукции, люди замерзали и умирали на улицах. Непосредственными причинами смерти для многих истощенных людей были пневмония и заболевания желудочно-кишечного тракта. Эти заболевания усиливали тяжесть алиментарной дистрофии и ускоряли летальный исход. Наиболее высокая смертность была характерна для детей до 4 лет и от 7 до 10 лет.

По неполным данным, от алиментарной дистрофии в черте осажденного города погибло около 1053 тыс. чел.³⁸ В процессе эвакуации умерли 360 тыс. ленинградцев, страдавших тяжелой формой дистрофии. В общей сложности, жертвами голода стали свыше 1413 тыс. чел., что составляет 57,6% ленинградцев³⁹. Эти сведения на 764 тыс. чел. превышают данные официальной статистики (649 тыс. чел.) городской комиссии по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков о числе

³⁷ См.: Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде /Под ред. М.В. Черноруцкого. Л., 1947; Магаева С.В., Тервонен Л.И. Психологическая общность ленинградских блокадников. СПб., 2010; Симоненко В.Б., Магаева С.В. Ленинградская блокада. Открытия в биологии и медицине. М., 2008.

³⁸ Медвецкий А.Г. Трагедия и подвиг блокадного Ленинграда // Боль памяти блокадной. Сборник воспоминаний жителей и защитников блокадного Ленинграда. М., 2000. С.56, 59.

³⁹ Магаева С.В., Симоненко В.Б. Статистика жертв ленинградской блокады // СПб-Университет. 2009. № 8–24.

погибшего в Ленинграде населения (25 мая 1945 г)⁴⁰. В этом документе не учтены неопознанные (безымянные) блокадники, погибшие в черте города, и ленинградцы, умершие от голода в процессе эвакуации.

В блокадном городе значительно сократилась заболеваемость гипертонической болезнью, в патогенезе которой важную роль играет неврогенный фактор. С развитием дистрофии уменьшалась тяжесть гипертонических симптомов, вплоть до полного их исчезновения: отсутствовали головные боли и приступы стенокардии. Для острой формы дистрофии была характерна артериальная гипотензия. Резкое снижение частоты гипертонии в конце 1941 – марте 1942 г. совпадает с наиболее высокой заболеваемостью алиментарной дистрофией при остром её течении. В снижении частоты инфарктов и инсультов в период алиментарной дистрофии определенную роль могла играть редукция атеросклеротических бляшек, элементы которых потреблялись в эндогенном питании.

В блокадный период изменилась структура заболеваемости. Практически исчезли многие заболевания. Несмотря на антисанитарные условия (отсутствие водоснабжения, канализации), значительно снизилась по сравнению с 1940 г. заболеваемость многими инфекциями. Крайне редко возникали такие болезни, как скарлатина, краснуха, ветряная оспа, корь, свинка, болезни стрептококковой этиологии (ангины, острый ревматический полиартрит), грипп. Снизилась заболеваемость туберкулёзом. Пневмония, дизентерия, брюшной и сыпной тиф протекали атипично. В частности, дизентерия протекала без характерных симптомов: повышения температуры, тенезмов, кровянистого стула. Брюшной тиф протекал атипично, часто без высокой температуры и без общей интоксикации, с редкими осложнениями. Однако летальность в два раза превышала показатель довоенного периода. Однако повысилась заболеваемость дифтерией, с тяжелой интоксикацией и частыми неврологическими осложнениями. Среди заболевших острыми инфекциями не было больных с тяжелой формой алиментарной дистрофии⁴¹.

В период выхода из состояния острой дистрофии возобновились заболевания, в возникновении и течение которых имеет значение эмоционально-стрессовый фактор.

⁴⁰ Блокада Ленинграда в документах рассекреченных архивов. С. 700, 727, 736, 747; Ленинград в осаде. Сборник документов о героической обороне Ленинграда в годы Великой Отечественной войны 1941–1944. СПб., 1995. С.84 – 87, 194, 301–305, 350–351, 372, 406–407, 573–574. В официальных источниках говорится, что с сентября 1941 по январь 1943 г. в Ленинграде умерло от голода 641 тыс. чел., погибло от артиллерийских обстрелов противника 17 тыс. жителей города (Россия и СССР в войнах XX века. Книга потерь М., 2010). В других источниках речь идет о 800 тыс. ленинградцах, погибших в блокаду (Война Германии против Советского Союза. 1941–1945. Берлин, 1992. С.67).

⁴¹ См.: Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде /Под ред. М.В. Черноруцкого. Л., 1947.

По мере ослабления тяжести дистрофии доминирующее место занимала гипертоническая болезнь. В сентябре 1942 г. произошла вспышка этой болезни с острым течением. Заболеваемость возросла в 8–9 раз по сравнению с довоенным периодом. Причем заболеваемость повысилась во всех возрастных группах. В связи с особенностями протекания гипертоническая болезнь получила название «ленинградской гипертонии». Эта форма гипертонической болезни не имеет аналогов в медицине. Особенности блокадной гипертонии явились внезапное и острое начало заболевания, быстрое развитие поражения органов, резко выраженная склонность к ангиоспазмам, отсутствие тахикардии, снижение частоты острых инфарктов миокарда и инсультов. Ленинградская гипертония протекала тяжело, с высокой летальностью. Смерть при гипертонической болезни в подавляющем большинстве случаев (78% в 1942 г., 88% в первом квартале 1943 г.) была связана с сердечной недостаточностью. Ленинградская гипертония не имеет специфического патогенетического механизма. В ее патогенезе участвуют механизмы, которые являются ключевыми звеньями в патогенезе других форм гипертонической болезни.

В 1944 г., после снятия блокады численность больных гипертонией пошла на убыль, но волна гипертонической болезни не спадала до середины 1945 г.⁴² У части бывших блокадников гипертоническая болезнь обнаруживается по настоящее время. В период хронической формы дистрофии резко возросла заболеваемость другими стресс-зависимыми формами патологии. Массовая гипертония сменилась волной язвенной болезни, повышение заболеваемости которой также было связано с возобновлением активности стрессорными механизмами, а также с нарушением трофики слизистой пищеварительного тракта⁴³.

Современные представления о закономерностях возникновения, развития и исхода болезней позволяют полагать что, наряду с генетическим фактором, одной из предпосылок выживания организма в период голодания, были последствия умеренного (физиологического) психоэмоционального стресса, пережитого в течение 2,5 месяца до начала голода. Ленинградцы, пережившие психоэмоциональный прессинг в форме физиологического стресса, обладали существенными преимуществами в противостоянии голоду и переохлаждению, что повышало их жизнеспособность в экстремальной ситуации, тогда как патологический стресс повышал риск летального исхода.

Феномен выживания части блокадников в условиях многомесячного почти полного голода и трехмесячного переохлаждения не может быть объяснен только медицинской помощью, несмотря на жертвенный подвиг ленинградских врачей. За время блокады от

⁴² Симоненко В.Б., Магаева С.В., Пахомова Ю.Б. Патогенез ленинградской (блокадной) гипертонии // Клиническая медицина. 2002. № 3. С. 3–6.

⁴³ См.: Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде /Под ред. М.В. Черноруцкого. Л., 1947

бомбардировок и артиллерийских обстрелов пострадали городские лечебницы и военные госпитали, в результате чего город лишился почти 11 тыс. больничных и более 26 тыс. госпитальных коек. В самый тяжелый период блокады в городе было немногим больше 20 тыс. больничных коек (в 1941 г. – 24 035 коек). В общей сложности было госпитализировано 143 013 чел. Городской организацией скорой помощи было обслужено при выездах 40 617 блокадников⁴⁴.

В стационарах жизнь больных поддерживалась обогреванием и физическим покоем. Врачи отмечали, что больные, согретые подручными средствами, буквально оживали на глазах. Органы здравоохранения смогли убедить городские власти в острой необходимости повышения норм питания для стационарных больных. В госпиталях и в больницах содержание пищевого белка было повышено до 30–52 г/сут. вместо условных 10–40 г., полагавшихся по карточкам. Единственным средством медикаментозной терапии алиментарного истощения была остро дефицитная глюкоза. Для улучшения сердечной деятельности использовались кофеин и дигиталис. Применялись успокаивающие средства и снотворные. Для профилактики и терапии авитаминозов применялись хвойный настой и пивные дрожжи. Для выведения их голодной комы применялись средства неотложной терапии: гемотрансфузия и инъекции глюкозы⁴⁵.

Подавляющему большинству истощенных и обессиленных блокадников приходилось обходиться без медицинской помощи, при высоком риске полного голода и переохлаждения в промерзших помещениях. В феврале 1942 г. из 1500 врачей, обеспечивающих помощь на дому, осталось всего лишь 300 человек.

У ленинградцев, выдержавших блокаду, была твердая установка выжить, помочь семье и городу в противостоянии блокадной трагедии. Самообладание в период опасности способствовало сохранности психосоматической регуляции, предупреждая развитие необратимых расстройств жизненно важных функций. Среди ленинградцев, выдержавших блокаду, не оказалось слабовольных и бесхарактерных людей.

Но жесточайшие испытания не сломили волю ленинградцев. Веря, что победа все равно будет за нами, они продолжали укреплять оборону, воевать с пожарами, голодом... Они трудились в промерзших цехах, выпуская необходимую фронту продукцию. У станков стояли пожилые рабочие, которые не могли держать в руках винтовку, женщины и подростки. Вот что написал в своем письме отцу на фронт четырнадцатилетний школьник Ф. Быков: «Дорогой папа! Я теперь не учусь в школе, а работаю на заводе. У нас в цехе много ребят, мы учимся работать на станках. Наш мастер

⁴⁴ *Гладких П.Ф.* Здравоохранение блокадного Ленинграда (1941- 1944). Изд. второе. СПб., 1985.

⁴⁵ См.: Алиментарная дистрофия в блокированном Ленинграде /Под ред. М.В. Черноруцкого. Л., 1947.

дядя Саша говорит, что мы своей работой поможем отстоять Ленинград от проклятых фашистов. А мама работает тоже, только в другом цехе, где делают мины. Дорогой папа! Я все время хочу есть, и мама тоже все время хочет есть. Потому что хлеба теперь дают мало, мяса вовсе почти нет и масла не бывает. Дорогой папа! Бей фашистов!»⁴⁶

К слову сказать, в дни ожесточенных боев под Москвой ленинградцы изготовили и направили защитникам столицы более одной тысячи орудий и минометов. За время блокады было отремонтировано и изготовлено 2 тыс. танков, 1,5 тыс. самолетов, тысячи орудий, много боевых кораблей, 225 тыс. автоматов, 12 тыс. минометов, около 10 млн снарядов и мин.

Сотрудники Всесоюзного института растениеводства сохранили ценнейшую коллекцию зерновых культур. Зимой 1941 г. 28 сотрудников института умерли от голода, но ни один ящик с зерном не был тронут. Беспрецедентное самопожертвование простых ленинградцев помогло им не просто отстоять свой любимый город. Оно показало всему миру, где находится предел возможностей фашистской Германии и ее союзников. И в материальном, и духовном плане блокированный город не был одинок в своей борьбе. Взоры всего советского народа, всех свободолюбивых людей планеты были прикованы к его героической обороне.

Ленинградцам помогала вся страна. По указанию ГКО была создана военно-транспортная магистраль, проходившая по Ладожскому озеру и связавшая с сентября 1941 по март 1943 г. осажденный город с Большой землей. Эту артерию, имевшую стратегическое значение, по праву называли Дорогой жизни. В навигацию перевозки по ней производили Ладожская военная флотилия и Северо-Западное речное пароходство, а в период ледостава — автомобильный и конный транспорт. По военно-автомобильной дороге только зимой 1941/1942 гг. было доставлено более 360 тыс. тонн грузов. Из города вывезено около 550 тыс. человек, около 3,7 тыс. вагонов оборудования, культурных ценностей и другого имущества. И во вторую блокадную зиму Дорога жизни по-прежнему играла важную роль. Благодаря ей ленинградцы получали продовольствие, оружие, военную технику и боеприпасы. Только с 19 ноября 1942 г. по 30 марта 1943 г., то есть за 102 дня работы ледовой трассы, было доставлено в Ленинград 206 094 тонн грузов, в том числе 111 813 тонн продовольствия⁴⁷. Это позволило уже с 25 декабря, еще до прорыва блокады города, повысить нормы выдачи хлеба: рабочим — на 100 граммов, служащим, инвалидам и детям — на 75 граммов в сутки.

За весь же период действия по Дороге жизни было перевезено свыше 1,6 млн тонн грузов, эвакуировано около 1,4 млн человек. Всего за период блокады из города было

⁴⁶ Ходза Н. А. Дорога жизни. Л., 1984. С. 7.

⁴⁷ ЦАМО. Ф. 217. Оп. 1227. Д. 64. Л. 103–104.

вывезено 1750 тыс. человек – единственный в истории случай эвакуации такого огромного числа жителей из осажденного города. В начале лета 1942 г. по дну Ладожского озера был проложен трубопровод длиной 35 км, по которому за десять месяцев в город поступило свыше 40 тыс. тонн горючего, а осенью того же года — энергетический кабель от электростанций Волховстроя и новые кабели связи.

Несколько улучшившееся положение в осажденном городе позволило в сентябре 1942 г. начать занятия в трех высших учебных заведениях и в 84 школах (кстати, до войны в Ленинграде действовало 467 школ), в которых обучались 26 854 ученика⁴⁸. И хотя теперь школы работали без перебоев, трудностей не становилось меньше. Подчас школьники и учителя умирали от истощения прямо в классах. Постепенно начали оживать культурно-просветительные организации, творческие коллективы. Во вторую блокадную зиму в городе работал 21 кинотеатр, продолжали давать спектакли театры.

В тягчайших испытаниях Ленинград не только выдерживал удары врага, но и активно боролся за свою деблокаду. При недостатке сил и средств защитникам города понадобилось почти 500 суток, чтобы прорвать вражеское кольцо окружения и восстановить сухопутное сообщение со страной. Путь к достижению этой стратегической цели был отмечен проведением целого ряда наступательных операций и сражений. Первая попытка разорвать кольцо блокады была предпринята 10 сентября 1941 г., когда соединения 54-й армии, развернутые на восточном берегу реки Волхов, нанесли удар в направлении Синявино и Мги. Спустя десять дней навстречу этой армии начали наступление войска Ленинградского фронта. Но деблокировать город тогда не удалось.

В ночь на 20 сентября 1941 г. подразделения 115-й стрелковой дивизии генерала В. Ф. Конькова и 4-й морской бригады генерала Б. Н. Ненашева форсировали Неву в районе Невской Дубровки (правый берег Невы) и захватили напротив нее, на левом берегу, у Московской Дубровки (51-й км шоссе Ленинград – Шлиссельбург), плацдарм протяженностью до 4 км и глубиной около 800 м. Противник начал яростные контратаки, стремясь его ликвидировать. В результате ударов врага плацдарм сократился по фронту до 2 км, но был удержан советскими войсками. Ожесточенная борьба за этот клочок земли, названный «Невским пяточком», продолжалась. На нем последовательно сражались части различных стрелковых дивизий и бригад. Защитники плацдарма отражали в день по 12–16 атак противника. На них обрушивалось до 50 тыс. снарядов, мин и авиабомб в сутки. Однако сломить их волю враг не смог. Лишь воспользовавшись внезапно начавшимся на Неве

⁴⁸ Непокоренный Ленинград. Краткий очерк истории города в годы Великой Отечественной войны. Л., 1958. С. 207–209.

ледоходом, который отрезал защитников «пяточка» от правого берега реки, после нескольких дней ожесточенных боев 29 апреля 1942 г. немецкие войска ликвидировали плацдарм. Однако 26 сентября войска Невской оперативной группы снова захватили этот плацдарм у Московской Дубровки и вели борьбу за него вплоть до прорыва блокады Ленинграда в январе 1943 г., сковав значительные силы противника на правом фланге ударной группировки Ленинградского фронта. Около 315 дней удерживали советские воины «Невский пяточок», ставший одним из символов их несокрушимого мужества и стойкости.

5–7 октября 1941 г. была проведена Петергофско-Стрельнинская операция, в которой особую доблесть и массовый героизм проявили моряки-кронштадтцы. Преодолевая упорное сопротивление врага, они к исходу второго дня овладели Нижним, Верхним, Александрийским парками и Ольгиным прудом. К этому времени десантники израсходовали значительную часть боеприпасов. Войска 8-й армии пробиться на помощь им не смогли. Противник же, получив из-под Ленинграда части СС, танки и артиллерию, 7 октября расчленил десант на отдельные группы и отрезал им пути отхода к заливу. У каскада «Шахматная гора» моряки дали свой последний бой. Со словами пролетарского гимна «Интернационал» они бросились на врага. Действуя штыком и прикладом, десантники дрались не только с вооруженными до зубов фашистами. Противником моряков оказалась и сотня специально выдрессированных овчарок, спущенных на них эсэсовцами. Почти все десантники погибли в парках и дворцах Петергофа. Вот имена лишь восьми человек из этой тысячи бесстрашных героев: командир отряда полковник Ворошилов, военный комиссар Петрухин, политрук Ефимов, старшие лейтенанты Зорин и Труханов, краснофлотцы Веселовский, Добрынин и Шитиков.

Советские войска, стремясь прорвать блокаду Ленинграда, провели также такие наступательные операции, как Любанская (7 января–30 апреля 1942 г.), Старопановская (20 июля–26 августа 1942 г.), Ям-Ижорская (23 июля–4 августа 1942 г.), Синявинские (10–26 сентября, 20–28 октября 1941 г. и 19 августа–10 октября 1942 г.). Именно во время последней Синявинской операции и был вновь захвачен «Невский пяточок», а также сорвана подготовка противника к новому штурму Ленинграда, когда немецкое командование в целях отражения наступления советских войск на синявинском направлении развернуло здесь переброшенные из Крыма соединения 11-й полевой армии.

Попытки прорыва блокады Ленинграда не прекращались. Советские войска вели кропотливую работу по подготовке пятой операции, которая была предпринята в начале 1943 г. и увенчалась успехом.

Процесс послеблокадного восстановления растянулся на долгие годы. Для подавляющего большинства блокадников восстановление было неполным и непрочным, но, тем не менее, оно оказалось достаточным для более или менее полноценной жизни, напряженной трудовой деятельности, для продолжения рода⁴⁹. Значительная часть людей, выдержавших блокаду, умерли от ее последствий в первые годы. Все блокадники стали инвалидами независимо от официального оформления этого статуса. Организм блокадников восстанавливался практически без соответствующей медицинской помощи. Теоретические основы и программа медицинской реабилитации, разработанные блокадными клиницистами, практически не использовались в течение последующих 50 лет. И только в 2000 г. была организована больница, предназначенная для лечения блокадников.

К настоящему времени восстановлен заново и восполнен опыт блокадной медицины⁵⁰. Определены особенности заболеваний блокадников как полиморбидной патологии, обозначенной термином «болезни блокадников». Возможность выживания и восстановления организма после потрясения основ жизнедеятельности расширило представления биологии и медицины о пределах жизнеспособности человека. Анализ опыта ленинградской блокады свидетельствует о том, что на грани жизни и смерти проявились неизвестные ранее закономерности, которые можно расценивать как открытия в биологии и медицине, значимые для современной медицинской науки и практики.

Большой вклад в изучение патогенеза блокадной патологии и механизмов восстановления внесли клиницисты И.С. Вайнберг, В.А. Вальдман, К.Г. Волкова, В.Г. Гаршин, Э.М. Гельштейн, Д. М. Гротэль, М.И. Захарьевская, Г.Ф. Ланг, А.Л. Мясников, С.М. Рысс, А.Ф. Тур, М.Д. Тушинский, М.И. Хвиливицкая, Т.В. Чайка, М.В. Черноруцкий, И.Б. Шулутко и другие.

Анализ опыта ленинградской блокады выявляет перспективность изучения проблемы активации естественных санологических механизмов для повышения

⁴⁹ См.: Симоненко В.Б., Магаева С.В. Ленинградская блокада. Открытия в биологии и медицине.

⁵⁰ Болезни блокадников. Особенности течения и лечения заболеваний у жителей блокадного Ленинграда пожилого и старческого возраста. Вып. 1-6. СПб., 2004–2010; Ленинградская блокада: библиография трудов по медицине (1942–2007) / Составители Симоненко В.Б., Семенова О.Н., Магаева С.В. М., 2007.

жизнестойкости организма человека. Изучение блокадного опыта создаёт предпосылки для коррекции последствий природных и антропогенных экстремальных ситуаций, которые становятся велением времени.

Успешная оборона Ленинграда была возможна только благодаря мужеству и героизму его защитников. Около двух с половиной лет город жил и боролся в тисках вражеской осады. Истоки победы под Ленинградом лежат в нерасторжимом единстве воинов Ленинградского и Волховского фронтов, моряков Балтийского флота со всем населением осажденного города.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НОВОМ МНОГОТОМНОМ ТРУДЕ «ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА 1941–1945 ГОДОВ»

Соколов А.М.

действительный член РАЕН, заместитель научного руководителя фундаментального труда
«Великая Отечественная война 1941–1945 годов»

Вот уже более 70 лет отделяют нас от начала Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. одной из самых героических и трагических страниц в истории Российского государства. Определение исторического места и значения войны и победы в ней – это ключевой вопрос исследования всякой войны, тем более Великой Отечественной и Второй мировой, на весах которых в XX веке лежали судьбы человечества и социального прогресса. Борьба носила бескомпромиссный характер: на фронте и в тылу решались вопросы жизни и смерти не отдельных людей, но народа и государства. Страшная война, навязанная Советскому Союзу германским фашизмом, явилась серьёзным испытанием для всех народов страны.

В период Великой Отечественной войны, являющейся, как и все войны, экстремальным состоянием страны, общества, возросло значение психологического фактора. В этот период человек будь он в тылу, на фронте или на оккупированной врагом территории подвергается постоянному повышенному психоэмоциональному воздействию. Особенно тяжёлое воздействие на человека оказывали психосоматические ситуации в районах захваченных врагом, в период блокады Ленинграда.

Нацистская Германия, развязавшая Вторую мировую войну, преследовала цель достижения мирового господства, установления в завоёванных и зависимых странах «нового порядка», основанного на человеконенавистнической идеологии фашизма. Разрабатывая план войны против СССР – план «Барбаросса», нацисты создали ещё один – варварский план «Ост» – план порабощения и уничтожения народов СССР. Обнаруженный несколько лет назад в германских архивах этот план раскрывает преступные цели руководства Третьего

рейха в так называемом «восточном походе». Эти цели сводились к следующему: уничтожение Советского Союза как государства, захват его богатств и земель, истребление наиболее активной части населения, прежде всего представителей партийных и советских органов, интеллигенции, всех тех, кто вёл борьбу против агрессора. Остальным гражданам, было уготовано либо изгнание в Сибирь без средств к существованию, либо участь рабов арийских хозяев. Обоснованием этих целей служили расистские взгляды нацистского руководства, презрение к славянам и другим народам – «недочеловекам», мешающим обеспечить «существование и размножение высшей расы» якобы из-за катастрофической нехватки ей «жизненного пространства»⁵¹.

Сильное воздействие на психологию, умонастроение людей оказала практика осуществления грабительских планов германских правителей. Уже вскоре после начала войны население воочию убедилось в жестокости и беспощадности оккупантов. Основным средством насаждения «нового порядка» они избрали массовый, ничем не ограниченный террор. Какое-либо разбирательство их преступлений, тем более судебное, отсутствовало. Военный комендант, чиновник, эсэсовец или гестаповец, офицер или солдат был и «законодателем», и «судьей». Вся захваченная территория была покрыта сетью концлагерей, тюрем и гетто. Граждане СССР, оказавшиеся в фашистской неволе, использовались на самых тяжелых работах, а содержались, как рабочий скот.

Оккупационная политика нацистской Германии на советской земле существенно отличалась от проводимых носителями «нового порядка» мер в захваченных вермахтом западных странах. На Западе оккупанты насильственные меры сочетали с культивированием коллаборационизма, поддержкой местных фашистов, широко привлекали местных промышленников к сотрудничеству в проведении курса на экономическую интеграцию их стран в рамках «великогерманского пространства». На временно оккупированной территории СССР нацисты и их подручные утверждали своё господство в основном способами и методами кровавого террора. И это не результат личной жестокости чиновников военной и гражданской администрации. Отнюдь не так: террор планировался заранее как один из основных способов достижения целей, намеченных руководством нацистской Германии по отношению к населению СССР. Никаких сложностей с местным населением при реализации сформулированной фюрером сверхзадачи нацисты не предвидели. Беспощадное насилие сделает его послушным и сговорчивым, считали они⁵².

Планом «Ост» предусматривалось в течение 25–30 лет депортировать 80–85% населения из Польши, 85% из Литвы, 65% из Западной Украины, 75% из Белоруссии и по 50% жителей из

⁵¹ См.: Великая Отечественная война 1941-1945 годов. В 12 т. М., 2011. Т.1 «Основные события войны. С.50-60.

⁵² «Совершенно секретно! Только для командования!» Стратегия фашистской Германии в войне против СССР: Документы и материалы. М., 1967. С. 103–107.

Латвии, Эстонии и Чехии. Не менее 31 млн. человек, которые объявлялись «нежелательными по расовым показателям», предполагалось выселить в Сибирь, а сразу после разгрома СССР переселить на освободившиеся территории до 840 тыс. немцев. В течение последующих двух-трёх десятилетий планировались ещё две волны поселенцев численностью в 1,1 и 2,6 млн. человек⁵³. Объясняя, откуда взять столько людей для заселения, в сентябре 1941 г. Гитлер заявил, что на советских землях, которые должны стать «провинциями рейха», необходимо проводить «планомерную расовую политику», направляя туда и наделяя землями не только немцев, но и родственных им по языку и крови норвежцев, шведов, датчан и голландцев⁵⁴. «При заселении русского пространства, – говорил он, – мы должны обеспечить имперских крестьян необычайно роскошным жильём. Германские учреждения должны размещаться в великолепных зданиях – губернаторских дворцах. Вокруг них будут выращивать все необходимое для жизни немцев. Вокруг городов в радиусе 30–40 км раскинутся поражающие своей красотой немецкие деревни, соединённые самыми лучшими дорогами. Возникнет другой мир, в котором русским будет позволено жить, как им угодно. Но при одном условии: господами будем мы. В случае мятежа нам будет достаточно сбросить пару бомб на их города, и дело сделано. А раз в год проведём группу киргизов по столице рейха, чтобы они прониклись сознанием мощи и величия её архитектурных памятников. Восточные пространства станут для нас тем, чем была для Англии Индия. Если бы я мог втолковать все это, как они важны для будущего!»⁵⁵

Особые планы нацисты вынашивали в отношении русского народа. Солдатам и офицерам вермахта вручались памятки, в которых говорилось: «...убивай всякого русского, советского, не останавливаясь, если перед тобой старик или женщина, девочка или мальчик, – убивай, этим ты спасёшь себя от гибели, обеспечишь будущее своей семьи и прославишься навеки»⁵⁶. Один из разработчиков генерального плана «Ост» доктор Э. Ветцель, референт по расовым вопросам в Восточном министерстве Розенберга, подготовил для Гиммлера документ, в котором утверждалось, что «без полного уничтожения» или ослабления любыми способами «биологической силы русского народа» установить «немецкое господство в Европе» не удастся. «Речь идёт не только о разгроме государства с центром в Москве, – писал он. – Достижение этой исторической цели никогда не означало бы полного решения проблемы. Дело заключается, скорее всего, в том, чтобы разгромить русских как народ, разобщить их»⁵⁷.

⁵³ *Мадайтчик Ч.* Существует ли синхронность между «Генеральным планом Ост» и «окончательным решением еврейского вопроса»? // Вторая мировая война. Дискуссии. Основные тенденции. Результаты исследований. С. 671–674; Deutschland im Zweiten Weltkrieg. Bd. 2. S. 118.

⁵⁴ *Пикер Г.* Застольные разговоры Гитлера / Пер. с нем. Смоленск, 1993. С. 36–37.

⁵⁵ Там же.

⁵⁶ Цит. по: Мировые войны XX века. В 4-х кн. Изд. 2. М., 2005. Кн. 3. С. 397.

⁵⁷ Цит. по: Тоталитаризм в Европе XX века. Из истории идеологий, движений, режимов и их преодоления. М., 1996. С. 290–291.

После разговора с Гитлером 8 июля 1941 г. начальник Генерального штаба сухопутных войск генерал Ф. Гальдер пишет в дневнике: «Непоколебимо решение фюрера сравнить Москву и Ленинград с землёй, чтобы полностью избавиться от населения этих городов, которое в противном случае мы потом будем вынуждены кормить в течение зимы. Задачу уничтожения этих городов должна выполнить авиация. Для этого не следует использовать танки. Это будет народное бедствие, которое лишит центров не только большевизм, но и москвитов (русских) вообще»⁵⁸. Разговор Гальдера с Гитлером, посвящённый уничтожению населения Ленинграда, представитель германского Восточного министерства в ставке фюрера В.Кёппен конкретизирует следующим образом: «Город нужно будет лишь взять в кольцо, подвергнуть артиллерийскому обстрелу и взять измором. Не имеет значения, сколько это займёт времени: несколько дней или даже недель. Осуществить предложенный финнами план отвода воды расположенного на возвышенности Ладожского озера в Финский залив и тем самым затопить Ленинград технически довольно сложно»⁵⁹.

Варварские замыслы лидеров Третьего рейха по уничтожению значительной части населения СССР нашли своё воплощение в конкретных приказах, распоряжениях и указаниях, которые разрабатывались командными и штабными инстанциями вермахта, а также государственными органами Третьего рейха перед нападением на СССР. Уточнялись они уже в ходе войны. В соответствии с приказом главнокомандующего сухопутными войсками В. Браухича в районе боевых действий были созданы отряды особого назначения (Sonderkommando) службы безопасности (СД) с полномочиями «применять принудительные меры в отношении гражданского населения», обеспечивать захват материальных ценностей, а также советских архивов, документов партии и общественных организаций в тыловых районах немецких армий. Причём отрядам СД предоставлялось особое право действовать по собственному усмотрению⁶⁰.

Жители оккупированных районов, находясь на грани жизни или смерти, оказались под постоянным воздействием психоэмоциональных стрессов. С самого начала войны повсюду, куда бы ни ступала нога захватчика, совершались тысячи невероятных по своей жестокости преступлений, жертвами которых становились женщины, дети, старики. Особенно свирепствовали специальные карательные части. Именно они организовали «форт смерти» № 9 под Каунасом, расстреляли 100 тыс. человек в Бабьем Яру под Киевом, потопили тысячи женщин и детей в Мозырских болотах, совершили другие не менее страшные злодеяния⁶¹.

⁵⁸ Гальдер Ф. Военный дневник. Т.3. В 2-х кн. / Пер. с нем. Кн.1. М., 1971. С. 101.

⁵⁹ Фогт М. Откровения в ожидании победы // Вторая мировая война. Дискуссии. Основные тенденции. Результаты исследований. М., 1996. С. 505.

⁶⁰ Преступные цели гитлеровской Германии в войне против Советского Союза: Документы и материалы. М., 1987. С. 58–59.

⁶¹ Ни давности, ни забвения... По материалам Нюрнбергского процесса. М., 1985. С. 371.

Жителей и военнопленных стогнали в лагеря смерти, ставшие неотъемлемой частью «нового порядка». Только на территории Украины и Белоруссии их было создано свыше 440⁶². Узники в этих лагерях умирали тысячами от голода и холода, непосильной работы. Их травили газами и расстреливали, применяли другие самые изуверские методы.

Не менее тяжёлая по воздействию на человека психосоматическая ситуация была и в осаждённом гитлеровцами Ленинграде. Жители города, воины Красной армии и флота постоянно находились под воздействием психологического прессинга: ежедневная угроза жизни, практически ежедневные артиллерийские обстрелы и авиабомбежки, голод, холод и др.

В 1941 году, не сумев захватить Ленинград с ходу, немецкое командование начало его осаду. Железное кольцо блокады мёртвой хваткой сжимало Ленинград. Линия фронта проходила в непосредственной близости от города: на юге она была всего в 2–4 км, а на юго-западе, северо-западе и севере – в 25–30 км от его окраин. Осаждённый город сражался в неимоверно тяжёлых условиях. В планах противника его судьба была давно решена. Ещё 22 сентября 1941 г. в директиве Главного командования германских военно-морских сил указывалось: «Фюрер решил стереть город Петербург с лица земли... Предполагается тесно блокировать город и путём обстрела из артиллерии всех калибров и непрерывной бомбёжки с воздуха сравнять его с землёй»⁶³.

С остервенением немецкие войска претворяли в жизнь этот поистине варварский план. На первых порах в основном использовалась авиация. Её удары резко возросли с началом блокады. В сентябре 1941 г. в налётах на город участвовало 2712 самолётов. Были разрушены и повреждены сотни домов, возникло много пожаров, убито и ранено около 4,5 тыс. человек. Однако потери авиации заставили командование противника главные усилия по разрушению города переложить на артиллерию. Но воздушные налёты на Ленинград не прекратились. Только с ноября 1942 по март 1943 г. на головы ленинградцев немецкая авиация сбросила 390 фугасных и 1854 зажигательных бомб⁶⁴. С конца 1942 г. противник стал применять новые бомбы. Начинённые фосфором, они вызывали сильные пожары. Немало жертв было среди мирных граждан, которых артиллерийский обстрел заставлял на улицах города и в домах. Зимой 1942/1943 гг. были разрушены сотни жилых домов, пострадало немало памятников культуры мирового значения.

⁶² Азяский Н., Князьков А. Плечом к плечу. Советские партизаны в период подготовки и в ходе Курской битвы (апрель — август 1943 г.). Воронеж, 1988. С. 18.

⁶³ Цит. по: Великая Отечественная война. 1941–1945. Военно-исторические очерки. В 4 кн. М., 1998. Кн. 2. Перелом. С. 196.

⁶⁴ Ленинград в осаде. Сборник документов о героической обороне Ленинграда в годы Великой Отечественной войны. 1941–1944. СПб., 1995. С. 407.

С различных участков фронта и из армий стран ограбленной Европы нацисты стягивали под Ленинград 210- и 240-мм пушки, 400-мм гаубицы, 305- и 420-мм мортиры. Обладая большой дальностью и огневой мощностью снарядов, они обстреливали все районы города.

Постоянный тяжёлый психоэмоциональный стресс, который испытывали ленинградцы, вызвал всплеск различных болезней, увеличились и летальные исходы среди горожан и защитников города на Неве. Руководство страны, военное командование принимало все меры, чтобы облегчить положение ленинградцев, разрядить психоэмоциональную обстановку.

Одна из таких мер – борьба с вражеской артиллерией. Эта мера в какой-то мере ослабила психологическое воздействие вражеских артобстрелов города. Борьбу с вражеской артиллерией вели дальнобойные орудия Ленинградского фронта и Балтийского флота. Вначале они только отвечали на вражеский огонь, а с лета 1942 г. стали проводиться артиллерийские и авиационно-артиллерийские операции по уничтожению батарей противника, независимо от того, вели они огонь в данный момент или нет. В результате интенсивность обстрела Ленинграда была снижена в три-четыре раза⁶⁵. Артиллеристы и лётчики, приняв на себя многие десятки тысяч тяжёлых снарядов врага и постоянно уничтожая его орудия и склады боеприпасов, значительно уменьшили разрушение города и облегчили судьбу населения.

Положение жителей блокадного Ленинграда было удручающим. Создалось катастрофическое положение с продовольствием. Горели и рушились дома. Иссякали запасы топлива. Прекратилась подача электроэнергии в дома. Остановился городской транспорт. Лютые морозы вывели из строя водопровод и канализацию. Смерть ежедневно косила тысячи голодных людей, не разбирая пола и возраста.

Ленинградцам помогала вся страна. По указанию ГКО была создана военно-транспортная магистраль, проходившая по Ладожскому озеру и связавшая с сентября 1941 по март 1943 г. осаждённый город с Большой землёй. Эту артерию, имевшую стратегическое значение, по праву называли Дорогой жизни. В навигацию перевозки по ней производили Ладожская военная флотилия и Северо-Западное речное пароходство, а в период ледостава – автомобильный и конный транспорт. По военно-автомобильной дороге только зимой 1941/1942 гг. было доставлено более 360 тыс. тонн грузов. Из города вывезено около 550 тыс. человек, около 3,7 тыс. вагонов оборудования, культурных ценностей и другого имущества. И во вторую блокадную зиму Дорога жизни по-прежнему играла важную роль. Благодаря ей ленинградцы получали

⁶⁵ Боевой путь советского Военно-морского флота. М., 1988. С. 266–267.

продовольствие, оружие, военную технику и боеприпасы. Только с 19 ноября 1942 г. по 30 марта 1943 г., то есть за 102 дня работы ледовой трассы, было доставлено в Ленинград 206 094 тонн грузов, в том числе 111 813 тонн продовольствия⁶⁶. Это позволило уже с 25 декабря, ещё до прорыва блокады города, повысить нормы выдачи хлеба: рабочим – на 100 граммов, служащим, инвалидам и детям – на 75 граммов в сутки.

За весь же период действия по Дороге жизни было перевезено свыше 1,6 млн. тонн грузов, эвакуировано около 1,4 млн. человек. Всего за период блокады из города было вывезено 1750 тыс. человек – единственный в истории случай эвакуации такого огромного числа жителей из осаждённого города.

В тягчайших испытаниях Ленинград не только выдерживал удары врага, но и активно боролся за свою деблокаду. При недостатке сил и средств защитникам города понадобилось почти 500 суток, чтобы прорвать вражеское кольцо окружения и восстановить сухопутное сообщение со страной.

Великая Отечественная война советского народа против фашистской Германии и её союзников была главной, решающей частью Второй мировой войны. Поэтому от способности советских людей, Красной армии выдержать натиск германской военной машины, самой мощной в начале 1940-х годов, отразить его, а затем разбить эту машину зависела судьба не только народов Советского Союза, но и народов Европы, да и мира в целом. Несмотря на такую мощную силу вторжения, советский народ и его Красная армия, преодолевая неудачи и поражения, недостатки и просчёты политического и военного руководства в подготовке к отражению агрессии нацистской Германии, с честью решили исторические военно-политические и стратегические задачи, предопределившие их победу в Великой Отечественной войне.

Как это произошло? Каковы составляющие этой победы? В чем смысл и значение этой победы для послевоенных поколений наших соотечественников и для современной России?

На все эти и многие другие вопросы призван ответить создаваемый в рамках президентского проекта многотомный фундаментальный труд «Великая Отечественная война 1941–1945 годов». Начало работе над новым 12-томником положило распоряжение Президента России от 5 мая 2008 г. На основе этого распоряжения под организационным руководством Министерства обороны РФ начали работать действовать специалисты из военных научно-исследовательских и учебных заведений, гражданских вузов, институтов Российской академии наук, государственных и ведомственных архивов. Среди авторского коллектива нового труда как опытные учёные, имеющие государственные, научные звания и

⁶⁶ ЦАМО. Ф. 217. Оп. 1227. Д. 64. Л. 103–104.

степени, так и талантливая молодёжь. Проект осуществляется под руководством Главной редакционной комиссией (председатель Министр обороны РФ А.Э.Сердюков). Научным руководителем многотомного издания –заместителем председателя ГРК является известный учёный доктор исторических и юридических наук, профессор В.А.Золотарев.

В труде даётся современное прочтение происхождения Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. и теоретический анализ алгоритма «война – мир» в истории XX века; на основе исследований, проведённых уже в ходе разработки первых трёх томов, показывается, что Великая Отечественная война была войной вынужденной, ответом на заранее спланированную и тщательно подготовленную агрессию.

Этот труд крайне важен и с точки зрения исторической науки, и с идеологической точки зрения, поскольку мы знаем, что вопросы о Великой Отечественной войне, о том, как она проходила, каковы её результаты являются предметом острых идейных споров. В настоящее время вышли в свет два тома: 1-й «Основные события Великой Отечественной войны» (М.,2011) и 2-й «Происхождение и начало войны» (М., 2012). 3-й том «Битвы и сражения, изменившие ход войны» находится в процессе издания, идёт интенсивная работа над последующими томами.

В труде анализируются основные события, которые проходили на советско-германском фронте, их взаимосвязь с действиями союзников на других фронтах, проблемы политического руководства фронтом и тылом, роль народной борьбы в тылу врага, проблемы развития научно-технической и минерально-сырьевой базы; даётся критический анализ причин поражения советских Вооружённых сил в начальный период войны и весной 1942 г., показан трудовой подвиг народа, вклад общественных организаций и церкви в общую Победу, деятельность творческих союзов, роль культуры, средств массовой информации в войне и др. В фундаментальном труде анализируется сложная психосоматическая ситуация на фронте, в оккупированных врагом регионах, в тыловых районах, её воздействие на человека.

Задачу, которую выполняют создатели многотомного труда сложная и важная. Она имеет государственное, патриотическое, образовательное, просветительское и, безусловно, культурно-историческое.