

Т.М.Максимова

Современное состояние,
тенденции
и перспективные оценки

ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ



Харькова

Т.М.Максимова

Современное состояние,
тенденции
и перспективные оценки
**Здоровья
населения**

**Per
Se**

Москва
2002

УДК 61
ББК 5
М 17

Издание осуществлено при финансовой поддержке
Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ)
Проект № 01-06-16028

Максимова Т.М.
М 17 Современное состояние, тенденции и перспективные
оценки здоровья населения. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 192 с.

ISBN 5-9292-0060-2

ISBN 5-9292-0060-2

© Т.М. Максимова, 2002
© ПЕР СЭ, оригинал-макет,
оформление, 2002

Содержание

Введение	5
Глава 1	
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	8
Глава 2	
ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	20
Стандартизация методических подходов	
при изучении заболеваемости населения	20
Современные проблемы официальной	
статистики заболеваемости	28
Количественные характеристики	
заболеваемости населения	31
Распространенность патологии по	
результатам медицинских осмотров	
выборочных контингентов населения	38
Количественные характеристики	
заболеваемости по данным	
опросов населения	45
Некоторые динамические	
характеристики заболеваемости	
населения	52
Сравнительные оценки распространенности	
некоторых заболеваний в разных странах	57
Глава 3	
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ	
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	61
Физическое развитие детей	
в условиях формирования новой	
социальной структуры населения	61
Особенности физического развития	
взрослого населения	75

Глава 4	
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК ЗДОРОВЬЯ	88
Глава 5	
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВА И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ	100
Самооценка социального статуса и особенности здоровья	111
Особенности субъективных оценок здоровья и качества жизни инвалидов	123
Глава 6	
СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ	131
Система здравоохранения как фактор формирования здоровья	131
Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения работников здравоохранения	151
Некоторые вопросы современного состояния и реформирования здравоохранения	163
Современные проблемы и перспективы информационного обеспечения отрасли	178
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	182
ЛИТЕРАТУРА	186

Проблема сохранения и укрепления здоровья населения России в современных условиях реформирования всей системы жизнеобеспечения в стране должна стать приоритетной. Современная ситуация в области здоровья населения неприемлема, следует определить пути осуществления необходимых научно обоснованных вмешательств.

Здоровье населения, его тенденции с целью изменения этой ситуации должны стать основными приоритетами в деятельности органов управления различного уровня, а среди всех современных проблем здоровья основными должны быть признаны продолжительность жизни, необходимость снижения смертности, которая в России является недопустимо высокой во всех возрастах по сравнению с уровнями, достигнутыми в развитых странах мира, т. е. принципиально возможными (Щепин О.П. и др., 1999).

Для подготовки обоснованных решений в стране должна действовать достаточно эффективная и экономичная информационная система, позволяющая обеспечивать как международную сопоставимость данных, так и их достаточную дифференциацию, свободу для анализа. Необходима достоверная информация о тех параметрах здоровья, на которые предполагается воздействие. Она должна быть представлена вместе со спектром определяющих здоровье детерминант, факторов в сравнительном аспекте с реальными достижениями в мире.

Здоровье населения, с одной стороны, чувствительно к воздействиям, а с другой — достаточно инертно по своей природе. Разрыв между воздействием и результатом может быть значительным, достигая нескольких лет, и нам сегодня, вероятно, известны лишь начальные проявления неблагоприятных популяционных сдвигов в здоровье населения России. Тем более важно исследовать фундаментальные законы развития общественного

здоровья, направлять действия общества с учетом особенностей природы человека, законов его поведения в тех или иных условиях и переломить неблагоприятные тенденции, пока не потерял необратимо жизненный потенциал нации.

В целом состояние здоровья населения достаточно точно отражает уровень экономического развития страны и благосостояния народа. Многие проблемы здоровья имеют глубокие социально-экономические корни, включая региональные аспекты условий жизни: высокая плотность населения в центре и недонаселенность в Восточных регионах, уклад жизни различных народов и соответственно тот или иной путь социально-экономического развития, затрагивающий жизненные интересы больших масс населения, предопределяет тенденции здоровья.

Как известно, здоровье определяется триадой статистических показателей: показатели воспроизводства населения (медико-демографические характеристики); показатели физического развития, характеризующие процессы роста и развития детей и определяющие запас физических сил у взрослого населения (дееспособность); показатели заболеваемости населения, определяющие его адаптацию к условиям окружающей среды (в широком понимании этого слова).

В последние годы в качестве самостоятельных показателей используются субъективные оценки здоровья. Они отражают, с одной стороны, объективный соматический статус, в том числе восприятие индивидуумом тех или иных патологических отклонений, степень адаптации к ним и их последствиям (различного рода ограничения в жизни), с другой — сложный комплекс факторов и условий, включая особенности ситуации в момент опроса. Сложность трактовки субъективных оценок как бы ориентирует на обязательную объективизацию результатов для получения надежных выводов. Вместе с тем, с ростом уровня образования и культуры, появлением широкой информированности о правилах самосохранительного поведения надежность знаний населения о своем здоровье значительно возрастает; становится немаловажным и сам учет субъективного мнения о своем здоровье как в случае совпадения его с объективными данными, так и в случае их расхождения.

Здоровье — важнейший фактор реализации жизненной программы индивидуума, в немалой степени определяющий реализацию общественных задач. При оценке состояния здоровья населения и его тенденций в меняющихся условиях жизни должна быть прослежена не только динамика заболеваемости, но и рас-

пространенность в популяции числа лиц, состояние здоровья которых позволяет (либо не позволяет) участвовать в реализации соответствующих возрасту и полу социальных и биологических функций: в детском возрасте это нормальные темпы биологического развития, половое созревание, обучение; для взрослого населения — важные функции участия в воспроизводстве населения, социальные, в том числе трудовые функции, для пожилых контингентов — способность к самообслуживанию и активная жизнь до глубокой старости.

Особо важным представляется анализ вариантов возможных перспектив улучшения здоровья населения с учетом широкого спектра факторов современной жизни, в том числе эффективности деятельности важнейшей социальной системы общества — системы здравоохранения. Сегодня важно осмыслить в комплексе перспективы развития здравоохранения на основе научных достижений в области профилактики и лечения заболеваний, его организации в соотношении с возможностями общества.

Для анализа состояния здоровья и его тенденций в данной работе были использованы материалы за ряд лет, начиная с 1970 г., полученные в ходе повторяющихся социально-гигиенических исследований здоровья населения по совпадающей по основным методическим принципам программе. В 1989—1991 гг. под руководством НИИ им. Н.А. Семашко (директор — академик РАМН О.П. Щепин) в ряде регионов страны проведено по унифицированной методике Комплексное изучение состояния здоровья населения, приуроченное к переписи населения 1989 г. На пятнадцати территориях России была изучена заболеваемость населения на основании контактов с медицинской сетью, определены фактические объемы профилактической работы и медицинской помощи, включая обследования и лечение; на некоторых из них проведены медицинские осмотры выборочных контингентов населения бригадой врачей-специалистов и социально-гигиеническое анкетирование.

Анкетирование было повторено в ряде населенных пунктов России в 1995—1996 гг., 1997 г. (пробная перепись населения), 1999 г., по ряду позиций в 2000 г. В течение ряда лет (начиная с 1995 г.) проводились опросы врачей и руководителей здравоохранения по современным проблемам здоровья и медицинского обеспечения населения. Эти фактические материалы позволили оценить динамические сдвиги по основным характеристикам здоровья и поведения в различных группах населения, провести сравнительный анализ и определить основные перспективные оценки.

Демографические процессы и здравоохранение

Многие процессы формирования здоровья населения в нашей стране отражают общемировые тенденции и устойчивые социально-биологические закономерности. Проблемы здоровья, несмотря на то, что трансформируются во времени, существуют достаточно длительно, иногда десятилетиями. Однако для формирования реакции общества неизменными условиями являются осознание проблемы, воля к ее разрешению, вслед за чем определяются или разрабатываются и включаются механизмы воздействия.

Так, процессы соотношения рождаемости и смертности, проблемы отрицательного естественного прироста, являющиеся следствием общемировых тенденций и лишь ускоренные в связи с социально-экономическими проблемами последнего десятилетия в нашей стране, существовали в ряде областей России уже в 1970-е годы, но только в последние годы были осознаны как общественно значимые. Высочайшие в мире уровни смертности населения от травматизма, болезней системы кровообращения (ведущие причины смерти) также существовали много десятилетий и не воспринимались как проблема и, соответственно, не осмысливались и материально не поддерживались пути их разрешения, хотя нельзя не отметить, что развивались службы (например, кардиологическая), так или иначе внедрялись новые методы.

Население России уменьшается и по прогнозам демографов будет уменьшаться в ближайшие 10 лет, сократившись к 2010 г. примерно на 4—6%. Предполагается, что темпы снижения численности населения будут практически постоянными — 0,3% в среднем за год (Васина и др., 1998). Это одна из острых проблем: по данным ряда прогнозов выявлено отсутствие возможности поддержания хотя бы постоянной численности населения страны только за счет баланса рождений и смертей без допущения миграции (Вишневский, Андреев, 2001). Необходимо признать, что Россия одна из немногих стран, где отмечено сокращение на-

селения. Например, США предполагает удвоить свое население к середине следующего века в основном за счет внешней миграции, а к 2011 г. увеличить его более чем на 9%. Но у нас невелика внешняя миграция и воспроизводится чисто российское население; в ряде так называемых развитых стран на показателях воспроизводства сказываются результаты внешней миграции. Например, в США более активно идет рост пришлого населения (испаноязычного, азиатского происхождения, численность которого в последующие десятилетия по прогнозам утроится), а доля белого населения сокращается и к середине XXI века составит лишь около 50% (табл. 1.1). Аналогично существенный вклад в воспроизводство и состав населения вносят и мигранты из развивающихся стран в Германии, Голландии, Франции и т. д., где в настоящее время мигрантов более 10% и прогнозируется их увеличение до 30%, а в крупных городах и более.

Таблица 1.1

Прогностические оценки этнического
состава населения США (%)

Группы населения	1999 г.	2050 г.
Испаноязычное	12,0	24,0
Азиатского происхождения	4,0	9,0
Цветные	13,0	15,0
Белые	71,0	52,0

Кроме некоторого сокращения численности населения в России продолжится его структурная трансформация, в частности сократится доля детей — по прогнозам до 14,5% к 2010 г. (Волков, 1999). В стране будет увеличиваться доля пожилого населения. Следствием старения населения будет реальное увеличение в популяции распространенности возраст-зависимой патологии (болезни системы кровообращения, новообразований, урологическая патология и другие заболевания мочеполовой системы, старческие переломы и ограничивающие жизнедеятельность костно-мышечные нарушения, психические нарушения, связанные с возрастом патологии органов чувств). Все это потребует соответствующей адаптации здравоохранения, в том числе обеспечения соответствующими специалистами, персоналом по уходу, принятия новых организационных решений.

Необходимо учитывать неоднородность состава населения страны в возрастном аспекте по регионам уже в настоящее время. При сравнительно низких долях населения старше трудоспособного воз-

раста в России в целом, в центральных областях уже в 1995 г. более 20%, а среди женщин — более 30% населения были в возрасте старше трудоспособного, в сельской местности этих регионов эта доля достигала 40% и более. Исходя из тенденций старения населения в этих регионах не должно происходить сокращения коечного фонда участковых больниц и амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов. Высока доля пожилых (до 30% и более) и в крупных городах (Москва, Санкт-Петербург), а также в Тульской области.

Предвидя сдвиги в возрастном составе, необходимо своевременно профессионально и мировоззренчески готовить медицинский персонал: в настоящее время вследствие как реальных социально-экономических проблем медицинского обеспечения, так и сложившейся системы стереотипов в отношении пожилых людей в России при высоких показателях их смертности от болезней системы кровообращения регистрируются чрезвычайно низкие показатели смертности от тех заболеваний, где требуется активная, в том числе инструментальная диагностика, а в дальнейшем — соответствующая коррекция патологического процесса. На некоторых территориях причины смерти просто не анализируются по всему спектру, начиная с 60 лет и даже ранее, списываются на старость. В последние годы имеются случаи, когда частота подобных диагнозов (старость, без упоминания о психозе) не только резко возрастает, но по величине соответствует уровням смертности от травм и отравлений (у женщин). В развитых странах лица этого возраста ведут полноценный и культурный и познавательный отношения образ жизни.

В целом по России старость как причина смерти начинает фиксироваться с 55 лет, а в более старых возрастах превышает аналогичные показатели, например, в США, в 60—90 раз, как ни по одному другому виду патологии (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Причина смерти — старость без упоминания о психозе по полу и возрасту (на 100 000 населения)*

Страна	Год	Пол	Возрастные группы, лет		
			55—64	65—74	75 и старше
Россия	1995	мужской	0,6	16,5	927,1
		женский	0,3	15,2	1104,4
США	1994	мужской	0,1	0,7	10,5
		женский	-	0,4	16,5

*World Health Statistics Annual. 1996. WHO. Geneva, 1998

Более низкие по сравнению с другими странами (например, США) уровни смертности пожилых людей от таких заболеваний, как инфекционные и паразитарные, болезни эндокринной системы и др., и ранее свидетельствовали о проблемах точности диагностики среди этого контингента населения (табл. 1.3).

Таблица 1.3

Особенности повозрастных показателей смертности от некоторых причин (на 100 000 населения)

Основная причина смерти	Страна	Возрастные группы, лет				
		45—54	55—64	65—69	70—74	75—79
Мужчины						
Инфекционные и паразитарные болезни	СССР	34,3	41,5	44,5	43,8	48,0
	США	8,6	19,4	33,8	56,7	84,2
Новообразования	СССР	285,3	745,7	1142,1	1397,5	1381,1
	США	170,9	532,8	931,9	1315,8	1704,5
Болезни эндокринной системы	СССР	5,3	11,8	20,2	20,6	20,1
	США	30,1	41,5	66,3	96,5	139,9
Болезни системы кровообращения	СССР	408,8	75,7	2300,7	4055,5	6248,6
	США	245,5	691,7	1341,7	2145,8	3374,1
Болезни мочеполовой системы	СССР	14,9	27,7	58,4	96,5	150,6
	США	6,0	15,7	36,4	70,5	135,7
Женщины						
Инфекционные и паразитарные болезни	СССР	6,2	8,3	10,9	12,3	13,8
	США	5,3	12,4	25,6	35,9	57,6
Новообразования	СССР	151,3	322,9	482,4	611,9	653,8
	США	161,2	377,9	584,0	753,1	908,1
Болезни эндокринной системы	СССР	4,6	14,2	24,0	25,5	25,8
	США	11,9	31,4	57,7	89,2	130,8
Болезни системы кровообращения	СССР	142,3	538,9	1332,8	2692,3	4714,1
	США	93,5	300,4	663,1	1177,9	2085,3
Болезни мочеполовой системы	СССР	10,8	20,2	25,6	29,5	30,8
	США	4,2	12,6	27,2	48,9	89,2

Минздрав РФ в своих аналитических документах не анализирует рассмотренное положение дел, не ориентируя таким образом медицинских работников на более точную диагностику заболеваний пожилых людей. В то же время в развитых странах прогнозируется увеличение продолжительности жизни до 80 лет у мужчин и 90 лет у женщин (Jasmin, 1998), в новом аспекте обсуждаются вопросы о видовой продолжительности жизни человека. По прогнозам Росстата, к 2010 г. продолжительность жизни в России будет постепенно увеличиваться, но достигнет лишь 64 лет у мужчин и 74,8 года у женщин (Волков, 1999).

Фактически в мире действуют две основные тенденции — снижение рождаемости и увеличение продолжительности жизни. Знание закономерностей формирования характеристик воспроизводства населения показывает, что тенденции одной из составляющих процесса естественного воспроизводства населения — рождаемости, хотя и являются отражением кризисных явлений в стране, но характерны и для стран с устойчивым экономическим развитием, планирование семьи стало массовой практикой.

Тенденция к снижению темпов прироста населения отмечена и в общепланетарном масштабе: с 1,73% в год во второй половине восьмидесятых годов XX века до 1,5% в год в начале девяностых годов. Согласно современным прогнозам ООН, связанным с народонаселением, ожидается, что спад темпов роста будет снижаться до 0,5% к 2050 г., и уже в 2020 г. достигнет высоких отрицательных значений (4—5% и более) в таких странах, как ФРГ, Швейцария, Дания и т. д. Некоторые авторы рассматривают снижение рождаемости как проявление у человека общего (биосоциального) закона поведения живых существ в интересах популяции.

В нашей стране за последние годы резко изменилась структура жизненных ориентаций населения и прежде всего — восприятие семьи и детей как важнейшей жизненной ценности, однако сохраняется на высоком уровне рейтинг такой жизненной ценности, как здоровье (табл. 1.4). В настоящих условиях население воспринимает собственное здоровье как фактор, позволяющий обеспечить определенные экономические возможности себе и своей семье, и готово осуществить определенные шаги по его поддержанию и укреплению. В то же время за этот период резко снизилась доля людей, для которых семья и дети являются одной из основных жизненных ценностей. При этом очевидно, что у большинства людей, особенно в молодом возрасте, материальные

проблемы находятся на уровне или превышают такие ценности, как семья и дети. Данные социально-гигиенического мониторинга за 1999 г. свидетельствуют о некоторых позитивных сдвигах в ценностных ориентациях. Такие ценностные ориентации населения свидетельствуют о том, что позитивные изменения показателей рождаемости мало вероятны без улучшения условий жизни широких масс населения.

Таблица 1.4

Динамика жизненных ценностей населения по данным социально-гигиенического мониторинга (%)

Жизненные ценности	Все население			В том числе в возрасте до 30 лет		
	1991 г.	1997 г.	1999 г.	1991 г.	1997 г.	1999 г.
Здоровье	73,8	78,2	75,8	77,8	71,9	73,8
Дети	73,3	47,4	64,9	75,7	39,3	56,7
Семья	83,6	50,8	64,7	95,8	55,9	57,4
Работа	33,3	22,1	49,0	38,0	26,9	30,6
Деньги	—	51,4	57,6	—	60,7	56,6

Насколько показатели здоровья определяют низкие показатели рождаемости? Является ли спад рождаемости следствием резкого увеличения распространенности бесплодия? Это принципиальные вопросы, требующие строгих количественных оценок на популяционном уровне.

По данным наших специальных исследований и в соответствии со строгими критериями (медицинские осмотры акушером-гинекологом) в 1991 г. распространенность бесплодия среди женщин не превышала 6—8%. Кроме того, опросы населения 1991, 1997, и 1999 гг. показали, что доля женщин, указавших на плохое состояние здоровья как на причину отказа от рождения детей, составляет 6,4%, 7,1% и 5,8% соответственно, т. е. практически не изменилась за это время. По материалам демографов, только 6—7% россиянок 1960—1965 гг. рождения не родили ни одного живого ребенка, более 70% сделали к 35 годам хотя бы один и до 40% — не менее двух аборт. Таким образом, достаточно строгих данных о резком ухудшении репродуктивного здоровья в последнее десятилетие нет. Напротив, имеющиеся данные свидетельствуют об управлении процессом на уровне семьи.

По уровню рождаемости мы сравнивались с развитыми странами, но спектр используемых в нашей стране средств по ее регулированию существенно отличается. Основным средством в России

остаются аборты, несмотря на тенденцию к их снижению. По нашим данным, лишь 24% женщин регулярно используют контрацептивы. В большинстве случаев это — внутриматочные спирали, в то время как в мире широко распространены гормональные препараты, стерилизация, развивается мужская контрацепция и т. п. Это определяется особенностями менталитета, недостаточной осведомленностью как женщин, так и врачей, а также дороговизной эффективных препаратов, делающих их недоступными.

В наших условиях планирование семьи понималось лишь как ограничение числа детей в семье, в лучшем случае как определение оптимальных с точки зрения биологии интервалов между родами или медицинская коррекция патологии репродуктивной функции. Истинной целью планирования семьи является рождение здорового ребенка, и для этого требуется создание определенных условий со стороны государственных структур, соответствующих служб системы здравоохранения и, конечно, самих супругов. Зачатие ребенка не должно быть случайным явлением, к этому следует подходить продуманно и ответственно. Необходимо бережное отношение к каждой возникшей беременности. Однако каждая третья женщина (33,4%) во время беременности указывает на сильные переживания, стрессовые ситуации, большинство из которых связаны с конфликтами в семье (66,5%).

Около половины всех беременностей протекает с осложнениями. Эти данные получены при опросе женщин в 1991 и 1996 гг., и соответственно в эти годы частота осложнений достигала 48,2 и 53,5%. По материалам официальной статистики основным осложнением у женщин, беременность которых закончилась, является анемия (35,8% — 1996 г.), уровень которой с 1990 г. вырос в 2,8 раза. Настораживает низкое число нормальных родов, доля которых, по данным официальной статистики, снижается с каждым годом: 1990 г. — 47,6%, 1996 г. — 33,9%, 1999 г. — 31,1%. Есть, однако, и регионы, где число нормальных родов значительно выше, например Республика Марий-Эл — 70,3%, Омская область — 76,2%, Хабаровский край — 67,2%, но таких территорий немного. Это свидетельствует о необходимости переподготовки медицинского персонала в области эффективной помощи во время беременности и родов в соответствии с международными стандартами, внедрения новых технологий в области медицинского обеспечения с учетом современных достижений теоретических наук и реальной практики, которую продемонстрировали мно-

гие страны. Вместе с тем, такие низкие показатели доли нормальных родов (10,3—14% — Алтайский край, Белгородская обл.) свидетельствует об отсутствии операциональной дефиниции нормальных родов и произвольности учета.

Для системы здравоохранения падение уровня рождаемости в настоящее время по сравнению с 1985 г. означает снижение (на 40%) количества родов и, следовательно, меньшее количество детей, подлежащих наблюдению и обследованию, особенно раннего возраста. Численность детей, обслуживаемых на педиатрических участках, редко превышает 650—700 человек. Тем не менее, мало изменились за этот период показатели обеспеченности врачами соответствующих специальностей (акушеры-гинекологи и педиатры), поэтому появились новые условия для повышения качества лечебной деятельности и переориентации их на эффективную профилактическую работу. Это особенно важно в условиях снижения медицинской активности родителей. В настоящий период население, и особенно врачи, более чем в 70% случаев отмечают снижение объемов профилактической работы.

Важнейшая проблема беспокоящего всех процесса депопуляции — высокие уровни смертности населения. Что необходимо для разработки результативных реальных действий по ее снижению? ООН проводит опросы правительств об оценках приемлемости уровня смертности в их странах. Так, в 1993 г. 31% правительств всех стран мира ответили, что уровни смертности в их странах являются приемлемыми. Должно быть известно, входит ли в эту треть наше правительство и готово ли оно к осуществлению реальных мер по уменьшению смертности населения. Судя по последним документам (Послание Президента Федеральному собранию 2000 года), демографические проблемы осознаны на самом высоком уровне страны. Для определения приоритетов в политике по снижению смертности основным является вопрос, насколько от деятельности системы здравоохранения зависит уровень смертности населения.

При сравнении частоты основных причин смерти в России и других странах мира выявляется, что показатели смертности от онкологических заболеваний у нас и в других странах достаточно близки (табл. 1.5). Это подтверждает нерешенность вопросов эффективной профилактики и радикального лечения этой патологии в мире вообще и указывает на необходимость дальнейших исследований по проблемам диагностики и лечения злокачественных новообразований.

Таблица 1.5

Смертность населения от новообразований и болезней системы кровообращения (на 100 000 населения)* в 1991—1995 гг.

Страна	Причина смерти			
	Мужчины		Женщины	
	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Новообразования	Болезни системы кровообращения
Россия	242,6	730,3	168,7	846,8
США	223,4	353,4	193,6	371,9
Финляндия	211,8	438,9	192,3	479,5
Голландия	272,2	333,8	211,5	340,1
ФРГ	278,7	449,3	257,2	598,4
Япония	228,8	243,8	147,2	250,8

* World Health Statistics Annual. 1996. WHO. Geneva, 1998

Однако во всех возрастных группах населения от болезней системы кровообращения мы теряем гораздо больше больных, чем такие страны, как США, Япония, страны Европы. Если же рассматривать не класс болезней системы кровообращения в целом, а основные виды патологии, то окажется, что в России более высокие, но сопоставимые, например, с США уровни смертности от таких заболеваний, как различные формы ИБС и гипертонической болезни, и более чем пятикратное превышение показателей смертности от цереброваскулярных болезней. Поэтому совершенно очевидно, что должны быть сопоставлены как профилактические меры, так и методы коррекции патологии системы кровообращения, в том числе сосудов головного мозга, применяемые в нашей системе здравоохранения и в других странах.

Необходимо оценить в сравнении с другими странами наши методы лечения, например, пневмонии и других болезней у детей. Как и за счет чего могут отличаться почти в 30 раз показатели смертности от пневмонии, например, в Финляндии и Санкт-Петербурге (соответственно показатели в 1997 г. были равны 1,6 и 31,8 на 100 000 детей, родившихся живыми), близких по численности населения, уровню образования и культуры.

Регистрируются высокие уровни смерти от травм и отравлений. Здесь уместно вспомнить не только о нашем отставании в промышленных технологиях, оценить влияние таких факторов, как злоупотребление алкоголем, современные вооруженные конфликты, но и философские мысли о ценности каждой челове-

ческой жизни. Должна быть разработана и реализована междисциплинарная программа по снижению смертности от травм и несчастных случаев, особенно в трудоспособном возрасте.

Необходима полная ориентация в том, что рост показателей смертности происходит на фоне несоответствующих интенсивности этого явления изменений показателей распространенности среди населения патологических состояний, являющихся основными причинами смерти.

Сравнение данных отечественной отраслевой статистики по распространенности большинства заболеваний, например болезней системы кровообращения, в частности ИБС (ишемической болезни сердца) (рис. 1), с соответствующими данными разных стран (Global Data Base) выявляет чрезвычайно низкий уровень регист-



Рис. 1

рации этой патологии в России при чрезвычайно высоком уровне смертности от этих заболеваний именно в нашей стране (рис 2).

Правомерен вопрос об эффективности деятельности современной системы здравоохранения, призванной обеспечить своевременную диагностику и адекватную коррекцию возникающей патологии, а также о качестве источников информации, на основе которой принимаются решения по медицинскому обеспечению населения.



Стандартизованные показатели смертности населения от
ишемической болезни сердца
в России и в некоторых странах ЕС,
все возраста (на 100.000 населения) 1980-1998 г.г.

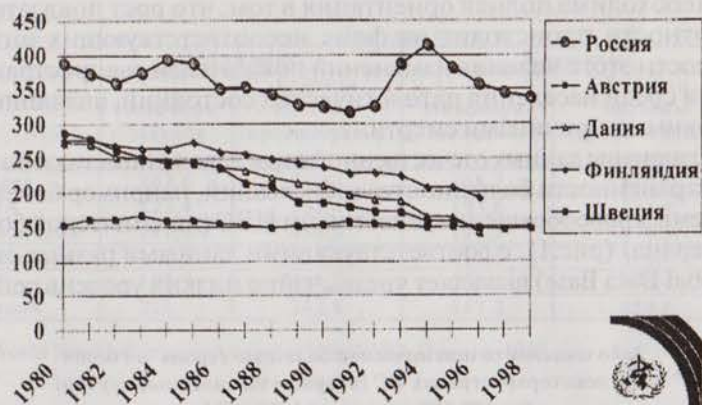


Рис. 2

Важным фактором, сказывающимся на здоровье, является миграция. Основная доля мигрирующих в недавнем прошлом приходилась на переселенцев из села в город, хотя уже в 1979—1989 гг. этот поток был значительно меньшим, чем в предыдущие 1970—1978 гг. (соответственно 9,3 и 14,6%)¹. В современных общественно-политических условиях формируются неизвестные ранее в стране миграционные потоки переселенцев по политическим и этническим мотивам, а также массовое переселение из районов экологических бедствий, прежних районов нового освоения, из северных и восточных регионов.

Имеющиеся в нашем распоряжении данные показывают, что при переселении из села в город, проходит достаточно длительный период адаптации к новым условиям, который требует напряжения всех систем организма. Как мужчины, так и женщины, родившиеся в селе и переехавшие в город, более часто по сравнению с горожанами отмечают низкую работоспособность и быструю утомляемость (26,2% у родившихся в селе и 4,3% у родившихся в городе). Эти ощущения формируются в первые годы после переезда и сохраняются длительное время. Отмечены особенности и в конституциональных характеристиках мигрантов. При этом у мигрантов, как у мужчин так и у женщин, и в более

¹ Население СССР. М., 1989.

спокойное время формируются более высокие уровни инфекционных заболеваний, психических расстройств, неврозов (и, соответственно, сопряженных отклонений), наблюдаются также более высокий травматизм, худшие характеристики здоровья мигрирующих с родителями детей. В связи с этим, несмотря на снижение миграционных потоков, особенности характеристик их здоровья должны быть известны органам здравоохранения при организации нового места жительства и приема мигрантов для своевременной организации соответствующих видов медицинской помощи.

ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Стандартизация методических подходов при изучении заболеваемости населения

Заболеваемость — объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения в результате взаимодействия настоящих и предшествующих поколений людей с окружающей средой (в широком понимании этого слова), проявляющееся в различных формах в конкретных условиях существования общества.

В настоящее время строгие статистические оценки заболеваемости населения — принципиальный вопрос в определении политики и решения стратегических вопросов реформирования здравоохранения. В связи с радикальными преобразованиями в обществе и с развитием новых форм оказания медицинской помощи, совершенно необходимым является достаточно полное представление о заболеваемости населения в самых разных аспектах: как закономерного объективного явления возникновения, развития и разрешения патологических процессов различной природы, особенностях этого явления в разных группах населения, регионах и территориях, в том числе не только осознание реальной социальной неоднородности этого явления, но и выявление и измерение ее особенностей в разных группах населения, оценка самовосприятия патологии человеком, влияние ее на качество жизни, а также роль здравоохранения в ее формировании и коррекции.

Количественные оценки заболеваемости населения в настоящее время являются не только предметом теоретических исследований, но и практической потребностью для принятия соответствующих решений по охране здоровья, в том числе в региональном плане, в рамках конкретных территорий, при определении реальных вкладов общества в систему социальной за-

щиты, материальных и технических ресурсов для обеспечения потребности населения в медицинской помощи, наконец, для разработки и оценки эффективности тех или иных мероприятий, затрагивающих жизненные интересы больших масс населения.

Если уровни распространения основных неинфекционных заболеваний, определяющих показатели смертности в стране, не выше, чем в развитых странах, а показатели смертности более высоки, то должны быть радикально пересмотрены методы ведения больных в условиях массовой медицинской практики. Что известно сегодня о заболеваемости населения?

Формирование патологии начинается на ранних этапах развития ребенка. Затем с увеличением возраста патология претерпевает закономерные изменения в соответствии с условиями жизни и возрастными процессами. Оценка уровней и структуры заболеваемости, определение доли больных, как в рождающемся контингенте, так и на последующих этапах жизни существенно зависят от современных представлений о природе патологических процессов, отраженных в теоретических и клинических дисциплинах, от выбора метода исследования, разрешающей способности используемого в ходе исследования диагностического инструментария, критериев оценки и, в конечном итоге, достаточно, тонких методических вопросов учета и статистических оценок.

Единообразия в оценках нет. Как известно, даже по такому, казалось бы, очевидному вопросу, как оценка жизнеспособности плода и новорожденного, долго не было соответствия в отечественных и международных критериях. В оценке более тонких отклонений, особенно, не затрагивающих основополагающие жизненные функции, диапазон оценок и критериев учета еще более широк. Так, доля здоровых детей по оценкам одних авторов составляет лишь 3—4%; по данным других, доля хронически больных детей — лишь 10—12%. Очевидно, что такого рода данные отражают не столько реальные позитивные либо негативные явления, сколько существенные различия в методических подходах к измерению сложного социально-биологического явления заболеваемости.

Фактически, измерение частоты патологических процессов и состояний начинается с чистоты и строгости определения той или иной нозологической формы патологии, динамики клинических проявлений, скорости прогрессирования, ограничения качества жизни. Так, продолжительная научная дискуссия в отношении дефиниции такой распространенной патологии, как хронический бронхит, различные трактовки этой нозологии приводят к разительным колебаниям показателя. Диапазон колебаний показателя частоты брон-

химальной астмы от 100—120‰, 40—60‰ в развитых странах и от 2 до 3‰ в нашей стране также свидетельствует о расхождении в диагностике этого относительно однозначно понимаемого состояния, достаточно тяжелого и манифестного в своей симптоматике.

Как уже указывалось, непростым является и вопрос дефиниции нормальных родов, оценки состояния новорожденного.

Терапевтам известен разрыв между морфологией и клиникой. Если диагноз хронического гастрита поставлен лишь некоторой части взрослого населения, то изменения слизистой желудка выявляются у 80—90% (Эльштейн, 1983). Таким образом, морфологические сдвиги не всегда отражают в полной мере соотношение между формой и функцией и тем более не всегда характеризует самочувствие. Так, офтальмогипертензия не обязательно равнозначна глаукоме; мочевого синдром встречается в 20% случаев, а частота патологии мочевыводящих путей — значительно реже. И напротив, имеются данные, что в фазе ремиссии у больных, например, хроническим бронхитом, эндоскопически в бронхах не обнаруживается изменений. Рассмотрение таких видов патологии, как гипертоническая болезнь, ИБС изолировано или как единого патологического процесса, соответственно приведет к учету в статистике либо одного, либо нескольких случаев заболеваний. По данным некоторых авторов, умеренно выраженные неврозоподобные состояния, дискинезии желчевыводящих путей и проявления хронического бескаменного холецистита, также являются стадиями единого патологического процесса.

Эти неразрешенные на фундаментальном уровне клинкоморфологические проблемы ставят вопросы не только оценки адаптивности организма, но и экзитологии — возможно ли саморазрешение хронических патологических процессов, и соответственно методические вопросы при сборе информации — считать ли имеющим место факт заболевания, если оно было зарегистрировано в медицинской документации, но не подтверждено на медицинском осмотре; может ли врач, не имея формализованных анамнестических данных, констатировать у больного хроническое заболевание в стадии ремиссии и т.д.

Кроме того, необходимо помнить, что некоторые отклонения в состоянии здоровья пациента, являющиеся поводом для обращения к врачу и фиксируемые в медицинской документации, не являются истинной патологией в строгом смысле этого слова, а отражают возрастные, в большинстве случаев физиологические сдвиги, происходящие в организме. Сюда можно отнести такие заболевания, как атеросклероз у пожилых людей, симптомы прорезывания

зубов у детей, симптомы менопаузы у женщин, некоторые критические периоды в росте, развитии и половом созревании детей, включающие нарушения самочувствия и симптоматику и даже лабораторные или функциональные отклонения, в связи с которыми может оказываться медицинская помощь. Неприемлемы суждения о частоте тех или иных видов патологии на основании изучения лишь факторов риска; например, по данным некоторых авторов, более чем у 50% обследованных молодых мужчин имеется вероятность развития астмы или бронхита. Иногда при определении процента здоровых детей исключаются не только больные, но и входящие в так называемую группу риска. Это другое направление учета — не патологических, а предпатологических и гипотетически патологических в перспективе состояний, которые могут и не реализоваться, и было бы неправильным включать их в счет заболеваемости, завышая ее. Тем более, что, по данным некоторых авторов, доля лиц, имеющих факторы риска развития болезней системы кровообращения и органов дыхания, достигает 80% и более, т. е. практически охватывается все население.

Возрастные закономерности формирования патологии требуют четкого статистического описания контингента. Относительно этого вопроса также имеется определенный диапазон мнений. Так, к подростковому возрасту биологически относится группа молодежи от начала полового созревания до его завершения, т. е., по рекомендации экспертов ВОЗ, 10—20 лет, а по данным отечественных исследователей — до 18 лет; в рекомендациях «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» 9-го пересмотра (МКБ-9) для статистических группировок этот период не выделяется и поглощается другими группами; в некоторых рекомендациях детство и юность определяется как период от рождения до 24 лет.

В связи с четко выраженной возрастной зависимостью ряда заболеваний сложно оценить их частоту без указания возрастных границ контингента, на котором они получены, или без учета возрастного фактора в процессе стандартизации (данные о частоте сахарного диабета, уролитиаза, особенностях распространенности различных заболеваний у населения, проживающего вблизи различных экологически проблемных объектов). Вопрос о численности и возрастном составе населения при расчетах показателей заболеваемости принципиален, так как во многом определяет последующие статистические характеристики этого явления.

Обеспечение системы здравоохранения достаточно строгими данными о численности и составе населения весьма затрудни-

тельно в методическом плане и чрезвычайно экономически нерационально организовано в настоящее время.

В стране имеется несколько источников информации о численности и составе обслуживаемого населения:

- данные официальной статистики населения, сообщаемые органам здравоохранения в достаточно общем виде и уточняющиеся обычно в середине года;
- данные о составе застрахованного в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) населения. При разных моделях ОМС это разные контингенты, но есть территории, где учтено и актуализируется практически все население;
- проводимые традиционно силами медицинских работников ежегодные переписи детей и с большей периодичностью взрослых, проживающих в районе обслуживания медицинских учреждений.

Кроме того, существуют соответствующие данные в МВД, жилищных отделах, списки избирателей и многочисленные другие источники. Например, на отдельных территориях сформированы базы данных о населении с целью мониторинга в системе санитарно-противоэпидемической службы.

Таким образом, при расчете показателей используются различные знаменатели — в основном это данные статистических органов. В ряде регионов известны случаи, когда расчеты проводятся с использованием нескольких знаменателей — полученного из органов статистики и того, которому больше доверяют.

В современных условиях необходимо больше внимания уделять данным, получаемым в ходе осуществления ОМС, где при всех возможных дефектах (дублирование, запаздывание актуализации, ограниченность доступа для других организаций) все-таки приближаются к тому, что сведения о населении могут стать весьма достоверными, а имеющиеся в этих организациях технические возможности позволяют содержать объемные базы данных и получать дифференцированные показатели. Более того, в рамках информационных систем ОМС может стоять вопрос о сведении данных на одно лицо (наличие идентификационного номера) и осуществлении принципиально новых оценок на основе полицейской разработки данных. Необходимы новые взгляды на теоретические проработки отечественных авторов в области полицейской статистики заболеваемости, которая более полно характеризует контингент больных, чем средние данные заболеваемости.

Некоторые авторы уверены в простоте определения, известности уровней заболеваемости, пытаются прогнозировать ее изменение с достаточно большой точностью (5—10%), делая выводы о

строгой количественной связи этих характеристик, например, с особенностями окружающей среды и другими факторами.

В специальных социально-гигиенических исследованиях должно быть полное представление об используемых методах, так как они имеют различную разрешающую способность (табл. 2.1) и соответственно формируются разные уровни показателей.

Таблица 2.1

Особенности содержания статистической информации о заболеваемости населения, полученной из разных источников

Ранговое место по уровню выявления распространенности и патологии	Методические приемы	Предполагаемые потери информации (по сравнению с предыдущим уровнем)
I	Медицинские осмотры населения бригадой врачей-специалистов	Острые заболевания, тяжелые случаи хронической патологии, терминальные стадии
II	Медицинские осмотры населения врачом с привлечением специалистов по показаниям	Заболевания без яркой манифестной симптоматики, требующие для диагностики профессиональных знаний в узкой клинической области
III	Материалы обращаемости населения за медицинской помощью (период наблюдения три года и более)	Хронические заболевания, не вызывающие субъективных отклонений, к которым произошла адаптация и нет радикальных методов коррекции, у лиц с высокой загруженностью (недостаток времени); стоматологические заболевания
IV	Материалы обращаемости населения за медицинской помощью (период наблюдения один год)	Хронические заболевания, не требующие регулярных контактов для осуществления поддерживающей терапии и не имеющие ежегодных обострений

Количество используемых рубрик по классам болезней МКБ-9

Класс болезней	Количество используемых рубрик (на четырехзначном уровне) в поликлинике
Болезни эндокринной системы	42
Болезни крови и кроветворной системы	10
Болезни нервной системы и органов чувств	143
Болезни системы кровообращения	81
Болезни органов дыхания	60
Болезни органов пищеварения	74
Болезни мочеполовой системы	18
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	71
Несчастные случаи, отравления и травмы	108

Наряду с реальными изменениями заболеваемости в перспективе (в том числе в связи со старением населения), к которым необходима адаптация здравоохранения (развитие соответствующих служб, реструктуризация и т. д.), будут отмечаться тенденции к увеличению регистрации отклонений в здоровье при использовании новых технологий. По отношению к ним в профессиональной среде врачей должны быть сформулированы соответствующие концепции, определяющие, что считать и что не считать патологией, требующей медицинской коррекции. Сегодня одним из примеров ложной тревоги является увеличение в новых условиях диагностики (массовое применение УЗИ и т. п.) таких заболеваний, как патология системы кровообращения и пищеварения у детей.

Реально росту патологических состояний будут способствовать осложнения различных медицинских процедур, в том числе связанных с новыми технологиями, информированность о которых в предстоящие годы в связи с внедрением «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра (МКБ-10) должна ускорить их фиксацию в документации, что позволит выйти на статистические оценки частоты этих отклонений.

Таким образом, изучение сложного социально-биологического явления заболеваемости, ее особенностей, оценка тенденций этого явления — это профессиональная работа специалистов по социальной гигиене, которая может быть выполнена далеко не

В качестве источника информации могут использоваться данные о зарегистрированных состояниях в документации страховых медицинских организаций. В этом случае должна быть полная ясность в отношении застрахованного контингента (численность населения, знаменатель), а также о перечне состояний диагнозов, по которым проводится оплата.

Особое место в выявлении распространенности заболеваний занимают опросы населения.

Наиболее часто используются характеристики заболеваемости населения по данным обращаемости за медицинской помощью. Соотношение этих показателей с результатами медицинских осмотров закономерно и имеет объективные причины. В частности, по нашим данным, реже обращаются лица с длительно текущими хроническими заболеваниями, к которым больные адаптировались, с бессимптомно протекающими заболеваниями и заболеваниями, в генезе которых имеет место невротический компонент. С прогрессом медицины, появлением новых методов лечения можно ожидать активизации контактов с медицинской сетью представителей первой группы. Напротив, в условиях социальной нестабильности имеет место снижение обращаемости за медицинской помощью, и данный источник информации может потерять свое значение в характеристике заболеваемости населения.

При характеристике и оценке заболеваемости необходимо иметь в виду то, что практически повсеместно присутствует и должен присутствовать весь спектр патологии, присущий каждому возрасту, за исключением заболеваний, не свойственных данному региону. Однако в наших условиях достаточно редко регистрируются и даже не регистрируются вообще те заболевания, для диагностики которых требуются сложные, не имеющие применения в условиях массовой практики, методики. Это — тонкие обменные нарушения, нарушения транспорта и обмена аминокислот, минерального, водно-солевого обмена, кислотно-щелочного равновесия, иммунных механизмов, наследственные нарушения. Тезаурус врачей, перечень используемых в реальной медицинской практике диагнозов, которыми оперируют врачи, невелик и это — следствие как современных диагностических возможностей массовых медицинских учреждений, так и уровня квалификации и представлений медицинского персонала (табл. 2.2).

каждым исследователем, желающим использовать для подтверждения своих гипотез в той или иной области знаний данные о заболеваемости населения. Проведение работы требует жесткой стандартизации методических подходов к сбору и обработке информации. Особо сложным вопросом методики является обеспечение строго обоснованного отбора выборочного контингента, и, собственно, практическая реализация всех методических положений (протоколов) в ходе исследования.

Современные проблемы официальной статистики заболеваемости

Основным источником информации о заболеваемости населения в последние годы в связи с сокращением специальных исследований фактически стала официальная статистика, хотя эти данные существенно ограничивают возможности популяционных оценок заболеваемости и не должны использоваться для характеристики этого явления, тем более в научных исследованиях. Тем не менее, необходима полная ясность в возможностях и проблемах официальной статистики заболеваемости населения, действующей в стране.

Сейчас в стране повсеместно действует обязательная система регистрации и учета всех установленных врачом диагнозов у обратившегося в лечебно-профилактические учреждения населения, при этом на каждый законченный случай обращения за медицинской помощью заполняется статистический талон (в последнее время «Талон амбулаторного пациента» форма №025-10/у-97, утвержденный Минздравом РФ 14.02.97). Содержание документа очень подробно характеризует социальный и медицинский статус лица, позволяет учесть все зарегистрированные диагнозы по достаточно широкому спектру реквизитов и оказанных медицинских услуг. Этот талон является наиболее полным по сравнению с официально утвержденными статистическими документами по учету выявленных заболеваний, внедренными за период действия всеобщей системы учета. Целью введения единого документа было достижение максимально возможной в пределах страны унификации сбора статистических данных, а стремление к совершенствованию системы регистрации приводило к разработке новых документов.

Необходимо отметить, что в стране (в ряде случаев в пределах одной территории) действуют несколько из утвержденных в разные годы Минздравом РФ статистических талонов, а на некото-

рых территориях (например, Вологда, Воронеж и др.) разрабатываются и внедряются собственные учетные документы. Все они существенно различаются по числу и форме представления учитываемых реквизитов, а некоторые из особенностей учета, безусловно, сказываются на уровне регистрируемой патологии. Так, в отдельных статистических талонах как в утвержденных, так и в собственных местных разработках можно учесть лишь один (предполагается — основной) диагноз, в других (в том же статистическом талоне №10) — до 8 диагнозов и более.

Таким образом, сама форма учетного документа предопределяет формирование существенных расхождений в результирующих показателях, что приводит к несопоставимости данных по территориям и учреждениям, использующим различные учетные формы, и к неадекватному усреднению разнородных данных на более высоком уровне (область, страна). В результате отмечается разброс итоговых показателей числа зарегистрированных заболеваний по стране, а в пределах отдельных регионов итоговые цифры колеблются от 280-400 до 1600‰ и более.

В статистический талон медицинские работники вносят пометки по всем позициям и более строго по тем, по которым будет проводиться оплата по линии ОМС. В то же время проработки собираемой информации в объеме всех включенных реквизитов не производится, и затраченный труд фактически не приносит результата. Прежде всего это связано с тем, что при отчете перед вышестоящей организацией действующие отчетные формы не требуют такого анализа, учреждения не располагают соответствующим программным комплексом и техникой для оперативного получения данных, отсутствует заинтересованность потребителей в этих данных (кроме случаев контроля некоторых позиций со стороны ОМС).

Работая в системе ОМС и других действующих регламентов, связанных с выполнением функции врачебной должности, находясь в трудном экономическом положении и осознавая, что вынесенные в отчеты выполненные объемы медицинской помощи сказываются и на оценке деятельности, и на материальном вознаграждении, медицинские работники находятся в условиях возможности манипулировать цифрами.

Многолетнее применение системы обязательной регистрации заболеваний обнаружило ее слабые места, обусловленные особенностями медицинской помощи и организации статистического учета. Значительная часть населения имеет возможность получить медицинскую помощь в различных учреждениях и, поскольку в каждом из них заводится медицинская документация, возникает

дублированный учет одних тех же заболеваний. Имеет место и недоучет заболеваний в территориальных медицинских учреждениях, учтенных в специализированных учреждениях. Изучение заболеваемости требует объединения материалов из всех лечебно-профилактических учреждений и их подбор по лицам. При отсутствии такой сводки материалы о заболеваемости в значительной мере утрачивают свою информативную ценность. К тому же число зарегистрированных больных зависит от доступности медицинской помощи, полноты обследования, наличия и квалификации специалистов и даже от добросовестности работников, регистрирующих заболевания (Соломонов, 1997).

В результате этой широкомасштабной деятельности на уровне страны агрегируются данные в виде формы № 12 («Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»), полученные из всех регионов. Хотя эти данные казалось бы позволяют судить о тенденциях, но практически они не ориентируют в масштабах распространенности патологии, с которой работает сеть на местах, в том числе заболеваний, являющихся основными причинами смерти. В связи с этим Минздрав РФ, проводя громоздкие расчеты, на основе этих данных приходит к выводам, которые не могут как-либо повлиять на принятие стратегических решений. Например, Доклад Министерства здравоохранения 2001 г. свидетельствует о небольшой динамике заболеваемости за 5 лет: первичная увеличилась на 9%, общая — на 15% (хотя были и периоды ее снижения), в то же время смертность населения за период с 1990 г. выросла на 26,7%, а по отдельным причинам и более.

Основными проблемами отраслевой статистики заболеваемости являются:

- отсутствие современной концепции информационного обеспечения отрасли;
- отсутствие механизма своевременного выявления проблем со здоровьем населения и информирования ЛПР;
- отсутствие реальной цели сбора информации (для чего?);
- агрегированное представление данных (классы, крупные группы болезней);
- отсутствие полицевой статистики;
- использование различных форм учетных документов (неадекватное усреднение);
- единая форма отчета для всех уровней;
- кадровые и материальные затраты;
- параллелизм (ЛПУ, ОМС, санэпидслужба).

Таким образом, современная ситуация в стране в целом и в здравоохранении, в частности, требует нового взгляда на эту деятельность, переоценки и пересмотра всех этапов ее осуществления и особенно конечного результата.

Что касается заболеваемости населения, следует отказаться от использования формы № 12 для оценки этого сложного социально-биологического явления. Исследования заболеваемости населения должны проводиться на строгой методической основе, с использованием всех критериев современных оценок в эпидемиологии, на основе выборочного метода.

Количественные характеристики заболеваемости населения

Работы по исследованию заболеваемости населения фундаментального характера накапливают данные, которые свидетельствуют об определенной популяционной частоте заболеваний. По частоте распространенности патологии можно выделить массовые заболевания, заболевания среднего уровня, редкую патологию и казуистические случаи. Каждый вид патологии также можно рассматривать как с позиций потребности в медицинской помощи, так и с точки зрения социальной значимости. Выделяются заболевания, которые являются основными причинами смерти; заболевания, приводящие к различным жизненным ограничениям, включая инвалидность; заболевания, вызывающие те или иные ограничения реализации индивидуумом его социальных (обучение у детей, участие в трудовой деятельности у взрослых и т. п.) и биологических (участие в воспроизводстве последующих поколений) функций; кратковременные расстройства здоровья. Последние хотя и уступают по тяжести и длительности серьезной патологии, но ввиду массовости случаев также приносят значительный экономический ущерб.

По данным специальных выборочных исследований, установлены не только спектр патологических отклонений, устойчивость структурных соотношений, но и достаточно строгие количественные характеристики, представляющие распространенность патологии (prevalence). Так, если использовать строгие подходы¹ к оценке обращаемости населения в медицинские учреждения разного уров-

¹ Методика представлена в Приказе МЗ СССР № 779 от 24 октября 1988 г. «О проведении выборочного комплексного изучения состояния здоровья населения СССР». См. также «Методические рекомендации по выявлению проблемных ситуаций в здоровье» (М., 1996).

ня, в достаточной степени оснащенные и укомплектованные специалистами, то можно утверждать, что частота основных заболеваний будет характеризоваться количественными уровнями в пределах определенных диапазонов (табл. 2.3)

Таблица 2.3

Уровни распространенности патологии среди населения по данным обращаемости. Выборочное исследование (%) 1988—1989 гг.

Класс болезней (МКБ-9)	Дети	Взрослые
Инфекционные и паразитарные болезни	100—135	20—35
Психические расстройства	20—37	25—35
Болезни системы кровообращения	3—7	250—380
Болезни органов дыхания	1400—1600	240—260
Болезни органов пищеварения	43—56	60—140
Болезни кожи	45—95	30—40
Болезни костно-мышечной системы	12—19	130—150
Врожденные аномалии	11—21	1,5—3,0

Этот факт мог быть выявлен только при сравнении достаточно большого количества территорий, где изучение заболеваемости проведено на единой методической основе. Будучи установленным, он может быть использован в качестве достаточно объективного методического инструмента для выявления показателей, выходящих за пределы диапазонов, т. е. проблемных ситуаций заболеваемости, в формировании которых задействованы реально действующие на местах факторы. Эти оценки важны при выявлении как более высоких, так и более низких уровней, каждая ситуация — специфическая проблема.

Например использование таблицы диапазонов для выявления проблем заболеваемости показывает, что во время проведения исследования среди детей распространенность болезней системы кровообращения составляет 3—7 случаев на 1000 детей. Однако в ряде городов были зафиксированы и более высокие показатели данной патологии. Так, в г. Салавате более 10 лет сохранялись высокие показатели болезней системы кровообращения за счет хронических ревматических болезней — 21,5 случая на 1000 детей, т. е. выявлена реальная проблемная ситуация.

При раскрытии механизмов формирования этих показателей выявлено, что основой диагноза ревматизма, включенного в этот класс болезней, явились хореоподобные движения, гиперкинезы. Такой диагноз ставили в большинстве случаев детям, родившим-

ся с теми или иными осложнениями у женщин, работавших на нефтехимическом комбинате, или сменившим вместе с родителями несколько мест жительства (мигранты). Была установлена и гипердиагностика состояний. В каждой из этих групп детей в формировании патологии играют роль свои специфические причины, раскрытие которых требует углубленного междисциплинарного подхода, и как результат этого — дифференцированных, специальных решений.

Если выявляются более низкие уровни частоты заболеваний по сравнению с установленными диапазонами, то, как правило, это связано с информационными причинами (недовыявлением и недорегистрацией состояний); эта ситуация также подлежит раскрытию и уточнению и не должна рассматриваться как благополучная оценка здоровья. Среди этих факторов наиболее значимыми являются информационные особенности медицинского обеспечения, наличие врачей различных специальностей, их подготовка и принадлежность к той или иной клинической школе, особенности учета и шифровки диагнозов.

Раскрытие причин и механизмов формирования местных особенностей патологии должно проводиться естественно, по более полному спектру нозологических форм и более дробным возрастным интервалам, для чего должны быть установлены соответствующие количественные ориентиры.

В ходе специального исследования заболеваемости выявлены возрастные особенности, связанные с характером течения патологии (табл. 2.4), и это — количественные ориентиры для организации лечебной и реабилитационной деятельности.

Таблица 2.4

Структура заболеваемости по характеру течения болезней (%)

Характер течения заболевания	Дети	Взрослые
Острое	78,3	27,6
Хроническое — впервые выявленное	13,7	4,4
Хроническое — ранее известное	8,0	68,0

Уровни заболеваемости детей по данным обращаемости при доступности медицинской помощи (по материалам специальных исследований) колеблется в пределах от 1600 до 2600‰, взрослого населения — от 1000 до 1500‰. При медицинских осмотрах выявляется хроническая патология, требующая наблюдения и составляющая в среднем 800-1000 случаев на 1000 детей и 1200-1500 случаев на 1000 взрослых.

Среднее число заболеваний по данным обращаемости взрослого населения нарастает с возрастом:

- в 40—49 лет — 1,3—1,6 заболевания на 1 человека;
- в 50—59 лет — 1,7—2;
- в 60 лет и старше — 2,2—2,8.

По данным медицинских осмотров, также отмечается рост частоты хронической патологии с увеличением возраста — от 0,4—1 случая в 20—29 лет до 3,6—3,9 случая в 60 лет и старше.

С увеличением возраста снижается доля лиц, имеющих одно заболевание, и наблюдается рост сочетаний патологических состояний. Доля лиц, имеющих 6 болезней и более, зарегистрированных в течение одного года, составляет:

- в 20—24 года — 1,5—4%;
- в 25—29 лет — 3—9%;
- в 30—39 лет — 5—10%;
- в 60 лет и старше — 9—18%.

При этом наблюдаются и реальные местные особенности заболеваемости.

Ежегодно до 10% составляют вновь выявленные случаи хронических заболеваний, причем эти уровни достаточно близки при различных видах патологии (болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки). Лишь на некоторых территориях можно отметить более высокую частоту возникновения хронической патологии.

Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения (основные причины смерти) взрослого населения, по данным специальных исследований (обращаемости), составляет до 400‰. Ведущими нозологическими формами в данном классе являются гипертоническая болезнь (70—110‰), ишемическая болезнь сердца (40—90‰), цереброваскулярные болезни (до 160‰). Максимальные показатели цереброваскулярных заболеваний зарегистрированы в возрасте 60 лет и старше и равны 350—360‰; в возрасте 50—59 лет эти уровни — 90—100‰; в 40—49 лет они составляют лишь 15—20‰.

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья являются в нашей стране, как и в большинстве экономически развитых стран мира, одной из важнейших медицинских и социальных проблем. Между тем, благодаря успехам неврологии даже такое наиболее тяжелое сосудистое поражение мозга, как инсульт, в настоящее время можно предотвратить почти в половине случаев при адекватной организации профилактической работы (контроль арте-

риальной гипертензии в популяции, активное выявление и лечение лиц с начальными клиническими формами сосудистой патологии мозга и др.). Существует реальная возможность уменьшения тяжести неврологического дефицита как следствия перенесенного инсульта при адекватной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и современной реабилитации. Для обеспечения готовности здравоохранения к проведению этих мероприятий и нужны количественные характеристики распространенности патологии.

По данным специальных исследований (обращаемость за медицинской помощью) сахарный диабет отмечается у 1—2% людей 40—59 лет и достигает 4—6% у людей в возрасте 60 лет и старше. При углубленном обследовании частота сахарного диабета разных форм составляет в возрасте 40—49 лет 4%, в возрасте 60 лет и старше — 8%, в большинстве случаев лица с этой патологией известны медицинской сети и должны получать соответствующую коррекцию.

В условиях общественной нестабильности очень важна оценка частоты психических расстройств и психогенных заболеваний. Уровень психических расстройств, по данным обращаемости (специальное исследование), составляет 50—70 случаев на 1000 взрослого населения. Основная доля этой патологии приходится на неврозы и вегето-сосудистые дистонии, в основном у лиц трудоспособного возраста, больше у женщин, чем у мужчин. В детском возрасте неврозы достигают 8—18%. По данным опросов 1999 г., наличие невротических расстройств отметили около 16% опрошенных взрослых, родители детей дошкольного возраста — 8% случаев.

Исследователи, изучавшие частоту психических нарушений при землетрясениях, пришли к выводу, что острые реактивные психозы возникают у 15—25% населения, психические расстройства на последующих этапах — у 3% пострадавшей популяции. Реальными факторами формирования невротических расстройств у определенной части популяции являются и военные события последних лет.

Болезни органов дыхания, прежде всего острые (грипп, острые инфекции верхних дыхательных путей), преобладают в структуре заболеваемости детей и взрослых (до 27%) и остаются одной из основных причин временной утраты трудоспособности и экономических потерь государства. Ежегодно эти недуги регистрируются у каждого 3—4-го жителя России, особенно в северных, центральных и сибирских регионах. На долю этих заболеваний

Особенности заболеваемости населения по данным официальной статистики 1999 г. (%)

Класс болезней	Дети	Взрослые
Инфекционные и паразитарные болезни	115,1	49,0
Психические расстройства	33,8	54,1
Болезни системы кровообращения	16,1	167,0
Болезни органов дыхания	858,3	217,1
Болезни органов пищеварения	121,7	96,5
Болезни кожи	80,9	45,4
Болезни костно-мышечной системы	49,8	90,2
Врожденные аномалии	18,8	1,3

приходится 30—40% дней временной нетрудоспособности. По данным специалистов, дети переносят респираторные вирусные инфекции в среднем 6 раз в год, городские дети старше 5 лет — от 5 до 8 раз. По данным опроса родителей, в 1999 году болело более 70% детей, по данным ВОЗ взрослый человек переносит респираторные вирусные инфекции дважды в год.

Вместе с тем в последние годы отмечено снижение регистрации заболеваемости болезнями органов дыхания как у детей, так и у взрослых, если судить по обращаемости по поводу гриппа и острых респираторных инфекций, даже на фоне чрезвычайно низких уровней регистрации этой патологии в массовой амбулаторно-поликлинической практике. Однако, по данным доклада Минздрава РФ 2001 г., смертность от этой патологии (ОРЗ, грипп, пневмония) не только не снижается, но продолжает расти.

При анализе состава заболеваемости в ходе специальных исследований выявляется много неуточненных форм патологии, отсутствуют заболевания с уточненным возбудителем, а в массовой практике не выявляются (это качество лечения) иммунологические отклонения, ферментная недостаточность, множественная патология, предусмотренная МКБ-9, т. е. те виды, диагностика которых требует серьезного оснащения медицинских учреждений, их должной фондовооруженности. Эти проблемы еще более остро встанут при широком внедрении в практику здравоохранения МКБ-10.

Сравнительная оценка диапазонов частоты распространенности основных классов болезней, полученная по материалам обращаемости в ходе выборочного комплексного изучения здоровья населения (1988—1989 гг.) и современных (1999г.) показателей заболеваемости, полученных по данным официальной статистики, свидетельствует о том, что подавляющее большинство современных показателей заболеваемости находится в пределах определенных ранее диапазонов.

Таким образом, в целом состав патологии устойчив и количественные ориентиры 90-х годов, отражающие основные закономерности, соотношения разных видов патологии в большинстве случаев действуют и в настоящее время. Более того, сравнительный анализ способствует выявлению современных проблемных ситуаций в регистрации заболеваемости населения в стране. Так, в 1999 г. (через 10 лет после специального исследования) вышли за пределы установленных диапазонов, т. е. значительно увеличились показатели заболеваемости болезнями системы кровообращения, органов пищеварения, мочеполовой системы у детей.

Вместе с тем, значительно ниже предельного уровня, характеризующего распространенность заболеваний в популяции, продолжает оставаться частота регистрации болезней органов дыхания у детей. Все это может быть связано с комплексом факторов современной жизни, в том числе с ограничением обращаемости по поводу легких с точки зрения родителей состояний ребенка; меньше стало освобождений матери от работы в случае болезни ребенка. Результатом этого явилось развитие более тяжелых случаев, осложнений заболеваний. Этой ситуации с недорегистрацией, недовывявлением случаев заболеваний должна быть дана принципиальная оценка. За счет каких факторов уровень болезней органов дыхания по данным официальной регистрации почти в 2 раза ниже популяционных диапазонов? Для чего собираются, о чем говорят эти данные?

Обнаружены более высокие уровни инфекционных болезней и психических расстройств, что связано с санитарно-эпидемиологической обстановкой и широким распространением психо-эмоциональных стрессов.

В то же время у взрослого населения значительно ниже по сравнению с популяционной частотой продолжают регистрироваться болезни системы кровообращения в отношении частоты которых должна быть полная ясность. Известно, что эта патология является основной причиной смерти, и должны быть обеспечены пути ее раннего выявления и своевременной коррекции. На низких уровнях находится регистрируемая частота болезней органов дыхания у взрослых, хотя продолжается рост смертности по этой причине. Значительно ниже популяционных уровней регистрируется и патология костно-мышечной системы и соединительной ткани у взрослого населения.

Анализ приведенных материалов свидетельствует, с одной стороны, о реструктуризации патологии за последнее десятилетие, в том числе в связи с действием комплекса факторов современной жизни, и с другой — еще раз подтверждает, что по материалам официальной регистрации трудно судить о заболеваемости населения как явления и отдельных его составляющих, тем более что эти данные не могут быть основой расчетов по медицинскому обеспечению населения.

Распространенность патологии по результатам медицинских осмотров выборочных контингентов населения

Наиболее трудоемким в реализации, но особо объективным в отношении выявления и оценки распространенности хронической патологии является метод проведения медицинских осмотров выборочных контингентов населения. Сравнение количественных характеристик распространенности некоторых видов хронической патологии по разным источникам информации обнаруживает закономерные соотношения — более низкие показатели по данным обращаемости по сравнению с соответствующими показателями медицинских осмотров выборочных контингентов населения (табл. 2.6)¹.

Таблица 2.6

Уровни (%) распространенности отдельных хронических заболеваний среди взрослого населения по разным информационным источникам (выборочное исследование 1988—1991 гг.)

Заболевание	Осмотры населения	Обращаемость в ЛПУ
Гипертоническая болезнь	22,8	7,0—11,0
Ишемическая болезнь сердца	18,9	4,0—9,0
Цереброваскулярные болезни	24,2	7,0—14,0
Хронический бронхит	9,1	2,5—4,6
Бронхиальная астма	1,8	0,3—1,8
Сахарный диабет	3,9	0,6—1,6
Ожирение	6,0	—

¹ Данные также получены в ходе Комплексного выборочного изучения здоровья населения, приуроченного к переписи населения 1989 г.

Гастрит	7,9	2,5—5,0
Язвенная болезнь	2,8	0,8—1,6
Хронический холецистит	3,8	1,5—2,5
Болезни прямой кишки	0,8 (геморрой)	0,4—1,4 (геморрой)
Заболевание почек и мочевыводящих путей	1,8	1,5-3,8
Катаракта, глаукома	7,2—12,7	1,1—2,2
Остеохондроз и другая патология позвоночника	11,6	3,4—11,1
Болезни суставов	5,1	1,3—2,5
Невротические расстройства	2,5	0,7—1,2
Экземы, дерматиты	0,7	0,8-1,2

В то же время сравнение на детском контингенте данных обращаемости и осмотров свидетельствует о различной природе формирования, различном содержании сравниваемых групп, прежде всего в связи с тем, что данные обращаемости суммируют информацию как об острых, так и о хронических заболеваниях, а по результатам медицинских осмотров можно судить только о распространенности хронической патологии (табл. 2.7).

Таблица 2.7

Ориентировочные уровни частоты наиболее распространенных заболеваний у детей по данным обращаемости за медицинской помощью и результатам медицинских осмотров (%)

Заболевание	Диапазоны средних уровней заболеваемости	
	по данным обращаемости	по данным медицинских осмотров
Инфекционные и паразитарные болезни	100—135	6—8
Психические расстройства	20—37	55—80
Болезни глаза	40—70	90—170
Болезни уха и сосцевидного отростка	30—50	11—25
Болезни системы кровообращения	3—7	6—12
Болезни органов дыхания, в том числе:	1400—1600	120—250
— хронический бронхит	4—6	4—7
— бронхиальная астма	3—6	3—6

Болезни органов пищеварения, в том числе	43—56	60—100
— гастрит, дуоденит	16—20	20—25
Болезни мочеполовой системы	9—20	20—35
Болезни кожи и подкожной клетчатки, в том числе:	45—95	40—60
— гнойные заболевания кожи	20—33	2—5
— дерматиты	28—39	30—46
Болезни костно-мышечной системы	15—19	125—130

В ходе углубленного медицинского осмотра в 1991 г. выявлено, что 4—7% детей имеют в анамнезе пневмонию, 0,5—0,7% — бронхиальную астму и хронический бронхит, при этом у 2% детей отмечается жесткое дыхание, а у 5—7% — хроническое нарушение носового дыхания. До 70% детей переносят в год от 1 до 3 острых респираторных заболеваний, от 8 до 20% детей имеют хронические заболевания миндалин и аденоидов. У взрослого населения с возрастом увеличивается заболеваемость болезнями системы кровообращения, хроническим бронхитом — до 6—7% в возрасте 60 лет и старше, у 4% людей этого возраста диагностирована бронхиальная астма.

Современная патология отличается комплексностью, сочетанностью патологических проявлений. Так, болезни органов пищеварения сопровождаются общесистемными поражениями (практически редко встречаются изолированные формы), имеется выраженная связь патологии с невротическими расстройствами. Сахарный диабет как изолированное заболевание встречается не более чем в 16% случаев и обычно сочетается с другими патологическими процессами. Расчеты коэффициентов совместного риска¹ встречаемости двух хронических болезней по сравнению со средним уровнем их частоты в соответствующих группах населения показывают (табл. 2.8), что имеют место как синтропические (более частая встречаемость совместно), так и дистропические соотношения в распространенности патологии, и это — фундаментальная медико-биологическая проблема, требующая исследования.

¹ Методика приведена в Материалах научной конференции «Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90-е годы» (М.В. Токуров). М., 1999.

Таблица 2.8

Коэффициенты совместного риска двух хронических болезней по сравнению со средним уровнем их частоты у соответствующих контингентов населения

Виды сочетаний	Коды пересмотров МКБ		Коэффициент превышения и снижения по сравнению со средним уровнем	
	МКБ-9	МКБ-10	30—59 лет	60 и старше
Болезни сердца и ожирение	429.0—429.9 278.0	I51.0—E66.0— 66.9	+5,3	+6,8
Болезни сердца и хронические обструктивные болезни легких	429.0—429.9 490—496	I51.0— J40—J47	+3,1	+3,2
Гипертоническая болезнь и ожирение	401—405 278.0	I10—I15 E10—E14	+1,8	+2,2
Болезни уха и невротические расстройства	380—389 300—315	H65—H75 F40—F48	+2,7	+1,5
Грыжи и хронический гастрит	550—553 535.0	K40—K46 K29	+6,6	+2,1
Гипертоническая болезнь и хронический бронхит	401—405 491	I10—I15 J40—J42	-1,2	-1,4
Гипертоническая болезнь и болезни органов пищеварения	401—405 530—579	I10—I15 K20—K93	-1,8	-1,3

Наличие патологии формирует дискомфорт, связанный с симптоматикой, и в различной степени ограничивает жизнедеятельность человека.

Определенные виды патологической симптоматики могут появляться на донозологическом уровне. Значительная часть населения страдает от таких типов дискомфорта, как головная боль, боли в сердце, суставах, ослабление памяти, затруднения при движениях, нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Частота этих отклонений должна быть известна наряду с частотой патологических процессов, и должен изучаться не только уровень этих состояний, но должны также разрабатываться корректирующие, в том числе фармацевтические средства, рекомендации по выбору адекватного образа жизни (табл. 2.9).

Таблица 2.9

Распространенность основных патологических симптомов у взрослого населения, по данным медицинских осмотров в г. Кинешма (%), 1991

Симптомы	Возраст, лет					Всего
	24-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	
Боли в сердце	27,6	36,0	127,7	251,3	464,1	221,5
Одышка при подъеме на 3-й этаж	12,0	46,0	149,5	477,7	696,9	344,6
Отеки на ногах	—	—	24,9	46,3	99,1	44,2
Головные боли: — диффузные	32,3	56,0	118,4	221,0	261,8	150,6
— приступообразные	32,3	42,0	93,4	99,8	149,5	84,9
Головокружение: — систематическое	4,6	10,0	31,1	49,9	71,8	37,5
— эпизодическое	41,4	46,0	96,5	183,6	258,5	138,6
Шум в голове: — постоянный	4,6	—	6,2	42,7	71,8	32,7
— частый	4,6	—	21,8	51,6	156,9	65,7
— эпизодический	4,6	24,0	65,4	117,6	132,1	75,2
Нарушение зрения: острота зрения (справа): — 0,8—1,0	871,9	832,0	729,0	499,1	202,3	557,0
— 0—0,1	78,3	76,0	96,6	121,2	256,8	147,2
Помутнение хрусталика (справа)	—	2,0	—	44,6	45,3	92,9
Патологические изменения сосудов сетчатки (справа)	32,2	34,0	46,7	46,1	284,1	135,4
Нарушение слуха (справа): — шепотная речь: — 4-5 м	—	2,0	24,9	48,1	128,8	55,3
— 2-3 м	—	2,0	-	8,9	24,7	10,6
— 1 м	—	4,0	-	23,3	80,9	32,4
Снижение работоспособности: — умеренное	13,8	16,0	49,8	128,3	285,7	128,6
— выраженное	4,6	2,0	-	21,3	23,99	12,3
Нарушение сна	—	-	71,6	130,1	195,7	99,2

Онемение: — в одной руке или ноге	9,2	10,0	62,3	85,5	93,3	53,9
— в двух руках или ногах	—	6,0	18,7	23,1	23,1	14,3
Снижение силы в конечностях	—	6,0	32,1	58,8	80,0	41,0
Ограничение объема активных движений	—	4,6	6,0	24,9	32,9	20,0

Патологическая симптоматика формируется и в детском возрасте: у 3—6% детей отмечаются боли в эпигастрии, подреберной области; у 4% — после еды; у 2—3% детей — постоянные головные боли; в 5—7% случаев при медицинском осмотре выявлено затрудненное носовое дыхание (случаи, связанные с хронической патологией ЛОР-органов); у 1,5—2% детей определены низкая острота зрения и нарушение слуха.

Таким образом, значительная распространенность патологических симптомов ориентирует на обеспечение соответствующих корректирующих мер для нормальной жизнедеятельности человека, в частности на достаточное обеспечение населения различными видами корректирующих и заменяющих средств, в том числе фармацевтических, на адаптацию к адекватному состоянию здоровья образу жизни. Уровни же распространенности хронической патологии, выявленной на медицинских осмотрах, — основа для определения полной потребности населения в разных видах медицинской помощи, а также отправная позиция для динамических оценок.

Проблемы оценки здоровья населения требуют и нового подхода к определению болезни, ее последствий и особенно влияния отклонений физиологических параметров на новую социальную категорию — качество жизни человека, возможность выполнения им соответствующих возрасту и полу биологических и социальных функций. Современные возможности медицины позволяют лицам с выраженной патологией продолжать активную жизнь в соответствии с представлениями самого индивидуума. Более того, современное определение хронического состояния, хронической болезни трактуется как длительные, не имеющие спонтанного разрешения и редко излечивающиеся полностью, поэтому в рамках системы здравоохранения необходим спектр реабилитационных, обучающих мероприятий, соответствующая длительная социальная поддержка различным группам больных.

При медицинских осмотрах врачи в соответствии со своей специальностью выносили заключения о прогнозе развития диагностированной хронической патологии у обследованных лиц. В целом мнение об исходах болезней у лиц, находящихся под медицинским наблюдением в течение года, достаточно пессимистично: почти у половины больных — состояние без перемен в перспективе; до 10% (в зависимости от возраста) ожидается его ухудшение, в том числе переход на инвалидность или смертельный исход. Эта реальность также должна быть известна.

Сравнительная оценка структуры исходов заболеваний, по данным обращаемости и осмотров, приведена в табл. 2.10.

Таблица 2.10

Структура исходов заболеваний у взрослого населения (%)

Исход	Источники информации	
	обращаемость (все заболевания)	медицинские осмотры (хронические заболевания)
Выздоровление	31,0	3,0
Без перемен	46,0	77,0
Улучшение, компенсация функций	18,0	19,0
Ухудшение, в том числе декомпенсация	5,0	1,0*

* На медицинском осмотре отсутствовали лица с тяжелыми и терминальными стадиями хронических заболеваний

Среди всех исходов заболеваний, наблюдаемых врачами в ходе обращаемости населения, в том числе как острых, так и хронических процессов, в 30% случаев отмечается выздоровление. В то же время среди лиц, страдающих хронической патологией, экспертизу прогноза которой проводил врач на медицинском осмотре, полное выздоровление предполагается лишь в единичных случаях.

Таким образом, в соответствии с современными представлениями медицины у значительной части больных длительно протекают хронические патологические процессы без возможности радикального клинического выздоровления в перспективе. Эта объективная реальность ориентирует не только на медико-социальную реабилитацию, но и на помощь больным в вопросах адаптации к своему состоянию, для чего необходимо знать частоту вызываемых болезнью состояний и отклонений и соответственно обеспечивать способы их коррекции.

Количественные характеристики заболеваемости по данным опросов населения

В последние годы получил признание опыт получения информации о распространенности патологии путем опросов выборочных групп населения — как взрослых, так и детей по результатам опроса родителей. Эти данные позволяют судить прежде всего о самооценке своего здоровья различными группами населения, распространенности отдельных патологических состояний, отношении больных к их компенсации, распространенности и причинах жизненных ограничений и возможности их коррекции, в том числе о разных потребностях населения.

По данным опроса родителей в течение года ничем не болели около 10% детей (все возраста, 1997 г.), остальные имели те или иные отклонения в здоровье. При этом основная масса детей (70% и более) болели простудными заболеваниями, у 20% — болели зубы, около 10% имели травмы или отравления, 12% указали на наличие возникновения или обострение в течение года хронического заболевания.

Среди взрослых около 60% указали на наличие хронических заболеваний. Доля лиц, отягощенных хронической патологией, нарастает с возрастом как у мужчин, так и у женщин (с 18,3 у мужчин и 37,1% у женщин в возрасте до 25 лет и до 90 и 100% в возрастных группах старше 65 лет). В целом о частоте наиболее распространенных патологических состояний в разных группах населения можно судить по данным табл. 2.11.

Таблица 2.11

Особенности распространенности отклонений в здоровье в течение года (1999) в разных группах населения (%)

Заболевания	Взрослые	Дети (дошкольники)
Простудные заболевания	63,0	86,6
Обострение хронического заболевания	29,7	3,5
Новое хроническое заболевание	4,7	2,4
Болезни зубов	28,5	12,2
Травмы и отравления	10,0	6,7
Не болели	14,2	8,9

Близкие уровни распространенности разных патологических состояний в 1997 и 1999 гг. свидетельствуют об устойчивости количественных оценок, полученных методом опроса населения.

Информация о наличии заболеваний может быть использована как для оценки их распространенности, в том числе сочетаемых поражений, так и для других характеристик контингентов больных, которые имеют полное представление о наличии у них и характере тех или иных видов патологии. Знание мнения населения с различными видами патологических поражений о медицинской помощи может свидетельствовать и о величине спроса на разные виды медицинских услуг, а частота обращений в разные медицинские учреждения — о соответствующей ориентации населения.

Распространенность большинства хронических заболеваний, как известно, растет с увеличением возраста. Эта закономерность проявляется и на данных опросов населения (табл. 2.12). Наблюдается удвоение и даже утроение с каждым десятилетием жизни частоты некоторых видов патологии (гипертоническая болезнь, ИБС, заболевания сосудов мозга).

Таблица 2.12

Уровни заболеваемости населения некоторыми нозологическими формами, по данным опроса, проведенного в ходе пробной переписи населения 1997 г. (%)

Нозологическая форма	Возрастные группы (лет)					
	до 30	30—39	40—49	50—59	60 и старше	всего
Гипертоническая болезнь	25,3	77,0	173,5	315,7	409,2	216,7
ИБС	6,7	42,3	57,2	167,4	276,0	125,3
Заболевания сосудов мозга*	23,1	50,1	82,0	115,5	235,7	85,4
Хронический бронхит	38,8	54,4	94,8	133,5	106,0	85,2
Бронхиальная астма	16,9	9,1	12,5	19,1	45,1	23,2
Сахарный диабет	3,4	4,5	10,7	46,6	76,6	32,7
Болезни органов пищеварения, в том числе:						
язвенная болезнь*	43,1	66,7	71,8	94,6	78,8	67,9
болезни желчного пузыря*	34,2	63,6	99,1	106,5	208,4	91,1
болезни прямой кишки*	31,5	45,6	84,0	101,7	85,2	63,6
Болезни почек и мочевыводящих путей	91,1	123,9	130,6	180,1	183,6	144,8

* Данные опроса 1996 г.

По данным опроса матерей, в среднем 30,6% детей дошкольного возраста имеют те или иные хронические заболевания, в основном (около 16%) указывался хронический тонзиллит (табл. 2.13).

Таблица 2.13

Распространенность хронических заболеваний у детей, по оценке матерей (%)

Заболевание	Уровень распространенности
Хронический тонзиллит	15,8
Хронический бронхит	3,0
Бронхиальная астма	0,7
Хронический гастрит	2,3
Хронический холецистит	0,5
Дискинезия желчевыводящих путей	3,8
Грыжа	2,2
Неврозы	1,3
Болезни почек и мочевыводящих путей	2,5
Кожные заболевания	4,2

Изучение закономерностей формирования здоровья показывает, что основы здоровья каждого поколения закладываются в раннем детском возрасте. В зависимости от состояния здоровья ребенка на 1-м году жизни в старших возрастах формируется характерный спектр патологии. Так, у часто болеющих (4 раза и более) на первом году жизни детей в дальнейшем чаще отмечаются болезни органов дыхания и органов пищеварения, а у неболевших — выше частота инфекционных и паразитарных болезней. В более старших возрастах в каждой группе происходит расслоение на тех, у кого формируется хроническая патология, и тех, кто переживает период детства либо здоровым, либо имеет эпизодические острые патологические процессы и остается практически здоровым. Более половины детей, часто болеющих на первом году жизни (4 заболевания и более), становятся хронически больными в старших возрастах.

По данным опроса, 30—40% матерей указывают на длительно протекающие хронические заболевания у их ребенка. При этом около 15% отмечают, что заболевание началось с рождения; в 10—15% случаев аналогичными видами патологии страдали родители и близкие родственники; 10—20% (на селе 6%) связывают возникновение патологии с питанием, жилищными условиями, окружающей средой.

Сравнение уровней распространенности патологии по данным медицинских осмотров и опросов населения в последние годы показывают, что рассматриваемые количественные характеристики достаточно близки по большинству заболеваний. Вместе с тем, как и указывают специалисты в области эпидемиологии хронических неинфекционных, в том числе сердечно-сосудистых, заболеваний, именно по таким видам патологии, как ИБС, цереброваскулярные заболевания, население указывало на более низкие уровни, чем это выявлялось при медицинском осмотре. Такие заболевания, как болезни органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, напротив, населением указывались более часто, чем это устанавливали врачи (табл. 2.14).

Таблица 2.14

Уровни распространенности отдельных хронических заболеваний среди взрослого населения по разным информационным источникам (%)

Хроническое заболевание	Осмотры населения, 1990 г.	Опрос населения, 1999 г.
Гипертоническая болезнь	22,8	18,8
Ишемическая болезнь сердца	18,9	10,5
Цереброваскулярные болезни	24,2	11,2
Хронический бронхит	9,1	13,9
Бронхиальная астма	1,8	2,3
Сахарный диабет	3,9	3,0
Ожирение	6,0	6,4
Гастрит	7,9	22,8
Язвенная болезнь	2,8	6,8
Хронический холецистит	3,8	13,4
Болезни прямой кишки	0,8 (геморрой)	6,7
Заболевания почек и мочевыводящих путей	1,8	15,1
Катаракта, глаукома	7,2—12,7	3,9
Остеохондроз и другая патология позвоночника	11,6	40,2
Болезни суставов	5,1	21,5
Невротические расстройства	2,5	15,7
Экзема, дерматиты	0,7	6,4

В то же время необходимо отметить существенный разрыв во времени обследования, в течение которого могли произойти сдвиги в составе и распространенности патологии.

Полученные в исследовании данные об интенсивности поражения населения теми или иными видами патологии (табл. 2.14) достаточно близки к описанным в литературе, сопоставимы с результатами эпидемиологических исследований и могут рассматриваться как соответствующие популяционные характеристики, в том числе для оценки необходимых масштабов проведения профилактической и лечебной работы.

Таблица 2.15

Распространенность среди населения некоторых болезней по данным опросов 1997—1999 гг. (%)

Нозологические формы	Взрослое население
Гипертоническая болезнь	20,3—21,7
ИБС	9,0—12,5
Заболевания сосудов мозга	8,5—10,0
Хронический бронхит	8,5—13,4
Бронхиальная астма	2,3—2,5
Сахарный диабет	2,6—3,3
Язвенная болезнь	6,8—8,1
Болезни прямой кишки	5,4—6,4
Болезни почек и мочевыводящих путей	14,5—16,0

Здоровье — важный фактор реализации жизненной программы индивидуума и в немалой степени определяющий фактор реализации общественных задач. Увеличение в составе населения доли лиц с ограниченными возможностями профессиональной подготовки и выбора места работы, осуществления в полном объеме профессиональной деятельности, ограничения в реализации биологических функций воспроизводства (рождение детей), а не просто изменение уровня и структуры распространенности патологии должно стать одним из критериев оценки состояния здоровья населения.

Несмотря на то, что, по-видимому, имеется биологический механизм регулирования состава популяции прежде всего за счет значительной индивидуальной дифференциации и спектра адаптационных механизмов, а с другой стороны, существует широкая дифференциация видов общественной деятельности, общество должно периодически отслеживать и оценивать соответствие состояния здоровья и его тенденций общественным проблемам и их предполагаемой (вероятной) динамике.

Общественно значимой для сегодняшнего дня и ближайшей перспективы будет оценка соответствия, готовности населения к реализации профессиональной деятельности в новых условиях (ав-

томатизация, компьютеризация и т. п.) профессиональной мобильности, готовности к переобучению и т. д. В настоящее время смена профессии и даже места работы воспринимается как отступление от жизненных планов, их нарушение, в том числе в связи с отклонениями в здоровье.

Имеются особенности в частоте отклонений в реализации социальных (возможность получить образование, учиться, заниматься желаемой работой) и биологических функций при различных заболеваниях (табл. 2.16).

Таблица 2.16

Ограничения реализации социальных и биологических функций у лиц, страдающих различными хроническими болезнями (взрослое население, %)

Заболевание	Отклонения в состоянии здоровья помешали			
	получить образование	заниматься желаемой работой	иметь детей	иметь второго ребенка
Бронхиальная астма	12,5	26,8	12,5	8,9
Хронический бронхит	5,4	21,2	3,2	3,6
Гипертоническая болезнь	6,4	20,7	3,7	3,9
Болезни органов пищеварения	6,3	18,7	5,0	5,1
Болезни почек	6,0	24,9	4,1	9,5
Ишемическая болезнь сердца	5,8	27,1	3,1	3,1
Сахарный диабет	1,3	23,7	6,6	1,3

5—6% людей, страдающих разными видами хронической патологии указали на то, что именно в связи с состоянием здоровья они не получили желаемого образования; лишь больные бронхиальной астмой указали на более частые ограничения (12,5%). Около 20% (19—24%) не могли заниматься желаемой работой (практически каждый третий больной бронхиальной астмой и ИБС). 3—5% больных отметили, что в связи с заболеванием не могли иметь детей. Более часто эти функции не могли быть реализованы больными, страдающими бронхиальной астмой и сахарным диабетом; были вынуждены отказаться от рождения второго ребенка чаще других больных лица, страдающие бронхиальной астмой и заболеваниями почек.

В настоящее время в среднем состояние здоровья является причиной различных жизненных ограничений у 3—5% детей, у

9—12% подростков, у 18—20% взрослого населения. По данным 1999 г., можно отметить тенденцию к росту социальных ограничений в связи с состоянием здоровья, что свидетельствует о том, что население недостаточно адаптировано к современным условиям жизни (табл. 2.17).

Таблица 2.17

Ограничения в реализации социальных и биологических функций у женщин в связи с состоянием здоровья (%)

Отклонения в состоянии здоровья помешали:	1991 г.	1997 г.	1999 г.
получить образование	3,7	3,6	7,4
заниматься желаемой работой	5,7	9,7	13,8
иметь детей	6,4	7,1	5,9

Эти уровни близки к соответствующим показателям, полученным в некоторых зарубежных исследованиях.

Таким образом, очевидно, что в современных оценках здоровья населения доминирует социальный аспект. В связи с этим важна оценка доступности и качества оказания медицинской помощи различным группам населения, в том числе отличающимся по своему социальному статусу и материальному положению.

Современный человек не только может, но и должен иметь представление о собственном здоровье, ему должны быть известны отклонения в организме и основные пути сохранения индивидуального здоровья. В известной мере это ставит врача и пациента в новые условия, переводя их взаимоотношения от ситуации патернализма и подчиненности к информированному сотрудничеству. Несомненно, что формированию личной ответственности за здоровье и соответствующей информированности способствуют достаточно высокий уровень образования широких масс населения, соответствующая направленность медицинской службы в условиях осознания важности массовой профилактики и ограниченности ресурсов. Сам человек является важным источником информации о здоровье, а объединение данных, полученных от репрезентативной группы респондентов, — качественно новой характеристикой здоровья.

Некоторые динамические характеристики заболеваемости населения

Как уже указывалось, выявленные диапазоны средних значений показателей распространенности болезней, будучи установленными фактически, являются достаточно объективным методическим инструментом для выявления местных проблемных ситуаций в заболеваемости населения. Эти статистические оценки также могут быть использованы при оценке динамических сдвигов в заболеваемости населения (см. табл. 2.18).

Наиболее доступны для сравнения материалы по заболеваемости детского населения, главным образом, по сравнению с соответствующими данными 1970 г.⁵, а по некоторым заболеваниям — и с данными более ранних работ по изучению общей заболеваемости этого контингента. Основные сдвиги в заболеваемости детей, по данным обращаемости, представлены в табл. 2.18.

Таблица 2.18

Динамические сдвиги в частоте отдельных групп болезней у детей с 1970 по 1988—1989 гг. (по данным обращаемости) (%)

Группы болезней	Максимальные уровни (1970 г.)	Средние уровни (1970 г.)	Диапазоны средних уровней (1988—1989 гг.)
Инфекционные и паразитарные болезни, в т.ч.:	198	141	100—135
кишечные инфекции	...*	20,9	15—30
Психические расстройства, в том числе:	36,0	18,3	20—37
неврозы, вегето-сосудистая дистония	...*	4,8	10—18
Болезни глаза	59,5	43,9	40—70
Болезни уха, сосцевидного отростка,	109,0	50,1	30—50
гнояный отит	...*	43,5	10—22
Болезни системы кровообращения	17,2	8,5	3,0—7,0

⁵ Роменский А.А. Результаты Комплексного изучения состояния здоровья в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 г. М., 1978.

Болезни органов дыхания, в том числе:	1362,0	902,9	1400—1600
пневмония	...*	35,5	8—13
хронический бронхит	4,8	1,1	4—6
бронхиальная астма	3,5	1,2	3—6
Болезни органов пищеварения, в том числе:	62,4	37,4	43—56
гастрит, дуоденит	11,7	5,6	10—20
холецистит	17,2	4,7	9,8—13,0
Болезни мочеполовой системы, в том числе:	22,6	10,2	9—20
острый цистит	...*	1,2	1,3—1,5
острый и хронический	...*	3,0	5—12
Болезни кожи и подкожной клетчатки, в том числе:	96,9	63,4	45—95
гнояные заболевания кожи	42,3	36,7	20—30
дерматиты	...*	13,5	28—39
Врожденные аномалии	24,6	7,9	11—12

* Не определялись

Необходимо отметить, что по данным исследования здоровья населения в 1988—1989 гг., по сравнению с 1970, чаще регистрировались психические расстройства, хронические бронхиты и бронхиальная астма, болезни органов пищеварения, острые и хронические пиелонефриты. В то же время имело место снижение показателей частоты гнойного отита, гнойных заболеваний кожи, пневмоний. Динамику частоты пневмоний можно проследить с 1955 г., когда уровень этой патологии составил 72—144‰, в 1970 — 35,5‰ и в 1988 — 8—13‰. При этом необходимо учитывать изменение видов этой патологии, спектра возбудителей, видов лечения сопряженных заболеваний.

Наряду со снижением гнойных заболеваний кожи (в 1955 г. частота пиодермий составила 60—70‰, в 1970 — 36,7‰, в 1988 — 20—33‰) отмечается более высокая частота дерматитов (13,5‰ в 1970 г., 28—39‰ — в 1988 г.).

По имеющимся материалам можно судить об изменении структурных соотношений патологических состояний у взрослого населения по сравнению с 1970 г. Основные черты изменения состава патологии у взрослого населения — рост показате-

лей, приходящихся на болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов пищеварения при снижении в составе заболеваемости долей инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки при практически одинаковой доле травм и отравлений — до 10 % (табл. 2.19).

Таблица 2.19

Особенности состава заболеваемости среди взрослого населения, по данным обрашаемости (%)

Класс болезней	1970 г.	1988 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	4,4	2,5—3,0
Новообразования	1,8	1,5—2,0
Болезни эндокринной системы	1,6	1,5—2,0
Психические расстройства	4,2	5,0—6,0
Болезни нервной системы и органов чувств	8,5	5,0—9,0
Болезни системы кровообращения	10,4	13,0—15,0
Болезни органов дыхания	32,9	23,0—27,0
Болезни органов пищеварения	7,3	8,0—10,0
Болезни мочеполовой системы	5,3	5,0—8,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5,2	3,0—3,5
Болезни костно-мышечной системы	7,3	10,0—12,0
Травмы и отравления	9,0	8,0—10,0

Доля травм в составе заболеваемости практически не изменялась на протяжении достаточно длительного времени: в 1912 г. она составляла 7%, в 1940 г. — около 10%, в 1955—1960 гг. — 9,6%, в 1970 г. — 9%, в 1988 г. (наши данные) — 8—10%.

Имеющиеся материалы позволяют сравнивать узкий перечень конкретных заболеваний в разрезе некоторых возрастных групп, для которых характерно формирование хронической возрастозависимой патологии. Отмечается явная тенденция к большей частоте основных видов патологии системы кровообращения — гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, бронхиальной астмы и особенно хронического бронхита.

С 1955 по 1962—1964 гг. В.К. Овчаров (1970) отмечал рост язвенной болезни соответственно с 5,2 до 9,6‰; в 1970 г. частота этой патологии составляла 15,1‰ у мужчин и 4,5‰ у женщин; по данным 1988 г., на ряде территорий частота язвенной болезни достигла 19‰ у мужчин и 7—9‰ у женщин, в 1999г., по

данным нашего опроса, в среднем 6,9% населения отмечали у себя наличие язвенной болезни.

Таким образом, сравнение материалов позволяет судить о некоторых тенденциях заболеваемости населения, а полученные данные о современных уровнях заболеваемости могут быть использованы для дальнейших сопоставлений.

Некоторые авторы пишут о патоморфозе различных видов патологии. Термином «патоморфоз» принято называть стойкие существенные изменения клинико-морфологических признаков отдельных заболеваний (частный патоморфоз), а также изменения структуры заболеваемости и смертности (общий патоморфоз). Появляются данные об изменении клинических проявлений различных заболеваний. Например, все менее заметна сезонность обострений заболеваний гастродуоденальной зоны, в том числе язвенной болезни, нивелируются ее клинические проявления. Благодаря совершенствованию диагностических приемов все чаще стали регистрироваться такие редкие и трудно диагностируемые заболевания, такие как сосудистые эктазии (болезни Рендю-Ослера, Крона и т. д.). Многие из редких заболеваний перестали считаться казуистикой, например, симптоматические (острые) гастродуоденальные кровотечения. Участились медикаментозные поражения кишечника и почек, спаечная болезнь, болезни оперированных органов, госпитальные инфекции, в последние годы — также практически ликвидированные в прошлом болезни как чешотка, педикулез и т. п.

Из особенностей клинического течения заболеваний у населения в условиях экологической напряженности (которые могут быть и общими тенденциями), по мнению врачей, имевших возможность сравнения, отмечается прежде всего малосимптомное, стертое течение таких заболеваний, как бронхиты и пневмонии, язвенная болезнь и другие, что может быть одной из причин низкой обрашаемости за медицинской помощью.

Гастриты часто сопровождаются желудочными кровотечениями; терапевты, акушеры-гинекологи указывают на анемию, плохо поддающиеся лечению (более длительное течение болезней отмечают 65,1% опрошенных). 20,8% врачей, независимо от специальности, отмечают, что патология формируется на фоне аллергических проявлений и астеноневротических синдромов или сопровождается ими. Ведущими симптомами при этом являются выраженная слабость, утомляемость, снижение работоспособности.

Еще одной особенностью, по мнению врачей, является более длительное течение заболеваний, даже таких, как острые респиратор-

торные инфекции. По мнению хирургов-травматологов, имеет место замедленная консолидация переломов даже при правильном расположении отломков, отмечается более медленное рубцевание язв. По нашим данным 1991 г. (выборочное наблюдение, данные обращаемости), длительность каждого случая болезни в среднем составляла у детей 8—9,5 дня, у взрослых — 9—11 дней при выраженных особенностях в связи с характером патологии, что может использоваться при динамических оценках. При этом наиболее длительными у детей были состояния, связанные с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (10—14 дней), инфекционных болезней и заболеваний мочеполовой системы (8—10 дней), болезней кожи и травм (7—8 дней). У взрослых — это болезни системы кровообращения (в поликлинических условиях — 13—15 дней, в стационарных — 20—23 дня), органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани (20—23 дня), мочеполовой системы, травмы и отравления (соответственно в пределах 10—13 дней, в стационаре — 15—16 дней).

Длительность лечения психических расстройств у детей — 5—7 дней, у взрослых — 8—9 дней, в стационарных условиях — 40—60 дней. В данном случае оценивается длительность врачебного наблюдения за пациентом в реальных условиях; необходимо учитывать также субъективные отклонения в здоровье, которые могут быть как до обращения к врачу, так и после завершения контакта с врачом.

В последние годы отмечается тенденция к росту некоторых видов патологии при достаточно устойчивых показателях общей заболеваемости. Прежде всего — это психические расстройства (за счет невротических расстройств и вегето-сосудистых дистоний), болезни органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Показатели этого типа патологии увеличились практически во всех возрастно-половых группах населения как по сравнению с 1970 г., так и в последние годы.

Современные возрастно-половые показатели заболеваемости населения некоторых территорий позволяют говорить о возможности «омоложения» таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Увеличивается распространенность некоторых ранее чрезвычайно редких заболеваний (язвенный колит, хроническая ишемия кишечника, медикаментозные поражения кишечника и почек, спаечная болезнь, болезнь оперированного органа, госпитальные инфекции, аллергозы, ВИЧ-инфекция и др.), а в первые годы после распада СССР — практически ликвидированных ранее болезней (чесотка, педикулез).

Вместе с тем снижается частота ряда нозологических форм, например воспалительных болезней кожи, некоторых инфекционных и паразитарных болезней. Изменяются клинические проявления многих заболеваний.

Сравнительные оценки распространенности некоторых заболеваний в разных странах

Количественные оценки заболеваемости, эпидемиологические характеристики различных видов патологии населения сегодня не только предмет теоретических исследований, но и вопрос государственной политики, определения стратегии здравоохранения, перспектив ее развития, капиталовложений государства. Поэтому важно сравнение показателей распространенности основных видов патологии с соответствующими данными других стран.

При всех сложностях сопоставления данных о заболеваемости, полученных в разных странах с использованием различных методов, можно сказать, что спектр патологии достаточно близок. Так, среди детей отмечаются сопоставимые уровни регистрации острых состояний: в России отмечены контакты с врачом по поводу острых заболеваний в 2000—2200 случаев и по поводу выявленных хронических заболеваний в 350—400 случаях на 1000 детей, среди детского населения США частота острых состояний, в том числе потребовавших контакта с врачом у детей составила 2965‰. Достаточно близок уровень зарегистрированной патологии (по данным изучения контактов с медицинской сетью) в России (г. Кемерово) и Австралии, субъективные ощущения плохого и очень плохого здоровья среди населения (25—64 лет) США, ФРГ и СССР в 1986 г. составляли соответственно 10, 14 и 13,8%. Таким образом, медицинские службы различных стран, работают практически с близкими уровнями патологических состояний.

Это подтверждается и другими данными, как прошлых (1986 г., 90-е годы), так и последних лет.

По данным обращаемости в 1985—1986 гг. население Австралии и население г. Кемерово не обнаруживает существенных различий в показателях заболеваемости, что позволило впервые поставить принципиальный вопрос о близости распространенности патологии в нашей стране к соответствующим характеристикам здоровья в других странах (табл. 2.20)

Таблица 2.20

**Заболеваемость населения (мужчины) по данным
обращаемости в разных странах (‰)**

Заболевание (классы МКБ-9)	г. Кемерово	Австралия*
Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ	14,9	31,7
Болезни нервной системы и органов чувств	116,2	105,6
Болезни системы кровообращения	140,2	136,9
Болезни органов пищеварения	104,2	77,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	136,4	153,6
Травмы и отравления	123,4	127,2

* Health for all Australians, 1988.

Наибольшие различия выявлены в регистрации при обращении симптомов и неточно обозначенных состояний (XVI класс МКБ-9), которые составляют соответственно в г. Кемерово 3,8‰, а для населения Австралии — 72,9‰, что свидетельствует о действующих в медицинской практике отличиях в сроках верификации диагноза.

Судя по некоторым материалам эпидемиологических исследований в отношении хронических заболеваний, состав патологии, которой страдает население России, также достаточно близок к таковому в других странах. Так, распространенность гипертонической болезни составила в 1997—1999 гг. 19—21%, по данным НИИ им. Н.А. Семашко и 20—30% — по данным Научного центра профилактической медицины (НЦПМ). Примерно такие же уровни (до 18%) отмечены ВОЗ по странам Европы и США (25%) в 1995 г. (см. табл. 2.21). Близки показатели распространенности хронического бронхита (8,5% Россия и 7—8% Англия), сахарного диабета (3,2% Россия и 2—5% — страны Европы). В то же время показатели смертности по этим заболеваниям в России значительно выше: смертность от ИБС в России более 400 на 100 000 населения, в странах Европы и США 160—220‰; смертность от хронических болезней органов дыхания в России 32,5‰ в 1995 г., в странах Европы и США — 9—20‰, смертность от сахарного диабета — примерно на том же уровне и даже ниже.

Частота новых случаев инсульта составляет, по данным регистров НИИ неврологии, 2,5—3 на 1000 человек в год для городского населения и 1,7—1,9 на 1000 населения в год для сельских жителей. Таким образом, у жителей России происходит пример-

но 300 000 инсультов в год, что сопоставимо, например, с данными США. В популяции трудоспособного городского населения (25—64 года) происходит 0,8—1,8 новых случаев инсульта на 1000 жителей в год. Расчетные данные показывают, что распространенность инсульта и его последствий составляет 5—6 случаев на 1000 жителей (Госдоклад, 1995).

В западных странах распространенность диабета у взрослых европейского происхождения 3—10%, в Восточной Европе диабетом болеют 2—5% взрослого населения. У взрослого населения в развивающихся странах распространенность диабета обычно меньше 3%; по данным 1997г. в Российской Федерации — 3,2%, т. е. уровень распространенности не выше.

В развитых странах в настоящее время сахарный диабет, несмотря на его возможные тяжелые последствия, стал одним из контролируемых видов патологии и при достаточной подготовке пациентов и их семей рассматривается лишь как фактор, затрудняющий жизнь, при достаточном обеспечении соответствующими продуктами и лекарствами. В результате продолжительность жизни этих больных приближается к средней.

Таблица 2.21

**Распространенность некоторых заболеваний среди населения
Российской Федерации и зарубежных стран (%)**

Заболевание	Российская Федерация, 1997*	Зарубежные страны**	
Гипертония	21,7	8—18	Европа
		25	США
Хронический бронхит	8,5	8—17	Англия
Сахарный диабет	3,2	2—5	Европа
Врожденный аномалии (новорожденные)	1,5	2,5—6	

* Данные изучения здоровья населения в рамках пробной переписи (НИИ им. Н.А. Семашко, 1997 г.)

** Отчет о состоянии здравоохранения в мире в 1995 г. Женева, 1995.

Сравнительные оценки распространенности патологии в России и некоторых западных странах в последние годы приведены в табл. 2.22. Колебания показателей, полученных в различных странах, существенны; необходимо детальное сопоставление использованных в ходе исследований методических приемов. В то же время следует отметить, что ни в одном случае не выявлены более высокие уровни, характеризующие заболеваемость населения России.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Физическое развитие детей в условиях формирования новой социальной структуры населения

В современных условиях общество должно создать стратегию своего развития для обеспечения максимально возможного уровня здоровья и качества жизни населения — высшей ценности и конечного результата деятельности всех общественных систем.

Состояние физического развития детей — один из важнейших обобщающих параметров здоровья и индикатор социального благополучия общества. Именно развитие в детском возрасте определяет основные черты здоровья данного поколения в старших возрастах, включая потенциальное долголетие (И.М. Воронцов, 1997, R. Barker, 1989), и передачу соответствующих качеств будущим поколениям.

По странам ЕС впервые опубликованы материалы, параллельно рассматривающие увеличение продолжительности жизни и длины тела подростков⁶ как равноценные обобщающие параметры здоровья населения. Оценка физического развития вводится в качестве одного из критериев отклонений в здоровье в протоколе индикаторов состояний, используемых для расчета патологического груза болезней населения мира (Murgau, Lopez, 1996). Многочисленные работы показывают связь отклонений в физическом развитии с формированием разных видов патологии.

Таким образом, состояние физического развития выступает сегодня как один из ведущих критериев здоровья, доступных для измерения, оценки и интерпретации, и требует регулярного отслеживания тенденций.

⁶ The state of Health in the European Community. Brussels—Luxemburg, 1996.

Таблица 2.22

Уровни распространенности некоторых хронических заболеваний
взрослого населения в различных странах (%)

Заболевания	Россия (данные по опросу 1999 г.)	Другие страны (данные опросов и осмотров)
Гипертоническая болезнь	18,8	23,6 ^{1,7}
ИБС	10,5	11,8 ¹
Мозговой инсульт	0,3 — 0,5 ⁹	0,2 ⁹ (25-64 лет)
Сахарный диабет (мужчины 30—64 лет)	3,0 2,2	3,1 — 9,0 ^{2,3,5,6} 2,4 ³
Язвенная болезнь	6,9	21,2 ² ; 1,6 ⁶
Хронический бронхит (30 лет и старше)	М. — 14,7 Ж. — 17,1	М. — 22,0 Ж. — 7,0 ⁴
Бронхиальная астма	2,3	3,8 ⁶ ; 4,8—7,5 ⁷
Экзема, дерматиты	6,4	8,0 ⁶

¹ American Heart Association, 1998.

² National Health Interview Survey. CDC. 2000.

³ Thesises European Diabetes Epidemiology Study group (EDESg). 1998.

⁴ Respiratory Medicine. 2000. Vol. 94. № 4.

⁵ Global health situation. Noncommunicable diseases, disability // *Weakly epidem. Rep.* 1998. Vol. 68. № 14. P. 93—99.

⁶ Van J. der Velden, de Bakker D. H., Claessens A. A. M. C., Schellevis F. G. Morbidity in general practice. Dutch national survey of general practice // *Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL)*. 1992.

⁷ Fahs M. C. The economic consequences of inaction // *Beyond crisis confronting health care in the United States*. N. Y., 1999. P. 121—132.

⁸ Mancía G., Giannattasio C. Benefit and costs of antihypertension treatment // *Eur. Heart J.* 1995. № 17. P. 25.

⁹ Варакин Ю. Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1994.

Таким образом, сравнение уровней распространенности некоторых заболеваний демонстрирует их достаточную близость в России и экономически развитых странах при более высоких уровнях смертности от этих причин в нашей стране.

Периодическое обобщение в масштабах страны материалов по физическому развитию детей и подростков, собранных по единой методике в различных ее регионах (выпуски «Материалов по физическому развитию детей и подростков городских и сельских местностей СССР» 1962, 1965, 1978, 1986—1988, 1998 гг.), позволило отслеживать тенденции основных показателей (роста, массы, окружности грудной клетки) и анализировать во многих аспектах их динамику на протяжении 20—25 лет.

Накопление данных, характеризующих размеры тела детей и подростков, проживающих в регионах страны с различными климато-географическими условиями, особенностями экономического развития, в условиях этнического разнообразия, дало возможность перейти от описания местных антропометрических ситуаций к выявлению фундаментальных закономерностей изменений размеров тела в процессе роста и развития, определению типов этнической и территориальной дифференциации и особенностей сдвигов во времени (Т.М.Максимова, В.Н.Янина, 1988).

Морфологические характеристики физического развития детей в 1990-е годы приведены в табл. 3.1.

Таблица 3.1

Диапазоны длины и массы тела¹ городских детей школьного возраста

Возраст, лет	Длина тела (см)		Масса тела (кг)	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
7	121—125	121—125	23—25	22—25
8	126—128	126—128	25—27	25—26
9	133—136	133—135	28—31	27—30
10	136—138	136—138	30—33	30—31
11	142—144	143—145	34—37	33—36
12	146—150	149—152	37—40	38—41
13	153—156	153—156	41—45	43—47
14	159—163	159—161	48—51	49—52
15	164—167	161—163	54—56	52—55
16	170—174	162—164	60—64	53—56
17*	172—175	162—164	62—64	56—59

* Антропометрические характеристики подростков 17 лет имеются лишь по 6 территориям

Приведенные диапазоны средних размеров тела детей, зарегистрированные в разных регионах России в 90-е годы, указывают

¹ Не включены данные о детях Кинешмы, Вологды, Мари Эл как повсеместно имеющие низкие показатели роста и массы тела.

на значительную территориальную дифференциацию этих показателей. Разница в средних размерах тела городских детей, проживающих в разных регионах России, составляет 3—4 см. По некоторым территориям одинаковые размеры тела имеют дети разных возрастных групп; средняя длина тела 136 см характерна для мальчиков 9 и 10 лет; близкие значения длины тела отмечены и по другим отличающимся по возрасту группам детей.

Территориальные различия в размерах тела детей Российской Федерации отмечены ранее В.В.Бунаком, А.Б.Ставицкой и Д.И.Арон, В.А.Пурунджаном. Данные материалы указывают на то, что территориальные различия сохраняются и в современных условиях, и это требует дальнейшего исследования.

Указанные диапазоны средних размеров тела детей характерны для большинства исследованных территорий; в тоже время необходимо отметить, что у детей некоторых городов (Вологда, Кинешма) наблюдаются более низкие размеры тела в большинстве возрастных групп. Между тем для детей, проживающих в таких городах, как Москва, Кемерово, напротив, были выявлены размеры тела, выходящие за верхнюю границу данных диапазонов; соответственно различия в размерах тела детей в разных регионах страны еще более значительны.

Столь явно выраженное разнообразие размеров тела детей по территории страны, конечно, имеет свои причины, связанные как с генетическими, так и с социально-экономическими характеристиками территорий, и является основой для проведения специального анализа.

Географическое распределение длины тела русских детей (на основе имеющихся данных) показывает, что самые низкие размеры характерны для регионов Севера Европейской части России и Сибири, а также для Оренбургской области. Высокий рост имеют дети регионов Центра Европейской части России. Однако в этом регионе выявлена зона и наиболее низкого роста (Ивановская область).

Материалы о физическом развитии детей России последних лет позволяют говорить о сохранении основных закономерностей роста и развития детей. По данным антропологов (Н.И.Миклашевская и др., 1988), в течение первого года жизни, отличающегося наибольшей интенсивностью роста по сравнению со всеми остальными периодами внеутробной жизни, длина тела детей увеличивалась примерно в 1,5 раза. Имеющиеся в нашем распоряжении данные (7 территорий) свидетельствуют о том, что к 4—5 месяцам жизни ребенка происходит удвоение массы его тела; к

году средняя прибавка массы составит около 7 кг (6,7—7,7 кг) у мальчиков и 6—7 кг у девочек. Приросты длины тела за первый год составляют 22—23 см.

Наиболее низкие прибавки длины и массы тела, более поздний период ее удвоения отмечены в Казани, где в то же время при рождении детей зарегистрированы наиболее высокие значения массы тела. В г. Кемерово, где масса тела детей при рождении наименьшая, выявлен более ранний период удвоения массы тела у мальчиков (3 мес.) и наибольшая величина ее прибавки к концу первого года жизни (около 8 кг).

Таким образом, даже на популяционном уровне темпы роста и развития ребенка связаны с показателями при его рождении. Сохраняются различия и характерные соотношения между длиной и массой тела мальчиков и девочек. Как отмечалось в исследованиях физического развития детей в 1950—60-е годы, в возрастной динамике основных антропометрических признаков имели место два перекреста их абсолютных значений, связанные с различными сроками вступления в период полового созревания мальчиков и девочек.

Исследования 1970-х годов показали, что на протяжении периода нейтрального детства нет статистически значимых различий в длине и массе тела мальчиков и девочек и, соответственно не выявляется так называемый первый перекрест; в возрасте же 15 лет проявляется ярко выраженное превышение длины и массы тела у мальчиков, сохраняющееся до завершения процессов роста (А.А. Роменский, Т.М. Максимова, В.Н. Янина, 1978).

В 1990-е годы в возрастных группах от 6 до 11 лет между мальчиками и девочками не наблюдалось существенных различий по длине и массе тела. С 11—12 до 13—14 лет девочки опережают в росте и массе мальчиков; различия составляют 3 см по длине и до 1 кг по массе тела. Пубертатный скачок роста (наибольшая прибавка в течение года) отмечался у девочек между 10—11 и 11—12 годами и составлял 6—7 см, на некоторых территориях этот прирост наблюдался с 10 до 12 лет (6—7 см); у мальчиков он отмечался с 12 до 14 лет (в основном с 13 до 14 лет) и составлял 7—8 см. На некоторых территориях такого размера приросты зарегистрированы в более старшем возрасте — 14—15 лет.

Таким образом, сроки максимальных приростов в некоторых территориях затронули более ранние возраста, чем это было рассчитано в 80-е годы (Н.И. Миклашевская и др., 1988). Однако, максимальная прибавка длины тела у девочек по-прежнему наблюдается на 2 года раньше, чем у мальчиков.

На большинстве территорий мальчики с 14 лет начинают превышать в росте и массе девочек и сохраняют большие размеры тела до завершения процессов роста. Различия достигают максимума в 17 лет и составляют по росту — 13 см, по массе — 8 кг. Отсутствие статистически достоверных различий в длине тела девочек начиная с 15-летнего возраста, позволяет предположить, что это — возраст достижения окончательной длины тела, остановки роста. У мальчиков рост продолжается до 17 лет, однако для вывода о завершении процесса роста необходимы данные о длине тела юношей более старшего возраста. По материалам предшествующих исследований (А.А. Роменский, Т.М. Максимова, В.Н. Янина, 1978), длина тела девочек имеет положительную динамику до 16 лет, мальчиков — до 18—19-летнего возраста.

Городские дети имеют большие размеры тела по сравнению с сельскими. Это хорошо видно на примере детей Архангельской области, где одновременно были собраны и обработаны данные о городских и сельских детях (Т.М. Максимова, Л.Г. Подунова, 1998). В то же время необходимо отметить, что в младших возрастных группах различия минимальны и статистически незначимы. В большинстве старших возрастных групп различия в росте как у мальчиков, так и у девочек составляют около 2 см. Это значительно меньше, чем приведенные ранее показатели различий в размерах тела детей, проживающих в разных регионах России.

По некоторым данным имеется дифференциация в длине и массе тела детей, проживающих в разных районах одного и того же города, в частности, на разном расстоянии от промышленных предприятий или других экологически неблагоприятных объектов. Материалы по физическому развитию детей и подростков России, 1998, содержат данные по разным районам г. Кемерово. Данные по промышленному району этого индустриального центра свидетельствуют о меньшей длине тела детей этого района, некоторых особенностях массы тела, однако есть работы, выявившие противоположную тенденцию. Это может рассматриваться как требующая специальной проработки проблемная ситуация, обусловленная как экологическими, так и социальными проблемами.

Многочисленные исследования подтверждают наличие антропологических различий у представителей разных национальностей. Подтверждены достоверные различия в размерах тела детей разных национальностей, даже проживающих в одном и том же населенном пункте, причем различия эти проявляются более четко в старших возрастных группах. Как показывают материалы о детях Республики Татарстан и Бурятии, этнические различия у пред-

ставителей русской и коренной национальности сохраняются и в настоящее время.

Динамика физического развития детей и подростков за последние годы неоднородна. Во всяком случае нельзя говорить о повсеместных негативных сдвигах в средних размерах длины и массы тела детей 1990-х годов по сравнению с их сверстниками прошлого десятилетия. Более того, на некоторых территориях отмечены стабилизация и даже увеличение в некоторых возрастных группах средних размеров длины и массы тела детей (г. Омск 1991—1992 гг.; г. Ульяновск 1992—1993 гг.). На части территорий обнаруживается тревожная тенденция к снижению средних размеров как длины, так и массы тела детей (г. Пермь 1995 г., г. Волгоград 1995 г.). На большинстве территорий при стабилизации по сравнению с предыдущим десятилетием длины тела детей отмечается снижение массы тела (г. Рязань, девочки, 1993; г. Москва, 1993; г. Ярославль, девочки, 1996).

Нельзя не отметить, что данные по г. Омску и г. Ульяновску, демонстрирующие стабилизацию и даже позитивную динамику развития детей, относятся к 1991—1993 гг., материалы о физическом развитии детей по остальным территориям, где отмечены достаточно выраженные негативные сдвиги в размерах их тела, в основном получены в более поздние годы. Таким образом, необходимы строгие данные для оценки динамических сдвигов в физическом развитии детей одного года обследования. В связи с этим в настоящее время предпринята программа «Дети России 2000 года», в ходе которой антропометрические измерения будут проведены в ряде регионов России по единой методике в близкие сроки, что позволит установить региональные особенности их развития, создать основу для оценки дальнейшей динамики.

По данным Ю.А. Ямпольской с соавторами (1991), в последние годы в Москве наблюдается четкая тенденция к увеличению доли детей с относительным дефицитом массы тела и низкорослых, а также отмечается сдвиг сроков полового созревания в сторону более старшего возраста. Ориентиром для дальнейшей оценки динамики сроков полового созревания девочек может служить возраст *menarche* — 12,5 лет, который был зафиксирован в 1991 г. в ходе медицинских осмотров.

Наибольшее увеличение массы тела отмечалось у поколения школьников 1970-х годов. Именно на этот период, по мнению многих авторов, приходится пик акселерации практически во всех регионах России. В последующие десятилетия темпы прироста массы тела детей уменьшаются, а у поколения школьников 1990-

годов (по сравнению с данными 1981 г.) наблюдалось даже снижение показателей физического развития в некоторых возрастных группах. Так, на ряде территорий мальчики и девочки 90-х годов по массе тела соответствуют своим сверстникам 60-х годов.

Рост числа отстающих по массе тела детей в последние годы отмечают и родители, опрошенные при проведении социологического анкетирования. Так, если в 1991 г. на это указывали 9% матерей, то в 1996 г. — 15%, в 1997 г. — 16,9%. Об увеличении доли детей с недостаточной массой и низким ростом свидетельствуют и результаты комплексной оценки по межгрупповым нормативам; доля же детей с нормальным физическим развитием сократилась с 68—70% в 1991—1993 гг. до 55—56% в 1995—1997 гг. Все это может быть симптомом торможения процессов роста и развития детей в последние годы. Такого рода факты появились в печати и в большинстве случаев связываются с современными социально-экономическими проблемами в стране.

Однако наблюдаемые в настоящее время изменения роста и развития детей могут быть следствием многих причин. Например, обсуждается широкий спектр факторов, обуславливающих явление акселерации, — от космических воздействий и проявлений гетерозиса, до улучшения условий жизни широких масс населения. Обсуждается также гипотеза о волнообразной смене в поколениях людей размеров антропометрических характеристик.

Следует отметить, что о замедлении развития детей, даже о децелерации ученые разных стран начали говорить в конце 80-х годов. Вместе с тем в современных условиях социального расслоения населения в нашей стране необходимо полное представление о том, как эти общественные процессы сказываются на формировании основных показателей здоровья населения, в том числе на процессах роста и развития детей, и соответственно на состоянии здоровья и реализации этим контингентом важнейших социальных и биологических функций, предопределяющих жизнь и здоровье будущих поколений.

По данным анкетирования родителей, проведенного НИИ им. Н.А. Семашко в 1996 г., 26,1% детей воспитываются в семьях, которые относили себя к социальному слою ниже среднего уровня (около 8% — к высшему и выше среднего); примерно у половины семей, воспитывающих детей, ухудшились в последние годы материальные условия. По данным опроса 1997 г., ухудшились материальные условия почти у 60% семей.

Некоторые данные о расслоении населения по материальному достатку, полученные в ходе нашего исследования, совпадают с результатами других современных социологических исследований и оце-

нок. Так, по данным Э.В. Клопова (1996), к высшей социальной группе могут быть отнесены около 8% населения, к низшей — 22%; по данным Госкомстата доля лиц с доходами ниже прожиточного минимума составляла в 1996г. 22%; по другим данным (А. Френкель, 1997) — 26%. После 1998 г. ситуация изменилась в худшую сторону.

Следует согласиться с оценками Т. Волковой, П. Миграновой и Н. Римащевской (1997), что в данных социологических исследований при распределении населения по доходам не учитывались полярные варианты по материальному обеспечению и уровню жизни — очень богатые (1—3%, уровень жизни которых соответствует хорошим западным стандартам) и беднейшие, в том числе маргинальные слои общества. Тем не менее, разнообразие характеристик условий и образа жизни основной части населения, представленной в материалах опроса, позволяет рассматривать проблемы роста и развития детей в условиях формирования новой социальной структуры.

В семьях, относящихся к различным социальным слоям современного общества, проявляется жесткая закономерность — со снижением социального статуса резко снижается доля детей с опережением морфологических и функциональных параметров и увеличивается доля детей с отставанием в развитии, т. е. можно говорить о торможении процессов роста и развития детей в худших социальных условиях, и, наоборот, об ускорении их развития в лучшей социальной среде, социальном градиенте (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Особенности роста и развития детей, воспитывающихся в семьях, относящихся к различным социальным слоям современного общества (%)

Социальный уровень семьи (по оценке матери)	Доля детей:					
	опережающих сверстников			отстающих от сверстников		
	по росту	по физической активности	по массе тела	по росту	по физической активности	по массе тела
Высший	31,2	30,3	3,1	—	—	21,9
Между высшим и средним	25,1	15,7	5,4	5,7	3,5	13,3
Средний	17,0	11,9	5,2	4,6	4,6	12,4
Между средним и низшим	13,9	10,9	4,6	7,5	9,3	19,6
Низший	11,7	4,0	8,3	18,2	22,7	34,7

Наиболее близки в разных социальных слоях лишь доли детей с избыточной массой, что, по-видимому, в большей мере является отражением конституционально-биологических особенностей, а не зависит от влияния социальных условий.

Важнейший фактор обеспечения роста и развития ребенка — питание. Растущему организму необходимы не только достаточность питания в общем понимании, но и многокомпонентная сбалансированность, т. е. учет калорийности, соотношения жиров, белков и углеводов, широкого спектра других веществ, нужных для формирования развития организма. По некоторым данным, даже небольшие нарушения питания приводят к снижению вероятности оптимального развития и функциональных возможностей к зрелому возрасту, что может проявиться в снижении социальной адаптированности, обучаемости, более ранних сроках возникновения хронических болезней. Распределение самооценок состояния и организации питания отличается в группах населения, относящих себя к различным социальным уровням, а также связано с изменением материального положения семьи в течение последнего времени. В семьях, где ухудшилось материальное положение (их по данным переписи около 60%), практически все (84,5%) отмечают невозможность обеспечить полноценное питание ребенку, а 45% матерей утверждают, что дети недоедают, причем каждый пятый (18,5%) — постоянно. 85% матерей отмечают, что рационы детей неполноценны.

В семьях, где матери указывают на недостаточное питание, дети отстают от сверстников по длине, массе тела, физической активности. Однонаправленность оценок и близость частоты отклонений в росте и развитии детей в семьях, отличающихся по качеству питания (данные, полученные в разных исследованиях, — анкетирование 1996 г. и пробная перепись 1997 г.) позволяют рассматривать эти факторы как достаточно объективно отражающие современную ситуацию.

Появились данные о недостаточности рационов питания в детских дошкольных учреждениях (Л.И. Кудря и др., 1997), фактически упразднено питание в школах. Число детей, пользующихся услугами школьных столовых, составляет 30—40%, а среди старшеклассников — 10% (И.Г. Михайлова, А.В. Истомина, 1997).

Отклонения в физическом развитии детей, особенно недостаточная масса, резко выражены в группах, отличающихся по качеству питания во всех возрастах, а в возрасте 10—14 лет дети из семей с недостаточным питанием имеют отклонения и по физической активности, а также отставание по длине тела (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Особенности роста и развития детей 10—14 лет в семьях с разным качеством питания (%)

Особенности питания (по оценке матери)	Доля семей (1997 г.)	Доля детей					
		отстающих по росту		отстающих по массе		отстающих по физической активности	
		1996 г.	1997 г.	1996 г.	1997 г.	1996 г.	1997 г.
Хорошее	30,4	2,9	3,1	10,5	9,7	3,3	2,1
Удовлетворительное	51,7	7,5	3,7	18,1	20,2	10,1	4,3
Плохое	17,9	12,9	19,4	35,1	37,9	12,8	15,4

В основном недостаточное питание ребенка (недоедание и даже голодание) отмечается в семьях, материальное положение которых ухудшилось за последний год. В то же время среди улучшивших свое материальное положение семей голодание, естественно, не отмечено, но 3,8% считают, что питание ребенка организовано плохо. Недостаточное потребление мясных продуктов в большей мере характерно для семей с ухудшившимся материальным положением (ежедневное потребление мяса отмечают 48% против 67—70% в группах населения, где материальное положение улучшилось или не изменилось).

Среди детей с недостаточной массой лишь половина употребляет мясо ежедневно, 22,5% — очень редко (реже чем один раз в неделю). Среди детей с избыточной и нормальной массой таких лишь 9—10%.

По сравнению с 1991 г. (проводился аналогичный опрос) доля детей, ежедневно употребляющих мясо, снизилась с 73 до 58%. В то же время с 2,3 до 14% возросла доля детей, практически не имеющих мяса в рационе питания. По некоторым данным, в России снижалось производство мяса (за полугодие 1995 г. на 29%, колбас — на 18% и цельномолочной продукции — на 2,3% (Б.Н. Левин, 1997), снижались и показатели продажи мясных и молочных продуктов.

Значительно больше детей с недостаточной массой среди реже чем раз в неделю употребляющих молоко (22%), чем среди ежедневно его употребляющих (13,2%). Среди детей с недостаточной массой редко употребляет молоко практически каждый четвертый (23%), а в целом — 15%. Конечно, наиболее выражена особенность питания — потребление фруктов: 40% детей с недостаточной массой очень редко употребляют фрукты.

Все эти сдвиги в питании детей фактически определяются значительной группой лиц, материальное положение которых ухудшилось за последние годы; это — практически все те, кто относит себя к низшему социальному слою. При всей сложности выделения этой социальной категории в условиях формирования новой социальной стратификации, на основе субъективного восприятия человеком своего положения в современном обществе, тем не менее можно утверждать, что значительная часть населения не только не имеет материальной возможности обеспечить свои основные потребности, в частности, организацию полноценного питания детей, но испытывает психологическое угнетение из-за этого состояния.

По сравнению с 1991 г. значительно выросла доля конфликтных семей. В 1996 г. матери более часто отмечали у мужей злоупотребление алкоголем (14%), чем в 1991 г. (7,3%). Как в 1991 г., так и в 1996 г. недостаточная масса у детей (на 5—6%) чаще отмечалась в таких семьях.

Материалы наших исследований за разные годы показывают, что здоровье детей в значительной степени определяется здоровьем родителей. Эти характеристики жестко связаны, соотношения устойчивы и проявляются на разных поколениях. При хорошем здоровье матери и отца 75—80% и более детей имеют хорошее здоровье и лишь 1—1,5% — серьезные отклонения в здоровье. При плохом здоровье обоих родителей такие отклонения имеют 15—23% детей. У больных родителей в 20 раз чаще болеют дети уже на первом году жизни. Определяющее влияние здоровья родителей на здоровье детей, начиная с раннего возраста, сохраняется в различных социальных слоях общества. Однако при ухудшенном здоровье родителей, даже когда его расценивают как удовлетворительное и особенно как плохое, влияние социального статуса семьи, ее жизненного уровня в значительной мере определяет возможность роста и развития детей без отклонений, причем в большей мере это касается торможения процессов роста соответствующей росту и возрасту массы тела.

Доля детей с отставанием в росте, массе, физической активности, при высоких самооценках здоровья обоих родителей и лучших социальных условиях жизни составляет по нашим материалам 3,4%. По-видимому, это можно рассматривать как фоновую неизбежную частоту отклонений в физическом развитии детей школьного возраста, которая может колебаться, как и частота всех биологических дефектов, в пределах до 5%. Определение путей

воздействия на эти отклонения требуют специальных исследований, возможно на более тонком популяционно-генетическом уровне. Превышающая эти уровни частота отставания в физическом развитии при хорошем здоровье родителей может рассматриваться как результат средовых воздействий, в данном случае лучших или худших условий жизни, связанных с социальным статусом семьи (табл. 3.4). Среди детей, воспитывающихся в семьях, относящих себя к среднему социальному слою, частота отставаний по тому или иному параметру физического развития почти в 3 раза (2,8) выше, а среди детей низшего социального слоя населения в 5 раз выше, чем в семьях, живущих в наиболее благоприятных условиях (хорошее здоровье родителей и высокий уровень материальной обеспеченности). Увеличение доли отстающих в росте и развитии детей со снижением социального статуса семьи наблюдается и при других оценках здоровья родителей и достигает максимума (44,5%) среди детей, родившихся от родителей с плохим здоровьем и относящих себя к низшему социальному слою.

Таблица 3.4

Особенности роста и развития детей в разных социальных условиях (школьники) (%)

Самооценка здоровья родителей	Состояние физического развития детей	Социальные слои		
		высший и выше среднего	средний	низший и ниже среднего
Хорошее	Опережает**	33,9	22,7	25,9
	Среднее	62,7	67,9	57,4
	Отстает	3,4	9,4	16,7
Удовлетворительное	Опережает	—*	14,5	11,7
	Среднее	—	66,9	62,5
	Отстает	—	18,6	25,8
Плохое	Опережает	—	13,5	13,9
	Среднее	—	59,6	41,6
	Отстает	—	26,9	44,5

* Малое число наблюдений.

** опережение по всем параметрам, кроме массы тела, отставание включает и дефицит массы тела.

Детей, опережающих своих сверстников в развитии (не включены дети, имеющие избыточную массу тела), примерно одинаковое количество (12—14%) при плохом и удовлетворительном здоровье родителей, даже при самом плохом сочетании факто-

ров — плохое здоровье родителей и низкий социальный слой, что также можно расценивать, как фоновый популяционный уровень.

Лишь при хорошем здоровье родителей выявляется более высокая доля детей, опережающих сверстников в развитии, — 23—25%, а при сочетании с высоким социальным статусом семьи она возрастает до 34%. Таким образом, можно предположить, что здоровье родителей — ведущий фактор формирования ускорения развития детей, определяющий превышение соответствующих фоновых значений популяционного разнообразия; неблагоприятные же условия жизни, прежде всего отклонения в питании наряду с ухудшением здоровья определяют долю детей с различными вариантами отставания в развитии.

В настоящее время основными проблемами роста и развития детей являются проблемы, связанные не столько со здоровьем предшествующих поколений (родителей), сколько с изменением условий жизни широких масс населения, социальная дифференциация. Выявленные отклонения в росте и развитии детей в современных условиях требуют регулярного слежения за этими показателями как со стороны родителей, так и со стороны педиатрической и особенно гигиенической службы. Последняя должна это обеспечить в рамках социально-гигиенического мониторинга, а результаты оценки должны быть известны органам управления различного уровня и стать основой для принятия необходимых мер.

Регулярно следят за массой ребенка около половины родителей (48%) детей с избыточной массой, лишь 38% — родителей детей с недостаточной массой. Около 40% матерей не знают размеров своего ребенка. Основная часть родителей (до 60%) не знают, следят ли за физическим развитием ребенка в детской поликлинике. Лишь около трети родителей в среднем, а среди детей с недостаточной массой каждый четвертый отмечает, что проводятся регулярные оценки роста и развития детей. При этом родители показывают, что далеко не всегда медицинские работники сообщают результаты оценки физического развития ребенка, даже детей с отклонениями в физическом развитии. Это не удивительно, так как работники массовой педиатрической сети не вооружены повсеместно антропометрическим и доступным методическими инструментарием. Врачи-педиатры и соответствующего профиля гигиенисты не предоставляют отчетов о результатах и оценке динамических процессов роста и развития детей. Таким образом, даже собираемая в ходе медицинского наблюдения антропометрическая информация не выполняет

своих профилактических задач ни на индивидуальном, ни на групповом и популяционном уровне; этот процесс должен быть налажен. Для комплексной оценки физического развития детей разработан доступный методический инструмент, приемлемый для наблюдения за физическим развитием каждого ребенка независимо от этнической принадлежности и места жительства, — межгрупповые оценочные таблицы (И.М. Воронцов, Т.М. Максимова, Н.А. Матвеева) в книге «Материалы по физическому развитию детей и подростков России» (М.: Госсанэпиднадзор, 1998). На основе этой методики разработан автоматизированный вариант оценки физического развития детей (М.В. Токуров). Использование этой методики позволяет устанавливать популяционные характеристики частоты встречаемости различных отклонений в физическом развитии детей и выявлять на их основе как общие, так и местные проблемные ситуации в физическом развитии детей конкретной территории и проводить сравнительную оценку (табл. 3.5) в динамике.

Таблица 3.5

Обобщенные оценки распределения детей по категориям физического развития в 1991, 1997 и 2000 гг. (%)

Категория физического развития	1991 г.	1997 г.	2000 г.
Нормальное	68-70	55,2	67,1
Избыток массы	7-15	13,3	7,6
Дефицит массы	5-10	16,4	11,4
низкий рост	3-5	7,7	3,1
высокий рост	5-7	7,4	10,8

По данным изучения физического развития детей в рамках пробной переписи населения 1997 г. обнаруживается меньшая доля детей с нормальным физическим развитием, чем это было установлено в прошлые годы, и значительно большая доля детей с отклонением в развитии, в основном за счет недостатка массы тела. Особенно тревожным является увеличение доли детей с недостаточной массой и низким ростом, в последние годы ситуация улучшается.

Данные о детях с отклонениями в развитии неоднородны. 10% больных родителей (из всех, имеющих детей) производят такое же число детей с отклонениями в развитии, что и 46% родителей,

имеющих хорошее здоровье. Основная же доля (более половины) детей с отклонениями в развитии имеет родителей со средними и удовлетворительными характеристиками здоровья, куда могут относить себя лица как с незначительными отклонениями, так и с достаточно серьезной патологией, компенсированной на момент опроса. 37,6% детей с отклонениями в развитии происходят из семей с низким социальным статусом и лишь 4% — из наиболее благополучного в материальном отношении общественного слоя. Таким образом, — это конкретный адрес оказания социальной помощи. В условиях низкой рождаемости не должно быть семей репродуктивного возраста, планирующих рождение или воспитывающих детей, с необеспеченным прожиточным минимумом.

При определении семейной политики федерального и местного уровней одной из главных задач должно быть обеспечение занятости и соответствующей оплаты труда лиц репродуктивного возраста, воспитывающих детей, и выделение достаточных, обеспечивающих необходимые условия жизни средств для оплаты пособий на ребенка¹.

Среди семей среднего, выше среднего и высокого социального статуса, имеющих материальные возможности для обеспечения роста и развития детей, необходима просветительная работа, в том числе в разных профилактических аспектах, что должно стать обязательной частью работы педиатрической сети, находящейся в современных условиях в стадии переоценки своей деятельности в связи с изменившимся в связи с резким снижением рождаемости объемом лечебной работы.

Особенности физического развития взрослого населения

По материалам изучения здоровья в рамках пробной переписи населения 1997 г. были получены данные о размерах тела (длина и масса) взрослого населения. Расчитаны средние значения (M) и средние квадратические отклонения (σ) для десятилетних возрастных групп (табл. 3.6). Средние размеры длины тела мужчин превышают соответствующие значения для женщин. Разница составляет 10 см и более.

¹ В настоящее время пособие на ребенка выдается без учета материального положения семьи и составляет лишь около одной шестой рассчитанного для детей прожиточного минимума. Продолжает сохраняться задолженность.

Таблица 3.6

Средние размеры длины и массы тела взрослого населения (1997 г.)

Признаки		Возрастная группа, лет:				
		До 30	30-39	40-49	50-59	60 и старше
мужчины						
Рост	М	176,2	175,0	172,2	171,0	169,9
	σ	6,6	7,2	11,9	6,5	7,2
Масса	М	71,3	76,6	75,5	74,8	74,9
	σ	11,3	12,0	10,8	12,2	12,2
женщины						
Рост	М	164,3	162,7	161,4	160,2	159,4
	σ	6,3	5,9	5,5	6,6	7,3
Масса	М	61,2	65,6	70,3	72,4	69,0
	σ	10,8	12,5	12,9	13,6	12,3

Сравнение средних размеров тела взрослых по разным странам показывает, что к старшим возрастам отмечается снижение роста. По нашим материалам, постепенное уменьшение средних размеров роста человека происходит, начиная с возраста старше 30 лет. По более ранним материалам (данные Комплексного выборочного исследования здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью 1970 г.), снижение длины тела начинается у мужчин в возрасте 30-39 лет на некоторых территориях, у женщин — в более старшем возрасте, в основном после 50-59 лет.

Средние значения массы нарастают у мужчин до 40-летнего возраста, у женщин — до 60 лет, затем следует стабилизация и снижение этого показателя. Снижение прироста массы тела, по материалам 1970 г. (Роменский, Максимова, Кокошко, 1982), отмечалось после 40 лет; за 20-летний период — до 60-69 лет масса тела не возрастала, а уменьшалась в среднем на 1,5 кг (на некоторых территориях снижение составляло более 2,5 кг).

Сравнение средних размеров тела взрослого населения по материалам 1970 и 1997 гг., позволяет оценить сдвиги, произошедшие за этот период в морфологических характеристиках населения (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Сравнительная оценка средних размеров тела мужчин и женщин* в 1970 и 1997 гг.

Возрастная группа, лет	Мужчины			Женщины		
	1997 г.	1970 г.		1997 г.	1970 г.	
		межгрупповые средние	диапазоны средних размеров		межгрупповые средние	диапазоны средних размеров
Длина тела (см)						
До 30	176,2	171,3	173,5—170,6	164,3	159,0	160,0—158,0
30—39	175,0	170,1	171,4—168,0	162,7	158,7	158,7—157,5
40—49	172,2	168,6	170,6—167,4	161,4	158,2	158,9—156,6
50—59	171,0	168,5	171,0—167,5	160,2	156,5	157,1—154,7
60 и старше	169,9	166,9**	168,2—166,3**	159,4	155,2	155,8—154,6
Вес тела (кг)						
До 30	71,3	69,3	71,0—69,0	61,2	62,3	63,8—61,0
30—39	76,6	70,8	71,4—68,6	65,6	66,5	69,1—64,3
40—49	75,5	71,0	75,2—69,2	70,3	70,5	74,7—67,7
50—59	74,8	71,8	75,5—69,5	72,4	71,9	75,0—69,0
60 и старше	74,9	72,0**	77,2—69,8**	69,0	69,0	72,2—66,1

* Русское население.

** Значения для возрастной группы 60-69 лет.

Прежде всего необходимо отметить значительное (до 5 см) увеличение длины тела во всех возрастно-половых группах взрослого населения по сравнению с межгрупповыми данными по СССР, рассчитанными 27 лет назад. Для уточнения этой оценки приведены диапазоны колебаний длины тела городского русского населения: средние размеры современных мужчин и женщин России в большинстве случаев превышают максимальные значения 1970 г.

Средние значения массы тела у мужчин превышают средне-союзную среднюю этого показателя, но в большинстве случаев соответствуют верхней границе диапазонов массы тела горожан 1970 г. Средние значения массы тела у женщин практически соответствуют межгрупповым средним 1970 г. и находятся в пределах, а в молодых возрастах ближе к минимальному значению массы тела, зарегистрированной почти 30 лет назад.

Таким образом, современное население имеет значительно большую длину тела по сравнению со сверстниками, жившими в городах России около тридцати лет назад. Что касается массы тела, средние ее размеры у современных мужчин находятся в пределах диапазонов колебания массы по городам России; у женщин относительно молодого (до 40 лет) возраста даже можно выявить тенденцию к снижению значений этого показателя.

Все сказанное о свидетельствует о существенных отличиях морфологических характеристик разных поколений, что, конечно, связано и с другими параметрами здоровья.

Сравнение средних размеров длины тела мужчин и женщин России с аналогичными характеристиками из других регионов мира показывает (сравнение проведено в отношении старших возрастных групп — 60—69 лет и старше), что они приближаются к таковым Финляндии и США (национальная выборка), где рост мужчин соответственно $169,7 \text{ см} \pm 11,9$ и $170,4 \text{ см} \pm 7,9$ и женщин $157 \pm 5,7$ см и $160,6 \pm 5,9$ см. Для мужчин также близки данные по сравнению с англо-австралийцами Австралии — $168,2 \pm 10$ см. В то же время средние размеры тела наших мужчин значительно ниже длины тела мужчин Швеции и Нидерландов. Рост жителей Италии, Бразилии и особенно Китая значительно ниже (на 4—7 см), чем у россиян соответствующего возраста.

В оценке физического развития взрослого населения в последние годы стал широко использоваться индекс Кетле (ВМІ), или относительный вес (вес в кг/рост в м^2). Предложенный много десятилетий назад, подвергнутый в отечественной литературе наряду с другими индексами критике как неучитывающий при оценке абсолютные размеры тела, в зарубежных исследованиях, особенно исследованиях массы тела как фактора риска формирования болезней системы кровообращения, этот коэффициент стал практически единственным измерителем относительного веса. Используется он и в ряде работ, посвященных эпидемиологии неинфекционных болезней, в нашей стране.

Для того чтобы обеспечить сравнимость наших материалов, характеризующих в социально-гигиеническом аспекте популяционные размеры длины и массы тела человека с многочисленными исследованиями относительного веса, был рассчитан индекс Кетле и получены его распределения прежде всего в различных возрастно-половых группах (табл. 3.8).

Таблица 3.8

Особенности распределения мужчин и женщин по величине индекса Кетле в различных возрастных группах (%)

Значение индекса Кетле, $\text{кг}/\text{м}^2$	Возрастная группа, лет							
	до 20		20-49		старше 50		Всего	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
До 18	5,0	7,7	0,7	2,6	2,3	0,7	1,7	1,3
18—19,9	20,0	23,1	4,8	7,8	4,3	1,8	6,5	2,8
20—26,9	72,5	63,4	74,4	60,8	62,1	46,1	69,0	52,3
27—29,9	2,5	3,8	11,4	15,4	15,9	21,5	13,7	19,3
Более 30	—	1,9	8,3	13,4	15,4	29,8	11,2	24,2

Основная часть как мужчин, так и женщин характеризуется значениями индекса Кетле от 20 до 27. Это сохраняется на протяжении всех возрастных периодов. В отношении остальных подгрупп значений индекса Кетле как у мужчин, так и у женщин с увеличением возраста отмечается снижение доли лиц, имеющих низкий относительный вес до 20, и, напротив, увеличиваются доли лиц с высоким относительным весом, характеризующимся ВМІ от 27 до 30 и более 30.

К старшему возрасту среди женщин каждая третья имеет высокий относительный вес (индекс Кетле более 30), среди мужчин — около 16%, а до 18 — 1-2%.

При сравнении имеющихся данных по регионам мира можно отметить, что наименьшая доля лиц с ВМІ > 30 характерна для Китая и Индии — до 1%, в Африке — 1—5% (лишь в Тунисе 8,6%), в странах Южной Америки — около 9% (WHO Report 854, 1995). С проблемами здоровья связана распространенность как избыточного, так и недостаточного веса.

Для оценки доли лиц с низким ВМІ (<18,5) разработана следующая шкала:

- низкая распространенность, не требующая мониторинга — 5—9% населения;
- средняя распространенность (плохая ситуация) — 10—19% населения;

- высокая распространенность (серьезная ситуация) — 20—39% населения;
- очень высокая распространенность (критическая ситуация) — > 40% населения.

Согласно этой классификации, доля лиц с недостаточным весом в нашей стране не превышает 9%, т.е. характеризуется низкой распространенностью. Что касается избыточного веса (BMI>30), то в среднем эта доля составляет 11% для мужчин и 24% для женщин.

Несмотря на то, что BMI>30 кг/м² и более как критерий ожирения достаточно широко распространен, некоторые авторы (James, 1996)⁹ предлагают ориентироваться на верхний предел 25 кг/м², а как популяционный оптимум рассматривается относительный вес в пределах 20–23 кг/м², что особенно важно для индивидуумов и групп населения, отличающихся особенностями морфологических характеристик.

Одним из критериев выделения оптимальных границ могут быть высокие субъективные оценки здоровья и, напротив, низкие показатели частоты возникновения и распространенности хронических заболеваний или других проявлений дискомфорта при разных значениях массы тела.

Особенности веса тела связаны с субъективной оценкой здоровья человека во всех возрастах. Вместе с тем, зависимость эта непрямая и достаточно сложного характера, связанная как с конституциональными особенностями, так и с особенностями состояния здоровья, в том числе с проявлениями болезни (табл. 3.9).

Таблица 3.9

Распределение категорий относительного веса (индекс Кетле) среди лиц, отличающихся по субъективной оценке здоровья (все возраста, оба пола,%)

Значения индекса Кетле	Самооценка здоровья		
	хорошее	удовлетворительное	плохое
До 18	1,4	1,2	3,5
18—19,9	9,3	4,9	5,2
20—26,9	74,7	59,2	54,9
27—29,9	9,2	18,2	13,3
Более 30	5,4	16,5	23,1

⁹ James W.P. The epidemiology of obesity // Ciba Found Symp. 1996. Vol. 2. P. 1—11.

Большое число лиц с низким индексом Кетле (до 20) оценивает свое здоровье как хорошее (10,7%) и как плохое (8,7%) при удовлетворительной оценке — 6,1%. Группы лиц с избыточным весом (>30) увеличиваются с ухудшением субъективной оценки и достигают максимума (23,1%) при плохом здоровье. Если рассматривать распределение субъективных оценок здоровья в относительно молодых возрастных группах лиц (20—49 лет), отличающихся по величине относительного веса, то оказывается, что наибольшая доля лиц с низкой оценкой здоровья характерна для тех, у кого относительный вес наименьший (индекс Кетле менее 18 и не более 20). Среди лиц с высоким индексом Кетле, т.е. с избыточным весом, доля лиц с плохим здоровьем незначительно выше, чем в остальных группах. Достоверно чаще в возрасте 20—49 лет низкие самооценки здоровья отмечаются в группе лиц с недостаточной массой (31,8%), чем в группе лиц с избыточной массой. Что касается высоких самооценок здоровья, то наивысшие их значения отмечаются среди лиц со средним и ниже среднего индексом Кетле; во всех остальных группах они практически одинаковы.

Таким образом, распределение населения по значениям относительного веса выявляет особенности формирования здоровья в разных весовых категориях. Значение относительного веса как фона возникновения разных видов патологии лучше рассматривать в возрастной группе 20—49 лет, так как именно в этих возрастных группах активно формируются хронические заболевания. Вместе с тем, в качестве фактора риска как избыточная, так и недостаточная масса тела должны рассматриваться и в более ранних возрастных группах, возможно начиная с детского возраста, в то время как в более старшем возрасте (старше 50 лет) вряд ли можно разделить компоненты формирования здоровья, тем более, что с увеличением возраста увеличивается как доля лиц с избыточной массой тела, так и частота хронической патологии.

С увеличением относительного веса тела возрастает вероятность развития гипертонической болезни, болезней почек, сахарного диабета (табл. 3.10, 3.11). В то же время бронхиальная астма чаще сопутствует недостаточной массе (около 5% при индексе Кетле до 20 и значительно ниже при других категориях относительного веса).

Таблица 3.10

Особенности распространенности некоторых видов патологии в группах населения (20—49 лет), отличающихся по относительному весу тела (%)

Заболевание	Значение индекса Кетле				
	до 18	18— 19,9	20— 26,9	27— 29,9	> 30
Гипертоническая болезнь	—	4,8	7,3	17,8	22,9
ИБС	4,5	1,2	3,9	4,0	7,1
Хронический бронхит	—	7,2	5,8	6,3	10,7
Бронхиальная астма	4,5	4,8	1,0	0,5	2,1
Болезни органов пищеварения	22,7	16,9	22,6	25,8	24,3
Болезни почек и мочевыводящих путей	9,1	9,6	11,2	10,9	17,9

Таблица 3.11

Особенности распространенности некоторых видов патологии в группах населения (все возраста), отличающихся по относительному весу тела (%)

Заболевание	Значение индекса Кетле				
	до 18	18— 19,9	20— 26,9	27— 29,9	> 30
Гипертоническая болезнь	7,7	5,5	15,9	30,0	40,7
ИБС	12,8	7,0	9,7	15,0	22,2
Хронический бронхит	15,4	7,0	8,9	10,3	12,4
Бронхиальная астма	7,7	4,7	1,3	1,9	4,2
Болезни органов пищеварения	20,5	23,4	26,0	29,5	31,8
Болезни почек и мочевыводящих путей	10,3	10,2	13,3	13,9	22,9
Сахарный диабет	-	-	2,3	3,9	7,7

Менее всего меняется с увеличением избыточной массы тела распространенность болезней органов пищеварения, хотя для более весомого вывода о взаимосвязи этих характеристик требуется рассмотрение в этом аспекте конкретных видов заболеваний, так как одни виды патологии могут быть связаны с избыточной, а другие с недостаточной массой. При достаточно близких значе-

ниях частоты ИБС в разных весовых группах населения, можно отметить некоторое превышение этой патологии в группе лиц с наибольшими и наименьшими значениями относительного веса. Эта закономерность более характерна для мужчин, чем для женщин. В то же время у женщин отмечаются повышенные значения распространенности в этой весовой группе хронического бронхита; у мужчин показатели распространенности этой патологии близки во всех весовых группах.

Более высокими являются показатели распространенности болезней почек и мочевыводящих путей в группе лиц с избыточной массой (индекс Кетле > 30), что характерно и для мужчин, и для женщин и может быть следствием особенностей биологического возраста.

Что касается средних размеров тела как в группе лиц с различными заболеваниями, так и в группе лиц, неотягощенных какой-либо хронической патологией (табл. 3.12), они обнаруживают тенденцию к большей высокорослости здоровых людей среди населения в целом и в достаточно однородной возрастной группе 30—59 лет, а также относительную высокорослость мужчин с сахарным диабетом, язвенной болезнью, хроническим бронхитом, экземой.

Таблица 3.12

Средний рост в группах населения с различными заболеваниями (см) и без хронических болезней

Заболевание	Мужчины		Женщины	
	все возраста	в том числе 30—59 лет	все возраста	в том числе 30—59 лет
Гипертоническая болезнь	172,8	174,1	161,7	162,0
ИБС	170,7	172,5	161,1	161,7
Заболевания сосудов головного мозга	171,1	172,0	161,3	161,4
Хронический бронхит	173,3	175,2	161,9	162,1
Бронхиальная астма	171,9	173,6	163,2	162,9
Сахарный диабет	171,5	176,6	160,5	160,1
Гастрит, дуоденит	173,1	173,9	162,6	162,3
Язвенная болезнь	173,4	174,9	162,2	162,2
Хронический холецистит	172,7	174,2	161,8	162,0

Болезни предстательной железы	172,5	174,2	—	—
Болезни прямой кишки	172,2	173,9	162,3	162,3
Болезни почек	172,8	173,9	162,3	161,9
Катаракта, глаукома	170,7	173,9	160,3	160,5
Экзема	173,9	175,9	162,9	161,9
Остеохондроз и другие болезни позвоночника	173,4	174,4	162,1	162,1
Болезни суставов	172,3	173,8	161,8	162,4
Другие болезни	174,1	173,6	162,7	162,3
Нет хронических заболеваний	175,6	174,9	164,3	163,4

Что касается соотношения роста и веса, выражающегося в виде ВМІ (табл. 3.13), наибольшее значение этого показателя в 30—59 лет выявлено как у мужчин, так и у женщин, страдающих сахарным диабетом, а наименьшее — при язвенной болезни.

Таблица 3.13

Значения ВМІ в группах лиц с различными заболеваниями

Заболевание	Мужчины		Женщины	
	все возраста	в том числе 30—59 лет	все возраста	в том числе 30—59 лет
Гипертоническая болезнь	27,9	26,3	26,1	27,9
ИБС	28,4	25,8	25,8	28,7
Заболевания сосудов головного мозга	27,5	25,7	25,5	27,6
Хронический бронхит	26,5	25,1	25,0	27,0
Бронхиальная астма	26,1	26,5	25,8	27,1
Сахарный диабет	26,9	29,5	29,3	30,0
Гастрит, дуоденит	24,8	25,1	24,7	26,0
Язвенная болезнь	24,9	24,8	25,0	25,3
Хронический холецистит	25,4	25,0	26,9	26,8
Болезни предстательной железы	25,5	25,6	—	—
Болезни прямой кишки	25,5	24,8	27,0	27,0

Болезни почек	24,8	25,1	25,8	26,5
Катаракта, глаукома	26,0	25,7	28,3	27,4
Экзема	25,1	25,5	25,2	26,6
Остеохондроз и другие болезни позвоночника	25,3	25,4	26,0	26,3
Болезни суставов	25,8	25,9	27,0	27,4
Другие болезни	24,6	25,1	24,8	26,2
Нет хронических заболеваний	24,2	25,1	23,4	25,2

Важно отметить увеличение с возрастом ВМІ у здоровых людей, не находивших у себя каких-либо хронических заболеваний как в молодом возрасте, так и в возрасте 60 лет и старше, и явно выраженную близость значений этого показателя у мужчин и женщин (табл. 3.14).

Таблица 3.14

Особенности возрастной динамики ВМІ у лиц, не имеющих хронических заболеваний

Пол	Возрастная группа, лет		
	до 30	30-59	60 и старше
Мужской	23,0	25,1	26,8
Женский	21,3	25,2	26,6

Сравнение среднего возраста становления (menarche) и угасания половой функции (возраст менопаузы) у здоровых женщин и женщин, страдающих различными заболеваниями (табл. 3.15), обнаруживают тенденцию к более раннему возрасту полового созревания (возраст menarche $13,2 \pm 0,04$) у здоровых и более ранней менопаузы у женщин, страдающих гинекологической патологией.

Таблица 3.15

Средний возраст становления и угасания половой функции у женщин с разными заболеваниями

Заболевание	Средний возраст менопаузы	Средний возраст menarche
	M+m	M+m
Гипертоническая болезнь	$49,2 \pm 0,25$	$13,8 \pm 0,07$
ИБС	$49,2 \pm 0,34$	$14,0 \pm 0,09$
Заболевания сосудов головного мозга	$48,7 \pm 0,34$	$13,7 \pm 0,08$

Хронический бронхит	48,8±0,39	13,6±0,08
Бронхиальная астма	48,1±0,70	14,0±0,21
Сахарный диабет	49,0±0,58	14,0±0,19
Гастрит, дуоденит	48,5±0,32	13,4±0,05
Язвенная болезнь	49,0±0,54	13,7±0,12
Хронический холецистит	49,1±0,29	13,6±0,08
Гинекологические заболевания	47,9±0,39	13,4±0,06
Болезни прямой кишки	49,1±0,36	13,7±0,10
Болезни почек	48,8±0,32	14,1±0,11
Катаракта, глаукома	48,1±0,60	13,9±0,17
Экзема	48,8±1,34	13,5±0,19
Остеохондроз и другие болезни позвоночника	48,7±0,21	13,5±0,04
Болезни суставов	48,9±0,24	13,7±0,06
Другие болезни	49,2±0,44	13,5±0,08
Нет хронических заболеваний	49,4±0,5	13,2±0,04

Состояние физического развития — один из важнейших обобщающих параметров здоровья и индикатор социального благополучия общества.

Кроме того, особенности физического развития и, в частности, массы тела — это, с одной стороны, проявление индивидуальных конституциональных характеристик, а с другой — масса тела рассматривается как поддающийся управлению фактор риска, и его субъективная оценка в известной мере есть отражение личной профилактической активности. Другими словами, можно предположить, что в результате целенаправленных воздействий есть возможность изменить не только распространенность среди населения разных отклонений в массе тела, но и сопряженной с этим патологии.

Действительно, в группах лиц, имеющих различные показатели массы тела имеются явно выраженные особенности в заболеваемости. По результатам медицинских осмотров населения трех городов в ходе комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью 1970 г. были просчитаны возможные сдвиги в распространенности некоторых групп хронических заболеваний в результате гипотетических изменений распространенности в популяции различных отклонений в физическом развитии (Максимова, 1991). Снижение в популяции доли лиц с избыточной массой тела на 50% практически не изменяет общего показателя общей заболеваемости и не приводит к радикальным сдвигам даже в распространенности сопряженной патологии как у мужчин, так и у женщин.

Как известно, предлагаемые профилактические программы предполагают значительно меньшие сдвиги в изменении поведения групп населения. Так, интегральная программа для Финляндии после 10 лет ее реализации предполагала в качестве целевого показателя: а) повысить долю физически активных лиц на 10%; б) снизить потребление жиров на 5—10%. Это — достаточно сложная задача. Так, по данным СДС (США), несмотря на активную работу по внедрению среди населения рекомендаций по увеличению физической активности, в стране практически не изменилась доля тех, кто следует этим рекомендациям (в 1990 г. — 24,3%, в 1998 г. — 25,4%), и тех, кто фактически имеет недостаточную физическую активность или даже полное ее отсутствие (соответственно 30,7% в 1990 г. и 28,7% в 1998 г.).

Расчеты показывают, что полная ликвидация ИМТ (избыточной массы тела) и даже совершенно не реальная в практической жизни ликвидация всех отклонений в физическом развитии не приведут к радикальным сдвигам в распространенности патологии, так же, как и гипотетическое увеличение доли лиц с ИМТ на 30% не вызовет резких негативных сдвигов. Так, различные формы гипертонической болезни и ИБС возрастут в популяции в этом случае по сравнению с исходным уровнем, а при оптимальных гипотетических вариантах частота этих форм патологии снизится на 10,5-14,1%.

Итак, следует признать, что общая заболеваемость — достаточно устойчивый многокомпонентный показатель, отражающий неоднородность популяции, в том числе конституциональную и соответственно значимый, отражающийся в статистических показателях профилактический эффект может быть достигнут лишь при охвате достаточно больших масс населения.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК ЗДОРОВЬЯ

Для определения путей позитивного влияния на показатели здоровья необходимо знание особенностей поведения, в том числе самосохранительного, различных групп населения, особенностей самооценки и отношения к собственному здоровью, представления о готовности и возможностях к изменению поведения для улучшения здоровья, как при наличии патологических отклонений или заболеваний, так и при их отсутствии. Важно оценить, насколько различные группы населения готовы к изменению образа жизни и начали ли они в современных условиях изменять свое самосохранительное поведение в связи с частым упоминанием о высокой смертности в стране, даже о вымирании народа, иным отношением к здоровью с учетом новых факторов работы.

По данным опроса, менее 10% населения считают, что нет необходимости заботиться о здоровье; остальные либо начали (20,4%), либо хотели бы начать делать реальные шаги по укреплению собственного здоровья (23,7%) и хотели бы получить соответствующие рекомендации; практически это не зависит от состояния здоровья и его самооценки. Вместе с тем, 20% здоровых людей считают, что в личной заботе о здоровье нет необходимости; в основном это лица в возрасте молодом и трудоспособном. Около 22-23% лиц этого возраста еще не определились; они также должны быть объектом профилактической работы в системе здравоохранения.

Тенденции состояния здоровья населения складываются из динамики характеристик здоровья разных групп. Современные тревожные оценки здоровья населения, иногда выражающие крайне негативные позиции, требуют строгого рассмотрения закономерностей формирования здоровья населения, выявление особенностей его в конкретных группах. Основанием для такого рода выводов могут быть результаты исследований, проведенных в различные годы на единой методической основе и позволяющие достаточно строго оценить тенденции.

Как известно, особую обеспокоенность вызывают оценки современного состояния здоровья детей. Фактически данные о здоровье детей при рождении в разное время на фоне снижения рождаемости должны определить особенности новых поколений по сравнению с предыдущими.

Сравнение основных состояний ребенка при рождении в разные годы показывает, что как в 1991 г., так и в 1997 г. основная масса детей родилась здоровыми; во всяком случае о каких-либо отклонениях в здоровье новорожденных не было сообщено их родителям (табл.4.1).

Случаи патологии, возникшие в ходе родоразрешения (родовая травма, асфиксия), так же, как число недоношенных детей и детей с низкой массой тела, наличие обнаруженного при рождении какого-либо врожденного порока — эти показатели практически не отличаются в разные годы и, по-видимому, являются характеристикой популяционной частоты этих отклонений. Новое поколение рождается с теми же морфофункциональными характеристиками, что и в прежние годы, действует механизм защиты плода организмом матери, и можно констатировать, что биологический потенциал воспроизводства, несмотря на социально-экономические проблемы общества, затронувшие большинство семей, нацией не утрачен. Вряд ли есть основания утверждать, что на этом этапе появятся проблемы так называемого истощения биологических ресурсов и вырождения нации.

Таблица 4.1

Динамика отдельных характеристик здоровья детей при рождении (%)

Характеристика	1991 г.	1997 г.	1999 г. (г. Москва, дошкольники)
Ребенок родился здоровым	85,0	82,7	82,3
недоношенным	7,0	6,5	6,2
с родовой травмой	4,5	4,5	3,8
в асфиксии	3,5	3,8	4,9
с пороком развития	0,9	1,5	1,1
Масса тела ребенка при рождении:			
менее 2500 г	6,9	5,2	7,3
2500—3999 г	83,9	85,2	83,9
4000 г и более	9,2	9,6	8,8

Важнейшим, фактически определяющим состояние здоровья детей фактором является здоровье родителей. Материалы наших исследований в разные годы показывают, что эти характеристики тесно связаны, соотношения устойчивы и проявляются в разных поколениях: при хорошем здоровье родителей около 70% детей имеют хорошее здоровье и лишь около 2% серьезные отклонения в здоровье, что, по-видимому, неизбежно; при плохом здоровье родителей такие отклонения имеют 23—27% детей (табл. 4.2).

Таблица 4.2

Особенности здоровья детей, воспитывающихся в семьях, отличающихся по состоянию здоровья родителей (%)

Характеристика здоровья семьи	Доля детей с низкой оценкой здоровья	
	1991 г.	1997 г.
Хорошее здоровье обоих родителей	1,7	1,8
Удовлетворительное здоровье обоих родителей	2,3	3,4
Плохое здоровье у одного из родителей	8,8*	14,2
Плохое здоровье обоих родителей	23,0*	27,5

* Различия данных за 1991 и 1997 гг. статистически значимы

Оценки состояния здоровья в группах детей разных лет обследования имеют единую направленность: они резко ухудшаются в семьях, где один из родителей болен, и особенно низки в семьях, где больны оба родителя. Вместе с тем нельзя не отметить достаточно явно выраженную направленность к более низким оценкам здоровья детей в проблемных группах в 1997 г. Различия эти имеют статистическую значимость, поэтому можно предположить, что в последние годы именно семьи больных людей оказываются без необходимой социальной поддержки, что сказывается на состоянии здоровья детей. Доля семей, в которых один или оба родителя больны, за эти годы практически не изменилась (около 11%). Однако среди всех больных детей дети, происходящие из этих семей, составляли в 1991 г. 40% (что значительно выше популяционной частоты больных родителей), а к 1997 г. — 45%. Это говорит о том, что в современных условиях не действует какой-либо смягчающий фактор.

Сравнительные показатели доли родителей, оценивающих свое здоровье как плохое, также не изменились за эти годы, составив у отцов 4%, у матерей — около 8% (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Динамика субъективных оценок здоровья детей и родителей в различные годы (по оценке родителей)

Год наблюдения	Оценка здоровья		
	отличное и хорошее	удовлетворительное	плохое и очень плохое
Здоровье ребенка			
1991	33,4	63,0	3,6
1996/1997	52,6	43,9	3,5
1999	49,7	45,3	5,0
Здоровье матери			
1991	18,5	72,2	8,3
1996/1997	36,1	56,1	7,8
1999	41,7	50,6	7,7
Здоровье отца			
1991	40,2	55,6	4,2
1996/1997	47,5	48,4	4,1

При сохранении практически на одном уровне доли детей с низкой оценкой здоровья, что может свидетельствовать о достаточно стабильных показателях наличия детей с тяжелыми нарушениями, с 1991 по 1997 г. практически во всех группах увеличилась число тех детей, здоровье которых оценивается матерью как хорошее. Являются ли эти сдвиги симптомом улучшения здоровья детей или изменились взгляды матерей, ориентиры, используемые при оценке? Ведь и сами матери жили, а более молодые росли и воспитывались в последние годы в условиях другого общества.

Таким образом, здоровье родителей — ведущий фактор в формировании здоровья ребенка, но ни доля родителей с плохим здоровьем, ни субъективная оценка здоровья как отца, так и матери за эти годы не изменились. С этих позиций были рассмотрены некоторые характеристики медицинской активности родителей в эти годы при возникновении заболеваний у ребенка (табл. 4.4).

Таблица 4.4

Особенности медицинской активности родителей (%)

Обращение за медицинской помощью	1991 г.	1997 г.	1999 г. (г. Москва, дошкольники)
Обращались к врачу сразу при появлении первых симптомов болезни у ребенка	63,8	59,9	63,8

Всегда получали освобождение от работы (б/л) при заболевании ребенка:			
5-6 лет	53,7	39,3	21,9
7-9 лет	45,1	30,9	-
10-14 лет	30,3	23,5	-
Не брали больничный лист по уходу за больным ребенком	13,4	31,9	27,5

Особую опасность представляет наметившаяся тенденция к снижению числа случаев временной утраты трудоспособности в связи с уходом за больными детьми. Число всех случаев временной нетрудоспособности по уходу составляет лишь менее половины числа заболеваний детей, при этом доля случаев временной нетрудоспособности матери в связи с хроническими заболеваниями ребенка ничтожна. По данным опроса выявлено, что снизилась доля матерей, всегда берущих больничный лист по уходу за больным ребенком как дошкольного, так и школьного возраста до полного его выздоровления. Таким образом, даже при крайней необходимости материнский уход ребенку полностью не обеспечен, что в дальнейшем может привести к формированию хронической патологии.

Практически по всем позициям можно отметить уменьшение медицинской активности родителей. Снизились все анализируемые показатели, но особенно явно выражено снижение частоты освобождений от работы в связи с необходимостью ухода за больным ребенком, хотя эта возможность в сфере здравоохранения предоставляется. Основные причины — это те или иные ситуации, связанные с опасениями потери работы, потерями в зарплате и т. п. Среди всех лиц, по той или иной причине отказывающихся от получения больничного листа по уходу за больным ребенком, это отмечалось в 56% случаев; около 5% матерей берут больничный лист, но продолжают ходить на работу.

По данным опроса врачей г. Москвы и Московской области (май 1994 г.), 37,5% их отмечают снижение числа пациентов на приеме, более половины (53,1%) — снижение случаев выдачи листков нетрудоспособности (среди врачей со стажем более 5 лет, имеющих возможность сравнивать, — эта доля составляет 61%). Эта тенденция подтверждена в материалах последующих лет (1999—2000 гг.): среди врачей-педиатров 75% отмечают снижение числа случаев выдачи листков нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.

За эти годы несколько снизилась доля госпитализированных детей, особенно резко в возрасте 10—14 лет. Тем не менее можно констатировать, что в период детства 26—28% госпитализи-

ровались хотя бы один раз, 12—14% — не менее двух раз и более, 14—15% детей перенесли какие-либо операции.

Формирование здоровья ребенка происходит в семье. Для перспективных оценок важна оценка динамики взглядов семьи на спектр факторов, которые могут сказываться на здоровье. Прежде всего необходимо отметить, что в 1996 г. значительно меньшая часть родителей не имела того или иного мнения по поводу причины болезни ребенка, в 1991 г. — это была каждая третья семья.

Значение качества жилья как фактора формирования здоровья ребенка чаще отмечали родители детей раннего возраста. Напротив, влияние финансовых возможностей, когда родители понимают, что не имеют возможности обеспечить ребенку необходимые жизненные условия, чаще отмечали родители детей более старшего возраста (10—14 лет — 19%, а в 0—4 года — 10,6%). В 1996 г. по сравнению с 1991 г. доля семей, отмечающих финансовые трудности, выросла в 3 раза, более часто родители указывали и на роль недостаточности питания в развитии болезни у ребенка.

С увеличением возраста отмечается тенденция к признанию наследственной предрасположенности, какого-либо семейного фактора, определяющего длительно текущие заболевания у ребенка. В 1996 и 1999 гг. по сравнению с 1991 г. доля родителей, указавших на этот фактор, возросла (табл. 4.5).

Таблица 4.5

Распределение мнений родителей о факторах, влияющих на развитие у ребенка длительно протекающих болезней (%)

Фактор	1991 г.	1996 г.	1999 г. (г. Москва, дошкольники)
Плохое питание	6,1	10,9	5,1
Плохие жилищные условия	12,8	9,7	7,0
Недостаток финансовых возможностей	4,7	14,5	7,0
Неблагоприятная окружающая среда	19,2	52,6	58,8
Наследственная предрасположенность к болезни	9,5	18,3	18,7
Осложнения острого заболевания	12,7	12,8	10,9
Отсутствие квалифицированной медицинской помощи	...*	7,6	8,2
Не знают	27,2	11,9	9,7

* Не задавали вопрос

10—13% родителей считают, что длительные хронические процессы являются следствием осложнения острого заболевания, при этом около 8% связывают его возникновение с недостаточно квалифицированной медицинской помощью. Более половины родителей, опрошенных в 1999 г., считают, что заболевание, которым страдает ребенок, возникло в связи с неблагоприятной окружающей средой (загрязнением атмосферного воздуха, некачественной водой, употреблением некачественных продуктов питания); в 1991 г. таких родителей было лишь около 20%, что отражает рост обеспокоенности населения возможным воздействием этого фактора. Возможно, это связано с интенсивной пропагандой и информированностью населения о влиянии загрязнения окружающей среды на здоровье, так как прямых доказательств негативных воздействий окружающей среды на формирование такого количества отклонений в здоровье на сегодня нет.

Субъективные оценки здоровья взрослого населения обнаруживают явно выраженную связь с возрастом и полом (более высокие показатели у мужчин по отношению к женщинам) — закономерное снижение ощущения хорошего здоровья с возрастом, соответствующее возрастным изменениям заболеваемости. Связь субъективных оценок здоровья с заболеваемостью, особенностями физического развития, а также самостоятельное значение оценки личного восприятия здоровья и окружающей жизни позволяют рассматривать их в качестве надежных показателей для оценки здоровья, пригодных как при анализе факторов, так и в процессе оценки динамических сдвигов в состоянии здоровья и международных сопоставлений с аналогичными показателями.

Периодически проводимые опросы населения по сопоставимой программе и содержанию фактически позволили осуществить социально-гигиенический мониторинг показателей субъективного восприятия своего здоровья, жизненных проблем семьи и социально-экономических изменений в обществе за десятилетний период — начиная с советских времен до конца XX века.

Анализ динамических сдвигов в отношении наиболее распространенного показателя субъективного состояния — субъективных оценок здоровья — показывает, что резких изменений за этот период не произошло (табл. 4.6).

Таблица 4.6

Динамика субъективных оценок здоровья населением (25—64 года) в 1991—1999 гг. (%)

Субъективная оценка здоровья	1991 г.	1997 г.	1999 г.
Мужчины			
Отличное и хорошее	34,0	22,0	30,3
Удовлетворительное	53,2	63,0	57,8
Плохое и очень плохое	12,9	15,0	11,9
Женщины			
Отличное и хорошее	15,3	11,9	14,4
Удовлетворительное	66,6	68,2	64,5
Плохое и очень плохое	18,1	19,9	20,9

Практически не изменились за это время и субъективные оценки массы тела — не произошло увеличения доли лиц как с недостаточной, так и с избыточной массой (табл. 4.7).

Таблица 4.7

Субъективная оценка массы тела (%)

Масса тела	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	1991 г.	1999 г.	1991 г.	1999 г.	1991 г.	1999 г.
Нормальная	77,5	77,3	61,0	61,0	66,8	65,9
Избыточная	12,4	13,4	31,6	32,5	24,8	26,5
Недостаточная	10,1	9,2	7,4	6,5	8,4	7,3

Сопоставление субъективной оценки здоровья среди людей разной социальной принадлежности выявляет почти одинаковое распределение лиц с высокой, удовлетворительной и низкой оценкой здоровья среди рабочих и служащих в 1991 г. В 1995 г. рабочие стали более пессимистично высказываться о своем здоровье; возросло число лиц, считающих свое здоровье плохим, доля их составила 21,7% (в 1991 г. — 16,6%). Иное распределение субъективных оценок среди служащих. В сравнении с 1991 г. значительно уменьшилась доля лиц с низкой оценкой здоровья, доля их составила всего 9,7% (в 1991 г. — 15,7%).

Успешная реализация реформ, духовное и экономическое состояние общества во многом зависят от развития интеллектуаль-

ного потенциала страны, в том числе от общеобразовательного уровня его населения. И действительно, казалось бы, в этой области особых оснований для беспокойства быть не должно. Сопоставление итогов прошлых переписей с последней переписью 1989 г. показывает, что образовательный уровень россиян повысился почти во всех возрастных группах, особенно в старших возрастах, в которые ныне вступили люди достаточно образованные. Однако среди молодежи в возрасте 15—19 лет пятая часть юношей и девушек с неполным средним и более низким образованием нигде не учатся. Чтобы не лежало в основе этого явления — сложность оплаты обучения детей в малообеспеченных семьях или стремление определенной части молодежи заняться мелкой коммерческой деятельностью как правило доходной и не требующей образования — недооценивать его просто нельзя. Ведь через 10—15 лет на плечи этих людей ляжет основной груз по практической реализации проблем, связанных с реформированием развития общества, новейших достижений в области точных и гуманитарных наук (Е. Михайлов, 1996).

По имеющимся в нашем распоряжении данным анкетирования (1999 г.) субъективные оценки здоровья в достаточно однородной возрастной группе 30—59 лет выявляют явно выраженное смещение в сторону более высоких показателей у лиц с высшим уровнем образования по сравнению с другими группами населения (табл. 4.8).

Таблица 4.8

Особенности субъективных оценок здоровья в группах населения 30—59 лет, отличающихся по уровню образования (%)

Субъективная оценка	Уровень образования					
	не имеют среднего		среднее		высшее	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Отличное и хорошее	20,7	7,6	25,0	9,5	31,3	15,0
Удовлетворительное	56,9	49,4	61,7	67,7	61,8	70,8
Плохое и очень плохое	22,4	43,0	12,5	22,4	6,9	13,6

За рассматриваемый период времени существенно изменилось как материальное положение большинства населения, так и особенно социально-психологические компоненты жизнеустройства. Среди этих проблем можно оценить динамику распространенности стрессовых ситуаций, удовлетворенности своей настоящей

жизнью, а также чувство одиночества, с которым сталкивается население в условиях изменяющегося общества (табл. 4.9).

Таблица 4.9

Социально-психологические проблемы населения (%)

Социально-психологический аспект	1991 г.	1997 г.	1999 г.
Удовлетворенность своей жизнью	79,7	42,9	40,2
Наличие стрессовых ситуаций	55,7	66,8	67,3
Чувство одиночества	37,4	66,3	52,9

По сравнению с 1991 г. в 1997 и 1999 гг. можно отметить увеличение доли лиц, указывающих на различного рода стрессовые ситуации, к которым наряду с основными тревожащими население проблемами болезни и смерти близких, разладов в семье, конфликтов на работе добавились проблемы, связанные с возможностью потерять работу, недостатками материального порядка и т. п. Возросла доля лиц, указавших на ощущение чувства одиночества, покинутости и забытости, что, конечно, свидетельствует о том, что люди привыкшие к определенному жизнеустройству, даже к определенному общественному патронажу, должны были формировать новые ориентации, лично справляться с проблемами обеспечения себя и своей семьи в материальном плане; выявились расогласования с прежними возможностями и представлениями, в том числе в ощущение покинутости, забытости и ненужности, а в ряде случаев и болезни.

Отмечено также резкое снижение доли лиц, удовлетворенных своей настоящей жизнью. Если в 1991 г. это была подавляющая часть взрослого населения (80%), то уже опросы 1995—1997 гг. показали, что эта доля сократилась на половину. Удовлетворены своей настоящей жизнью в 1999 г. значительно меньше половины взрослого (старше 20 лет) населения — 40,2%; эта цифра не возросла по сравнению с прошлым исследованием. В то же время доля лиц, испытывающих чувство одиночества, несколько снизилась.

Что касается оценки влияния социально-психологических проблем на состояние здоровья, этот аспект был рассмотрен на примере особенностей распределения субъективных оценок здоровья и болезней системы кровообращения в группах лиц, указавших и не указавших на стрессовые ситуации. Закономерные возрастные изменения — снижение с возрастом доли лиц с высокой оцен-

кой здоровья и, напротив, увеличение доли лиц, указавших на плохое и очень плохое здоровье, отмечаются в обеих сравниваемых группах. В то же время и у мужчин, и у женщин, указавших на стрессовые ситуации, отмечаются как значительно более низкие субъективные оценки, так и ускоренная динамика негативных возрастных изменений (табл. 4.10). Практически это положение справедливо и в отношении возрастных изменений болезней системы кровообращения (табл. 4.11).

Таблица 4.10

Особенности субъективных оценок здоровья в группах лиц (оба пола), отметивших и не отметивших стрессовые ситуации (%)

Группы населения	Возрастная группа, лет			
	20—29	30—39	40—49	50—59
Высокие оценки				
Отметили стрессы	35,6	19,4	11,2	6,8
Не отметили стрессы	56,4	32,6	25,4	14,9
Низкие оценки				
Отметили стрессы	9,2	12,1	19,2	30,9
Не отметили стрессы	6,0	4,1	11,6	20,7

Таблица 4.11

Особенности распространенности болезней системы кровообращения среди лиц отметивших и не отметивших стрессовые ситуации (%)

Группы населения	Возрастная группа, лет		
	30—49	50—59	60 и старше
Отметили стрессы	9,3	48,7	126,9
Не отметили стрессы	4,9	16,7	93,1

В группах, указавших на наличие стрессовых ситуаций, как среди женщин, так и среди мужчин больше отмечается чувство одиночества (46,8 и 31,7% соответственно у мужчин, 58,1 и 40,8% у женщин), а также постоянное беспокойство за будущее, т. е. состояние психологического дискомфорта. Можно говорить и о большей распространенности в этих группах отдельных заболеваний, особенно таких, как болезни системы кровообращения, органов пищеварения, особенно у мужчин, при рассмотрении особенностей здоровья в пределах одной возрастной (30—49 лет) группы (табл. 4.12).

Таблица 4.12

Распространенность отдельных заболеваний среди населения в зависимости от наличия стрессовых ситуаций (%)

Заболевание	Мужчины		Женщины	
	указали на наличие стрессовых ситуаций	не указали на наличие стрессовых ситуаций	указали на наличие стрессовых ситуаций	не указали на наличие стрессовых ситуаций
Гипертоническая болезнь	10,1	4,7	17,6	11,3
Ишемическая болезнь сердца	4,8	1,6	4,4	1,5
Цереброваскулярные болезни	5,5	2,1	9,4	6,1
Хронический бронхит	11,7	6,8	13,5	10,7
Бронхиальная астма	1,6	1,0	1,9	1,5
Сахарный диабет	1,6	1,6	1,5	0,9
Гастрит, дуоденит	18,4	7,3	26,9	22,3
Язвенная болезнь	13,1	8,8	6,1	4,6
Хронический холецистит	4,8	2,6	17,1	11,9
Гинекологические заболевания	—	—	28,4	22,3
Болезни прямой кишки	3,0	1,0	8,1	3,9
Остеохондроз	34,1	18,7	48,2	36,0
Невротические расстройства	6,0	1,1	7,3	4,0

Таким образом, резкая смена ценностных ориентаций, рассогласование представлений с реальной действительностью приводят не только к явно выраженному психологическому дискомфорту, но и на фоне его — к ускоренному развитию патологии.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВА И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Состояние здоровья населения во многом определяется социально-экономическим развитием общества. Снижение его уровня, как правило, отмечается в тех странах, где имеет место спад экономики, что в свою очередь отражается на качестве жизни широких масс населения, которое определяется уровнем дохода и созданием таких условий, которые вызывают у человека уверенность в своем положении, расширение свободы выбора.

При сравнении показателей здоровья и экономических показателей различных стран наблюдается, что самая высокая продолжительность жизни отмечается в странах с наиболее высоким доходом на душу населения. Россию по сравнению с другими странами отличала большая доля занятых в промышленности и меньшая в сфере услуг (табл. 5.1). При этом необходимо учитывать как экономическую, так и морально-психологическую стороны конкурентоспособности отечественной промышленности.

Таблица 5.1

Зависимость продолжительности жизни от особенностей
экономики государства*

Страна	ВВП на душу населения по ППС (\$)	Доля (%) занятых в:			Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет), 1990—1995 гг.	
		сельском хозяйстве	промышленности	сфере услуг	мужчины	женщины
США	22130	3	25	72	72,5	79,3
Швеция	17490	3	28	69	75,4	81,1
Япония	19390	7	34	59	76,4	82,5
Россия	6930	20	46	34	61,7	73,6
Мексика	7170	23	29	48	67,8	73,9
Турция	4840	47	20	33	64,5	68,6

* Tabacco and Health. WHO. 1996.

ВВП — валовой внутренний продукт, ППС — паритет покупательной способности

Что касается занятости в сфере услуг, это могло быть и следствием отечественного менталитета, так как по данным более ранних работ (Менделеев, 1912) прислуги и работников торговли в России было меньше по сравнению с США и в начале века (табл. 5.2).

Таблица 5.2

Особенности распределения населения по занятости
в России и США в начале века (%)*

Основное занятие	Относительное (%) количество	
	Россия, 1897 г.	США, 1900 г.
Деятели гражданские и профессиональные	3,3	4,8
Земледельцы, животноводы, рыболовы, лесоводы	60,8	35,9
Занятые горными промыслами	0,6	1,9
Занятые при перерабатывающих видах промышленности	16,6	22,2
Занятые в торговле и видах перевозки	7,4	16,4
Прислуга	11,3	18,8
Итого:	100,0	100,0

* Менделеев Д.И. К познанию России. СПб., 1912. С.122.

В 1996 г., по данным официальной статистики, в нашей стране зарегистрировано 24,7% населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума. По результатам нашего исследования, более 60% населения за последние годы ухудшили свои материальные условия жизни. Как показывают результаты опроса 1999 г. ситуация не улучшается.

Формирование здоровья будущего населения закладывается в современных условиях в связи с реально действующими общими факторами — снижение жизненного уровня, ухудшение реальных условий жизнеобеспечения, социальная нестабильность и стрессогенная обстановка, а также местными факторами — экологическое неблагополучие, проявляющееся в тех или иных масштабах, миграция, в том числе по политическим и этническим мотивам, нарушение сложившихся укладов жизни, включая питание, появление несвойственных ранее широким массам населения видов

деятельности (садовые участки, где практически не решены вопросы медицинского обеспечения, активизация индивидуальной торговли и т. п.). Менее актуальны такие факторы, как курение, двигательная активность, хотя высока доля курящих и низка (не более 10%) доля лиц, активно занимающихся физической культурой.

Особенно важно рассмотреть взаимосвязь различных характеристик здоровья в группах населения, отличающихся по уровню материального благосостояния. В целом население страны, по результатам опросов 1996 и 1999 гг., в значительной мере испытывало и испытывает ограничения в обеспечении основных жизненных позиций. Больше того, доля лиц, которые отмечали явно выраженные материальные проблемы, к 1999 г. возросла (табл. 5.3), что может быть связано и с последним кризисом 1998 г.

Таблица 5.3

**Материальное положение населения
в 1996—1999 гг. (%)**

Материальное положение	Все население	
	1996 г.	1999 г.
Денег вполне достаточно	7,4	5,8
Деньги расходуются в основном на продукты питания	53,0	42,6
Деньги приходится экономить и на продукты питания, и на приобретение вещей	37,0	42,3
Не хватает на организацию отдыха вне дома	21,6	21,5
Нет возможности навестить родных, знакомых в других городах	19,2	20,8
Нет возможности подписаться на газеты, журналы	23,3	21,2
Едва сводятся концы с концами	15,1	30,7

Материалы исследования показывают, что существенно ухудшилось материальное положение наименее обеспеченных слоев населения. В стратах населения с более высоким уровнем жизни ситуация ухудшилась в единичных случаях, а в большинстве слу-

чаев или улучшилась, или по крайней мере осталась на прежнем уровне (табл. 5.4). Как это кратко характеризуют западные ученые (Murrey, Lopez), «богатые богатеют».

Таблица 5.4

Распределение лиц (30—49 лет) с различным уровнем жизни по характеру изменения материального положения в течении последнего года (%)

Материальное положение	Самооценка уровня жизни		
	выше среднего и высокий	средний	ниже среднего и низкий
Улучшилось	52,4	19,6	3,7
Не изменилось	43,0	44,3	20,6
Ухудшилось	4,6	36,1	65,7
Итого:	100,0	100,0	100,0

По самооценке уровня жизни (1999 г.) население распределяется неравномерно: 70,1% оценивают свой уровень жизни как низкий; 26,5% — как средний и только 3% — как выше среднего и высокий. В этой последней группе населения несколько больше мужчин (39,5%), чем в группах с более низким уровнем жизни (33,1 и 24,5% соответственно), большая доля лиц, относящихся к молодому возрасту (до 30 лет), имеющих высшее образование; в группе с низким уровнем жизни — большая доля пожилых лиц, больше лиц без семьи (вдовых, разведенных).

Характеризуя свой уровень жизни, респонденты описывают материальное состояние и финансовые проблемы своей семьи, исходя из собственных представлений об обеспечении необходимых потребностей. 70% из тех, кто считает свой уровень жизни выше, чем средний (первая группа), могут позволить себе осуществить все свои жизненные потребности, ни в чем не отказывать себе и своей семье, остальные все-таки указывают на те или иные ограничения. Среди тех, кто рассматривает свой уровень жизни как средний (вторая группа, 26,5%), 40,8% расходуют свои средства в основном на продукты питания, а 36% должны экономить и на приобретение продуктов питания, и на приобретение вещей. Еще большая доля лиц испытывает ограничения среди тех, кто оценивает свой уровень жизни как ниже среднего и низкий (третья группа): 44,3% ответили, что в семье ощущается нужда и едва сводятся концы с концами; 81,2% покупают только дешевые продукты; 4,2% недоедают и даже голодают. Таким образом, эти

семьи испытывают серьезные экономические трудности даже по обеспечению основной потребности — питания. Еще большая дифференциация имеет место в разных социальных слоях по другим аспектам.

Что касается величины прожиточного минимума, лица с низким уровнем жизни ориентированы в этом отношении больше; его уровни знают около половины. Среди лиц с высоким жизненным уровнем таких 38%, и примерно 40% тех, кто никогда не задумывался над этим. Среди лиц с тяжелым материальным положением таких лишь 10%. Это, видимо, более пожилые и менее образованные люди. Среди лиц с высшим образованием знают уровень прожиточного минимума около 60%, а около 13% не задумывались о нем. Люди реально соотносят свои доходы и возможности с теми теоретическими расчетными параметрами, которые делают экономистами, специалистами по оценке уровня жизни.

Из тех, кто знает уровень прожиточного минимума, у абсолютного большинства (более 80%) лиц низкого социального слоя доход на одного члена семьи менее расчетного уровня жизни. Уровень доходов семьи связан с уровнем образования, но даже среди лиц с высшим образованием почти у половины он ниже прожиточного минимума (табл. 5.5). Сама эта ситуация вызывает серьезные экономические затруднения, а оценка соотношения своих доходов с уровнем прожиточного минимума — и психологические проблемы.

Таблица 5.5

Оценка среднего дохода относительно прожиточного минимума (%)

Образование	Доход		
	выше прожиточного минимума	примерно такой же	ниже прожиточного минимума
ПТУ без среднего образования	5,0	10,0	85,0
Среднее общее	10,5	20,1	69,4
Техникум со средним образованием	14,1	16,2	69,6
Высшее	24,4	28,7	46,8

Динамика материального положения семей с различным уровнем жизни существенно различается: почти половина из тех, кто оценил свой уровень жизни как высокий, улучшили, а 26,3% —

значительно улучшили свое материальное положение, в то время как у 76,5% лиц с низким уровнем жизни ухудшилось и резко ухудшилось материальное положение семьи. Расходятся и мнения этих лиц в отношении перспектив материального положения семьи: 35,5% ожидают улучшения, а 32% — ухудшения соответственно среди лиц с высоким и низким уровнем жизни. При этом удовлетворены своим материальным положением лишь 63,2% лиц, считающих свой уровень жизни высоким.

Резко отличаются и другие социально-психологические оценки: в большей мере удовлетворены работой люди с относительно высоким уровнем жизни (71%), но и среди лиц с низким уровнем жизни таких почти половина (47,4%), т. е. они выполняют любимую, интересную для них работу, но она не обеспечивает им приемлемых условий жизни. По-видимому, это еще один из факторов формирования психологического дискомфорта в этой среде.

68% лиц с высоким уровнем жизни и почти 40% — с низким удовлетворены своими жилищными условиями, но именно среди лиц среднего слоя больше тех, кто удовлетворен взаимоотношениями в семье (74%), отношениями с друзьями (76%); в других группах их около 60%.

В более благополучной по уровню жизни группе значительно выше доля тех, кто удовлетворен своей настоящей жизнью в целом (60%), и лишь 13% — не удовлетворены, в то время как в противоположной группе обратная ситуация; семьи среднего достатка находятся как бы посередине.

Таким образом, все стороны жизни и материального, и социально-психологического порядка значительно более благополучны среди более обеспеченных людей. Многие стороны жизни взаимосвязаны, материальные ограничения не позволяют не только реализовать жизненные планы в соответствии с личными интересами, но и просто поддерживать достойный образ жизни.

40% лиц отмечают резкое ухудшение материального положения за последний год. У 15% — проблемы с работой или учебой детей; они рассматривают эти изменения как стрессовую ситуацию. В этой группе больше других проблем, в основном связанных со здоровьем членов семьи — тяжелые болезни и потери близких (около 40% отмечают такие ситуации). Но в то же время, такие негативные психологические ситуации, как конфликты в семье, разводы, проблемы на работе, практически одинаково часто отмечают в семьях с разным уровнем жизни. Интересно, что и чувство одиночества испытывают представители разных групп

практически одинаково (8 и 11% в крайних группах). Но вот оценка перспектив своей жизни, будущего своей семьи существенно различается. Более 60% лиц с низким уровнем жизни постоянно тревожатся о дальнейшей судьбе, и среди них практически нет таких людей, которых оно не беспокоит. Более благополучные показатели отмечаются в группе с относительно высоким уровнем жизни.

Таким образом, при всем разнообразии отношений к перспективам своей семьи, все группы населения независимо от материального положения ощущают беспокойство по поводу своей дальнейшей судьбы, так называемую неуверенность в завтрашнем дне.

Анализ основных параметров здоровья в рамках социальной дифференциации населения был сделан по соответствующим параметрам самооценки уровня жизни и материального положения семьи активного трудоспособного возраста трех различных категорий населения: бедные, среднеобеспеченные и слои с высоким уровнем материального благосостояния. По этим группам получены распределения как субъективных оценок здоровья, так и показателей распространенности патологии. В основу дифференциации был положен принцип социальной самоидентификации по уровню жизни и материальному благосостоянию. Влияние возраста при изучении здоровья было элиминировано ограничением возрастного периода 30—49 лет. Прежде всего эти группы отличаются по своим ценностным ориентациям: среди обеспеченных лиц значительно выше расценивается не только здоровье, но и такие социально значимые параметры как работа, духовная жизнь и, что особенно важно, семья и дети (табл. 5.6)

Таблица 5.6

Особенности ценностных ориентаций в разных группах населения (%)

Жизненные ценности	Уровень материального благосостояния		
	низкий	средний	высокий
Здоровье	72,1	83,2	87,9
Дети	56,6	73,5	82,6
Семья	59,2	71,4	81,0
Работа	42,5	56,7	70,6
Материальный достаток	52,1	60,7	87,9

Именно обеспеченные граждане в значительно большей мере считают ценностью семью и детей, что должно учитываться при решении вопросов демографической политики.

Распределение субъективных оценок здоровья в однородных по возрасту группах в зависимости от самооценки материального положения семьи и уровня жизни обнаруживает явно выраженную дифференциацию. С улучшением социально-экономического статуса семьи резко возрастает доля лиц, оценивающих свое здоровье как хорошее (табл. 5.7) и снижается доля тех, кто оценил его как плохое.

Таблица 5.7

Особенности субъективных оценок здоровья (%)

Самооценка здоровья	Уровень материального благосостояния		
	низкий	средний	высокий
Отличное	0,7	1,9	5,2
Хорошее	10,5	22,6	60,3
Удовлетворительное	69,3	67,9	31,0
Плохое	16,6	7,0	3,5
Очень плохое	2,0	0,4	—

Более того, необходимо подчеркнуть, что показатель самооценки здоровья как хорошего (65,5%) в группе лиц с высоким уровнем материальной обеспеченности приближается к соответствующим данным, полученным для экономически развитых стран.

Таким образом, низкие самооценки здоровья, характерные для России, связаны с уровнем жизни широких масс населения.

В возрастной группе 30—49 лет, когда уже сформированы жизненные представления, среди обеспеченных слоев населения существенно больше тех, кто считает свою работу престижной (около 40%), и единицы тех, кто считает ее малопрестижной; среди лиц с низким уровнем жизни — это каждый третий. Если рассматривать эти оценки среди мужчин и женщин отдельно, то окажется, что престижность работы еще более важна для мужчин, а значительная часть женщин из семей с высоким уровнем жизни не работает (13% в целом и около 30% среди тех, кто оценил свой уровень жизни выше среднего).

По материалам нашего исследования, основная масса больных людей характеризуется низким уровнем жизни, поэтому очень важно рассмотрение вопросов медицинского обеспечения

населения, его достаточности, содержания и качества. Прежде всего, менее 18—20% лиц с низким и средним уровнем жизни обращается сразу же после появления первых симптомов в медицинские учреждения (в группе с более высоким уровнем жизни — таких около 40%, больше внимания уделяется здоровью, несмотря на достаточно высокие его оценки во всех слоях населения), т. е. основная масса больных все-таки откладывает обращение к врачу при появлении признаков болезни, использует свои способы; более 70% начинают лечиться самостоятельно и только в случае утяжеления состояния, появления серьезных симптомов обращаются за медицинской помощью. Распределение других обращений не связано с социальным статусом — около 30% обращаются к стоматологу, 4—5% вызывают скорую помощь.

50–60% (среди лиц с относительно (по самооценке) высоким жизненным уровнем 47,4%) обращаются в поликлинику по месту жительства. Естественно, что большая доля из группы обеспеченных больных (около 20%) обращаются к частнопрактикующим специалистам, народным целителям, гомеопатам, знахарям и т. д. Необходимо отметить, что доля обращающихся за медицинской помощью в негосударственные учреждения растет — с 5—6% в 1997 г. до 8—9% в среднем в 1999 г.; даже среди малообеспеченных лиц с низким уровнем жизни эта доля 6% и более.

Основное различие в характеристиках оказания медицинской помощи разным группам населения, отличающимся по уровню жизни, — это уровень госпитализации, составляющий 14—15% для лиц, недостаточно обеспеченных в материальном плане и из бедных семей, и 5% для более обеспеченного населения (различия статистически значимы). Это может говорить о том, что даже при достаточно близких уровнях распространенности патологии в разных группах населения, их течение является более тяжелым в среде недостаточно обеспеченных в материальном плане контингентов. Не случайно с особенностями социального статуса, уровнем жизни связана частота обострений в течение года известных ранее хронических заболеваний (14,5; 21,2 и 33,7% у лиц с относительно высоким, средним и низким уровнем жизни соответственно), т. е. у каждого третьего человека с низким уровнем материального благосостояния каждый год имеют место обострения хронических заболеваний, а на каждого больного хроническим длительно протекающим заболеванием приходится 1,5 и более случаев обострений в год.

Платные медицинские услуги предлагаются пациентам независимо от их материального благосостояния (30—40% населения получают такие предложения). Некоторые больные доплачивают сами, без каких-либо условий или просьб со стороны медицинских работников; естественно, что таких больше среди более обеспеченных. Практически с половиной больных с низким уровнем материального достатка врачи обсуждают стоимость лекарств, определяя курс лечения; более обеспеченных это касается реже.

Лишь 3% основной массы больных могут купить необходимые лекарства за любую цену; более 60% должны выбирать доступные по цене лекарства; около 15%, понимая невозможность приобретения лекарств, отказываются от необходимого лечения. Очевидно, что последствиями таких решений будут утяжеление состояния, появление осложнений и другие неблагоприятные тенденции в развитии болезни. Что же касается платных услуг, которые предлагаются больным, а это — консультации специалистов (ими пользуются в среднем 10—11% населения, среди более обеспеченных 21%), платная операция (2—3% населения, для более обеспеченных 8%), обследование (платные медикаменты во время лечения в стационаре практически для 100% госпитализированных), реализовать эти предложения могут только обеспеченные люди; основной массе больных они абсолютно недоступны. Так отвечает более 50% населения; небольшая часть больных рассчитывает на помощь предприятия, фирм, или, во имя сохранения здоровья, около 40%, оплачивая услуги, ограничивает себя и членов семьи в питании, покупке необходимых вещей.

Необходимо учитывать невозможность применения платных услуг по обеспечению полноценного обследования и лечения для всех указанных категорий населения, включая тех, кто относится к достаточно обеспеченным в материальном плане. Что касается наиболее эффективных так называемых высокотехнологичных, дорогостоящих видов лечения, эти виды лечения доступны лишь единицам; не случайно их выполняется столь мало, что это не может повлиять на показатели здоровья населения.

По данным литературных источников, американские старики, застрахованные по программе Medicare в среднем тратят 2400\$ на медицинскую помощь в год (это около 19% среднего дохода пожилых). При этом на лекарства, кроме оплаченных Medicare, тратится 413\$ в год. Medicare расходует 5000\$ в год на одного застрахованного (Associated Press, 1999. Health SNN, 9.XII.99).

Очевидна необходимость использования определенного социального амортизатора, выделение определенных средств на поддержание обеспечения малообеспеченных слоев населения, введения определенных льготных категорий. Льготы на приобретение лекарств имеют 3—6% населения; примерно такое же количество людей из тех групп населения, к которым они могут иметь отношение, не знают о льготах; подавляющая же часть больных должна справляться со своими проблемами собственными силами. 2—4% населения (соответственно 5—7% больных) имеют льготы, но не могут ими воспользоваться. Это имеет прямое отношение к информированию населения, которое должно иметь ясное представление о своих правах и возможностях.

В настоящее время — время активного становления обязательного медицинского страхования при строгом отслеживании всех формальных сторон страхования — лишь 20—22% населения ознакомлены с перечнем медицинских услуг, которые им должны предоставляться бесплатно. Практически каждый третий—четвертый гражданин вообще не задумывается о своих правах в качестве застрахованного в системе ОМС, хотя подавляющее большинство населения застраховано и имеет страховой полис, а некоторые (до 10—15% в трудоспособном возрасте) — полис добровольного медицинского страхования.

Тем, кто обращался в медицинские учреждения, отсутствие страхового полиса приносило определенные проблемы; каждому третьему—четвертому больному при обращении в поликлинику без страхового полиса было отказано в медицинской помощи. На некоторых территориях в таких случаях требуется внести за посещение определенную плату. Из тех, кто оказался в подобной ситуации, большинству пришлось отложить визит к врачу; некоторые (более часто хорошо обеспеченные) обратились к частному врачу; значительная часть (17—24%) вообще отказались от посещения врача; 19—20% считают, что в результате получили стресс, способствовавший ухудшению ситуации со здоровьем.

Таким образом, очевидно, что строгое проведение организационной работы по страхованию населения, обеспечению контроля за правильностью оформления документации, в конечном счете определяющего направление денежных потоков, должно сочетаться с работой по просвещению населения, ознакомлению его с правами, а так же обеспечение этих прав. Тем более, как показывают материалы исследований, с одной стороны, эти права минимальны, а с другой — население скромно в своих запросах. Так, не бо-

лее 10% хотели бы сменить своего участкового врача, а большинство и не задумывались об этом. При всех проблемах и трудностях при отказе в лечении по формальным приоритетам (сначала полис — потом лечение) не более 10% обращались в фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) или страховую компанию за разрешением своих проблем.

Самооценка социального статуса и особенности здоровья

Основным фактором формирования здоровья населения является уровень социально-экономического положения страны, материального благосостояния широких масс населения. Важны и тенденции в изменении условий жизни конкретных групп населения, которые не только меняют материальные возможности, но и приводят к изменению психологического состояния людей — способствуют формированию либо оптимизма, либо психологического дискомфорта, даже психо-эмоционального стресса.

Как уже указывалось, в последние годы отмечаются явно выраженное социальное расслоение, ускоренная дифференциация населения по материальному состоянию. Продолжающуюся тенденцию к ухудшению материального положения за 1996 г. отмечают 62—66% населения; улучшение за этот год отметили в среднем около 3% семей (0,4—2,8%, по данным В. Мартыхина, И. Удаловой¹). Это важная социальная проблема, определяющая материальные возможности и психосоциальные условия, в которых развиваются дети и протекают возрастные биологические процессы взрослого населения.

Небольшая группа лиц, относящих себя к более высокому социальному слою общества, прежде всего должна быть рассмотрена с точки зрения выявления присущих ей черт, определяющих возможности успешной адаптации к меняющимся условиям жизни, новым правилам экономической деятельности, в психологическом плане — к восприятию, принятию новых ценностных ориентаций.

Что касается значительно большей по численности группы лиц, оказавшихся или оставшихся по социальному статусу ниже среднего уровня, здесь важно иметь представление о том, какие качественные характеристики населения не способствуют социально-

¹ Мартыхин В., Удалова И. Межэтническое общество — состояние, динамика, взаимодействие культур // Социологические исследования. 1997. № 8. С. 151—152.

му успеху, каким группам жизненно необходимы социальная поддержка и защита.

Социальная дифференциация коснулась всего взрослого населения, однако очевидно, что с точки зрения как возможности эффективных популяционных воздействий, так и перспектив особое внимание должно быть уделено активному трудоспособному возрасту.

Кто же те лица, которые относят себя к более высокому социальному слою? В молодом трудоспособном возрасте 20—39 лет, среди них больше людей с высшим образованием, наличием ученой степени. Однако разница здесь небольшая — 35,9% в высшем и 28% в низшем социальном слое. Эти группы лиц практически не отличаются по семейному положению. Среди лиц, относящих себя к высшему и к низшему социальным слоям, большая доля тех, у кого нет детей (33,7 и 20,3%), или имеющих по одному ребенку (41,3 и 33,7% соответственно).

Интересно, что молодые люди до 30 лет, относящие себя к высшему социальному слою, не более чем представители других слоев населения рассматривают в качестве основных жизненных ценностей работу (20; 25,5% в среднем и 16% в низшем слое). Работой они в основном (73,1%) довольны и не ощущают какого-либо беспокойства в этом отношении (60,7%); материальным положением удовлетворены немногим более половины (53%), а среди низкого социального слоя — лишь 4,1%. Деньги также выступают как ценность практически одинаково во всех слоях населения (47,4; 47 и 50%), что на уровне, а для лиц более низкого социального слоя даже выше, чем такая человеческая ценность, как дети (43,4; 45,3 и 37,3%).

Таким образом, при современном материальном положении значительной доли семей вряд ли можно ожидать увеличения рождаемости.

Вместе с тем в возрасте до 30 лет у лиц, относящихся к более высокому социальному слою, выявлялась меньшая ценность духовной жизни (18,4; 26,3 и 24,6%), что также характерно для лиц с низким уровнем образования (14,8% — у лиц с неполным средним, 20,8% — при среднем и 31,4% — у лиц с высшим образованием), и меньшая ценность здоровья по сравнению со сверстниками из других социальных слоев общества (60,5, 66,9 и 72,0% соответственно). При этом они ведут более здоровый, по современным представлениям, образ жизни, чаще заботятся о здоровье, имеют возможность рационально организовать свое питание, занимаются физической культурой (35,9% в высшем и 18,1% в

низшем слое), чаще имеют тренажеры дома (43,8 и 17,1%) и, конечно, материальные возможности позволяют им пользоваться услугами различных оздоровительных учреждений. Они реже курят (мужчины 46,9 и 64,4% соответственно), ежедневно употребляют мясо в пищу (56 и 37,2%), фрукты зимой (47,8 и 31,1%), регулярно имеют горячий завтрак (48,8 и 33,2%), у них хороший сон (67,4 и 38,4%).

Конституционально рассматриваемые группы также имеют свои особенности: среди мужчин подавляющее большинство (89,7%) имеют нормальную массу тела, практически нет лиц с недостаточной массой и только 10,3% с избыточной массой.

Среди мужчин в возрасте 29—30 лет, относящих себя к более низкому социальному слою, практически каждый четвертый имеет те или иные отклонения в физическом развитии как за счет недостатка (5,8%), так за счет избытка массы тела (18,9%). Распределение женщин, относящихся к разным социальным слоям, по категориям физического развития практически не отличается. Лица, относящие себя к выше среднего и высшему социальным слоям общества, имеют длину тела выше средней.

Таким образом, лица, относящие себя к высшему социальному слою, — это психологически контактные, физически гармонично развитые (мужчины), уверенные в своем будущем люди с более высоким уровнем образования, в 75% случаев либо не имеющие детей, либо воспитывающие одного ребенка. У них психологически комфортные взаимоотношения в семье (лишь в 2% семей напряженные семейные отношения, среди сверстников с низким социальным статусом — в 22,1%); они редко злоупотребляют алкоголем (5,7%, в противоположной группе — 35,4%), но относительно более часто употребляют алкоголь в выходные дни (40,6 и 31,5%), реже — в рабочие (15,6 и 26% соответственно). Это — более здоровые люди, имеющие достаточно высокую самооценку здоровья. Хронические заболевания у них встречаются реже. В тоже время распределение основных хронических болезней практически одинаково в различной социальной среде, но такая патология, как болезни органов пищеварения и особенно гипертоническая болезнь, связаны с социальным статусом и соответствующим материальным положением семьи.

Различные варианты анализа показывают, что именно гипертоническая болезнь возрастает в группе лиц, материальное положение которых ухудшилось; это особенно явно выражено у мужчин. Такие изменения характерны и для трудоспособных, и для пожилых возрастов (табл.5.8).

Таблица 5.8

Особенности распространенности патологии системы кровообращения в группах населения, отличающихся по материальному положению (%) (все возраста)

Заболевание	Оценка материального положения за последний год			
	улучшилось	не изменилось	ухудшилось	резко ухудшилось
Гипертоническая болезнь + ИБС	1,9	2,5	3,3	7,2
Гипертоническая болезнь	6,6	10,8	12,6	21,4
ИБС (без гипертонии)	3,3	2,1	3,6	2,7

У тех, чье материальное положение резко ухудшилось (их 5,5%), значительно возрастает частота гипертонической болезни (6,6 и 21,4% в неблагоприятной среде).

Лица, относящие себя к разным социальным слоям населения, в этом возрасте одинаково часто не обращаются за медицинской помощью (в 18% случаев), одинаково часто вызывают скорую помощь (4—4,5%). Однако больные, относящие себя к низшему социальному слою, чаще получают помощь в поликлиниках по месту жительства. В то же время близки уровни госпитализации: 10,3% среди лиц высшего социального слоя и 7,6% — среди лиц низшего социального слоя. При этом первые в 80% случаев госпитализируются в ведомственные больницы. Более часто они обращаются и в медицинские кооперативы и другие новые медицинские структуры, реже занимаются самолечением (70 и 84,3%), хотя у участкового терапевта в течение последнего года были около 40% лиц с разным социальным статусом.

При возникновении заболевания больше половины лиц (56,2%) из высшего социального слоя приобретают лекарства, назначенные врачом; практически одинакова часть людей из разных социальных слоев, не приобретающих лекарства в связи с несогласием с предписанием врача (4,2 и 3,7% соответственно) или отсутствием в аптеках (10,4 и 14,8%). Вместе с тем около половины лиц с низким социальным статусом (45,9%) не приобретают лекарства, так как не могут оплатить их стоимость. Так, лица с низким социальным статусом, страдающие гипертонической болезнью, в 60% случаев не могут приобрести лекарства в связи с дороговизной и, таким образом, остаются без лечения. Это, по-видимому, сказывается на утяжелении патологии, развитии ос-

ложнений и в конечном счете на смертности от болезней системы кровообращения населения трудоспособного возраста.

Различия в субъективных оценках здоровья у лиц с наличием патологии, по-видимому, связаны с тем, что среди представителей высшего социального слоя даже при наличии заболевания отклонения в жизнедеятельности в большей мере компенсированы, чем у их сверстников из противоположного социального слоя, так как медицинская активность этого контингента, в том числе возможности коррекции патологии у них существенно отличаются. Различия в уровнях и составе заболеваемости, а также большее число обострений подтверждены и материалами исследований 1999 г. (табл. 5.9); практически совпадают и количественные характеристики, что может рассматриваться как закономерное, проявление социального градиента.

Таблица 5.9

Особенности состояния здоровья лиц в возрасте 20-39 лет, относящих себя к различным слоям современного общества (%)

Показатели	Уровень материального благополучия			
	1996 г.		1999 г.	
	выше среднего и высокий	ниже среднего и низкий	выше среднего и высокий	ниже среднего и низкий
Субъективная оценка здоровья				
хорошее	55,4	17,2	75,8	20,6
удовлетворительное	42,4	69,7	19,3	65,3
плохое	2,2	13,1	4,8	13,0
Имеют хронические болезни, в том числе:				
гипертоническая болезнь	29,8	49,8	35,5	57,4
хронический бронхит	3,6	9,1	4,8	6,7
болезни органов пищеварения	6,0	9,0	4,8	9,1
Ограничения в жизнедеятельности в связи с состоянием здоровья в течение последних двух недель	14,5	20,1	11,3	22,9
	17,8	27,7	-	-

Таким образом, у лиц, оказавшихся в низших социальных слоях общества, — худший уровень здоровья и меньше возможностей для его улучшения. Составляя на год исследования 26% населения молодого трудоспособного возраста, они формируют более 30% больных хронической патологией, в том числе 42% больных гипертонической болезнью (40% среди больных мужчин и 43% женщин) и почти половину (47%) лиц с низкой субъективной оценкой здоровья.

Что здесь причина и что следствие? Физические данные и здоровье — причина жизненного успеха, так как людям со слабым здоровьем сложнее адаптироваться к новым условиям, они не имеют возможности улучшить или поддерживать прежний социальный статус? Или в результате жизненного успеха — больше шансов не заболеть, укрепить здоровье.

По материалам литературных источников, физические данные, в частности, высокий рост человека — один из ведущих факторов карьеры. По данным нашего исследования, мужчины, относящие себя к высоким социальным слоям населения, отличаются более высоким ростом (табл. 5.10).

Таблица 5.10

Особенности размеров тела лиц (20—39 лет) из различных слоев современного общества (1996 г.)

Размер тела	Мужчины		Женщины	
	высший и выше среднего социальный слой	низший и ниже среднего социальный слой	высший и выше среднего социальный слой	низший и ниже среднего социальный слой
Длина, см	179,2±1,3	175,3±0,8	162,7±1,2	163,4±0,7
Масса, кг	76,0±0,9	74,3±0,6	63,0±1,3	63,7±0,6

Несмотря на то, что мы рассматривали молодой возраст, это — уже взрослые люди, со сложившейся судьбой, сформировавшимися жизненными ценностями, активными возрастными процессами и развивающейся патологией. Эффект воздействия профилактических мероприятий на эти контингенты возможен, но, по-видимому, основное внимание должно быть уделено формированию здоровья в детском возрасте.

Социальное расслоение сказывается на процессах роста и развития, формировании здоровья с раннего возраста. Начиная с первого года жизни состояние детей в семьях, отличающихся по

социальному статусу, имеет явно выраженные особенности: достоверно более низкий уровень здоровья имеют дети из семей с низким социальным статусом (табл. 5.11), т. е также проявляется социальный градиент.

Таблица 5.11

Особенности состояния здоровья (по оценке матери) детей из разных слоев современного общества (%)

Оценка здоровья	Первый год жизни		Школьники	
	высший и выше среднего социальный слой	низший и ниже среднего социальный слой	высший и выше среднего социальный слой	низший и ниже среднего социальный слой
Отличное	23,8	8,4	15,2	3,2
Хорошее	50,5	38,4	54,3	28,0
Удовлетворительное	22,9	46,2	27,6	60,4
Плохое	2,8	7,0	2,9	8,4

25% детей воспитываются в бедных семьях, относящих себя к ниже среднего и низшему социальному слою; они имеют худшие показатели здоровья (табл. 5.12) и меньшие материальные возможности для его поддержания, лечения возникающих болезней. Лишь 20% родителей (около 80% в высшем социальном слое) полагают, что они могут купить необходимые для ребенка лекарства; каждая четвертая мать считает, что в случае болезни ребенка придется искать помощь у родственников или друзей; около 50% (16% — в высшем слое) полагают, что придется выбирать лекарственные препараты не по принципу эффективности, а доступные по цене; около 8% — что придется отказаться от лечения. Худшие показатели здоровья приводят к более высокой частоте госпитализации, которая составляет 7,9% у детей из семей с высоким и 13,8% у детей из семей с низким социальным статусом. В последних несколько ниже и доля детей, получивших все соответствующие возрасту прививки (по-видимому, больше отводов по состоянию здоровья). Эти семьи не только бедные. В них более часты (в 10 раз) семейные конфликты (2 и 22,1%), значительно реже соответственно доверительные отношения с ребенком, в несколько раз чаще (5,7 и 35,4% соответственно) злоупотребление алкоголем отца ребенка; в 20% случаев мать воспитывает ребенка одна, плохо организовано питание,

нет привычки к физическим упражнениям. По всем параметрам — это во многом неблагополучные семьи. Поскольку ухудшение материального положения населения продолжается (в 1996 г. об улучшении материального положения сообщили около 10%, а в 1997 г. — не более 3%), доля таких семей не только не имеет тенденции к снижению, но даже увеличивается, соответственно можно ожидать и ухудшения показателей здоровья детей.

Таблица 5.12

Особенности состояния здоровья детей в семьях, отличающихся по социальному статусу (1996 г.)

Характеристика здоровья	Социальный слой	
	высший и выше среднего	низший и ниже среднего
Страдают хронической патологией	19,2	42,1
В течение последнего года обнаружено хроническое заболевание	2,9	4,9
имело место обострение хронического заболевания	5,7	17,8
болели зубы	10,5	24,4
была госпитализация	7,9	13,8

Из отстающих по росту детей школьного возраста — 41,9% из низшего социального слоя, 6,9% — из высшего.

Необходимо признать и особенности умственного развития у детей, отличающихся по морфологическим характеристикам. В среднем, по оценкам матерей, 2—2,5% детей отстают от сверстников по умственному развитию и 12—14% опережают (21,3% в возрасте 5—6 лет). Опережение в умственном развитии матери отмечают прежде всего у детей, опережающих своих сверстников также по длине тела, более ускоренно развивающихся по сравнению со сверстниками, биологический возраст таких детей опережает паспортный (табл. 5.13). Среди школьников 10—14 лет это выражено как у мальчиков, так и у девочек: из опережающих по росту каждая третья опережает своих сверстниц по умственному развитию; отставание в умственном развитии отмечено у 9,1% детей 10-14 лет с низкой длиной тела, торможением развития.

Таблица 5.13

Особенности умственного развития детей (по оценке матерей) при различных вариантах физического развития (%)

Физическое развитие*	Умственное развитие			
	опережает	не отличается	отстает	не ответили
Нормальное	17,2	77,5	2,1	3,2
Повышенная масса	21,6	71,6	0,8	6,0
Сниженная масса	13,9	83,5	0,9	1,7
Высокая длина	25,9	70,2	0,9	2,9
Низкая длина	12,9	75,8	4,9	6,4
Всего	18,3	76,7	1,8	3,6

* Оценка проведена по межгрупповым стандартам.

Так как дети с отставанием по длине тела в 40% случаев происходят из семей с низким социальным статусом, среди этого контингента можно ожидать и большую распространенность задержки умственного развития.

Состояние здоровья, физического и умственного развития наряду с соответствующей ориентацией родителей определяют круг внешкольных интересов, разнонаправленного развития ребенка, а в конечном итоге — качество жизни будущего населения. В недавнем прошлом ориентация на внешкольное развитие была характерна для широких масс родителей, хотя в большей мере была свойственна детям служащих по сравнению с детьми рабочих. По нашим данным, доля детей в 1996 г., дополнительно занимающихся вне школы, была вдвое выше среди тех, кто воспитывается в лучших социальных условиях (табл. 5.14).

Таблица 5.14

Особенности внешкольных занятий детей, относящихся к разным социальным слоям населения (%)

Дополнительные занятия	Социальный слой	
	высший и выше среднего	ниже среднего и низкий
В музыкальной школе	25,7	11,5
В спортивной секции	31,4	18,6
В изостудии	9,5	4,6
Иностранные языки	25,8	5,7
В танцевальном кружке	16,2	7,2
Не занимается дополнительно	22,9	54,9

Задумываясь о будущем ребенка, родители прежде всего оценивают возможность получения им образования, причем здесь просматриваются особенности пожеланий родителей, относящихся к разным социальным слоям (табл. 5.15). Хотя оценки достаточно близки, но разные тенденции очевидны: представители бедных семей в большинстве своем думают о высшем образовании для своего ребенка, находящегося в настоящее время в дошкольном возрасте, когда оценки перспектив более оптимистичны, чем в более старшем, но уже каждый десятый думает только о среднем образовании.

Таблица 5.15

Распределение мнений матерей из разных в экономическом отношении семей о желаемом образовании ребенка (%)

Желаемое образование	Материальное положение семьи		
	бедная и малообеспеченная	среднего достатка	обеспеченная и богатая
Высшее	85,7	90,7	93,8
Среднее	10,2	7,1	3,8
Не важно	2,1	0,9	1,3

При этом еще больше отличаются оценки родителей в отношении возможностей получения желаемого образования (табл. 5.16). Позицию, что образование неважно, лишь бы мог себя обеспечить, занимают немногие из родителей, также небольшая часть родителей сомневается в способностях своего ребенка — 3—4% (практически это совпадает с долей тяжело больных и отстающих в развитии детей). Основная же часть родителей, а среди менее обеспеченных подавляющее большинство (73%), задумываясь о судьбе своего ребенка, опасаются, того, что отсутствие материальных возможностей семьи не позволит обеспечить ребенку желаемого уровня образования.

Таблица 5.16

Распределение мнений родителей из разных в экономическом отношении семей по поводу ограничений в получении образования (%)

Виды ограничений для получения образования	Материальное положение семьи		
	бедная и малообеспеченная	среднего достатка	обеспеченная и богатая
Состояние здоровья	1,5	0,8	1,2
Способности ребенка	2,6	3,7	3,7
Возможность оплатить получение необходимого образования	72,6	50,7	22,5

Конечно, среди обеспеченных лиц эта доля существенно ниже, но и в этой группе населения каждый пятый выражает тревогу по поводу возможных материальных проблем в связи с получением их ребенком желаемого образования. В среднем социальном слое более половины родителей (55,6%) сомневаются, что в настоящих условиях ребенок сможет получить желаемое образование.

Опрос родителей 10—12-летних школьников г. Москвы (690 чел.) показал, что уже в школьном возрасте не только здоровье, но и успеваемость в школе связаны с социально-экономическим статусом семьи: хорошо и отлично успевающих в бедных и малообеспеченных семьях 40,6%, в обеспеченных и богатых около 70% (69,1%), а не успевающие дети в основном (в 70% случаев) воспитывались в бедных и малообеспеченных семьях.

Со снижением статуса семьи резко снижается доля детей, имеющих дополнительные занятия (музыка, иностранные языки): в малообеспеченных семьях около половины не имеют каких-либо дополнительных занятий. Отсутствие дополнительных занятий у ребенка родители в 14% случаев из бедных и малообеспеченных семей, в 10% — из обеспеченных и богатых объясняли состоянием здоровья ребенка, в 53% случаев считали, что это связано именно с недостатком средств в семье для оплаты этих занятий.

Таким образом, установленный социальный градиент в формировании здоровья детей, определяя современные его особенности, фактически закладывает и предопределяет тенденции здоровья и качества жизни будущего населения страны, реализации этим контингентом социальных и биологических функций, предопределяющих жизнь и здоровье будущих поколений. Эти данные, вскрывая фундаментальные биосоциальные закономерности формирования здоровья населения, прямо указывают на необходимость и неотложность решения в обществе социальных проблем, касающихся жизнеобеспечения детей, включения этих позиций в стратегические документы по развитию страны и строгого отслеживания на всех уровнях их практической реализации.

Дифференциация контингента детей по категориям физического развития — это отражение прежде всего биологического разнообразия популяции, проявляющегося в различных социальных условиях, и, по-видимому, являющегося свойством, обеспечива-

ющем реализацию специфических, в том числе социальных ролей.

Вместе с тем, если конституциональные особенности в значительной мере predetermined биологически и будут проявляться при любых условиях, то темпы роста и развития (табл. 5.17), ускорение или торможение возрастных процессов связаны с социальным статусом семьи, где воспитывается ребенок, возможности которой либо позволяют развить полностью, либо подавляют реализацию генетических задатков. Обеспечение условий для формирования возрастных процессов является не только семейной, но и важнейшей общественной задачей.

Таблица 5.17

Расчет частоты отставания детей 10-14 лет по длине и массе тела в связи с прогностическими оценками изменения социального состава населения (%)

Доля семей с низким социальным статусом	Доля детей с отставанием	
	по длине тела	по массе тела
10	3,8	6,4
20	7,6	12,8
30	11,4	19,3
40	15,3	25,6
50	19,0	32,1
65	24,8	41,8
100	38,3	64,2

Конечно, расчет — упрощенный, но тем не менее установленные связи позволяют утверждать, что если подавляющее большинство населения окажется в состоянии бедности, то 40% будут отставать по длине тела и более 60% иметь сниженную массу тела, а это повлечет за собой качественные изменения других характеристик здоровья и развития детей. Увеличение доли таких семей до 50% (сегодня каждая четвертая семья) приведет к торможению роста у каждого пятого ребенка (19%).

С учетом продолжающегося ухудшения материального положения больших масс населения нет возможности предполагать, что общепопуляционные характеристики будут улучшаться, так как часть населения, улучшившая свои материальные условия и обеспечивающая полноценные условия детям, мала.

Несмотря на все трудности данного периода, общество должно обеспечить возможность нормального роста и развития

детей и до появления негативных сдвигов найти для этого средства за счет любых других статей расходов. Поэтому физическое развитие детей выступает в настоящее время как один из ведущих критериев здоровья, доступных для измерения, оценки и интерпретации, и требует регулярного отслеживания его тенденций. Для этого необходимо соответствующее материально-техническое оснащение, обеспечение методическими пособиями детских дошкольных учреждений, школ, медицинских учреждений и нацеленность на проведение этой работы персонала. Требуется и регулярное отражение показателей роста и развития детей в ежегодных отчетах, докладах о здоровье населения, в том числе в разрезе различных социальных групп населения.

Особенности субъективных оценок здоровья и качества жизни инвалидов

В составе взрослого населения, охваченного пробной переписью населения инвалиды составляли около 10% (9,8%); основную долю составляли инвалиды II группы — 7,2%; III группы — 1,6%; I группы — 0,9%; инвалиды с детства — 0,1%. По возрастному составу как среди мужчин, так и среди женщин преобладают пожилые люди: мужчины в возрасте 60 лет и старше — 62,7%, женщины — 54,9% старше 60 лет и 21,1% в возрасте 50—59 лет. 13,5% мужчин и 6% женщин продолжают работать, остальные не работают. Контингент инвалидов наиболее отягощен патологией по сравнению с остальным населением соответствующего возраста. Лишь единицы указали на отсутствие какого-либо хронического заболевания. Основная масса лиц имеет одно или несколько хронических заболеваний, значительно ограничивающих их жизнедеятельность.

Распределение субъективных оценок здоровья у инвалидов существенно отличаются от самооценок, характерных для населения в целом, естественно, что большинство из них (55,6% мужчин и 71,8% женщин) оценивают свое состояние здоровья как плохое и очень плохое, причем доля лиц, оценивающих свое здоровье как очень плохое, значительна и составляет 13—16% среди контингента инвалидов. Среди населения в целом очень плохим свое здоровье считают даже в возрасте старше 60 лет около 6% населения (табл. 5.18).

Таблица 5.18

Особенности здоровья в разных группах населения (%)

Самооценка здоровья	Инвалиды		Население	
	мужчины	женщины	всего	в том числе в возрасте 60 лет и старше
Очень хорошее	—	—	1,5	0,3
Хорошее	2,5	2,8	15,1	2,4
Удовлетворительное	40,3	24,6	59,4	50,0
Плохое	41,3	55,6	20,6	40,0
Очень плохое	14,3	16,2	2,8	6,3
Не ответили	1,6	0,8	0,6	1,0

Низкие субъективные оценки контингента инвалидов понятны, так как это наиболее отягощенная различными видами заболеваний группа. Однако 40% мужчин инвалидов и около 30% женщин расценивают свое состояние здоровья как удовлетворительное, а в единичных случаях — и как хорошее. Это может быть следствием адаптации к состояниям, например, морфологических дефектов (потери конечностей), либо удовлетворительной компенсации функций при хронических заболеваниях. Этот контингент, ощущая достаточный уровень физического здоровья, конечно, должен быть социально поддержан в плане обеспечения коррекции имеющихся дефектов и реализации жизненной программы. Должны быть обеспечены не требующие больших затрат устройства для компенсации функции (слуховые аппараты, средства передвижения) и другие возможности, позволяющие включение инвалидов в культурную, общественную, в том числе профессиональную, даже спортивную жизнь. При решении любых вопросов общество должно учитывать, что в составе населения имеются лица, ограниченные в некоторых функциях, но полноценные во всех других аспектах жизни, и оно ответственно за обеспечение определенного стандарта качества жизни этому контингенту населения.

Определение путей обеспечения качества жизни лицам, имеющим инвалидность, требует знания конкретных особенностей и реальных проблем этих людей. Состав патологии, которой страдает контингент инвалидов за исключением специфических нарушений близок к соответствующему спектру патологических состояний, характерных для населения в возрасте 60 лет и старше (табл. 5.19)

Таблица 5.19

Особенности распространенности патологии в различных группах населения (%)

Заболевание	Инвалиды		Население	
	мужчины	женщины	всего	в том числе в возрасте 60 лет и старше
Сахарный диабет	8,0	16,5	3,2	7,6
Гипертоническая болезнь	37,4	52,5	21,7	40,9
ИБС	35,3	43,2	12,5	27,6
Хронический бронхит	15,0	13,0	8,5	10,6
Бронхиальная астма	5,3	7,0	2,3	4,5
Болезни органов пищеварения	28,3	31,2	35,3	30,7
Болезни почек и мочевыводящих путей	12,8	26,6	14,4	18,3

Однако сравнительная оценка распространенности основных патологических состояний у населения, в том числе в возрасте 60 лет и старше, и у контингента инвалидов показывает, что как у мужчин, так и у женщин-инвалидов отмечается более высокая частота распространенности ишемической болезни сердца, сахарного диабета, а также болезней почек у женщин. Распространенность остальных изученных в ходе исследования заболеваний находится практически на том же уровне, что и среди населения.

Можно предположить более тяжелое клиническое течение заболеваний у лиц, отнесенных к контингенту инвалидов, а также сочетания различных видов патологии, что отягощает их общее состояние, и вызывает явно выраженные ограничения жизнедеятельности. Однако следует иметь в виду и современные особенности юридической стороны вопроса, — наличие льгот, пособий и т. п., что также может способствовать расширению контингента инвалидов в старших возрастных группах.

Лица, имеющие инвалидность, естественно, требуют особого внимания медицинских работников в связи с состоянием здоровья, необходимостью оказания медицинской помощи, курации патологических процессов, осуществления социального патронажа, проведения современных реабилитационных мероприятий, направленных на поддержание уровня здоровья, а в ряде случаев — и его улучшения. Особую важность в современных условиях приобретают частота и содержание контактов контин-

гента инвалидов с различными медицинскими учреждениями (табл. 5.20), а также объем и содержание проводимой социальной работы в соответствии с реальными потребностями этой группы населения.

Таблица 5.20

Доля инвалидов, обратившихся за медицинской помощью в течение 1996 г. (%)

Место обращения	Инвалиды		Все население
	мужчины	женщины	
Поликлиника (амбулатория, диспансер)	80,6	83,1	64,8
Частнопрактикующий врач	1,6	1,4	1,7
Платные медицинские учреждения	0,5	2,1	3,6
Народные целители	3,7	2,8	2,6
Стоматологическая поликлиника	18,3	23,9	23,1
Лежал(а) в больнице	42,4	39,4	16,0
Вызывал(а) скорую помощь	24,1	31,7	9,9

Сравнительная оценка распределения контактов населения и инвалидов с различными медицинскими учреждениями показывает, что подавляющее большинство инвалидов (более 80%) контактирует ежегодно с амбулаторно-поликлиническими учреждениями; они персонально известны наблюдающим их в течение нескольких лет врачам. Массовым медицинским учреждениям известны реальные, связанные со здоровьем, проблемы этого контингента.

При оценке проблем медицинского обеспечения инвалидов необходимо иметь также в виду, что более 40% из них ежегодно госпитализируется в стационары и нужно иметь полное представление о показаниях к госпитализации, которая может быть связана и с социальными проблемами этих пациентов. Особо следует рассмотреть вопросы обеспечения скорой и неотложной помощи этому контингенту: каждая третья женщина и каждый четвертый мужчина-инвалид в течение года как минимум один раз вызывает скорую помощь.

Если рассматривать приведенные характеристики в разрезе конкретных заболеваний, то доля лиц, испытывающих необходимость в срочном разрешении связанных со здоровьем проблем, оказывается еще выше. По-видимому, здесь должны быть рассмотрены во взаимосвязи деятельность массовой амбулаторно-поликлинической

сети и скорой помощи. В современных условиях и группы инвалидов коснулись проблемы необходимости оплаты медицинских услуг (табл. 5.21), которые они раньше получали бесплатно. На это указывает 50% мужчин и женщин.

Таблица 5.21

Доля инвалидов, которым были предложены платные услуги, оказывавшиеся им раньше бесплатно (%)

Услуги	Мужчины	Женщины
Консультация специалистов	10,6	7,7
Обследование	7,1	10,5
Стационарная помощь	5,5	4,9
Приобретение лекарств во время пребывания в больнице	25,4	26,1
Операция	4,5	4,2
Донор	-	0,7

Необходимо полное представление о том, что лиц с явно выраженными ограничениями здоровья, требующих специальной общественной заботы, социальной поддержки, тем более материальной помощи, не так и много, и обеспечение гуманного подхода к этому контингенту вплоть до полного удовлетворения их потребностей и жизнеустройства вполне по силам нашему обществу даже в это сложное время. Основной массе детей (85%) не требуется никаких корригирующих устройств, а если исключить нуждающихся в очках, то немногим более 2% детей нуждаются в протезах конечностей, инвалидных колясках и других устройствах.

Например, простой расчет показывает, чтобы обеспечить потребность всех детей по стране надо менее 100 тыс. колясок для детей, воспитывающихся в семьях, около 100—150 тыс. слуховых аппаратов и еще меньше протезов конечностей. Это не требует ни больших производственных мощностей, ни больших средств; просто нужна хорошая организационная работа. Среди взрослых, доля лиц, которым не требуется каких-либо корригирующих и заменяющих средств, естественно, значительно ниже (50,7%); в основном это такие устройства, как очки, зубные протезы, слуховые аппараты, т. е. потребности, которые в большинстве случаев могут быть разрешены самими нуждающимися.

Проблемы обеспечения такими устройствами, как инвалидные коляски, протезы конечностей и другие, имеются менее чем у 3% взрослых-инвалидов (табл. 5.22). В 1994 г. на учете на получение

транспортных средств (кресел, колясок) для передвижения по комнате и прогулок находилось очень небольшое количество инвалидов — менее 10 тыс. человек.

Таблица 5.22

Доля лиц, нуждающихся в приобретении различных видов корректирующих устройств в разных группах населения (%)

Группа населения	Виды корректирующих устройств							
	очки	слуховые аппараты	зубные протезы	трости	костыли	инвалидные коляски	протезы конечностей	другие устройства
Инвалиды в том числе:	2,9	9,6	30,0	9,0	2,1	3,0	1,5	4,5
I группы	31,2	9,4	21,8	18,7	3,1	3,1	-	9,4
II группы	43,7	11,0	33,4	8,2	2,0	3,3	1,6	3,7
III группы	46,4	3,6	30,4	7,1	1,8	1,8	1,8	5,3
Прочее население	32,6	3,0	20,9	1,2	0,2	0,2	-	0,7
Всего	33,8	3,7	22,2	2,1	0,4	0,4	0,2	1,0

4,4% инвалидов (в основном — 78,7% — это лица старше 60 лет) нуждаются в уходе днем и ночью; 7,5% — в помощи в приготовлении еды и в стирке; считанные единицы заявили о необходимости устройства в дом-интернат. Таким образом, решение проблем наиболее отягощенного отклонениями в здоровье контингента населения вполне под силу нашему обществу, несмотря на современные экономические трудности. Более того, необходимо отметить, что контингенту инвалидов свойственна активность в отношении поддержания собственного здоровья. 70% и более лиц считают здоровье высшей жизненной ценностью, материальный же недостаток — менее 40% (36,4%). 20% мужчин и 18% женщин начали в последнее время более активно заботиться о своем здоровье, а около 13% хотели бы это сделать, но им нужны определенные рекомендации, которые могут определить, исходя из оценки состояния здоровья конкретного человека, наблюдающие их медицинские работники.

Лишь 5% мужчин и только 2% женщин считают, что о здоровье нет необходимости заботиться. При этом каждый пятый мужчина и практически каждая третья женщина еще не определились, и соответственно, медицинские работники могут повлиять на формирование их позиции. В настоящее время лица, имею-

щие инвалидность, так же, как и население в целом, не следят за управляемыми параметрами своего здоровья: 25—30% не знают массы своего тела и своего роста, около 35% женщин и 45—46% мужчин (т. е. около половины) не знает своего артериального давления, не говоря уже о более сложных параметрах, таких, как сахар крови, уровень холестерина и т. п. Значительная часть инвалидов (26% среди мужчин и 37% среди женщин) недосыпают, спят менее 6 часов в сутки, жалуются на плохое засыпание, частые пробуждения и другие нарушения сна; 30% мужчин и лишь 19% женщин удовлетворены качеством своего сна. 44,9% инвалидов-мужчин продолжают курить, каждый третий регулярно — в среднем по 14—15 сигарет в день, 12,2% бросили курить (среди женщин-инвалидов курят 2,1%).

Особым вопросом поддержания здоровья у контингента инвалидов является обеспечение нормального, соответствующего возрасту и состоянию здоровья питания. Менее 10% инвалидов отмечают, что питание у них организовано хорошо; в то же время до 30% жалуются на плохое питание, а 2,6% мужчин и 5% женщин указывают на то, что они голодают. Казалось бы, эта небольшая часть рассматриваемого контингента людей и может свидетельствовать об определенном уровне социальной справедливости. В то же время, именно небольшие размеры этой группы лиц с наибольшими трудностями в материальном положении должны быть приняты во внимание для немедленного разрешения проблем с точки зрения определения размера пособия, достаточного для обеспечения прожиточного минимума, первостепенной потребности человека — питания. Контингент, которому остро необходима помощь в организации питания, также невелик (и с точки зрения социальной помощи в организации этого вопроса); менее 10% указывают на необходимость доставки продуктов на дом. Менее 10% лиц нуждается в уходе днем и ночью, но в большинстве случаев это осуществляют родственники. Более того, менталитет нашего населения делает нежелательной ориентацию на общественные организации, осуществляющие полностью уход и опеку: ни один мужчина не указал, что он нуждается в помещении в дом-интернат; среди женщин — лишь 1,5%. Более популярны новые структуры, такие как центры дневного социального обслуживания пенсионеров, позволяющие сохранять индивидуальность и самостоятельность человека: на необходимость устройства в них указали 5% мужчин и 2,5% женщин.

Приведенные показатели ориентируют в небольших масштабах потребностей в реальной, жизненно необходимой поддержке контингента инвалидов, которая, вне всякого сомнения, должна и может быть оказана этим людям. Как указывалось выше, они известны и медицинской сети, и органам социального патронажа, а небольшие их объемы говорят о реальности финансовой поддержки. Для реализации этих задач в перспективе необходимы только продуманные решения в области социальной политики.

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Система здравоохранения как фактор формирования здоровья

Здравоохранение является важнейшим фактором формирования здоровья населения, одним из институтов безопасности нации и должно быть высшим национальным приоритетом (Шевченко, 2000).

Состояние и развитие системы здравоохранения определяют три основные позиции:

- объективно существующими закономерностями формирования здоровья населения, реальными тенденциями;
- уровнем представлений о путях развития и коррекции медицинскими мерами основных недугов человека;
- возможностями общества, интеллектуальными и в основном экономическими, для выработки (или восприятия) и внедрения современных технологий ведения больных, управления здоровьем, исходя из действующих приоритетов.

В каждый момент или период времени эти положения существуют и взаимодействуют, вместе с тем каждое имеет закономерности собственного развития и собственные тенденции, которые практически до последнего времени в стране были достаточно автономными. Очевидно, что в идеале любой проблеме состояния здоровья населения должен соответствовать (и развиваться) сектор в обеспечивающей ее коррекцию системе здравоохранения.

Как уже указывалось, основной общественной проблемой, в разрешении которой значимую роль может сыграть система здравоохранения за счет повышения качества и доступности медицинской помощи, являются высокие показатели смертности населения. Вместе с тем, в настоящее время распространены суждения о незначительном влиянии медицины на здоровье населения. Это утверждение повторяется неоднократно как в науч-

ной литературе, так и в средствах массовой информации, однако в отношении большинства показателей здоровья оно не является строго доказанным.

Для более определенных оценок необходимо строгое разграничение характеристик здоровья, полное представление о том, по каким параметрам здоровья выносятся суждения о влиянии системы здравоохранения — физическое развитие, заболеваемость или смертность населения.

Показатели физического развития биологически и социально детерминированы. Коррекция медицинскими мерами отклонений в физическом развитии не имеет значительных масштабов, хотя в индивидуальных случаях вполне реально влияние медицины на соматическое развитие.

По данным опроса врачей-педиатров, генетически детерминированным и практически не регулируемым рост ребенка считают 58,9% врачей; 20,5% отмечают, что задержка роста имеет место при худших условиях жизни и силами медицины это не может быть изменено; остальные врачи просто указали, что не имеют возможности влиять на этот процесс.

Этиология формирования заболеваемости населения лежит в основном за пределами системы здравоохранения. Здравоохранение может внести реальный вклад в позитивные сдвиги показателей заболеваемости населения путем полноценной реализации так называемой вторичной профилактики заболеваний (оказание высококачественной медицинской помощи при возникновении заболеваний и обращениях, обеспечение полной экспертизы состояния здоровья при любых контактах с населением — выявление ранних стадий заболеваний). Отражение эффекта может быть прослежено в статистических показателях и выразится в снижении уровня взаимосвязанных заболеваний (например, снизится вероятность возникновения ИБС при адекватной коррекции гипертонической болезни), переходе острых форм заболеваний в хронические (острые бронхиты, пневмонии — хронические неспецифические болезни легких), уменьшении частоты осложнений заболеваний и т. д. Важны и обучающие, и реабилитационные меры для преодоления развития патологического процесса.

Что же касается смертности, современная медицина может справиться со многими возникшими заболеваниями, предотвращать их, отодвигая смерть. Интенсивная терапия и технические процедуры могут отодвинуть смерть на дни, месяцы и даже годы. Вопрос лишь в том, что современные, включая высокотехнологичные, методы коррекции патологии должны стать доступными

массовой медицинской практике для спасения жизни рядовых граждан страны, а не только ограниченному числу людей. Более того, по данным ряда зарубежных исследований уровни смертности населения от ряда заболеваний могут служить критерием оценки эффективности деятельности системы здравоохранения, так как здравоохранение призвано или предупредить возникновение и развитие патологических процессов, или излечить их, не допуская смерти.

Таким образом, вопрос о влиянии системы здравоохранения на здоровье населения, особенно на смертность, чрезвычайно актуален, тем более, что большинство населения продолжает активно контактировать с ее различными структурами, хотя среди взрослых можно отметить тенденцию к снижению контактов. Важен и учет мнения медицинских работников, врачей, организаторов здравоохранения о современных возможностях в отношении профилактики медицинскими мерами и коррекции возникающей патологии, так как именно они как принимают так и реализуют решения в области медицинского обеспечения.

По данным опроса врачей в 1996 г., высокие уровни смертности населения связаны с рядом факторов, но среди них (табл. 6.1) немалую долю занимают проблемы адекватного медицинского обеспечения населения (недостатки в организации медицинского обслуживания, отсутствие материальных средств для оплаты необходимого курса лечения).

Таблица 6.1

Мнение врачей о причинах высоких уровней смертности в России

Причина высокого уровня смертности	%
Позднее обращение населения за медицинской помощью	42,2
Пренебрежение населения к состоянию своего здоровья	45,3
Стремление больных к ускоренному выходу на работу и недолечивание	17,3
Рост алкоголизации	67,1
Безработица и другие социальные проблемы	30,2
Недостатки в организации медицинского обслуживания населения	22,5
Отсутствие материальных возможностей для оплаты необходимого курса лечения	44,4

Для выяснения причин высокой смертности населения, в том числе от заболеваний в детстве и в активном трудоспособном возрасте, в стране должны быть сопоставлены как этиологические элементы формирования патологии (социальные условия, элементы образа жизни и т. п.)¹¹, так и методы воздействия, профилактики, лечения возникших заболеваний в рамках системы здравоохранения.

20% руководителей (опрошено 170 руководителей здравоохранения) затруднились в ответе на вопрос об оценке роли системы здравоохранения в формировании состояния здоровья населения своего региона. Среди тех, кто считает себя ориентированным в этой проблеме, около 60%, фактически выражая пассивную позицию, полагают, соглашаясь с распространенным мнением, что уровни смертности как показатели состояния здоровья населения зависят от деятельности системы здравоохранения не более чем на 8—10%. Согласно второй распространенной точке зрения, эта небольшая доля влияния обусловлена качеством деятельности современной системы здравоохранения, где в настоящее время не применяются современные технологии ведения больных, что прежде всего связано с отсутствием достаточных средств.

20% руководителей различных звеньев здравоохранения полагают, что деятельность системы здравоохранения практически определяет уровни смертности, так как исход болезни главным образом зависит от уровня диагностики и качества проводимого лечения. Таким образом, обе последние точки зрения фактически сближаются, указывая с разных позиций на важную роль медицины в коррекции возникающих патологических состояний. Доля руководителей здравоохранения, стоящих на такой позиции — около 40% (36,5%).

Среди врачей, непосредственно работающих с больными в поликлиниках, больницах, клинических учреждениях, около половины полагают, что уровни смертности населения определяются условиями жизни. Эти оценки строятся на реальном опыте, когда даже при правильной тактике лечения, выбранной врачом, ее невозможно реализовать на практике, так как нет возможности предоставить или оплатить больному необхо-

¹¹ По некоторым данным распространенность известных факторов риска (например, курение) у нашего населения не выше, чем в некоторых других странах, например, в Японии.

димое лечение. При этом каждый пятый врач (21,2%) считает, что даже в этой ситуации от квалификации, знаний врача зависит как выбор тактики ведения, так и выбор средств для коррекции состояния и спасения больного даже из имеющихся ресурсов.

Специалисты клинических учреждений с более высокой квалификацией более часто, чем врачи поликлиник, считают, что действия врача определяют исход болезни, т. е. влияют на предупреждение смертности (табл. 6.2).

Таблица 6.2

Особенности оценок врачей разных специальностей о факторах, определяющих исходы (в том числе смертельные) болезней (%)

Место работы врача	Исход болезни зависит		
	от условий жизни, в том числе материальных	от организма больного	от деятельности врача
Поликлиника	80,2	5,5	14,3
Больница	68,8	4,5	26,7
Клиника	49,5	6,7	43,8

Таким образом, чем выше квалификация врача, тем большую роль он отводит медицинской деятельности в формировании исхода болезни. Более того, неизбежные, непредотвратимые случаи смерти и другие негативные исходы, связанные с организмом больного, все группы врачей единодушно отметили лишь в 4-6% случаев. Можно предположить, что сверхсмертность нашего населения от заболеваний (кроме онкологии), во всяком случае в молодых трудоспособных возрастах, прежде всего связана с адекватностью медицинской помощи широким массам населения в сфере здравоохранения. В этих случаях медицина (не умаляя значимости других причин) — ведущий фактор, по нашему мнению на 80—90% определяющий исход заболевания и соответственно уровни смертности.

Материальные проблемы важны, они ограничивают возможности обеспечения надлежащего лечебного процесса не только рядовых больниц, но и клинических учреждений (табл. 6.3)

Таблица 6.3

Проблемы обеспечения лечебного процесса,
по мнению врачей, 1999 г. (%)

Проблема	Больница	Клиника
Необходимость приносить больным		
постельное белье	41,1	26,7
перевязочный материал	42,8	26,7
шприцы	76,5	80,0
лекарства	87,7	100,0
Трудности в получении необходимых препаратов		
белковых	82,1	64,3
гормональных	63,3	73,3
антибиотиков	58,4	81,3
психотропных	57,1	75,0

Таким образом, можно заключить, что не медицина, а ее бедственное материальное положение, несмотря на уровень квалификации врачей, определяет современный вклад в показатели смертности населения, и это должно быть осознано на самых высоких уровнях.

Качество медицинской помощи — это прежде всего адекватность профилактических (в рамках отрасли) и лечебно-диагностических мероприятий в массовой практике современным представлениям и достижениям в мире. При этом население не только должно иметь возможность своевременно вступить в контакт с медицинской службой по поводу возникших проблем в здоровье, но и иметь возможности, в том числе материальные, выполнить назначенные врачом рекомендации.

Как уже указывалось, контакты населения (табл. 6.4) и больных (табл. 6.5) с учреждениями здравоохранения поддерживаются. По данным А.М. Меркова (1962), в середине 1950-х годов ежегодно обращались за медицинской помощью 81,1% населения.

Таблица 6.4

Доля лиц, обратившихся в течение года за различными
видами медицинской помощи (%)

Место обращения	1997 г.		1999 г.	
	дети	взрослые	дети (дошкольники г. Москвы)	взрослые
Поликлиника, амбулатория, диспансер	71,3	64,8	80,9	58,7
Частнопрактикующие врачи, платные медицинские учреждения	3,8	5,3	10,3	4,1
Народным целители	4,1	2,6	3,3	3,4
Стоматологическая поликлиника	22,4	23,1	46,9	35,0
Были госпитализированы	12,1	16,0	5,4	13,8
Вызывали скорую помощь	8,5	9,9	7,1	7,2

До 90% людей, страдающих от основных видов хронических заболеваний, имеют ежегодный контакт с различными медицинскими учреждениями и специалистами (лишь 10-12% больных в течение года по тем или иным причинам ни к кому не обращались).

Подавляющее число больных известно массовой медицинской сети — амбулаторно-поликлиническому звену, каждый шестой-восьмой был госпитализирован в течение года. По данным прошлых исследований, больные находились под наблюдением врача в среднем в течение семи лет.

Необходимо отметить также, что больные достаточно активно ищут помощи в новых формах медицинского обеспечения — у частнопрактикующих врачей (2—4%), в платных медицинских учреждениях (до 7%), прибегают к помощи народных целителей (3—7%) (см. табл. 6.5). Наиболее активны в этом плане больные с сочетанными формами патологических состояний. Например, среди больных гипертонией и ИБС, в сочетании с другими видами патологии как кардиологического, так и некардиологического профиля до 16% ежегодно прибегают к нестандартным видам медицинской помощи. Среди населения таких людей в

Таблица 6.5

Доля лиц, страдающих отдельными хроническими заболеваниями, обращающихся за медицинской помощью, 1997 г. (%)

Место обращения	Хронические заболевания						
	гипертоническая болезнь	ИБС	хронический бронхит	бронхиальная астма	болезни пищевода рення	болезни почек	сахарный диабет
Поликлиника, амбулатория, диспансер	80,1	76,5	80,6	76,0	75,6	77,6	83,8
Платное медицинское учреждение	3,8	2,5	3,5	6,7	6,0	7,3	—*
Частнопрактикующий врач	2,0	2,5	1,4	4,0	2,8	3,6	—*
Народные целители	5,6	4,2	2,9	6,7	3,7	5,3	1,9
Лежал(а) в больнице	22,2	32,6	28,8	30,7	25,6	25,8	26,7
Вызывали скорую помощь	21,9	26,7	21,2	30,7	16,2	20,3	21,0
Не обращались ни к кому	12,1	11,4	9,0	12,0	13,3	10,9	9,5

* Единичные случаи.

среднем около 8%, что, с одной стороны, говорит о достаточной свободе выбора, а с другой — о неудовлетворенности действиями официальной медицины, с которой они ежегодно контактируют.

Таким образом, страдающие различными видами хронической патологии персонально известны обслуживающим их медицинским учреждениям в течение длительного срока; в ходе этих контактов возможны как обеспечение адекватной медицинской коррекции наблюдаемой патологии, так и активность в отношении реализации необходимых, в том числе индивидуально подобранных профилактических мероприятий.

В числе причин обращений в лечебно-профилактические учреждения подавляющую часть составляют жалобы на те или иные отклонения от нормы в состоянии здоровья, что ставит перед врачом задачу диагностики и назначения необходимого лечения выявленной патологии. При этом население надеется получить квалифицированную медицинскую помощь, т. е. предполагает высокопрофессиональный уровень обследования своего здоровья при каждом контакте. Практически каждый визит к врачу заканчивается выписыванием рецепта и соответственно обращением пациента в аптеку. Большая доля людей неспособна сегодня купить себе все необходимые, рекомендуемые врачами лекарственные препараты. В результате этого почти все врачи (80—91%) вынуждены обсуждать с больными стоимость лекарств и признать, что они дороги для основной массы больных. По результатам опроса населения следует, что врачи обсуждают стоимость лекарственных средств в 45—46,8% случаев; эти показатели в 2 раза ниже полученных по ответам врачей. При этом в 1996 г. 20,6% лиц полагали, что могут купить их для себя и в 42,5% случаев — для детей за любую цену (табл. 6.6), в 1999 г. доля таких лиц значительно меньше.

Таблица 6.6

Материальные возможности населения в приобретении назначенных им лекарственных препаратов (%)

Приобретение лекарств	Дети		Взрослые	
	1996 г.	1999 г.	1996 г.	1999 г.
Куплю за любую цену	42,5	40,2	20,6	14,2
Придется выбирать доступные по цене лекарства	36,0	32,8	52,4	56,3

Придется обратиться за денежной помощью по месту работы	2,7	0,5	3,1	8,1*
Придется обратиться за денежной помощью к родственникам	16,6	4,9	12,6	
Придется отказаться от лечения	2,2	0,3	7,5	15,0

* Вопросы в анкете были объединены.

У молодых людей материальных возможностей для этого больше, чем у лиц старшего возраста. Среди лиц в возрасте до 30 лет полагали, что могут купить себе лекарство за любую цену, 29,3%, старше 50 лет — 13,6—15,6%, среди мужчин 27,9%, среди женщин — 17,9%, среди относящих себя к группе высшего социального слоя 51,9%, к группе среднего уровня — 22,9% и более низкого слоя — 9,1%. Такая же картина наблюдается и в отношении детей: родители, относящие себя к высшему социальному слою, имеют больше возможностей для приобретения лекарств, чем семьи входящие в группу более низкого социального слоя (соответственно, 78,5 и 19,6%). Настораживает тот факт, что лица с плохим состоянием здоровья лишь в 14% случаев могут позволить себе купить лекарство по любой стоимости; в группе с отличным и хорошим уровнем здоровья таких лиц в 2,7 раза больше. Возможно, это связано с тем, что данный контингент не столкнулся с этими проблемами, а также с тем, что здоровье для них представляет такую ценность, за которую нужно в случае необходимости платить любые деньги. Динамические оценки наглядно показывают, что за короткий период снизилась возможность материальной поддержки как по месту работы, так и со стороны ближайшего окружения, родственников. Больные люди остаются наедине со своими проблемами (табл. 6.6).

Таким образом, далеко не все больные всегда приобретают лекарства, назначаемые им врачами; основной причиной этого является их высокая стоимость. Льготами при приобретении лекарств пользуются 15% населения. Повозрастное распределение их следующее: среди лиц до 30 лет такие льготы имеют 4,8%; от 30 до 50 лет — 9,1%; наибольшую группу составляют лица старшего возраста (50 лет и старше) — 39,6%.

По данным опроса педиатров г. Москвы (2000 г.), фармацевтический рынок насыщен, но основная масса родителей также не может приобрести необходимые препараты в связи с тем, что они

дороги (табл. 6.7). Более того, по данным этого опроса, около 40% врачей, имеющих детей, не могут обеспечить полноценное лечение своим детям.

Таблица 6.7

Возможность приобретать в аптеке выписанные врачом препараты (г. Москва, врачи-педиатры, 2000 г.)(%)

Возможность приобретать в аптеке выписанные препараты	%
Всегда приобретают, независимо от цены	12,4
Некоторые необходимые препараты часто отсутствуют	5,1
Препараты есть, но дороги для основной массы родителей	86,1

При этом в современных условиях особым вопросом является оценка экономической стороны необходимых медицинских мероприятий. Как уже неоднократно указывалось, более 80% врачей независимо от места работы обсуждают с большим стоимостью лекарственных средств, которые они считают необходимым назначить для лечения заболевания, и в большинстве случаев приходится выбирать недорогие, хотя и менее эффективные лекарства. Необходима всесторонняя оценка последствий массового выбора врачами более дешевых медикаментов, в том числе в соотношении с величиной затрат на последующих этапах развития болезни (на лечение обострений, осложнений, других неблагоприятных, в том числе смертельных исходов). В 12—16% больные по материальным причинам вообще отказываются от выбранного курса лечения.

Для обеспечения качественного медицинского обслуживания врачи должны не только быть подготовлены к выполнению профессиональной деятельности, но и иметь возможность применять современные методы диагностики и лечения обслуживаемому контингенту больных. Что же касается знаний, информированности врачей, эти вопросы специально были затронуты в ходе анкетирования. Опросы врачей за последние годы показали, что ситуация в отношении знаний современных лекарственных средств с каждым годом улучшается, хотя и не может быть признана достаточной. Например, в г. Москве в 1994 г. лишь 10,6% врачей указали, что они достаточно полно владеют информацией о современных лекарственных препаратах, а в 1996 г. таких врачей было уже в 2,5 раза больше (табл. 6.8). Такая же картина наблюдается и в целом по стране. При этом не выявлено четкой связи данного

явления со стажем и возрастом врачей. Соответственно уменьшается доля врачей, не получающих справочной информации на новые лекарства. С 1994 г. по 1996 г. их количество значительно сократилось. Здесь очевидна активность фирм, распространяющих лекарственные препараты, можно отметить и роль ежегодных конгрессов.

Таблица 6.8

Распределение числа врачей в зависимости от полноты знаний о механизме действия современных лекарственных препаратов, 1994-2000 гг., г. Москва (%)

Год	Владеют достаточно	Владеют частично	Практически не владею
1994	10,6	80,3	9,1
1995	18,3	69,3	12,4
1996	26,9	63,6	9,5
2000*	44,7	55,3	-

* Педиатры г. Москвы.

Все сказанное свидетельствует о положительных тенденциях, происходящих в нашем здравоохранении. На это указывает также опрос врачей стационаров, где наметились положительные тенденции в снабжении лекарственными препаратами госпитализированных больных; но доля врачей, указавших на отсутствие проблем, очень невелика.

Выбор врачом оптимальных методов диагностики и лечения из все возрастающего количества терапевтических средств является сложной информационной задачей. В нашей стране насчитывается около 5000 наименований препаратов отечественного и зарубежного производства, разрешенных для медицинского применения (М.Д. Машковский, 1994). Многообразие воздействий, количество применяемых препаратов приобретают лавинообразный характер в такой мере, что зачастую специалисту трудно принять решение о наиболее рациональном подходе к терапии различных заболеваний. Таким образом, не теряет актуальности информирование медицинских работников. Среди врачей-педиатров г. Москвы в 2000 г. лишь около 60% регулярно получали необходимую справочную информацию (табл. 6.9).

Таблица 6.9

Информированность врачей относительно новых лекарств (%)

Информированность врачей	%
Получает информацию регулярно, в том числе:	61,7
по мере поступления лекарственных препаратов в ближайше аптеки	6,0
проводятся регулярные семинары и консультации	10,5
получает от фармацевтических компаний	36,1
Не получает	22,6

Представленные данные показывают, что основным поставщиком информации в лечебно-профилактические учреждения являются фармацевтические компании, проводящие определенную политику на фармацевтическом рынке. Это важно знать организаторам здравоохранения и главным специалистам Министрства здравоохранения РФ.

Система здравоохранения — важнейшая социальная система общества, имеющая три основные цели: осуществление реальной деятельности в области специфической и неспецифической профилактики заболеваний медицинскими мерами; лечение больных, страдающих от конкретных видов патологии; информирование органов управления в отношении современных проблем здоровья и медицинского обеспечения населения.

По многим заболеваниям (многие из известных инфекций, йоддефицитные состояния и т. п.) меры профилактики известны и должны поддерживаться обществом. Как в мире, так и в нашей стране прогнозируются профилактика и даже искоренение некоторых инфекций, хотя в нашей стране — более узкий спектр вакцинаций (Покровский, Онищенко, Черкасский, 2000); меньшее внимание уделяется, например, вакцинации против гриппа и т.п. По данным Минздрава РФ, полностью удовлетворить потребности страны как в традиционных, так и в более дорогих вакцинах нового поколения за счет средств Федерального бюджета не представляется возможным (Ю.Л. Шевченко, 2001). По данным опросов в 2000 г. врачей в поликлиниках г. Москвы ситуация с вакцинопрофилактикой гриппа неблагоприятна даже среди детей; менее 15% врачей проводят эту важную профилактическую работу в соответствии с эпидемиологической обстановкой.

Вместе с тем известно, что профилактическая работа, кроме вакцинопрофилактики, редко наполнялась у нас конкретным со-

держанием в условиях массовой медицинской практики, хотя во многих странах не только стимулируется здоровый образ жизни, но и проводится скрининг на гиперхолестеринемию, гипертонию, рак молочной железы и шейки матки, применяются различные варианты эстрогензамещающей терапии как профилактика остеопороза, болезней сердца и т. п. Ряд стран проводит реальную профилактическую работу не только силами медицинских работников, но и с привлечением других специалистов (психологи, социологи, педагоги). В последние годы в некоторых странах ставится задача обеспечения «здорового старения», жизни без ограничения старости. Несомненно, что в большой мере здоровый образ жизни определяется уровнем жизни широких масс населения.

В современных условиях население готово более активно заботиться о своем здоровье. Это отмечают 40% как здоровых, так и больных людей, как женщин, так и мужчин, что в последнем случае особенно важно, так как мужчины, как правило, завышают оценки своего здоровья. Эта готовность населения должна быть известна учреждениям здравоохранения и конкретным медицинским работникам, которые должны включать профилактические аспекты в свою повседневную работу с населением и быть соответственно к этому подготовленными. Вместе с тем население, и особенно врачи, более чем в 70% случаев отмечают снижение объемов профилактической работы в настоящий период. Что же касается неспецифической профилактики, влияния работников здравоохранения на изменение образа жизни населения, это — весьма актуальный вопрос для российской действительности, так как основные элементы условий и образа жизни населения и медицинских работников практически идентичны.

Выявленная в ходе скрининга патология требует обязательной коррекции; это должно учитываться в перспективных расчетах объемов медицинской помощи. В США Б. Клинтон выделил специальные средства на лечение патологии, выявленной в ходе скрининга.

В случаях, когда заболевания не были предотвращены, деятельность медицины должна быть направлена на возможно более раннюю их диагностику, лечение, предотвращение осложнений.

Спектр заболеваний, которыми страдает население России, достаточно близок к таковому в других развитых странах. Однако в составе патологии нашего населения присутствует значительная доля неуточненных форм (пневмония, кишечные инфекции с неуточненным возбудителем и т. д.), что связано с уровнем квали-

фикации врачей, ограниченным доступом к современным диагностическим процедурам. Все это практически не ориентирует на проведение активного лечения. По некоторым данным (Баранова, 1999), следует иметь ввиду как причину неправильных медицинских действий достаточно распространенное отсутствие навыков в диагностике, отсутствие этиологической верификации диагнозов даже у тяжело больных детей.

Опрошенные в 2000 г. врачи-педиатры г. Москвы постоянно определяли возбудителя пневмонии в 4,5% случаев; 60,5% считают это необходимым, но не имеют возможности делать; 27,6% отмечают, что это не влияет на тактику лечения.

По нашим данным, существенно отличается спектр диагностической работы здравоохранения с населением: если у нас в связи с недостаточным оснащением массовой сети такие виды обследования, как компьютерная томография, некоторые виды эндоскопических исследований достаточно редки, то частота их в США достигает 5% среди всего населения и до 25% — среди населения старших возрастов. Вместе с тем, по данным И.И. Денисова (2000), наше население более часто подвергается различного рода лабораторно-диагностическим исследованиям.

Особое значение имеет обеспечение доступности лечебно-профилактических мероприятий (в том числе скрининговых программ) для широких масс населения. В новом ракурсе встают вопросы оценки потребности населения в различных видах медицинской помощи, фондовооруженности медицинских учреждений и специалистов.

Важно оценить и соотношение потребностей и материальных ресурсов, выделяемых для решения тех или иных проблем коррекции здоровья. В последние годы детально расшифрованы механизмы свертывания крови, созданы препараты, не только препятствующие образованию тромбов, но и разветвляющие, растворяющие уже появившиеся тромбы; широко используются новые аппараты контрастного исследования артерий, внедрены методы их расширения в местах отложения холестерина. В США проводится более 1 000 000 в год аорто-коронарных шунтирований (стоимость 20 000 \$) (Воробьев, 1999). Несмотря на громадный разрыв в показателях смертности от болезней системы кровообращения по сравнению с данными других стран, в нашей стране мало распространены методы хирургической коррекции этой патологии, реваскуляризации, стентирования. В некоторых странах операции проводятся с частотой 0,6 на 1000 населения, что сопоставимо по частоте с распространенностью инфаркта миокарда. ВОЗ устано-

вила как ориентировочную потребность 0,4‰ случаев операций в год, при этом достигнуты низкие уровни послеоперационной летальности — 0,8—3,5% (при язвенной болезни — 1,1%¹).

В России количество кардиохирургических коек невелико и практически не увеличивалось, оставаясь на уровне 1990 г. (около 3000 коек). По данным А.И. Воробьева (1999), в связи с этим от инфаркта миокарда будет умирать каждый четвертый-пятый заболевший, а не каждый двадцатый-двадцать пятый, как это должно быть. Тем не менее, статистические данные говорят о том, что смертность от инфаркта у нас ниже, чем в других развитых странах. Что это — истина или информационная причина? У 5—6% населения ежегодно возникают острые ситуации, которые требуют оказания скорой помощи. Врачи, по данным опроса 1999 г., отмечают недостаточное снабжение бригад скорой помощи лекарственными препаратами, сокращается и количество специализированных бригад. Как указывает А.П. Голиков (2001), недостаточное оснащение скорой медицинской помощи портативной аппаратурой и лекарственными препаратами увеличивает число летальных исходов обслуживаемых больных.

Будущее практической медицины должно быть связано с компьютерными технологиями — и информационными, и экспертными системами. Следует отметить, что все передовые наработки отечественных и зарубежных специалистов, направленные на улучшение здоровья населения, в том числе на обеспечение высокого уровня здравоохранения, могут быть реализованы при условии наличия необходимого научного, экономического и управленческого потенциала. В этом плане большое значение имеют вопросы информационного обмена с использованием современных средств связи. Западные специалисты обмениваются опытом более успешно, чем наши врачи, благодаря не только большим техническим возможностям, но и преобладанию и использованию англоязычной специальной медицинской и фармацевтической литературы в разных странах.

Число врачей, умеющих работать на компьютере, в 1995 г. было 17%, в 1996 г. — 26,1%; наибольшее число таких лиц (43,5%) — в возрасте до 30 лет, среди лиц старше 50 лет их лишь 13,8%. Более чем в 20% медицинских учреждений сегодня еще не внедрены компьютерные технологии, а там, где они есть, в 66,5% случаев в среднем по стране используются для получения статистической ин-

¹ Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1997 г. (статистические материалы). М., 1998.

формации о деятельности учреждения, в 46,3 % случаев — для оформления документации фонда обязательного медицинского страхования, в 30,3 % — в отделении функциональной диагностики; лишь 5% врачей используют компьютер для получения информации о больном, диагностики, лечения. Близкие характеристики по использованию компьютеров приводят и врачи-педиатры г. Москвы, 2001 г. (табл. 6.10).

Таблица 6.10

Внедрены ли в вашем учреждении компьютерные технологии
(г. Москва, педиатры, 2000 г.) (%)

Характеристика использования компьютерных технологий	%
Не используются	28,6
Используются в отделении функциональной диагностики	27,0
Лично используется компьютер для получения информации о больном, диагностики, лечения	0,8
Используются только для получения статистической информации о деятельности учреждения	54,8
Используются для получения информации о лекарственных средствах	2,4

Опрос врачей свидетельствует о том, что до 40% из них не знают о современном зарубежном опыте лечения важнейших хронических заболеваний и механизме действия многих импортных препаратов, поступивших в последние годы на отечественный фармацевтический рынок. Возможно, что в том числе и в связи с особенностями применяемого спектра медицинской коррекции в нашей стране в несколько раз выше смертность от основных хронических заболеваний. Сравнение методов лечения в стационарах Бельгии и России показывает, что в нашей стране значительно реже применяются, например, тромболитические препараты при лечении болезней системы кровообращения. Анализ применения при лечении болезней системы кровообращения в нашей и зарубежной практике различных лекарственных средств свидетельствует о существенном отличии клинических схем ведения больных в нашей стране. Более того могут отличаться наборы конкретных препаратов, входящих в используемые группы медикаментов. Малоиспользуемые в среде наших медицинских работников препараты статинового ряда, по мнению иностранных специалистов, могут

оказывать позитивное действие и в отношении других болезней, связанных с возрастом (например, болезни Альцгеймера). Вместе с тем, наши специалисты (И.И. Денисов, 2000) более часто используют переливания замороженной плазмы по сравнению с врачами лечебной сети других стран, т. е. налицо явные различия в применяемых в массовой практике схем ведения больных.

В 1995 г. почти 40% врачей при опросе отметили, что им не знакомы современные схемы лечения, применяемые в других странах при курации хронических больных, в 1996 г. число таких врачей уменьшилось, но даже то, что каждый четвертый специалист (табл. 6.11) не знает о современных методах лечения, свидетельствует о серьезных проблемах в нашем здравоохранении. 15,8% врачей считают, что незнанием, например, современных схем лечения цереброваскулярных болезней объясняется более высокая смертность в нашей стране по сравнению с США и другими развитыми странами.

Таблица 6.11

Мнения врачей об эффективности схем лечения, применяемых при курации хронических больных по сравнению с зарубежными странами (%)

Мнения врачей	1995 г., РФ	1996 г., РФ	2000 г. Москва (врачи-педиатры)
Схемы лечения одинаковы	18,0	22,6	19,2
Теоретически схемы те же, но у нас нет возможности применять их для всех больных	27,0	36,1	34,6
Надо пересмотреть наши методы лечения	10,6	7,2	10,0
Методы те же, но недостаточно хороша организация	10,9	14,2	13,9
Не знают о зарубежном опыте	37,6	25,3	29,2
Наши схемы более эффективные, но нет возможности их применять для всех больных	—*	8,3	13,9

* Не было вопроса в анкете.

В то же время лишь 10% врачей считают, что необходимо пересмотреть отечественные методы лечения. Основная часть вра-

чей, владеющая современными методами диагностики и лечения, не может использовать их для оказания адекватной помощи больным в связи как с отсутствием материальных возможностей, так и наличием дефектов в организации здравоохранения. Необходимо отметить также, что в течение последних лет знания врачей улучшаются, а организационные вопросы, обеспечивающие применение этих знаний для широкого круга населения, не трансформировались.

Таким образом, сложная ситуация со здоровьем населения диктует необходимость осознания руководством страны и регионов принципиальной возможности управления здоровьем населения и достижения соответствующих результатов; необходим пересмотр концептуальных подходов к оценке как роли системы здравоохранения в формировании и сохранении здоровья населения, так и содержания работы конкретных учреждений и медицинских работников.

Сеть медицинских учреждений работает в новых экономических условиях, в результате чего взаимоотношения врача и пациента стали иными, к чему ни та, ни другая сторона не подготовлены. Прежде всего, новым в этих взаимоотношениях является необходимость обсуждения с пациентом стоимости необходимых для лечения препаратов, видов медицинской помощи, в частности, дорогостоящих операций, что отмечают 90% практикующих врачей.

Уровень знаний врачей связан как с отсутствием технических возможностей, неполучением периодических изданий и другой литературы по специальности в учреждениях здравоохранения, так и с невозможностью основной их части самостоятельно приобрести все это. По данным опроса врачей, многие из них отметили, что не могут подписаться и купить необходимые им издания из-за недостатка материальных средств. Это приводит к тому, что специалисты теряют возможность получать знания, без которых утрачивается их квалификация. В связи с этим уровень жизни медицинских работников и оплата их труда — особая социальная проблема. Сравнение распределения врачей со всем населением по отнесению себя по социальной стратификации к определенной группе подтверждает это. В зависимости от возраста доля врачей в группе с низким уровнем жизни была практически та же, что и среди всего населения, и имеет те же тенденции. Это прежде всего характеризуется снижением жизненного уровня и увеличением доли лиц, находящихся в чрезвычайно трудном экономическом положении после 1998 г. (табл. 6.12).

Таблица 6.12

Материальное положение семей врачей, 1996-1999 гг. (%)

Материальное положение семей	1996 г.	1999 г.
Денег вполне достаточно	1,5	0,9
Деньги расходуются в основном на продукты питания	52,3	42,2
Деньги приходится экономить и на продукты питания, и на приобретение вещей	47,9	53,7
Не хватает на приобретение вещей	6,8	
Не хватает на оплату обучения ребенка	19,3	
Не хватает на организацию отдыха в летнее время	47,0	47,0
Не хватает на помощь престарелым родителям	19,3	
Приходится ограничивать себя в посещении кино, театров	21,7	
Не могут навестить родных, знакомых в других городах	35,7	32,6
Не могут подписаться на газеты, журналы	31,9	52,4
Не могут подписаться и купить издания по профессии	37,5	
Едва сводят концы с концами	15,6	27,9

При этом запросы наших врачей не велики. Желаемая заработная плата (1996г.) только в 12% случаев предполагалось более 5000 руб. Основная часть врачей (48%) представляет себе, что заработная плата должна находиться в пределах 2—4 тыс. руб. Это не идет ни в какое сравнение с тем, что имеют врачи, например, в США. При этом, наиболее плачевное положение дел у врачей поликлинического звена, а 50% всех специалистов не могут подписаться на специальную литературу (табл. 6.13).

Таблица 6.13

Материальные проблемы врачей различных учреждений (%)

Медицинское учреждение	Едва сводят концы с концами	Не могут подписаться на специальную литературу
Поликлиники	34,6	48,1
Больницы	20,4	50,6
Клиники	18,9	50,2

Едва сводят концы с концами почти в 20% семей специалистов высшей врачебной квалификации, работающих в клиниках. Это — сигнал к ускоренному решению вопроса оплаты труда медицинских работников, так как специалисты с таким низким уровнем жизни не могут обеспечить прогресса в столь важной сфере жизнеобеспечения населения.

Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения работников здравоохранения

Работники здравоохранения — это одна из социальных групп населения, испытывающая на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, но призванная в известной мере амортизировать эти проблемы в ходе массовых контактов населения с медицинской сетью (несмотря на снижение частоты этих контактов, в настоящее время до 70% населения обращается ежегодно в государственные медицинские учреждения). Таким образом, медицинские работники находятся в кругу как собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, в известной мере испытывая двойную социально-психологическую нагрузку. По-видимому, все это было одним из факторов, влиявших на здоровье работников здравоохранения в предшествующий период, и не может не сказаться на формировании их здоровья в современных условиях. Более того, особенности и проблемы здоровья представителей цеха медицинской профессии должны быть известны как руководителям здравоохранения, так и органам управления различного уровня, ответственным за их жизнеобеспечение и социальную поддержку.

Формирование состояния здоровья медицинских работников и его оценки находятся под влиянием их профессиональных знаний, а нередко и навыков. Именно эта группа населения характеризуется практически полной информированностью в отношении как действия конкретных факторов, связанных с возникновением и течением заболеваний, так и профессиональных представлений о коррекции возникших патологических отклонений, в том числе медицинскими мерами. Таким образом, это — уникальная группа людей в составе населения, и изучение их здоровья имеет и фундаментальный интерес.

Состояние здоровья медицинских работников было изучено в 1999 г. параллельно с исследованием здоровья населения в целом и других его важнейших групп на основе данных опроса более 2,5

тыс. человек, проживающих в разных регионах страны. Было сформировано три сравнительных группы: врачи (27,1% мужчин и 72,9% женщин), средние медицинские работники (6,2% мужчин и 93,8% женщин), другие группы населения (30% мужчин и 70% женщин).

Здоровье медицинских работников, оцениваемое на момент исследования, формировалось в предшествующие годы. Глубина содержания понятия «здоровье населения» предполагает необходимость оценивать взаимодействие и единство биологических и средовых, в том числе социальных, факторов, их динамичность во времени, разграничивая, с одной стороны, индивидуальные особенности здоровья при тех или иных условиях жизни, с другой — популяционные эффекты. При этом одним из измерителей здоровья может быть оценка роли отклонений в здоровье как фактора, определяющего ограничения в реализации индивидуумом биологических (участие в воспроизводстве) и социальных (образование, участие в труде) функций. Другими словами, при оценке состояния здоровья наряду с особенностями распространенности патологии может быть определено соотношение долей лиц, состояние здоровья которых позволяет (или не позволяет) полноценно участвовать в реализации в современных условиях социальных и биологических функций. При этом в качестве критерия реализации биологических функций может рассматриваться участие в воспроизводстве, а социальных — отсутствие со стороны здоровья противопоказаний или ограничений к выбору профессии и получению образования в соответствии с личными планами, выполнению работы по избранной специальности. С этих позиций были рассмотрены связанные со здоровьем жизненные проблемы медицинских работников (врачей, среднего медицинского персонала) и населения в целом, позволяющие дать оценку проблемам здоровья различных групп населения в предшествующем периоде жизни.

Средние медицинские работники по сравнению с врачами чаще отмечали связанные со здоровьем ограничения в получении образования, распространение этих ограничений на получение высшего образования выше и среди населения в целом (табл. 6.14). Получается, что более ослабленные в отношении здоровья лица, выбравшие медицинское направление, получали среднее медицинское образование, а лица с относительно лучшими показателями здоровья — высшее медицинское образование. Среди других категорий населения с высшим образованием ограничения в получении образования отметили только 1,8%.

Наибольшее число таких ограничений отмечали лица со средним и ниже среднего образованием: среди получивших общее среднее образование или закончивших техникум таких лиц было 7,5—9%, а среди тех, кто закончил ПТУ без среднего образования, — 14%.

Таким образом, лица, остановившиеся на более низких ступенях образования в большей мере связывают это с состоянием здоровья, чем те, кто получил высшее образование. Если рассматривать соответствующие оценки врачей и представителей других профессий, имеющих высшее образование, то среди врачей доля таких лиц — 3%, а среди других специалистов — 1,8%. Различия статистически незначимы, но тенденция очевидна и соответствует общепринятым представлениям, — в медицинские вузы поступает менее здоровый контингент, чем в вузы другого профиля.

Таблица 6.14

Распространенность связанных со здоровьем жизненных ограничений в различных группах населения (%)

Ограничения в здоровье помешали	Врачи	Средние медицинские работники	Население
Получить образование	3,0	8,8	5,5
Заниматься желаемой работой	6,5	13,5	13,7
Иметь детей	2,4	3,6	3,3
Иметь второго ребенка	5,3	5,7	4,8
Другие ограничения	4,1	5,7	7,2

Врачи, медицинские сестры и население в целом отмечают близкие показатели распространенности связанных со здоровьем жизненных ограничений. Особенно близки показатели ограничений в осуществлении репродуктивного поведения. 2—4% женщин, относящихся к различным группам населения, отмечали, что связанные со здоровьем проблемы не позволили участвовать в процессе воспроизводства (иметь детей); 5—6% полагают, что именно состояние здоровья не позволило им иметь второго ребенка.

И тем не менее, такие ограничения, как затруднения в связи со здоровьем в получении образования, ограничения в выполнении выбранной работы, отмечались врачами существенно реже,

чем населением в целом и медицинскими работниками со средним образованием, в частности.

Основные характеристики состояния здоровья медицинских работников отражают фундаментальные закономерности его формирования у населения. Все показатели, характеризующие отклонения в здоровье в течение предшествующего исследованию года, близки у медицинских работников и населения, за исключением более низкой частоты тяжелых травм и отравлений среди врачей и более высокой доли лиц, отмечавших простудные заболевания в течение года, в среде медицинских работников (табл. 6.15).

Таблица 6.15

Распространенность основных отклонений в здоровье у медицинских работников и населения в целом в течение года (%)

Заболевания	Врачи	Средние медицинские работники	Население
Простудные	71,8	77,0	63,0
Инфекционные	2,4	2,5	3,2
Обострение хронических	38,8	38,0	29,7
Новые хронические	5,3	7,0	4,7
Болезни зубов	30,6	34,0	28,5
Травмы и отравления, в том числе:	4,2	11,5	10,0
переломы	1,8	2,5	2,3
сотрясение мозга	0,6	2,0	2,1
отравления	1,8	7,0	4,5
Не болели	11,8	7,0	14,2

Вместе с тем очевидны и некоторые проблемные ситуации в здоровье медицинских работников, которые требуют раскрытия природы их формирования, разрешения и коррекции. Среди врачей, и особенно среди средних медицинских работников, больше лиц, отмечающих у себя длительно протекающие хронические болезни (70% — среди врачей, 76% — среди средних медицинских работников, 61,8% — среди населения в целом).

По данным опроса женского населения и врачей-женщин (сравнимые по возрастно-половому составу группы), врачи чаще

отмечали у себя различные болезни системы кровообращения, в том числе достоверно чаще и врачи, и средние медицинские работники отмечали наличие различных форм сосудистых поражений головного мозга (табл. 6.16).

Таблица 6.16

Особенности распространенности некоторых болезней (%) у медицинских работников и населения (женщины, 30—59 лет)

Заболевание	Врачи	Средние медицинские работники	Население
Гипертоническая болезнь	15,9	16,3	18,6
ИБС	7,4	4,3	5,3
Сосудистые поражения головного мозга	14,9	17,7	8,8
Хронический бронхит	15,9	20,6	12,1
Бронхиальная астма	2,1	2,8	2,4
Сахарный диабет	1,1	1,4	2,5
Гастриты	37,2	43,9	27,7
Язвенная болезнь	5,3	5,7	7,2
Гинекологические заболевания	21,3	39,7	31,0
Заболевания прямой кишки	9,6	5,7	6,4
Заболевания почек и мочевыводящих путей	19,2	20,5	18,0
Глаукома	3,2	2,8	0,8
Болезни кожи	5,3	4,9	3,9
Остеохондроз	64,9	63,1	46,9
Болезни суставов	17,4	18,4	13,4

У медицинских работников значительно чаще отмечается и хронический бронхит (16% врачей и более 20% медицинских сестер); чаще по сравнению с населением в целом отмечались тяжелая глазная патология (глаукома); более 60% медицинских работников отмечали остеохондроз (среди остального населения — менее половины).

При близости распространенности основных заболеваний среди врачей и средних медицинских работников, однонаправленности соотношений с соответствующими показателями населения необходимо отметить тенденцию к большей частоте среди врачей ИБС, заболеваний прямой кишки, а среди средних медицинских работников — хронического бронхита и особенно гастритов.

ритов и гинекологических заболеваний, которые отметили у себя почти 40% медицинских сестер.

Медицинские работники по сравнению с населением более профессионально могут оценивать свое состояние в отношении диагноза, а различные патологические симптомы, также характеризующие состояние здоровья, наиболее понятны всем категориям населения. Более того, важна и сама оценка распространенности этих патологических отклонений среди разных групп населения.

Более половины врачей (53,5%) и медицинских сестер (55%) чаще по сравнению с населением (46,8%) отмечали различные (постоянные и периодические) боли в сердце, в целом 4—7% населения отмечают постоянные боли в сердце. Фактически это соответствует распространенности ишемической болезни сердца. Врачи отмечают чаще перебои в сердце (37%) по сравнению со средним медицинским персоналом (27,5%) и населением (24,3%), а также повышение давления, как периодическое, так и постоянное (42,8% врачей, 39% среди средних медработников и 36,6% среди населения). Но особенно высоки различия в отношении такого симптома, как одышка при подъеме по лестнице: постоянную одышку отмечают 12,4% врачей, 7,5% — средних медработников и 3% населения.

Распределение субъективных оценок здоровья отражает известные возрастные закономерности — снижение с увеличением возраста доли лиц с высокими субъективными оценками и рост — с негативными. Среди женщин врачей в молодом возрасте (до 50 лет) больше доля лиц с позитивными высокими оценками и во всех возрастах меньшая доля лиц с низкими оценками здоровья, чем среди женского населения в целом (табл. 6.17).

Таблица 6.17

Особенности субъективных оценок здоровья (%)
(женщины)

Возраст, лет	Врачи			Население		
	хорошее	удовлетворительно	плохое	хорошее	удовлетворительно	плохое
До 29	38,9	61,1	—	31,5	61,9	6,6
30-39	29,0	67,4	3,6	15,2	71,2	13,6
40-49	10,3	76,9	12,8	6,4	74,3	19,3
50-59	—	76,9	23,1	4,6	64,9	30,5
60 и старше	—	80,0	20,0	3,4	58,6	37,9
Всего	16,3	72,4	11,3	17,6	66,2	16,2

Среди средних медицинских работников распределение субъективных оценок здоровья неустойчиво, что, по-видимому, связано с соотношением медицинских представлений и субъективного восприятия собственного здоровья: у средних медицинских работников оно менее объективное, чем у врачей, и менее беспристрастное, чем у населения.

Можно отметить лишь как тенденцию более высокие самооценки здоровья у врачей по сравнению со средним медицинским персоналом. Это может свидетельствовать о более полноценной коррекции, более эффективном лечении имеющих патологических состояний в среде врачей, что связано с их профессиональными знаниями, контактами и возможностями.

Интересно, что среди медицинских работников, как среднего медицинского персонала, так и врачей, практически одинаковое распределение ответов по проблеме активности в отношении заботы о собственном здоровье: менее половины активно о нем заботятся, а каждый третий среди среднего медицинского персонала и каждый четвертый среди врачей считают, что ничего не могут сделать для улучшения своего здоровья, хотя врачи в большинстве своем (95%) считают, что забота о здоровье — это личная обязанность человека. В этом плане важен анализ личной профилактической активности медицинских работников.

В то же время, необходимо отметить, что практически отсутствует информированность врачей о таких параметрах своего организма, как уровень сахара в крови, холестерина и т. д. Даже среди медицинских работников далеко не все ориентированы в этих параметрах (табл. 6.18).

Таблица 6.18

Особенности информированности населения и врачей в отношении параметров своего организма (%)

Параметры	Знают свои параметры	
	население	врачи
Артериальное давление	71,8	93,0
Сахар крови	20,0	21,7
Холестерин	0,6	0,9
Группа крови	80,0	93,4

Не отличаются медицинские работники и более благополучной ситуацией в отношении курения: более 27% курят, а среди

мужчин-врачей, так же как и во всем мужском населении, около 60% (табл. 6.19).

Таблица 6.19

Распространенность курения в разных группах населения (%)

Отношение к курению	Врачи		Население	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Курят, в том числе:	57,0	19,4	57,9	21,0
редко	22,5	11,0	21,8	13,3
регулярно	34,5	8,4	36,1	7,7
Бросили	14,3	7,9	18,3	7,6
Никогда не курили	28,6	72,6	23,8	71,5

Таким образом, ориентация только на разъяснительную, просветительскую работу в плане профилактики вряд ли будет иметь успех, так как такой информированности, которой располагают врачи о проблемах и последствиях курения, вряд ли можно будет достичь среди населения. Более того, если они не оставляют этой привычки, то, видимо, действуют принципиально другие (кроме просвещения) факторы.

Рассмотрение некоторых особенностей условий жизни мужчин 20—49 лет, отличающихся по отношению к курению, показывает, что в группе курящих мужчин отмечается более выраженная тенденция к ухудшению материального положения, а также больше доля лиц, неудовлетворенных различными сторонами своей жизни и жизнью в целом, т. е. находящиеся в состоянии социально-психологического дискомфорта. Таким образом, курение — это маркер группы с явно выраженными социально-психологическими проблемами.

Врачи, так же, как и население в целом, употребляют алкоголь (не употребляют лишь 24—27% среди разных групп населения). В семьях врачей не меньше (18,2%), а в семьях среднего медицинского персонала даже больше (28,5%), чем среди населения в целом, отмечается злоупотребление алкоголем. С одной стороны, это может быть следствием более строгих критериев оценки медицинских работников, но правомерно и мнение о близости распространения этого явления в различных группах населения.

Женщины врачи отмечают злоупотребление алкоголем почти в каждой пятой семье — 19,4%, среди населения — 25%, а по мнению женщин — средних медицинских работников — и чаще — 27,5%. При этом 8% женщин врачей отмечают злоупотребление

алкоголем у своих мужей (среди всего контингента женщин — 12%); женщины со средним медицинским образованием отмечают злоупотребление алкоголем у мужей в 17% случаев, в 11% — у других членов семьи. Таким образом, злоупотребление алкоголем — проблема общая для разных групп населения, не обошла она и медицинские семьи; при этом 1% врачей и 1,5% населения отмечают злоупотребление алкоголем у своих детей. Особенности употребления алкоголя в среде медицинских работников и населения приведены в табл. 6.20.

Таблица 6.20

Распределение периодичности употребления алкоголя в разных группах медицинских работников и населения (%)

Употребление алкоголя	Врачи		Средние медицинские работники		Население	
	муж.	жен.	муж.*	жен.	муж.	жен.
Ежедневно (3—4 раза в неделю)	8,7	2,5	—	3,4	13,7	3,2
1—2 раза в месяц	52,2	32,7	—	32,9	33,7	32,6
По выходным и праздникам	23,9	36,0	—	34,1	33,2	34,7
Не употребляют	15,2	28,7	—	24,5	19,5	30,0

* Малое число наблюдений.

Как показывают данные табл. 6.20, периодичность употребления алкоголя связана с полом и практически одинакова в среде медицинских работников и населения, во всяком случае нельзя рассматривать медицинскую среду как более благополучную. Не могут также однозначно трактоваться данные о влиянии на здоровье потребления алкоголя; сегодня не отрицается его кардиопротекторный эффект.

Проблемы материального обеспечения медицинских работников и их семей близки к соответствующим проблемам населения. Медицинские работники, особенно врачи, значительно лучше (более 60%), чем население в среднем (менее половины), ориентируются в уровне прожиточного минимума. Среди тех, кто ориентируется в этом вопросе, менее 10% полагает, что средний доход на одного человека в их семьях выше прожиточного минимума, 35-40% — ниже. Худшее положение в материальном отношении

среди средних медицинских работников: менее 4% среди них отмечают высокий доход в семье; 52% — более низкий доход по сравнению с прожиточным минимумом.

Медицинские работники чаще, чем население в среднем, оценивает свой уровень жизни как ниже среднего и низкий (табл. 6.21) и реже считают свою семью обеспеченной и богатой (1—2%), хотя и среди всего населения доля таких лиц очень мала.

Таблица 6.21

Самооценки уровня жизни в разных группах населения (%)

Уровень жизни	Врачи	Средние медицинские работники	Население
Выше среднего и высокий	2,3	1,0	3,0
Средний	21,8	16,5	26,6
Ниже среднего и низкий	75,9	82,0	70,4

Среди медицинских работников больше половины тратят основную часть (более 75%) своего семейного бюджета на питание, но имеет место и определенная тенденция к более высоким оценкам его организации и качества. Несмотря на это, отмечается значительная, особенно четко выраженная у средних медицинских работников, недостаточность основных продуктов питания в рационе (табл. 6.22).

Таблица 6.22

Доля лиц, указавших на достаточное количество в рационе питания основных продуктов (%)

Продукты питания	Врачи	Средние медицинские работники	Население
Фрукты, соки	30,0	22,5	28,0
Мясо, мясные продукты	45,9	28,5	37,4
Молоко, молочные продукты	56,5	44,5	50,1
Рыба, рыбные продукты	40,6	33,5	35,8
Кондитерские изделия	47,1	26,5	39,3

Как врачи, так и средний медицинский персонал чаще, чем население в целом, удовлетворены содержанием своей работы

(65,5, 66% и 51,8% соответственно), рассматривают ее как ценность, чаще испытывают беспокойство по поводу своей работы. Врачи по сравнению со средним медицинским персоналом более удовлетворены своей настоящей жизнью в целом (32,9 и 19% соответственно). Практически одинаковы оценки медицинских работников и населения в отношении экономических аспектов жизни; медицинские работники реже удовлетворены материальным положением (6,5% — врачи, 5,5% — средний медперсонал, 10% — среди населения).

Практически одинаковое количество врачей и средних медработников (72–76%) имели в течение года стрессовые ситуации. Спектр их довольно близок, лишь чаще врачи отмечали проблемы с работой или учебой у детей. Всего эти проблемы коснулись 17% врачей и 12% населения. 41% средних медицинских работников отметили резкое ухудшение материального положения семьи (в других группах — 30–32%).

Как врачи, так и средний медперсонал реже испытывают постоянное чувство одиночества. Это отметили лишь 3,5–5% медработников, а среди населения — 9%. Среди них больше семейных и лиц, находящихся в разводе. Чаще в семье хорошие отношения. Однако и служебные дела, и сама медицинская деятельность, видимо, компенсируют недостатки других контактов. Вместе с тем, основная часть как медицинских работников (около 60% и более), так и населения в целом испытывают постоянно беспокойство в связи со своим будущим; единичны случаи тех, кто не беспокоится о нем.

Лишь единицы медицинских работников обращаются за медицинской помощью при появлении каких-либо отклонений в здоровье (среди населения — каждый пятый). В случае возникновения серьезных симптомов к врачу обращается менее половины средних медицинских работников и лишь каждый пятый врач; они предпочитают лечить себя сами или обращаться за советом к знакомым. Таким образом, это могут быть, с одной стороны, достаточно квалифицированные советы, а с другой — совершенно очевидно, что врачи, откладывая обращение за медицинской помощью, утяжеляют ситуацию (33% врачей точно не помнят, когда они были в последний раз в поликлинике по месту жительства). Врачи также реже госпитализируются, профессионально оценивая возможности разных медицинских структур, реже обращаются в платные медицинские учреждения, к частнопрактикующим специалистам, народным целителям, гомеопатам, знахарям, экстрасенсам. В то же время, врачи прак-

тически так же, как и население, вызывают скорую помощь на дом — 5% в год. Более половины врачей не берут больничный лист при заболевании и практически все занимаются самолечением.

Интересно, что именно среди врачей меньше тех, кто отмечает улучшение в оказании медицинской помощи за последний (1999) год, и половина отмечает ухудшение (среди населения 40%). При этом к недостаткам медицинской помощи медицинские работники чаще, чем население, относят необходимость оплачивать многие медицинские услуги, особенно отсутствие необходимых лекарственных препаратов в стационаре, большие трудности с получением льготных лекарств. Так же, как и население, врачи затрудняются с оценкой деятельности своего участкового врача и менее 5% хотели бы его сменить, т. е. это проблема не актуальна для нашего населения.

Врачам, и особенно средним медицинским работникам, здоровье которых хуже, так же, как и населению, в течение последнего года предлагали оплату медицинских услуг, которые они ранее получали бесплатно. Это отмечает каждый третий человек в разных группах населения. Это — консультации специалистов, платная стационарная помощь и платные операции (3% населения), обследования (16—20%), физиотерапевтические процедуры. Правда, как среди населения, так и среди медицинских работников 9—10% лиц, доплачивали за какие-либо услуги по собственной инициативе. Так, услуги стоматолога оплачивали в том или ином виде, полностью или частично, 50% врачей и 38% населения. 40% врачей считают, что предлагаемые платные услуги для них недоступны. 30% врачей, согласившихся на оплату медицинских услуг, оценивая их доступность, признают, что пришлось ограничивать себя в питании, покупке одежды и т. д. При этом среди врачей лишь единицы имеют льготы на приобретение лекарств.

Для обеспечения необходимого лечения лишь 10% врачей (6,5% средних медицинских работников) готовы приобрести лекарства за любую цену. Основная масса считает, что придется выбирать доступные по цене лекарства, хотя и не отвечающие полностью состоянию здоровья. 7—9% медицинских работников, в том числе и врачей, считают, что придется отказаться от лечения вообще. При этом необходимо отметить, что среди населения больше доля (14%) тех, кто рассчитывает на материальную поддержку по месту работы, среди друзей или родственников, среди врачей — таких существенно меньше 5%.

Среди врачей, страдающих патологией системы кровообращения, менее 2% могут приобрести необходимые для коррекции этих заболеваний лекарства, независимо от их стоимости. Именно врачи, профессионально владеющие знаниями о механизме действия препаратов, осознают, что полноценное лечение для них недоступно. 12—13% полагают, что даже при болезнях системы кровообращения, являющихся ведущей причиной смерти, придется вообще отказаться от лечения из-за финансовых проблем семьи. По-видимому, дорогостоящие высокотехнологичные методы коррекции патологии системы кровообращения, в том числе оперативные методы, для медицинских работников, так же, как и для населения абсолютно недоступны. Более половины врачей-педиатров (г. Москва, 2000 г.), имеющих детей, отметили, что не могут обеспечить полноценное лечение своим детям.

Таким образом, медицинские работники, как врачи, так и средний медицинский персонал, являются группой общества, столкнувшейся с реальными проблемами современной жизни. Они не являются более здоровыми по сравнению со сверстниками из других групп населения, а по ряду параметров здоровья имеют и худшие характеристики, и реальные проблемы по коррекции патологических состояний и также требуют социальной поддержки. Понятно, что многие экономические проблемы этой группы населения могут быть решены только вследствие реального повышения уровня жизни всего населения, в частности пересмотра системы оплаты труда медицинских работников. Однако часть проблем может быть разрешена внутри самой системы здравоохранения — прежде всего это предоставление широкого спектра льгот по осуществлению медицинского обеспечения медицинских работников. Необходимо отметить также, что состояние здоровья медицинских работников требует дальнейшего углубленного изучения.

Некоторые вопросы современного состояния и реформирования здравоохранения

Решение современных проблем охраны здоровья населения должно включать реформирование здравоохранения, которое необходимо ориентировать на реализацию известных программ профилактики и эффективных мер коррекции возникающей у населения патологии, пересмотру основных действующих медицинских доктрин и подготовки специалистов с учетом освоения на-

копленного в передовых странах опыта и разработанных технологий. Большинство из них, естественно, требует не только новых организационных решений, но и материальных затрат, средств, которыми казалось бы современное здравоохранение не располагает.

Фактически реформирование здравоохранения должно основываться на том, чтобы достигнуть эффективности с меньшими затратами. В то же время выделяемые средства должны соответствовать финансовым потребностям отрасли, т. е. потребностям населения в разных видах медицинской помощи. Дифференцированная оценка потребностей населения в медицинской помощи должна стать основой всех перспективных расчетов как внутри отрасли, так и на уровне страны и, в частности, государственных гарантий по обеспечению медицинской помощи. При этом должна быть полная ясность, какие проблемы (по содержанию) здоровья государство берет на себя, а какие переносит на население. В настоящее время мнения руководителей по этому вопросу значительно расходятся. Основная часть (93,5%) знает о том, что в стране принята программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Лишь 6% руководителей не знают об этом. На первый взгляд, их немного, но по таким основополагающим вопросам должно быть полное осведомление руководителей. При этом почти 20% не определились с оценкой содержания этого документа, т. е., видимо, недостаточно глубоко знакомы с ним и с соотношением его положений с реальной практикой (табл. 6.23).

Таблица 6.23

Оценка ориентиров государственных гарантий руководителями здравоохранения, 1999 г. (%)

Мнение врачей	Поликлиника	Больница	Работники ФОМС
Не знают о существовании госгарантий	5,7	6,3	5,8
Оценивают нормативы госгарантий как нормальные, соответствующие потребностям населения	25,0	18,7	28,6
завышенные	21,9	24,0	40,8
заниженные	37,5	41,3	22,4

Как показывает анализ разброса мнений по этому вопросу, на фоне близости в оценках работников практических учреждений здравоохранения, руководителей больниц и поликлиник выделяется мнение работников страховых медицинских организаций, которые признают эти оценки скорее завышенными, чем заниженными. Интересно другое, что лишь немногим более 20% руководителей полагают, что ориентиры государственных гарантий нормальны, соответствуют действительным потребностям населения.

Особым разделом работы является профилактическая деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений. Несмотря на трудное в финансовом отношении время, отсутствие поддержки (оплаты) этой деятельности со стороны ОМС, на подавляющем большинстве территорий сохранились и действуют такие виды деятельности, как профилактические осмотры подростковых контингентов, учащихся. Согласно приказу №90 от 14.03.96 г. «О предварительных и периодических медицинских осмотрах», соответствующие контингенты проходят флюорографические обследования в поликлинике (кроме того, в противотуберкулезной службе). Работают смотровые кабинеты, проводятся осмотры на онкологические заболевания (различные специалисты), глаукому, работают кабинеты доврачебного приема.

Современные модели здравоохранения, сформировавшиеся в послевоенные годы с учетом высоких гуманистических принципов доступности, в частности, в связи с концепцией интенсификации профилактической направленности, в других социально-экономических условиях (большая доля сельского населения, отсутствие коммуникаций, недостаточный уровень общей и санитарной культуры у большинства населения) фактически застыли в своих элементах, хотя ситуация в стране в принципе изменилась по всем позициям.

В новых условиях абсолютно нецелесообразно содержание затратной врачебной помощи на дому (в старом варианте, без трансформации в стационар на дому). В настоящее время доля посещений на дому достигает 15% в общем числе посещений. Необходимо опробование новых форм — консультации по телефону, посещения среднего медицинского персонала. Вообще средний медперсонал должен использоваться более интенсивно при проведении различных видов медицинской деятельности, в частности медицинских манипуляций. Соотношение врачей и средних медицинских работников должно измениться в сторону более высокого преобладания последних.

Специального рассмотрения требует вопрос о так называемой ведомственной медицине, соотношении федеральных и муниципальных учреждений в организации медицинского обеспечения населения. По данным опросов, до 15% населения ежегодно контактируют с медицинскими учреждениями различного типа, соответственно дублируются (и вдвойне оплачиваются) контакты со специалистами, обследования больных.

Оставшаяся система медико-санитарных частей при промышленных предприятиях требует исключения дублирования с территориальной службой (15—20% населения обслуживается параллельно и в МСЧ, и в территориальных учреждениях здравоохранения). Необходима интеграция средств для организационного перераспределения потока больных, исходя из реальных потребностей населения в различных видах медицинской помощи при сохранении профессиональной специфики медицинского персонала.

50—60% и более населения обращаются за медицинской помощью в государственные учреждения и лишь 5% — вступает в те или иные контакты с новыми медицинскими структурами. В США 33—40% населения в той или иной форме обращаются к так называемой альтернативной медицине.

В печати редко появляется информация об организации работы самого дорогостоящего раздела здравоохранения — госпитализации плановых больных. Наши данные опросов населения показывают, что в течение года госпитализируется в среднем около 16% детского и около 14% взрослого населения, в то же время в отчетах фигурируют показатели на уровне 20%, 25 и даже 30% (Республика Алтай, Нижегородская область). Это позволяет сделать предположение, что так называемые плановые койки в значительной мере простаивают. По данным опросов врачей, более 40% отмечают, что увеличивается госпитализация по экстренным показаниям.

Современная патология отличается комплексностью, сочетанностью патологических проявлений. Так, гипертоническая болезнь в изолированной форме, бронхиальная астма в изолированном виде встречаются в 30% случаев; ИБС, сахарный диабет — менее чем в 10% случаев. Вместе с тем, с введением новых форм оплаты 78,6% опрошенных врачей указали, что они не имеют возможности лечить в стационаре весь комплекс хронических больных, а вынуждены ограничиться лечением заболевания, явившегося поводом для госпитализации. Отмечены ограничения в оказании консультативной помощи, в том числе в связи с отсут-

ствием средств у больницы и ограничениями страховой компании. С одной стороны, эта экономия средств на первом этапе, с другой — необходимы строгие экономические расчеты стоимости последствий такой экономии.

Реформирование здравоохранения и, в частности, децентрализация медицинского обеспечения должны исходить из закономерностей формирования здоровья населения. Известно, что заболевания, которыми страдает население, имеют не только различную природу, но и различную частоту распространения в популяции. Как правило, частота распространенности и тяжесть патологии находятся в противоположной зависимости: наиболее редкие — это более тяжелые заболевания. Частота большинства видов патологии известна. Выявленные закономерности свидетельствуют, что в большинстве своем состав заболеваемости и уровень ее распространенности достаточно устойчивы, чтобы использовать их при принятии решений на достаточно длительный (до 10 лет) период времени. Исходя из количественных характеристик свойственной населению патологии, большинство заболеваний должно обеспечиваться на местном уровне, даже без информирования об этом (сокращение отчетности) региональных и федеральных структур управления.

Определенная часть патологии может курироваться на межрегиональном уровне с широкой информацией о размещении учреждений и достаточно свободным доступом больных в эти учреждения для создания конкурентной среды. И только для обеспечения редких, но требующих высокотехнологических методов лечения состояний должны создаваться федеральные службы (трансплантация, тяжелые формы сердечно-сосудистой патологии, нейрохирургия и т. п.).

Основная часть врачей отмечает, что течение болезней стало более тяжелым (80,4%), а подавляющая часть врачей (91,7%), особенно хирурги, что больные обращаются за медицинской помощью в более тяжелых случаях, с запущенными формами болезней, т. е. контингент, вступающий в контакт с медицинской сетью, изменился, что требует новых методов и условий работы.

По данным опроса, лишь каждый пятый человек обращается за медицинской помощью при появлении первых симптомов, а 50% делают это лишь при появлении серьезных, настораживающих изменений в состоянии здоровья. В структуре причин позднего обращения за медицинской помощью населения трудоспособного возраста главное место занимала как у мужчин, так и у женщин невозможность невыхода на работу, несмотря на состояние здо-

ровья, в том числе боязнь потерять дотации, которые на некоторых предприятиях не включаются в среднюю заработную плату, а выплачиваются за выход на работу (и не выплачиваются больным).

Одной из форм активной работы по предупреждению более тяжелого течения заболеваний было осуществление противорецидивного лечения хронических больных. В современных условиях основная масса предприятий, которые обеспечивали оплату противорецидивного лечения таким контингентам, как больные гипертонией, язвенной болезнью, существенно сократили такие дотации, а в каждом пятом случае отказались от этого полностью, в связи с чем больным рекомендуется приобретать необходимые для противорецидивного лечения препараты за собственный счет.

Менее 10% терапевтов указали, что они направляют больных на санаторно-курортное лечение так же, как и раньше; более 80% стали направлять гораздо реже или не направляют совсем; около 15% врачей отмечают, что при высказывании таких рекомендаций больные отказываются в связи с недостатком средств. В то же время около 70% врачей-педиатров г. Москвы считают, что они направляют детей на санаторно-курортное лечение так же, как и раньше, хотя 8,7% указывают, что родители отказываются в связи с недостатком средств. В этих условиях практически сняты вопросы диетотерапии (64% врачей отмечают, что не имеют возможности направлять больных, в том числе гипертоников, на диетпитание, так как закрылись диетстоловые; 15,4% делают это гораздо реже, чем раньше).

Проведение лечебной работы с более тяжелым контингентом больных значительно осложняется тем, что врач и больной вступают в новые взаимоотношения, к чему ни та, ни другая сторона в значительной степени не подготовлены. Прежде всего, новым в этих взаимоотношениях является необходимость обсуждения с пациентом стоимости препаратов. Врачи осознают, что для значительной части больных необходимые препараты недоступны в связи с дороговизной, по мнению 37,8% врачей, — для отдельных больных, а по мнению около половины врачей — для основной массы больных.

В этих сложных условиях более половины врачей направляют больных на стационарное лечение так же, как и раньше, но почти каждый пятый врач старается лечить больше в амбулаторных условиях. В некоторых случаях этот процесс регулируется администрацией поликлиник, а 12,5% врачей отмечают, что

больные стали чаще отказываться от стационарного лечения. Для более эффективного лечения таких больных развиваются и новые формы — дневной стационар. По данным опроса населения в 1999 г., контакты с амбулаторно-поликлиническими учреждениями сохранились, а уровень госпитализации, в том числе в связи с соответствующей ориентацией здравоохранения, снизился (табл. 6.24).

Таблица 6.24

Уровень контактов с медицинской сетью лиц, страдающих различными заболеваниями (% к числу больных)

Заболевание	Обращались в поликлинику		Были госпитализированы	
	1997 г.	1999 г.	1997 г.	1999 г.
Гипертоническая болезнь	80,1	81,8	22,2	24,7
ИБС	76,5	83,2	32,6	26,8
Хронический бронхит	80,6	81,3	28,8	21,0
Бронхиальная астма	76,0	78,6	30,7	21,2
Болезни органов пищеварения	75,6	77,3	25,6	20,9

Лишь около половины врачей отмечают, что они не ограничены каким-либо формальным регламентом и могут проводить лечение больных в течение необходимого по их профессиональным представлениям времени. В то же время 37,7% врачей по некоторым заболеваниям стараются выдерживать рекомендуемые ориентировочные сроки, а каждый десятый врач — ориентируется на контрольные цифры длительности болезни, так как это контролирует администрация (Методические указания от 25 мая 1984 г., № 10-11/67); современные больные также настаивают на ускоренной выписке.

Говоря о стационарном лечении, 65,5% врачей отмечают, что больницы постоянно не полностью получают необходимые препараты. Лишь единичное число врачей — до 1% (среди хирургов таких не было) считают, что они в необходимых случаях обеспечены препаратами крови и кровезаменителей, белковыми препаратами, препаратами для парентерального питания и другими жизненно необходимыми для проведения адекватного лечения и для спасения жизни больных. По мнению опрошенных экспертов, это приводит к задержке плановых операций, в ряде случа-

ев — при прогрессирующем развитии патологии (онкология), когда заболевание может перейти в более тяжелую и инкурабельную стадию; во время экстренных операций отсутствие этих препаратов может быть фактором, определяющим либо спасение, либо гибель больных (тяжелые травмы, прободные язвы и т. д.). Снижаются объемы деятельности специализированных кардиологических бригад скорой помощи, важной для отдаленных районов санавиации.

В условиях недостаточного финансирования значительная часть врачей (около 70 % среди врачей со стажем работы до 20 лет) вынуждена рекомендовать больным те или иные платные виды обследования и лечения (оплату необходимого вида обследования — 14,5% врачей, платные операции — 8,4%, оплату донора — 2,4%). Платные операции предлагал каждый третий хирург, а 50% терапевтов предлагали приобретение необходимых лекарственных препаратов для стационарного лечения. Опрошенные в 2000 г. врачи-педиатры г. Москвы (57,1%) предлагали лично различные платные услуги для детей. Особенно активны в этом плане молодые специалисты со стажем работы до 5 лет, среди которых около 80% рекомендуют платные виды лечения и обследования более часто, чем старшие коллеги. Практически идентичная картина о частоте предложений воспользоваться платными услугами получена и при опросе населения.

К числу главных приоритетов в области здравоохранения следует отнести разработку и реализацию комплекса мер по сохранению жизни и улучшению здоровья новых поколений детей.

При низких уровнях рождаемости и отсутствии прогнозируемого увеличения этих показателей необходимо использовать освободившиеся кадры (количество родов сократилось с 1990 по 1997 гг. почти на 40%, а обеспеченность койками для беременных и рожениц — на 20%), пересмотреть технологию обслуживания беременных и рожениц, которая, по некоторым данным, не отвечает современным представлениям, решить ряд теоретических вопросов. Прежде всего, необходимо разработать и утвердить операциональную дефиницию нормальных родов и других опорных оценочных индикаторов (например, здоровый ребенок и др.). Так называемая тенденция ухудшения здоровья беременных и рожениц уже дошла до абсурда; некоторые области показывают в отчетах, что только 11% родов являются нормальными. Там, где присутствуют достаточно строгие критерии, показатели фактически не меняются в течение многих лет. Например, доля детей с массой до 2500 г держится на уровне 5,6—

6,3% в течение последнего десятилетия. Практически на одном уровне находится частота разрывов матки, так как сильны биологические законы, определяющие жизнедеятельность человека.

В детском возрасте чрезвычайно высоки уровни смертности от инфекций. Превышение смертности детей от инфекций в нашей стране по сравнению с развитыми странами прослеживается (мониторится) в течение длительного периода времени. Но даже в раннем возрасте среди инфекций как причины младенческой смертности выделяются только кишечные инфекции и сепсис, а подавляющая часть инфекций не идентифицируется, представляется в статистике в обобщенной группе, в связи с чем нет стимула к активной работе по их предотвращению и коррекции. Это — прямая задача санэпиднадзора, который должен решить вопрос о возможности управления приводящими к смерти инфекциями по крайней мере в крупных городах страны, что реально скажется на показателях здоровья, в частности уровнях смертности населения в перспективе. Актуальной задачей санэпидслужбы является изменение отношение к такой инфекции, как туберкулез. Известно, что частота вновь выявленных случаев активных форм туберкулеза растет, а временная утрата трудоспособности по этой причине почему-то падает. Это контингенты, которым не требуется освобождение от работы. Должны быть прослежены их контакты и окружение. Должны быть оценены и методы терапии этого заболевания.

Необходимо также наблюдение за ростом и развитием детей, выявление групп отстающих в развитии. Как правило, это — дети из семей с худшими социально-экономическими условиями жизни, и необходима финансовая и материальная поддержка для обеспечения их нормального роста и развития.

Учитывая современные проблемы здравоохранения, для реального изменения ситуации в перспективе необходимо более широкое ознакомление врачей с современными методами ведения больных, основанными на принципах доказательной медицины (evidence based medicine), использование компьютерных средств для справочно-информационной ориентации врачей не в отношении статистики, а в пределах конкретных, клинических специальностей, — в качестве экспертных систем. Это потребует соответствующих затрат на разработки профильными специалистами, но будет способствовать развитию врачебного кругозора и вслед за этим внедрению современных методов диагностики и лечения в массовую практику. В 1999 г. лишь 9—10% врачей отмечали, что в их учреждениях не ведутся какие-либо работы на ком-

пьютере, компьютеры используются в основном для введения статистической информации и оформления документации для ОМС. Необходимо отметить также, что в предстоящее десятилетие должна развиваться телемедицина.

Исходя из представленных фактических материалов, можно сделать принципиальный вывод об определенной устойчивости состава патологии, достаточной близости уровней распространенности многих хронических заболеваний, в том числе приводящих к смерти, среди населения нашей страны по сравнению с соответствующими показателями других стран. Таким образом, на этом этапе реформирования здравоохранения необходимо отказаться от задачи снизить заболеваемость, а в предстоящем десятилетии решать проблемы обеспечения адекватной по современным представлениям профилактики и коррекции патологических состояний, добиваясь снижения смертности по ведущим причинам, в том числе в рамках своей отрасли, то есть именно медицинскими мерами.

Особая роль в реформировании медицинской помощи в современных условиях принадлежит организаторам здравоохранения разного уровня. Подавляющее большинство руководителей считает, что современное здравоохранение находится в кризисной ситуации. По их мнению, это выражается в отсутствии возможности обеспечить необходимые объемы медицинской помощи населению, прежде всего в связи с тем, что имеет место дефицит финансовых средств. Это отмечают 96% руководителей здравоохранения. Вместе с тем, 17,1% руководителей полагают, что на этом фоне, с одной стороны, проводится неэффективное использование материальных и кадровых ресурсов, с другой — имеет место рост теневой оплаты медицинских услуг. На это прямо указывают 15% руководителей здравоохранения, хотя реальные масштабы этого явления, по-видимому, шире. На полное удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи указывают лишь 6% руководителей. Основная же их часть (80%) считают, что потребности удовлетворяются лишь частично, а 13% — что практически не удовлетворяются.

Введение системы ОМС предполагало не только формирование дополнительного источника финансирования медицинских учреждений, но и внедрение в жизнь медицинских учреждений экономических методов управления. Как показывают результаты опроса, на то, что работа в системе ОМС позволила ввести экономические методы управления, указывают 44—47%, стимулировать интенсификацию использования ресурсов — 27,1% и в мень-

шей степени упорядочить оплату труда всех групп медицинских работников — 8,2% (табл. 6.25).

Таблица 6.25

Преимущества ОМС с точки зрения руководителей разного уровня (%)

Работа в системе ОМС позволила	Главный врач	Зам. главного врача	Зав. отделением
Ввести экономические методы управления	60,9	41,5	37,5
Упорядочить оплату труда	9,1	8,0	13,2
Стимулировать интенсификацию использования ресурсов	44,2	28,9	18,9

По мнению руководителей в системе здравоохранения, работа в системе ОМС главным образом способствует введению экономических методов управления. На это указывают почти половина врачей-руководителей. Казалось бы, при всем разнообразии форм оплаты труда, действующих при различных моделях ОМС, именно в этом разделе деятельности должны быть очевидны достижения; однако менее 10% руководителей отмечают, что работа в системе ОМС позволяет упорядочить оплату труда разных групп медицинского персонала.

Особого внимания заслуживает то, что значительное число руководителей учреждений здравоохранения не определились в мнении о преимуществах этой системы — либо уклонились от ответа на этот вопрос, либо отмечали, что затрудняются с ответом. Доля не определившихся, а следовательно, не использующих или не имеющих возможности использовать элементы экономического управления, привнесенные в учреждения здравоохранения с внедрением ОМС, значительна и достигает 30%.

Таким образом, введение ОМС не позволило с точки зрения руководителей медицинских учреждений упорядочить оплату труда медицинского персонала, тем более связать ее с качеством работы врача, и этот вопрос требует дальнейшей проработки.

Руководители медицинских учреждений достаточно полно определились в своем отношении к перспективе перехода лечебно-профилактических учреждений в частную собственность (лишь около 10% не определились с ответом и соответственно

не имеют своей позиции). Среди определившихся более 40% (42%) руководителей не допускают возможности перехода каких-либо медицинских учреждений в частную собственность ни при каких условиях; еще 40% — полагают, что это может быть сделано в отдельных, исключительных случаях; 14% допускают, что в частную собственность могут передаваться вновь создаваемые, а еще 12% — нерентабельные, неэкономично функционирующие учреждения. Главные врачи, чаще чем их заместители или врачи, заведующие отделениями, допускают возможность передачи ЛПУ в частную собственность. Только 30% главных врачей категорически отрицают эту возможность, но среди них и больше неопределившихся, затрудняющихся с ответом (16,3%). Интересно, что среди заместителей главных врачей неопределившихся лишь 3,6%. Эта же группа руководителей чаще, чем другие, полагает, что можно в частную собственность передавать вновь созданные и нерентабельные учреждения. По оценке этих позиций к ним приближаются заведующие отделениями. Таким образом, число лиц, готовых возглавить лечебные учреждения новой формы собственности, больше среди руководителей второго (заместители главных врачей) и третьего (заведующие отделениями) уровней.

В современных экономических условиях гуманистическая основа профессии врача, по прежним понятиям призванного бескорыстно оказывать необходимую медицинскую помощь нуждающемуся больному в любых ситуациях, если не пересматривается, то по крайней мере оценивается необходимость обязательного учета экономической стороны этого вопроса. При этом некоторые руководители учреждений отстаивают (и не без оснований) положение о том, что учреждение здравоохранения, как и любое другое, имеет целью не только выполнение своего назначения — оказание медицинской помощи нуждающимся, но и решение финансовых проблем, включая и надлежащее материальное обеспечение персонала. Очевидно, что такого типа ориентиры в деятельности медицинского учреждения могут иметь место только в случае жестких ограничений бюджетного финансирования и реальной возможности пополнить его за счет внебюджетных средств.

Реальная ситуация с финансовым обеспечением медицинских учреждений, появление как новых проблем так и новых возможностей, формируют два основных типа руководителей: ориентированных в своей работе по-прежнему только на соображения врачебного долга и гуманности по отношению к пациентам («гу-

манисты») и ориентированных наряду с выполнением врачебного долга на достижение определенных экономических показателей в результате деятельности учреждения («экономисты»). Минимальное количество руководителей ориентировано только на экономические показатели.

Можно предположить, что различия во взглядах определяют особенности в целях, организации работы, а также особенности собственного поведения руководителя и возглавляемого им коллектива. Абсолютное большинство руководителей считают, что здравоохранение находится в кризисном положении (100% руководителей-экономистов, в противоположной группе таких 96,5%). Среди руководителей-экономистов достоверно больше тех, кто ориентируется в показателях здоровья населения, которое обслуживает руководимое ими учреждение. Затрудняются в этих оценках лишь 5%. В то же время руководителей, которые руководствуются в своей работе только соображениями врачебного долга и гуманности, — около 15%.

Ярко выраженные различия отмечены среди сравниваемых групп руководителей в финансово-экономических вопросах, отчетности, нормативах различного характера, а также в оценке качества работы подчиненных и учреждения в целом (табл. 6.26).

Таблица 6.26

Особенности распределения мнений руководителей по вопросам медицинского обеспечения населения и организации работы (%)

Показатели	«Гуманисты»	«Экономисты»	Прочие
<i>Общие вопросы</i>			
Оценка современного состояния здравоохранения			
- кризисное положение	96,5	100,0	98,5
- предполагают ухудшение	56,5	57,9	59,1
- частично ориентируются или не знают о показателях здоровья обслуживаемого населения	14,8	5,6	15,1

Показатели госгарантий:			
- завышены	17,7	52,9	35,5
- занижены	43,0	17,6	24,7
Элементы организации и учета деятельности:	74,7	100,0	77,4
- знают отчетные формы (в том числе №12)			
- формировали отчеты, не задумываясь о содержании, для вышестоящих органов	14,3	26,3	12,0
- знают приблизительно численность обслуживаемого населения*	14,4	5,3	7,7
- ежегодно проводит переписи населения	16,7	31,6	26,2
<i>Финансово-экономические вопросы</i>			
Предполагают наиболее эффективную оплату:	3,5	15,8	12,7
- за услугу			
- подушевой норматив	9,4	5,3	7,9
- МЭС	21,0	21,0	15,9
- использование нескольких показателей	65,9	57,9	63,5
Введение ОМС способствовало:	46,9	68,4	41,7
- введению экономических методов управления			
- упорядочению оплаты труда	9,5	25,0	5,4
- стимулированию интенсификации использования имеющихся ресурсов	31,9	43,8	29,6
Отрицают возможность перевода ЛПУ в частную собственность	35,9	22,1	36,9

Оценка профессионального уровня и качества медицинского обслуживания	42,9	73,7	39,7
--	------	------	------

* Те, кто использует эту информацию в своей работе.

Таким образом, для сравниваемых групп руководителей характерны не только разные, но в ряде случаев полярные оценки различных аспектов здравоохранения. Можно предположить, что это — различия в оценке не только прошлого опыта, но и перспектив.

Некоторое суждение о качестве работы подразделений и учреждений, возглавляемых руководителями различной ориентации, может быть сделано на основе анализа наиболее частых нарушений, которые были выявлены при проведении экспертизы работы лечебно-профилактических учреждений. Спектр нарушений практически одинаков в разных учреждениях. Однако очевидно, что в учреждениях, возглавляемых руководителями-экономистами, по сравнению с теми, кто для кого определяющими являются соображения гуманности и врачебного долга, значительно чаще отмечались завышение объемов оказываемой медицинской помощи (по-видимому, в условиях оплаты за услугу), несвоевременность ее оказания; реже отмечались низкий уровень диспансерного наблюдения (объемы) и существенно реже — ненадлежащее оформление медицинской документации. Небезынтересно, что руководители учреждений, указавшие, что руководствовались в своей работе только соображениями гуманности и врачебного долга, также имели нарушения за взимание платы с больных за медицинские услуги, предусмотренные территориальной программой ОМС.

Одним из показателей качества медицинской деятельности можно считать количество диагностических ошибок, которые выявлялись в процессе проведения экспертизы в разных медицинских учреждениях. Оказалось, что их количество отмечалось значительно реже в учреждениях, где руководители строили свою работу на основе той или иной ориентации, независимо от ее характера, по сравнению с теми учреждениями, где руководители не определились и не придерживались последовательно тех или иных позиций. Таким образом, для формирования эффективной работы учреждения важна определенность в работе руководителя.

Современные проблемы и перспективы информационного обеспечения отрасли

В настоящее время для целей определения путей реформирования здравоохранения необходима честная, достоверная информация о положении дел в отрасли. Более того, очевидно, что в условиях бедности здравоохранения в отрасли поддерживаются затратные каналы деятельности, не дающие какого-либо эффекта. Например, строгого пересмотра требует затратная учетно-статистическая деятельность. Так, вряд ли можно ориентироваться в отношении частоты распространенности заболеваний на данные современной официальной статистики, несмотря на тотальный сбор информации о содержании каждого контакта с учреждениями системы здравоохранения (Максимова, 1999). В итоге этой деятельности по учету болезней здравоохранение на уровне страны получает форму № 12 «Сведения о числе зарегистрированных заболеваний...», которая не содержит необходимой для оценок и управления здоровьем населения информации. По мнению формирующих ее врачей и руководителей учреждений здравоохранения, эта информация необходима для вышестоящих организаций (так считает каждый четвертый врач в поликлинике и каждый пятый в стационаре). Опрошенные в 2000 г. врачи-педиатры почти в 70% случаев отмечали, что им недостаточно времени для полноценного обследования ребенка в связи с его затратами на заполнение документации; около 40% из них предлагают сократить документацию за счет статистических талонов и формы № 30. В последние годы на многих территориях страны эта работа дублируется в связи с введением ОМС и социально-гигиенического мониторинга, других информационных каналов, а это — дополнительные расходы.

Всем, кто анализирует данные официальной статистики, имеющие отношение к заболеваемости, известно, что она не отражает количественных характеристик этого явления, и соответственно не ориентирует в его масштабах и динамике. Так, по данным официальной статистики, уровни распространенности болезней системы кровообращения у взрослых составили менее 200‰, что почти в два раза ниже, чем регистрируется в специальных исследованиях заболеваемости по данным обращаемости, проводимым на основе строгих методических принципов. В последние годы фактически свернуты выборочные исследования заболеваемости.

В настоящее время интенсивно внедряется МКБ-10, в том числе для кодирования каждого поликлинического случая (этого нет

в других странах), а ведь необходимо знать, что только 5% врачей считают этот документ полезным в своей работе (табл. 6.27); в подавляющем большинстве медработники используют классификацию под давлением администрации и страховых компаний, это отнимает у них время (примерно 0,5 мин на диагноз).

Таблица 6.27

Особенности отношения врачей различных специальностей к МКБ-10 (%)

Отношение врачей к МКБ-10	Место работы			
	всего	поликлиника	больница	клиника
Не использую	12,8	16,9	8,8	-
Очень полезный документ	5,8	5,0	4,7	13,3
Классификация статистическая, необходимо приближение к клинической практике	23,4	20,0	26,5	26,7
Вынужден пользоваться, так как этого требует администрация и страховые компании	58,0	58,1	59,9	60,0

Это — реальная ситуация. Вместе с тем МКБ-10 полезна, прежде всего потому, что в ней собраны все известные к моменту 10-го пересмотра состояния, диагнозы и другие отклонения в здоровье, имеются данные о современных диагностических методах, включена и часть диагнозов, которые прямо свидетельствуют о возможности эффективной коррекции современными методами ряда видов патологии, а также отражены вопросы профилактической деятельности. Необходимо не только знать, но и учитывать мировой опыт в области здравоохранения, в том числе отраженный в МКБ-10.

Особой проблемой в статистике являются трудоемкость сбора и ограниченные возможности анализа данных временной нетрудоспособности, прежде всего в связи с отсутствием сведений о численности и составе населения и отсутствием адресности этих материалов. В ближайшей перспективе необходимо отказаться от повсеместного сбора этих данных, оставив углубленный анализ

временной утраты трудоспособности только в медицинских учреждениях, обслуживающих население по месту работы (специализированные медико-санитарные части) или в других организованных коллективах и, таким образом, не только повысить информативность, но и существенно сократить затраты.

Для анализа и принятия решений важно и обеспечение возможности взаимосвязанных оценок по типу: количество больных — охват медицинским вмешательством в пределах как одного, так и нескольких отчетных документов. Должно быть соответствие разделов отчетных форм, характеризующих амбулаторно-поликлиническую и стационарную деятельность: сколько больных зарегистрировано, сколько из них госпитализировано, какие применялись методы, сколько оперировано и т. д.

Перечень видов анализируемой патологии должен существенно отличаться на разных уровнях управления здравоохранением, исходя из потребностей населения в различных видах медицинской помощи. Так, очевидно, что случаи редких заболеваний, требующих для лечения дорогостоящего оборудования и уникальных методик, должны обобщаться на федеральном уровне (нуждаемость в трансплантации, некоторых видах нейрохирургии и т. п.); основная же часть патологии должна корректироваться и соответственно обеспечиваться всеми необходимыми средствами на местном и региональном уровнях. В настоящее время этот перечень — один по форме и содержанию для всех учреждений и органов управления здравоохранением разных уровней — фактически направлен на отражение ведущих групп болезней, многие из которых поглощают необходимые для анализа организационных и выбора технологических решений виды патологии.

Статистическая деятельность должна ориентироваться не на оценку уровней заболеваемости, что является задачей научных исследований, а на развитие служб здравоохранения и отслеживание этапов этого развития. Например, при характеристике лечебной деятельности в условиях стационара и поликлиники необходимо фиксировать определение возбудителя, при тех заболеваниях, где этого требует МКБ-10, ориентируя на развитие лабораторной базы; необходимо выделение подробных рубрик, характеризующих патологию системы кровообращения, других состояний, пути коррекции которых определены в науке и мировой практике. Пусть в первые годы в отчетности будет отсутствовать информация, но руководители учреждений уже будут озадачены и, возможно, строки в статистической отчетности будут стимулировать их на развитие соответствующих служб.

Целесообразно введение учета случаев осложнений при медицинских вмешательствах. Несмотря на особенности отечественного менталитета и даже при отсутствии специального внимания к этому вопросу, в составе больных, по некоторым данным, достаточно высока доля лиц, например, с послеоперационным гипотиреозом, что связано как с масштабами операций на щитовидной железе, так и с качеством этих вмешательств.

Современная ситуация в стране в целом и в здравоохранении в частности требует нового взгляда на статистическую, информационную деятельность, переоценки и пересмотра всех этапов ее осуществления и особенно конечного результата.

Представленные соображения свидетельствуют о возможности принципиально нового подхода к содержанию статистической информации о составе обратившихся за медицинской помощью больных и зарегистрированных у них заболеваний, ориентируя эту информацию на оценку потребностей населения и организационные решения в области улучшения медицинской помощи и профилактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К настоящему времени накоплено достаточное количество материалов, позволяющих оценить всю тревожность ситуации со здоровьем населения как в отношении живущих, так и в отношении последующих поколений. В связи с этим наступил период, когда акцент при обсуждении этого вопроса должен делаться не на констатации негативных тенденций, а на разработке путей их преодоления и перелома.

Оценка дальнейших перспектив социально-экономического развития России показывает, что при самых оптимальных прогнозах в обозримом будущем не будет достигнут уровень жизни, характерный для стран с развитой рыночной экономикой. Лидеры нашей страны должны осознать необходимость переоценки ценностей, особенно ценности каждой человеческой жизни, и обеспечить для этого необходимые условия. В первую очередь это касается обеспечения процессов роста и развития подрастающего поколения страны.

Формирование будущего здоровья и качества жизни населения закладывается в современных условиях в связи с общемировыми тенденциями, а также реально действующими на большие массы населения общими кризисными явлениями в стране (снижение жизненного уровня, ухудшение реальных условий жизнеобеспечения, социальная нестабильность и стрессогенная обстановка), местными факторами, к которым прежде всего должны быть отнесены экологическое неблагополучие, проявляющееся в тех или иных масштабах, новые виды миграции, в том числе по политическим и этническим мотивам, нарушение сложившихся укладов жизни, касающихся и питания населения, появление несвойственных ранее широким массам населения видов деятельности. Происходят предвидимые на основе знаний об общих закономерностях и аналогиях сдвиги в здоровье, отражающие поведение населения в кризисных ситуациях, — снижение рож-

даемости, повышение смертности, снижение естественного прироста населения. Демографическое развитие страны в ближайшие годы будет определяться низким уровнем рождаемости, так как изменились не только материальные условия, но за короткий срок произошла резкая смена ценностных ориентаций широких масс населения.

В стране будет увеличиваться доля пожилых людей, т. е. будет происходить постарение населения, следствием чего будет реальное увеличение в популяции распространенности возраст-зависимой патологии (болезни системы кровообращения, новообразования, урологическая патология и другие заболевания мочеполовой системы, старческие переломы и ограничивающие жизнедеятельность костно-мышечные нарушения, психические нарушения, связанная с возрастом патология органов чувств). Все это потребует соответствующей адаптации здравоохранения, в том числе сдвига на обеспечение необходимыми специалистами, персоналом по уходу за больными, принятия новых организационных решений.

На фоне стабилизации заболеваемости по данным обращаемости населения в медучреждения, в стране отмечается рост инвалидизации, который объясняется как ухудшением здоровья россиян, так и изменением, в частности, расширением критериев определения инвалидности. В то же время необходимо полное представление о том, что лиц с ограниченными возможностями здоровья, требующих специальной общественной заботы, социальной поддержки, тем более материальной помощи, не так и много, и обеспечение гуманного подхода к этому контингенту, вплоть до полного удовлетворения их потребностей и жизнеустройства, вполне по силам нашему обществу даже в настоящий период.

Проблемы управления здоровьем населения требуют нового подхода к определению болезни, ее последствий и особенно влияния отклонений физиологических параметров на новую социальную категорию — качество жизни человека, возможность выполнения соответствующих возрасту и полу биологических и социальных функций. Современные возможности медицины позволяют лицам, с явно выраженной патологией продолжать активную жизнь в соответствии с представлениями самого индивидуума, но достижения медицины должны быть доступны широким массам населения.

Для определения путей позитивного воздействия на здоровье необходимо использовать данные об особенностях поведения, в

том числе самосохранительного, особенностях самооценки и отношения к собственному здоровью, представления о возможностях изменения собственного поведения и готовности к этому для улучшения здоровья разных групп населения как при наличии патологических отклонений или заболеваний, так и при их отсутствии.

В последние годы происходит четкая дифференциация населения на определенные слои, критерием чего является материальный доход, а не только уровень образования и социальные позиции. Выявляются четкая связь между здоровьем и уровнем материального благосостояния, практически однонаправленный социальный градиент в ценностных ориентациях, особенностях роста и развития детей, субъективных оценках здоровья, распространенности хронических заболеваний, потреблении ресурсов здравоохранения, возможности оплаты необходимого лечения. В худших условиях отмечается как бы ускорение процессов старения и, соответственно, в более молодых возрастах появляется патология старших возрастов, у детей — торможение процессов роста и развития. Перспективная оценка данных показателей в значительной мере связана с обеспечением социальной справедливости в обществе.

Перспективные оценки смертности населения фактически связаны с вариантами общественного выбора, определения позиции и политики государства в диапазоне от невмешательства (и тогда высокие уровни смертности сохраняются) до активного воздействия на эти процессы в различных сферах жизни, в том числе в большей мере в области здравоохранения, что обеспечит перелом тенденций и снижение этих показателей. На основе сопоставления данных о смертности и заболеваемости на ряде территорий страны выявлено несоответствие (при низких уровнях заболеваемости — высокие уровни смертности) в их соотношении, что свидетельствует о неэффективной деятельности современной системы здравоохранения и необходимости ее реформирования с учетом современных достижений науки в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Это положение подтверждается и тем, что наибольший рост показателей смертности в последнее десятилетие был отмечен у трудоспособного населения не только в связи с повышенным травматизмом, но и по ряду соматических, прежде всего сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания на фоне отсутствия негативных сдвигов в заболеваемости, субъективных оценках, показателях физического развития и др. Подтверждают необходимость коренных изменений в

коррекции патологии и, следовательно, деятельности системы здравоохранения также относительно близкие уровни показателей распространенности некоторых заболеваний в России и экономических развитых странах при больших разрывах в смертности от этих причин. Опрос врачей, проведенный нами, показал, что до 40% из них не знали о зарубежном опыте лечения важнейших хронических заболеваний и механизме действия многих импортных лекарств, внезапно заполнивших наши аптеки; должны быть решены вопросы внедрения в массовую практику научных достижений, и обеспечена доступность эффективных методов лечения широким массам населения.

На данном этапе реформирования здравоохранения необходимо осознанно отказаться от задачи снизить уровни заболеваемости соматической патологией и добиваться в предстоящее десятилетие обеспечения адекватной по современным представлениям профилактики и коррекции патологических состояний, снижения смертности по ведущим причинам, в том числе в рамках своей отрасли, именно медицинскими мерами. Представленные материалы показывают, что перспективы в таких оценках здоровья, как смертность населения и продолжительность жизни, перелом негативных тенденций будут определяться в немалой степени материальными вложениями в поддержание и развитие отрасли здравоохранения, поднятием престижа и оплаты труда медицинских работников, новыми организационными решениями.

Указанные положения должны лечь в основу государственной политики по охране и укреплению здоровья населения. При этом для решения вопросов управления здоровьем населения в современном обществе необходимо прежде всего как полное представление об общих закономерностях его формирования, так и знание определяющих факторов, особенностей здоровья в различных, в том числе социально-демографических, группах населения, что даст возможность дифференцировать оздоровительные мероприятия и сконцентрировать усилия общества в зависимости от величины риска различных отклонений в здоровье. Фактически это диктует необходимость интеграции на государственном уровне, объединения усилий наук о населении и медицинских наук, занимающихся здоровьем населения, для выработки обоснованных государственных решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова И.П. Внебольничная смерть детей: структура, факторы риска, прогнозирование, пути предотвращения: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. М., 1999.
2. Васина Т. и др. Прогноз численности населения Российской Федерации до 2015 г. // Вопросы статистики. 1998. № 8. С. 78—87.
3. Вишневский А.Г., Андреев Е.М. Население России в первой половине нового века // Вопросы экономики. 2001. № 1. С. 27—44.
4. Волков А.Г. Население и рабочая сила в Российской Федерации // Вопросы статистики. 1999. № 10. С. 39—45.
5. Воробьев А.И. Медицина 21 века // Тез. докл. II Всероссийской научной конференции «Россия — XXI век». М., 1999. С. 57—62.
6. Голиков А.П. Экстренная медицинская помощь при ИБС на госпитальном этапе // Врач. 2001. № 4. С. 22—24.
7. Максимова Т.М. Соотношение показателей физического развития и распространенности патологии // Советское здравоохранение. 1991. № 3. С. 38—41.
8. Максимова Т.М. Современное состояние и пути повышения информативности статистики в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1999. № 5.
9. Мартыхин В., Удалова И. Межэтническое общество — состояние, динамика. Взаимодействие культур // СоцИс. 1997. № 8. С. 151—152.
10. Межрегиональные нормативы для оценки длины и массы тела детей от 0 до 14 лет: Методические указания. М., 1990.
11. Менделеев Д.И. К познанию России. СПб., 1912.
12. Покровский В.И., Онищенко Г.Г., Черкасский Б.Л. Современные представления об инфекционной патологии и основные направления совершенствования стратегии её профилактики // Вестник РАМН. 2000. № 1. С. 3—7.
13. Роменский А.А., Максимова Т.М., Кокошко А.И. Социально-гигиенические аспекты изучения распространенности ИБС и ее профилактика // Советское здравоохранение. 1982. № 5. С. 24—28.
14. Соломонов А.Д. Вопросы организации мониторинга общественного здоровья на региональном уровне. Ставрополь, 1997. С. 7—8.
15. Шевченко Ю.Л. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2000. № 1.
16. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. Таллин, 1983.
17. Murray Ch. G. L., Lopez A. D. The global Burden of disease, WHO, Geneva, 1996.
18. Jamin C. World Wide Revolution in longevity. UNESCO, Paris, 1998.
19. James W. P. The epidemiology of obesity // Ciba Found Symp., 1996. 2. P. 1—11.
20. The state of Health in the European Community. Brussels, Luxemburg, 1996.

Научное издание

Максимова Т. М.

Современное состояние, тенденции и перспективные
оценки здоровья населения

Художник: П.П. Ефремов

Корректор: Л.В. Гагулина

Компьютерная верстка: Ю.К. Куш-Жарко

Лицензия ИД №01018 от 21 февраля 2000 г.
Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.02.953.Д.003868.07.01 от 11.07.2001

Издательство «ПЕР СЭ»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13, к.120
тел/факс: (095) 216-30-31
e-mail: perse@psychol.ras.ru

Налоговая льгота — общероссийский классификатор
продукции ОК-005-093, том 2; 953000 — книги, брошюры

Подписано в печать 24.01.2002. Формат 60×90/16. Печать офсетная.
Гарнитура Таймс. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 11,75. Тираж 1000 экз. Заказ № 64.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ООО «Типография ИПО
профсоюзов Профиздат, 109044, Москва, Крутицкий вал, 18.

Для заметок