

стей, в том числе организаций здравоохранения. Толкование термина "руководящая должность" остается на рассмотрении правоприменителя, который может быть в том числе представителем органа государственной власти.

Также остается спорным лицензионное требование к руководителю структурного подразделения иной организации, ответственному за осуществление медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.12 № 291 в части его целесообразности. Иная организация — организация, основным видом деятельности которой не является медицинская деятельность. Это могут быть государственные, муниципальные и частные организации, такие как автотранспортное предприятие, детский сад, хлебокомбинат и т. д., в состав которых входят медпункты, здравпункты.

Сложно оценить количество заведующих здравпунктами иных организаций, нуждающихся в профессиональной переподготовке по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье", и целесообразность подтверждения руководителем структурного подразделения иной организации, ответственным за осуществление медицинской деятельности, стажа работы по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье" не менее 5 лет при наличии высшего медицинского образования.

Необходимо также отметить и требование приказа Минздрава России от 03.08.2012 № 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях", который определяет, что обучение по программам дополнительного профессионального образования работников, имеющих среднее и/или высшее медицинское и/или фармацевтическое образование, не соответствующее квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, а

также непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской или фармацевтической специальности более 5 лет, организуется:

- ♦ для работников, имеющих стаж работы 10 лет и более, по программам дополнительного профессионального образования в виде повышения квалификации (нормативный срок прохождения подготовки при любой форме обучения составляет от 100 до 500 ч);
- ♦ для работников, имеющих стаж работы от 5 до 10 лет, по программам дополнительного профессионального образования в виде профессиональной переподготовки (нормативный срок подготовки при любой форме обучения составляет свыше 500 ч).

Таким образом, если молодой сотрудник, имеющий стаж работы 5 лет, не успел пройти подготовку в части повышения квалификации в течение 5 лет, ему необходимо получить дополнительное профессиональное образование в виде профессиональной переподготовки (более 500 ч или 3,5—4 мес).

Между тем отчасти указанный выше приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н имеет прогрессивный характер и снимает ряд вопросов в части подтверждения наличия специальной подготовки и требований к медицинским работникам, имеющим стаж работы 10 лет и более.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В заключение можно отметить, что, хотя положения актуальных нормативных правовых актов решают много вопросов в части требований, подтверждающих наличие специальной подготовки у медицинских работников, при этом имеется много коллизий.

Безусловно, для заполнения существующих пробелов понадобится кропотливая работа специалистов федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения по сбору предложений, анализу существующих подзаконных актов и принятию приказов с учетом правоприменительной практики.

Поступила 28.12.13

© М. С. ДУБРОВИН, В. С. ПОЛУНИН, 2013

УДК 614.2:617.52-001-058

*М. С. Дубровин, В. С. Полунин*

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения педиатрического факультета  
РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 117997, Москва, Россия

*Дубровин Максим Сергеевич (Dubrovin Maksim Sergeevich)*

*Полунин Валерий Сократович (Polunin Valeriy Sokratovich). E-mail: lunapol@yandex.ru*

♦ Медико-социальные исследования определенных групп населения позволяют проанализировать состояние здоровья, социальную характеристику и организацию медицинской помощи. В структуре заболеваемости взрослого населения Российской Федерации травмы челюстно-лицевой области занимают 10-е место и чаще регистрируются у лиц в возрасте от 18 до 50 лет. У большинства наблюдаемых пациентов были бытовые травмы. Снижению травматизма населения может способствовать широкая пропаганда основ здорового образа жизни.

**Ключевые слова:** травма челюстно-лицевой области, бытовая травма, социальная характеристика, профилактика травм

*M.S. Dubrovin, V.S. Polunin*

THE MEDICAL SOCIAL PORTRAIT OF PATIENT WITH MAXILLOFACIAL TRAUMA

The N.I. Pirogov Russian national research medical university of Minzdrav of Russia, Moscow, Russia

♦ The article demonstrates that medical social studies of particular groups of population provide an opportunity to analyze their health conditions, social characteristics and organization of corresponding medical care. In the structure of morbidity

adult population of the Russian Federation the maxillofacial traumas take tenth place and are mostly registered among population aged 18-50 years. The most examined patients suffered of domestic traumas. The broad propaganda of basics of healthy life-style can input into decrease of population traumatism.

**Key words:** maxillofacial trauma, domestic trauma, social characteristic, prevention of traumas

Одной из важнейших социально-гигиенических проблем в настоящее время является травматизм, смертность от которого занимает 3-е место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний<sup>1</sup>. Ежегодно в мире от травм гибнет свыше 5 млн человек, в РФ — более 300 тыс. Уровень смертности населения трудоспособного возраста от внешних причин в РФ почти в 2,5 раза превышает показатели в развитых странах, в 1,5 раза — в развивающихся странах Восточной Европы [8].

В настоящее время наблюдается тенденция к росту показателей заболеваемости, в том числе связанной с травмами и отравлениями: 2001 г. — 6868 случаев, 2009 г. — 7026 случаев на 100 000 населения. В структуре заболеваемости взрослого населения РФ травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) занимают 10-е место. По данным за 2009 г., распространенность травм ЧЛО у мужчин составляет 1,7‰, у женщин — 0,6‰. За последнее десятилетие количество повреждений различных частей лицевой части черепа увеличилось в 2—3 раза. Также наблюдается утяжеление характера и вида травм, в частности увеличение доли тяжелых переломов верхней челюсти, массивных разрушений средней зоны лица.

Для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с последствиями травмы ЧЛО в непрофильных учреждениях в Санкт-Петербурге и при ГКБ № 36 Москвы сформированы специализированные бригады челюстно-лицевых травматологов, на крупных автомагистралях городов созданы мобильные посты скорой медицинской помощи. Кроме того, при стационарах челюстно-лицевой хирургии созданы кабинеты реабилитации для данной категории больных. Использование всего этого для оказания специализированной медицинской помощи привело к снижению воспалительных осложнений до 1,2%, посттравматических деформаций — до 5,9% [4].

Изучению различных особенностей травматизма ЧЛО посвящено большое количество научных работ, но основная часть проведенных исследований была направлена на анализ хирургических аспектов оказания помощи, возникающих осложнений и их предотвращение [1, 2, 6], что требует проведения комплексного медико-социального исследования этой проблемы [5].

Медико-социальные исследования позволяют выполнить качественную оценку демографической ситуации, заболеваемости наблюдаемого контингента, особенностей социальной составляющей и разработать эффективные мероприятия по совершенствованию лечебно-профилактической помощи [7].

При проведении нашего медико-социального исследования было опрошено около 500 пациентов трудоспособного возраста с травмой ЧЛО, проживающих в Москве. Изучены истории болезни пациентов, наблюдавшихся в реанимационном отделении ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова Москвы в период с 2009 по 2011 г. Производственные травмы ЧЛО составили 23,0±1,54%, бытовые травмы — 77,0±1,52% ( $p < 0,01$ ), из них в домашних условиях произошли 43,2±1,59% травм, на улице — 26,7±1,53%, на транспорте — 4,7±0,39%; спортивные — 2,4±0,45%.

Степень тяжести повреждений оценивалась по шкале Injury Severity Score (ISS): I степень (ISS < 15 баллов) наблюдалась у 16,4%; II степень (ISS = 15—29 баллов) — у 41,7%; III степень (ISS = 30—45 баллов) — у 17,3%, IV степень (ISS > 45 баллов) — у 24,6% пострадавших. У большинства (58,1%) пациентов была установлена I и II степень тяжести, у каждого четвертого пациента — IV степень тяжести. В соответствии с тяжестью травмы ЧЛО пациентам была оказана необходимая лечебно-реабилитационная помощь в условиях стационара: 58,3% пациентам проведено от 2 до 5 оперативных вмешательств, при этом в первые сутки после травмы прооперированы 72,4% пациентов.

Основной причиной травмы ЧЛО были различные бытовые ситуации, возникающие на фоне алкогольного опьянения (70,6%), второе место занимали травмы ЧЛО в результате дорожно-транспортного происшествия (17,9%), травмы ЧЛО, связанные с производственной деятельностью пациентов, составили 11,5%.

Средний возраст пациентов на момент получения травмы ЧЛО составил 38,3±2,1 года. Четвертую часть пациентов с травмой ЧЛО составляли женщины (23%), большинство пациентов были мужчинами (77%), имели общее среднее или среднее специальное образование (72,2±1,61%). Высшее или незаконченное высшее образование имели 15,3±1,30% пациентов, у 12,5±1,19% было неполное среднее образование. По социальному положению 64,2±1,73% пациентов принадлежали к группе рабочих, служащими были 10,1±1,09%, каждый четвертый пациент был неработающим (25,7±1,57%).

При оценке материальной обеспеченности пациентов было установлено, что большинство (87,2%) опрошенных имеют материальную обеспеченность в расчете на одного человека, позволяющую удовлетворить потребности на относительно ограниченном уровне: минимальном (8,5%), удовлетворительном (41,3%) и ниже среднего (37,4%); средний уровень имели 9,1%, выше среднего — 3,7% пациентов.

Большинство обследованных пациентов (61,7%) проживали в квартире общей площадью на одного человека до 15 м<sup>2</sup>. Пациенты с минимальной материальной обеспеченностью проживали в худших жилищных условиях.

Пациенты, состоящие в браке, составили 63,1±1,76%, треть пациентов (31,5±1,30%) были холосты, 5,4±0,41% были овдовевшими или разведенными. 51,7±1,70% пациентов с травмой ЧЛО характеризовали взаимоотношения в своих семьях как хорошие, каждый третий пациент считал взаимоотношения в своих семьях спокойными, с редкими ссорами — 36,1±1,72%, плохими, с частыми ссорами оценивали взаимоотношения в своих семьях 12,2±0,81% пациентов.

Основная часть (64,7%) пациентов при получении травмы находились в состоянии алкогольного опьянения, из них 37,8% злоупотребляли алкоголем. По мнению опрошенных, алкогольное опьянение способствовало возникновению травмы на фоне конфликта с окружающими. Значительная часть (59,2%) пациентов с травмой ЧЛО курили, каждый десятый (9,4%) пациент употреблял наркотики.

Пациенты с указанными вредными привычками имели в 1,6 раза более тяжелое течение последствий травмы

<sup>1</sup>Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2009 г. Статистические материалы, М., 2010. — 175 с.

ЧЛО, а процесс восстановления у большинства пациентов проходил на фоне различных осложнений (86,3%), в группе сравнения — только у половины (53,8%). В ряде случаев лечение указанных пациентов завершалось летальным исходом по сравнению с лечением не находящихся под воздействием рассмотренных факторов риска. Только 8,3% наблюдаемых пациентов стремились соблюдать относительно здоровый образ жизни.

При изучении сезонного характера госпитализации пациентов с травмой ЧЛО установлено, что в течение года среднемесячный уровень госпитализации различен. Максимум госпитализации пациентов с травмой ЧЛО приходится на летние месяцы ( $31,40 \pm 1,03\%$ ;  $p < 0,01$ ), постепенно снижается в осенние месяцы ( $24,50 \pm 1,04\%$ ;  $p < 0,01$ ) и достигает минимума в зимние месяцы ( $20,20 \pm 0,91\%$ ;  $p < 0,01$ ). С апреля начинается постепенный рост количества госпитализаций ( $23,91 \pm 1,02\%$ ;  $p < 0,01$ ).

В процессе исследования была изучена особенность получения пациентами травмы ЧЛО в зависимости от даты рождения в течение индивидуального годового жизненного цикла пациента. Максимум госпитализаций (73,6%) среди наблюдаемых пациентов приходился на 11-й и 12-й месяцы от даты дня рождения пациентов. Именно указанный период ежегодного годового цикла жизни каждого индивидуума является наиболее напряженным в плане развития критических ситуаций и различных нарушений здоровья. Полученные результаты подтверждают данные других исследователей [3, 9].

В процессе лечения и реабилитации пациентов с травмой ЧЛО с ними активно проводилась санитарно-просветительная работа по разъяснению основ здорового образа жизни, придерживание которых может способствовать более эффективному восстановлению здоровья и предупредить возникновение подобных нарушений в дальнейшем. По результатам повторного опроса пациентов на заключительном этапе реабилитации было установлено, что желание соблюдать здоровый образ жизни выразили уже в 2 раза больше пациентов (17,4%), чем при первичном анкетировании.

Таким образом, данные клинико-социального исследования свидетельствуют о том, что пациенты с травмой ЧЛО — это в основном мужчины в возрасте

около 40 лет, рабочие, состоящие в браке и проживающие в квартире общей площадью на одного человека до 15 м<sup>2</sup>. Материальная обеспеченность большинства пациентов относительно ограничена. На момент получения травмы большинство пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения. Травмы чаще имели место в летнее время, в большинстве случаев носили бытовой характер. Основное количество травм возникло в наиболее напряженный период годового жизненного цикла пациентов.

В целях снижения травматизма населения, в частности обусловленного травмой ЧЛО, целесообразно шире пропагандировать основы здорового образа жизни и ориентировать население на сокращение употребления алкогольных напитков.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бимбас Е. С. Системная реорганизация ортодонтической помощи взрослому населению крупного промышленного центра: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Екатеринбург; 2005.
2. Байриков И. М., Трунин Д. А. Совершенствование травматологической помощи больным с механическими повреждениями челюстно-лицевой области. В кн.: Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Тверь; 2008: 18—21.
3. Богатырева И. В. и др. Влияние естественных ритмов на возникновение тяжелых травм глаз, их течение и исходы. Медицина труда и промышленная экология. 2011; 11: 40—3.
4. Караян А. С. Одномоментное устранение посттравматических дефектов и деформаций скулоносогласничного комплекса: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2008.
5. Копецкий И. С., Насибуллин А. М., Гончарова А. В. Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области мирного времени. Вестник РГМУ. 2012; 1: 12—5.
6. Лимберг Ал. А., Муштакова Т. В., Данилевич М. О. и др. Специализированная помощь пострадавшим с сочетанной челюстно-лицевой травмой в Санкт-Петербурге: организация, алгоритмы лечения, исходы. В кн.: Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб.; 2000: 80.
7. Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М.: МИА; 2010.
8. Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. — Всемирный банк. М.: Алекс; 2006.
9. Шапошникова В. И., Таймазов В. А. Хронобиология и спорт. М.: Советский спорт; 2005.

Поступила 14.01.13

© Е. В. КОСТЕНКО, Н. В. ПОЛУНИНА, 2013

УДК 614.2:617.546-08

Е. В. Костенко<sup>1,2</sup>, Н. В. Полунина<sup>2</sup>

### ФАКТОРНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ И ЕЕ РОЛЬ В ПРОВЕДЕНИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

<sup>1</sup>ГБУЗ поликлиника восстановительного лечения № 7, 105005, Москва; <sup>2</sup>кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, Россия

Костенко Елена Владимировна (Kostenko Elena Vladimirovna)

Полунина Наталья Валентиновна (Polunina Natalya Valentinovna). E-mail: nvpol@rambler.ru

♦ Проанализированы особенности образа жизни пациентов, страдающих дорсопатиями, и выявлены факторы, оказывающие влияние на показатели здоровья в указанной группе. Показана ведущая роль медицинской активности в формировании благоприятных показателей здоровья обследованных пациентов. Полученные данные позволили разработать оздоровительные медико-социальные мероприятия, реализация которых в школе для пациентов с дорсопатиями позволила улучшить состояние здоровья больных с дорсопатиями.

Ключевые слова: пациенты, дорсопатии, образ жизни, медицинская активность, оздоровительные мероприятия

E.V. Kostenko, N.V. Polunina

THE FACTORIAL CONDITIONALITY OF HEALTH CONDITIONS OF PATIENTS WITH DORSOPATHIES AND ITS ROLE IN IMPLEMENTATION OF HEALTH PROMOTION ACTIVITIES