



Внимание: недобросовестность!

За какие нарушения прав пациентов медработники могут понести дисциплинарное или уголовное наказание, а пострадавшие – потребовать возмещения причиненного вреда.

стр. 2



Счастье хирурга

Дмитрий Алексин: медицинская помощь должна быть самой лучшей. И во всем и всегда нужно соблюдать приоритет больного.

стр. 3



Модернизация здравоохранения:

что дала реформа медицинской отрасли Южному уралу.

стр. 4



№1-2 (27), февраль 2014

Профессионально об обязательном медицинском страховании в Челябинской области

Информационное издание Челябинского областного фонда ОМС

www.foms74.ru

www.vk.com/foms74

актуально

Развитие медицины в приоритете

Владимир Путин провел совещание по вопросам здравоохранения

В ходе обсуждения основных вопросов в сфере здравоохранения Президент уделил особое внимание внедрению механизмов снижения нерациональных расходов, повышению эффективности деятельности медицинских учреждений, вопросам оплаты труда медработников и выполнению иных задач, поставленных в майских указах 2012 года.

www.kremlin.ru



По словам Владимира Путина, в 2013 году удалось добиться определенных положительных результатов в сфере здравоохранения. Главным показателем стало снижение уровня смертности населения за 11 месяцев 2013 года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года на 1,5%.

Отдельное внимание Президент уделит вопросу повышения заработной платы медицинских работников:

– В соответствии с заданными ориентирами повышается заработная плата врачей и среднего медицинского персонала. По врачам это 36% плюс, 136% по стране в целом, в среднем от средней заработной платы по экономике, она у нас за прошлый год, по предварительным подсчетам, 29 тыс. рублей в месяц составила, средняя по экономике среди врачей – 39,5. Среднего медперсонала зарплата повысилась на 78%, младшего – на 45.

– Особо чувствительный вопрос – это оптимизация сети бюджетных медицинских учреждений, – отметил Президент, – мы знаем, чем оборачиваются здесь поверхностные, формальные, чисто бюрократические подходы. Например, какую реакцию людей вызвало закрытие больниц или роддомов на селе, в небольших городах, где, собственно говоря, кроме этих учреждений, ничего другого и не было. Такая структуризация сети, конечно,

недопустима. Я вновь хочу повторить: нужны выверенные, обоснованные решения, постоянный и открытый диалог с гражданами, но анализ должен быть, в конце концов, здравый. И конечно, необходим жесткий контроль со стороны федеральных и региональных властей. Для этого нужно сформировать понятные и эффективные механизмы управления структурными преобразованиями в отрасли.

Кроме того, Владимир Путин обсудил с участниками совещания процесс поэтапного перехода финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования. По его словам, тщательного анализа требует практика, связанная с переходом на финансирование здравоохранения через систему ОМС, особенно в части финансирования капитального ремонта и строительства медицинских учреждений. Пока в тарифы ОМС включены только расходы на текущий ремонт. Затраты на капремонт и строительство там не предусмотрены. Вместе с тем новое качество медицины предполагает дальнейшее укрепление материально-технической базы медицинских учреждений и создание современных больниц и поликлиник.

Для усиления финансирования и улучшения матери-

ально-технического обеспечения медицинских учреждений Президент предложил подумать над государственно-частным партнерством в области здравоохранения.

– Очевидно, что простое включение инвестрасходов в тариф ОМС – довольно рискованное, сложное дело, – подчеркнул он, – это приведет к увеличению нагрузки на бизнес и граждан. Однако направлять на развитие медицинской инфраструктуры исключительно государственные средства тоже достаточно сложно, неэффективно, затратно, и порой это деньги просто в никуда. Поэтому необходимо искать решения в рамках различных моделей государственно-частного партнерства, создавать для бизнеса привлекательные условия. Возможные варианты сегодня также предлагаю обсудить. Но сразу хочу подчеркнуть: все потенциальные риски предпринимаемых здесь шагов должны быть детально просчитаны и учтены.

В 2014 году начинается включение отдельных видов высокотехнологичной медицины в систему ОМС. И этому вопросу, по мнению Президента, также необходимо уделить особое внимание:

В 2014-й с новыми тарифами

Челябинская область переходит на новую систему финансирования здравоохранения: утверждено Тарифное соглашение в сфере ОМС на 2014 год.

С 1 января 2014 года вводится новый способ оплаты медицинской помощи, оказанной в круглосуточных и дневных стационарах всех типов на основе законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу (в том числе клинико-статистические группы заболеваний). В связи с этим установлены тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара с использованием видеозидоскопических и эндохирургических технологий для 6 медицинских организаций Челябинской области: ГБУЗ «Областная клиническая больница №3», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск» ОАО РЖД, ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, ГБУЗ «Областной перинатальный центр», АНО «МСЧ АГ и ОАО ММК», МЦ «Лотос». Расходы по оказанию медицинской помощи отделениями реанимации и интенсивной терапии учтены путем применения к тарифу на оплату стационарной медицинской помощи коэффициента сложности курации, который устанавливается индивидуально для каждого лечебного учреждения, имеющего в составе отделение реанимации, и включает в себя оплату всех объемов стационарной медицинской помощи.

Тариф на оплату медицинской помощи становится единым (полным), в него включается средняя стоимость тарифов в части затрат, необходимых для обеспечения деятельности

медицинской организации в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

Начиная с 2014 года на финансирование из средств ОМС передается медицинская помощь, оказываемая ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии». В связи с этим вводятся тарифы на оплату лечения заболеваний в стационаре по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»; «Кардиохирургические (сердечно-сосудистая хирургия)», «Кардиохирургические для проведения рентгенохирургических методов обследования со стентированием», «Имплантация однокамерного электрокардиостимулятора»; а также тарифы на оплату исследований сердца, проводимых на рентгеновских компьютерных и магнитно-резонансных томографах для взрослых. Сумма затрат до конца года составит 67,1 млн рублей.

Также с 1 января 2014 года устанавливаются новые тарифы:

– на оплату медицинской помощи за законченный случай диспансеризации для инвалидов и участников Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто – в размере 1 500 рублей;

– на оплату стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания по профилю «акушерство и гинекология»; тарифы являются комплексными и включают расходы на оказание медицинской помощи беременным и роженицам, а также новорожденным детям при различных патологиях.



стр. 2

актуально

Развитие медицины в приоритете

«« Продолжение.
Начало на стр. 1

– Сегодня все 12 центров высоких медтехнологий вошли, что называется, в рабочий ритм. Здесь сформированы хорошие, если не сказать отличные, команды специалистов, собирали их по всей стране, из-за границы возвращали. Только в прошлом году они провели свыше 50 тыс. высокотехнологичных операций. Всего же в целом по стране было сделано свыше 505 тыс. таких операций. Для сравнения: в 2005 году их было почти в 10 раз меньше. Каждый из центров высоких медицинских технологий обслуживает в среднем население 20–25 регионов, в некоторых случаях, например, в Тюмени, обслуживает более 50 регионов.

Финансовое обеспечение высокотехнологичных медицинских операций из федерального бюджета постоянно растет. Если в 2006 году это было 9,9 млрд рублей, а в 2013-м – 55,6 млрд рублей. Вместе с тем, несмотря на достигнутые результаты, развитие медицины высоких технологий должно продолжаться. В течение ближайших трех лет объемы высокотехнологичной медицинской помощи по сравнению с прошлым, 2013 годом,



должны увеличиться не менее чем в 1,5 раза. С учетом этого будут приниматься решения по механизмам ее дальнейшего финансирования.

В свою очередь, Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова рассказала об основных результатах развития здравоохранения в 2013 году.

Подводя итоги совещания, Президент Владимир Путин отметил, что работа по развитию системы здравоохране-

ния, безусловно, должна быть продолжена.

– Это одна из самых чувствительных сфер нашей жизни, – отметил он, – прежде всего, нужно продолжить структурные реформы, чтобы избавиться от неэффективных расходов, оптимизировать сеть больниц и поликлиник, за счет этого обеспечить дальнейший рост зарплат медицинских работников, а главное, повысить качество медицинского обслуживания.

»»» справка

» По данным министерства здравоохранения РФ, за 11 месяцев 2013 года, ожидаемая продолжительность жизни россиян увеличилась на полгода, с 70,2 до 70,7 лет. При этом наметилась тенденция к опережающему нарастанию продолжительности жизни у мужчин, она увеличилась на 1,1 года – до 65,6 лет, у женщин на 0,4 – до 76,2 лет. Кроме того, за этот период установлено снижение смертности от всех основных причин по отношению к аналогичному периоду 2012 года. Так, существенно снизилась младенческая смертность, а также смертность от туберкулеза, новообразований и от внешних причин, в том числе от дорожно-транспортных происшествий. По словам Министра здравоохранения Вероники Скворцовой, существенно улучшилась медицинская составляющая этого показателя: в 90% случаев скорая помощь на место происшествия приезжает в течение 20 минут после вызова. В стране одна из самых низких в мире летальностей в профильных травмоцентрах, до 18% снизилась и смертность в неспециализированных стационарах.

» Таким образом, всего за 11 месяцев 2013 года умерло на 19 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Это привело к тому, что, несмотря на

уменьшение числа рождений, отмечен естественный прирост населения, и с начала года население страны увеличилось на 22 650 человек.

» На основе запланированного Минздравом комплекса мер по совершенствованию кадровой политики всеми субъектами Российской Федерации разработаны и приняты региональные кадровые программы, которые предусматривают повышение квалификации кадров, устранение кадрового дефицита и дифференцированные меры социальной поддержки.

» По данным Министерства, впервые за последние 10 лет отмечено увеличение количества среднего медицинского персонала на 6 500 человек. Причем преимущественно на скорой помощи, прирост составил за 11 месяцев 13% и в первичном звене – 3,7%. Численность врачей увеличилась на 4 600 человек. При этом большинство врачей пришли работать в первичное звено, прирост – 2,4%. В этом большую роль сыграло увеличение доли целевой контрактной подготовки. Кроме того, реализуемая программа «Земский доктор» позволила привлечь в сельскую местность более 1,5 тыс. молодых врачей, в 2013 году – около 4 тыс.

ФОМС на страже ваших прав

Есть вопросы? Звоните!

В 2013 году почти 7 000 человек обратились на телефон «горячей» линии ТФОМС Челябинской области.

Текст Дина Кравченко

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области подвел итоги работы «горячей» линии по правам пациентов за 2013 год.

В течение прошлого года на «горячую» линию поступило в общей сложности 6 890 звонков от граждан. Все обращения в той или иной форме были связаны с необходимостью получения квалифицированной консультации специалистов фонда по вопросам, связанным с получением бесплатной медицинской помощи.

В общей структуре обращений значительное место занимают вопросы обеспечения полисами обязательного медицинского страхования. За разъяснениями по этому поводу в 2013 году обратились 1 823 человека. Так, южноуральцы интересуются порядком выбора и замены страховой медицинской организации по ОМС, а также оформлением полисов иностранным гражданам и беженцам.

Увеличилось количество обращений, связанных с недостатками в организации работы медицинских учреждений. Так, некоторые пациенты обращают внимание на неудобный график работы больниц и поликлиник, недостатка места их расположения, наличие очередей на прием к специ-

алистам, трудности при получении талонов или прохождении обследования, проблемы, связанные с направлением в другие медицинские организации, а также грубое отношение медицинского персонала и т. д.

Кроме того, жителей Челябинской области продолжают волновать вопросы качества бесплатной медицинской помощи, отсутствия гарантированной возможности выбора врача и медицинского учреждения, лекарственное обеспечение медицинских учреждений, отказа в оказании бесплатной медицинской по-

»»» За последние два года стало значительно меньше жалоб на незаконное взимание денежных средств за оказание медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.

мощи. С этими вопросами в 2013 году на «горячую» линию обратились более 1 700 человек.

Как отметила заместитель директора ТФОМС Челябинской области Татьяна Инсарская, за последние два года значительно изменился характер поступающих обращений:



сталкивались с грубым, резким и даже иногда скандальным поведением обращающихся граждан, то сегодня такие случаи редки. Люди стали более спокойно и четко формулировать свои вопросы и обращаться на линию не с целью высказать свое недовольство, а за получением объективной и достоверной информации по волнующим их вопросам.

Три года работы телефонной «горячей» линии по правам пациентов показали, что специалисты, отвечающие на вопросы граждан, вносят существенный вклад в повышение правовой грамотности жителей Челябинской области, в частности в области обязательного медицинского страхования. Медики, психологи, юристы, работающие на «горячей» линии, ежедневно консультируют южноуральцев по наиболее актуальным вопросам в области здравоохранения и объясняют основные права и обязанности пациентов при обращении за получением бесплатной медицинской помощи. Те вопросы, которые не входят в компетенцию ТФОМС Челябинской области, например, организация работы медицинских учреждений, обеспечение медикаментами льготных категорий граждан и т. д., переадресуются по компетенции в другие учреждения. При возникновении экстренных ситуаций, специалисты линии имеют возможность связаться непосредственно с представителями медицинских учреждений, работающих в системе ОМС Челябинской области, чтобы помочь пациенту решить возникшую проблему.

– Люди стали значительно реже жаловаться на незаконное взимание денежных средств за оказание медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения. Изменился и тон обращений. Если в первый год работы специалисты «горячей» линии

есть такая профессия

Доктор Жанна

Выдающийся канадский врач сэр Уильям Ослер заметил: «Существует три категории людей: мужчины, женщины и женщины-врачи». Среди последних особая тема – женщины-хирурги. Они работают наравне с мужчинами, только по-прежнему бытует мнение, что, как существа эмоциональные и несдержанные, женщины не годятся для хирургии. Одновременно с этим люди (впрочем, далекие от медицины) считают, что, каждый день наблюдая кровь, грязь, человеческие муки и принимая ответственные решения, женщина невольно грубеет, в чем-то черствеет, и вообще появляется в ней нечто мужское. Наверное, обе эти точки зрения – итог чрезмерного обобщения. Хороший хирург – неважно, какого пола – всегда умеет держать себя в руках, а настоящая женщина остается ею в любых условиях.

Текст: Ольга Титова.

Хирург Жанна Терюшкова 15 лет оперирует больных с колопроктологическими заболеваниями, а также с гнойными инфекциями и хирургическими осложнениями. Трудная, психологически тяжелая работа, требующая выносливости, жесткости, выдержки. И это прекрасная, безусловно любимая работа молодой красивой женщины, счастливой жены и матери двоих детей.

Почему выбрала именно колопроктологию? После института хотела работать только в стационаре, быть настоящим оперирующим хирургом. Бывший в то время в «восьмерке» заместитель главного врача по хирургии А.А. Сапрыкин предложил лечиться по колопроктологии. Засомневалась; казалось, быть проктологом – не самая «чистая» работа. В той ситуации Жанну поддержал муж, сказав: «А какая разница? Нигде в хирургии нет такого, чтобы работать, не испачкав рук». Тогда, оставив годовалого сына с мужем, Жанна поехала учиться в государственный научный центр колопроктологии в Москве (это одно из авторитетнейших в России научно-клинических медицинских учреждений с узкой специализацией). Там все и началось.

В институте колопроктологии работают люди, которые настолько любят свою специальность, что и я не могла ее не полюбить, – рассказывает Жанна Ивановна. – Когда вернулась домой, знала, что буду только проктологом и никем больше. Институт колопроктологии стал для меня вторым домом, я закончила там аспирантуру, защитила диссертацию, много раз проходила повышение квалификации. Я выросла в этих стенах как специалист, там все мои учителя, мой второй дом.

Спектр работы хирурга-колопроктолога очень широк. Колопроктология – это все болезни толстой кишки, анального канала и периаанальной области, к которым относятся геморрой, анальные трещины, свищи прямой кишки, поражения толстой кишки неинфекционного, воспалительного характера – язвенный колит (неспецифический), различного рода опухоли (включая злокачественные).

Сегодня злокачественные новообразования толстой кишки занимают третье-четвертое место среди всех онкологических заболеваний, причем диагностируются они у людей 25-40 лет, иногда даже до 20. Нередко пациенты обращаются к врачу, когда болезнь достигла поздней стадии, либо опухоль локализуется так, что не удается сохранить естественный проход и приходится формировать кишечную стому, причем довольно часто пожизненно – провести реконструктивно-восстановительную операцию невозможно. Таким больным приходится менять образ жизни, характер работы или даже получать инвалидность,



Жанна Ивановна Терюшкова, врач-колопроктолог высшей категории, кандидат медицинских наук, главный колопроктолог Челябинской области, заведующая отделением гнойной хирургии МУЗ ГКБ №8 г. Челябинска.

Болезнь накладывает отпечаток на семейную жизнь, на психологическое состояние человека, делаю его более замкнутым, раздражительным, эмоционально неустойчивым. Многие пациенты, узнав, что им предстоит постоянно ходить с калопримником, испытывают шок, впадают в депрессию, не хотят жить. Этим людям, помимо медицинской помощи, нужна сильная психологическая поддержка. С этой целью по инициативе Жанны Ивановны Терюшковой в ГКБ №8 создан центр по реабилитации стомированных пациентов Челябинской области.

Мы всех этих больных собираем около себя, – говорит Жанна Ивановна. – Каждому подбирается индивидуальная программа реабилитации. У стомированных пациентов бывает много разных осложнений. К тому же у нас задача не только спасти жизнь, но и помочь этим людям продолжать жить максимально полноценно. Они ни в коем случае не должны быть предоставлены самим себе. Да, кто-то говорит, что лучше наложить на себя руки, чем жить «так». Мы стараемся объяснить, что жизнь не заканчивается, главное – научиться правильно себя вести и немного изменить свои привычки. Многие больные живут с этим и даже создают семьи, будучи носителями стомы. Среди наших пациентов есть люди с высоким социальным статусом, и в их окружении даже не знают об их заболевании. Не так давно мы проводили вечер для стомированных больных под девизом «А жизнь продолжается». Когда че-

ловек понимает, что он «такой» не один и ничего постыдного в этом нет, ему становится легче, и это очень важно: не чувствовать себя инвалидом, по сути будучи инвалидом. Правда, напрягает такой момент, что в нашем обществе очень сильны разные предрассудки, нежелание понять близкого человека. Недавно один пациент приходил за справкой, что он как носитель стомы не заразен; дочь запретила общаться с внуками. Приходится приглашать родственников и объяснять, что так себя вести – недопустимо, в трудной ситуации может оказаться каждый из нас. Человеку, перенесшему операцию с формированием стомы, и так нелегко, он не должен быть изгоем в семье и обществе – ему нужны понимание и поддержка.

Как главный колопроктолог Челябинской области Жанна Ивановна Терюшкова мечтает создать полноценный колопроктологический центр, узкоспециализированный, с необходимой аппаратурой. Доктора ее отделения по квалификации могут оказывать самую современную помощь, но часто просто не хватает оборудования. Проктологических больных много, в отделении принимают всех, из города, области, других регионов. Плюс запущенные гнойные раны, гнилостные флегмоны, гангрены конечностей – все здесь.

Как удается совмещать работу с семейной жизнью? Да, мужу и детям не получается уделять много времени. Большая хирургия, если заниматься ею серьезно, требует стопроцентной

ности, и себя. Не считает минуты до конца рабочего дня, готова работать по 32 часа подряд, устать, не выспаться, и чувствует себя самой счастливой.

– Мне все в моей работе доставляет удовольствие, – говорит Жанна Ивановна, – весь процесс лечения, от осмотра и диагноза до операции, а потом приятно наблюдать и видеть, как выздоравливает человек, которому я смогла помочь. Хирургия – профессия только для мужчин? Никогда. Признаться, трудновато было в самом начале. Некоторые хирурги-мужчины относились ко мне со снисходительной иронией – девчонка. Приходилось постоянно что-то доказывать, и если случались промахи, были доктора, которые этому радовались. Но многие и поддерживали, в частности, ведущий хирург нашей больницы Сергей Александрович Пышкин. Со мной был один случай: тяжелый больной, не очень хорошо прошла операция. Я от него не отходила в течение двух месяцев. Пациент выжил, но я тогда решила – все, больше скальпель в руки не возьму. Ревела день и ночь, такое состояние было – не приведи бог, Сергей Александрович мне очень помог тогда, сказал: «Жанна, соберись. Иди и работай дальше. Все будет хорошо». Наверное, своей волей меня заставил. Я вот думаю, а что, если бы я тогда сломалась, по-бабьи заистерила бы, и все? Как бы я теперь жила? Представить даже не могу. Это все на-



»»» Как главный колопроктолог Челябинской области Жанна Ивановна Терюшкова мечтает создать полноценный колопроктологический центр – узкоспециализированный и с необходимой аппаратурой.

отдачи, практически самоотречения. Рабочий день хирурга стационара ненормированный, к тяжелому больному могут вызвать в любое время суток и в любой день. Но Жанна Ивановна считает, что если очень захотеть – все получится и на все хватит сил, особенно если есть надежный тыл. Для Жанны главная опора – ее муж; уверена, что если бы не он, то и не смогла бы, наверное, ничего добиться в профессии. Самый родной и близкий человек, все понимает, во всем поддерживает и помогает.

Порой бывает тяжело, эмоции через край, сорваться – одна секунда... Но Жанна Терюшкова умеет все преодолевать – и труд-

столько мое; мои больные, которые приходят сюда со слезами на глазах, а уходят с улыбкой, мое отделение, где постоянно надо что-то улучшать, ремонтировать, добиваться, чтобы пациентам было здесь комфортно. Я вся в работе. Я упиваюсь ею, дышу, живу. Люблю, и все. Все время хочу чего-нибудь нового, стараюсь ничего не упустить, учусь, чтобы по возможности применить здесь. У меня на все хватит сил, я знаю. Я ни за что не уйду из практики. Я оперирующий хирург и хочу заниматься только этим; лечить больных и получать удовольствие, видя их счастливые лица.

за здоровы образ жизни

Защитим детей от табачного смога!

Здоровье детей и подростков сегодня определяет уровень благосостояния и развития будущих поколений. На организм ребенка действует много вредных факторов. Одним из них является курение, угрозу которого недооценивают сами дети, их родители и общество в целом.



Текст: к. м. н. Нина Калева

Курение опасно для здоровья детей уже в периоды внутриутробного развития, в случае активного курения матери (Герасименко Н.Ф., Демин А.К., 2002; Гусько Ю.В. с соавт., 2007; Кривцова Л.А., с соавт., 2012; Kleinman G.C., Kopstein A., 1987; Puska P. et al. 1997; Varvarigon A.A., 2006; WHO, 1999), а также в последующие годы жизни, вследствие пассивного курения (Delpisheh A. et al., 2006; Horak E. et al., 2007). Исследователи отмечают, что активное курение начинается в раннем школьном возрасте и становится широко распространенным в старшем возрасте (Нестеров Ю.И. с соавт., 2006; Ellickson P.L., et al., 2001; Stoks J., Dezaetux S.A., 2003). Вред курения зависит от содержащихся в табачном дыме никотина и других вредных химических веществ (Ильенкова Н.А., Мазур Ю.Е., 2011; Fagerstrom K.O., 2001). К курящим относятся те дети и подростки, кто выкуривает хотя бы одну и более сигарет ежедневно, случайно курящим – одну сигарету каждые три месяца (Grabauskas V. et al., 1995). С курением у детей связаны такие заболевания, как бронхиальная астма, хронический бронхит, синдром вегетативно-сосудистой дистонии, снижение иммунитета, заболевания ЖКТ, костно-мышечной системы и другие (Павлова М.К., Хайретдинова Т.Б., 2011; Батожагаралова Б.Ц., 2011).

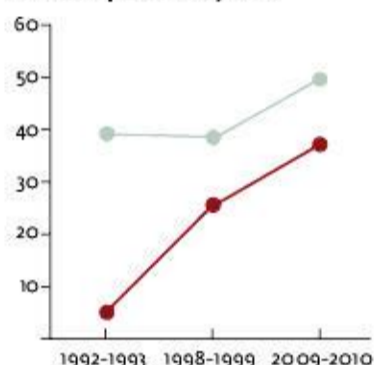
Проведенный нами анализ литературы свидетельствует о наличии в России эпидемии курения, поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди детей, подростков и взрослых, а также необходимости неотложных мер по борьбе с ними.

Анализ распространенности курения в среде сельских школьников в 1992/1993 и 2000/2001 уч. годах показал рост частоты курения у девочек и мальчиков.

Исследование курения среди школьников выявило, что в единичных случаях мальчики начинают курить в возрасте 12 лет и раньше. Число курящих в этом возрасте мальчиков колебалось от 0,1 до 5% и более. Сувереличени-

ем возраста школьников число курящих возрастает как среди мальчиков, так и среди девочек. Данная известная закономерность прослеживалась и в городских школах в течение всех лет наблюдения с 1992 по 2010 годы (три школы группы «А», две школы – группы «В» и одна – группы «С»). Достоверных различий по распространенности курения в школах различных микрорайонов установлено не было. Для оценки динамики распространенности курения в течение данного периода проведен анализ среди школьников 16–17 лет из разных школ вместе взятых (Рис. 1).

Рис. 1 Динамика распространенности курения среди школьников в возрасте 16–17 лет.



В 1998/1999 уч. году по сравнению с 1992/1993 уч. годом среди мальчиков 16–17 лет частота курения не изменилась, а среди девочек увеличилась в 4,6 раза. В 2010 году среди мальчиков частота курения увеличилась на 11%, среди девочек на 15,8% по сравнению 1998/1999 уч. годом и достигла уровня 50,0% и 38,5% соответственно. По сравнению с 1992/1993 уч. годом частота курения среди девочек увеличилась в 7,9 раза.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о неблагоприятной тенденции роста распространенности активного курения среди школьников. Особую тревогу вызывает увеличение числа курящих девочек-подростков репродуктивного возраста.

Из представленных данных видно, что курение среди школьников старших классов является довольно распространенным явлением. При этом 97,6% мальчиков и 98,9% девочек формально

отвечают, что курить вредно, но до конца не осознают опасность курения для их здоровья. При беседах с ними выясняется, что болезни сердечно-сосудистой системы (инфаркт, инсульт), злокачественные новообразования (рак легких и других органов), бронхолегочные и другие заболевания, ассоциированные с курением у взрослых, не воспринимаются школьниками как угроза для их здоровья.

Школьники не имеют четкого представления о том, что курение оказывает негативное влияние на их память, внимание, умственную и физическую работоспособность. Курение может явиться причиной снижения детородной функции у будущих матерей. Они не предполагают, что курение способствует развитию кариеса зубов, воспалительных заболеваний полости рта, гастрита и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, дискинезии желчевыводящих путей, вследствие чего появляется дурной запах изо рта, изменяется цвет кожи, нарушается сон и т. д.

Рост распространенности активного курения влечет за собой увеличение частоты пассивного курения. Вопрос о пассивном курении школьников был изучен нами путем анкетирования. Так же, как у взрослых, пассивное курение среди школьников, обусловленное пребыванием в помещении с табачным дымом, еще более распространено, чем активное (Табл.1).

Каждый второй школьник (49,6%) ежедневно попадает в табачный смог, поэтому пассивное курение представляет еще более серьезную проблему для здоровья детей и подростков, так как в силу ряда обстоятельств все они в той или иной степени подвергаются воздействию табачного дыма, если не ежедневно, то несколько раз в неделю или месяц.

Одной из причин активного и пассивного курения школьников являются сами родители. По нашим данным у курящих детей курят 52,7% отцов и 11,6% матерей. Из числа курящих отцов 79,2% курят дома, а из числа курящих матерей – 80%. Таким образом, курящие родители не только подают дурной пример, но и подвергают своих детей воздействию дыма, разрушая тем самым их здоровье.

Таблица 1. Пассивное курение среди школьников 10-х и 11-х классов

Пол	Число наблюдений		Ежедневно		Несколько раз в неделю		Несколько раз в месяц		Отсутствует пассивное курение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	41	100	17	41,5	14	34,1	10	24,4	0	0
Жен.	88	100	47	53,4	22	25,0	19	21,6	0	0
М+Ж	129	100	64	49,6	36	27,9	29	22,5	0	0

Курение взрослыми

В 2009 году был проведен глобальный опрос населения о потреблении табака (GATS) в Российской Федерации в возрасте 15 лет и старше (ВОЗ/Минздравсоцразвития России, 2010). Число опрошенных мужчин составило 6 217, а женщины – 5 189. По данным опроса, в популяции мужчин курят любые табачные изделия 60,2%; в возрасте 15–18 лет – 30,1%; 19–24 лет – 62,1%; 25–44 лет – 68,3%; 45–64 лет – 62,4%; 65+ лет – 40,7%, в т. ч. в городской популяции – 60,3%, в сельской – 59,9%. Достоверно чаще курят мужчины со средним образованием (64,1%) по сравнению с лицами с начальным (50,4%) и высшим образованием (54,0%).

В популяции женщин распространенность курения составила 21,7%; в возрасте 15–18 лет – 17,8%; 19–24 лет – 37,9%; 25–44 лет – 31,3%; 45–64 лет – 18,2%; 65+ лет – 2,9%, в т. ч. в городской популяции – 23,9%, в сельской – 14,8%. Женщины с высшим образованием курят достоверно чаще, чем со средним и начальным (26,6%, 19,7%, 2,7% соответственно). Эти данные показывают очень высокую распространенность курения среди подростков и взрослых в России по сравнению с распространенностью курения в Канаде (Canadian heart health surveys, 1992; Канингхэм Р., 2001). Данное исследование является первым популяционным исследованием в нашей стране, которое отвечает международным требованиям.

Динамика распространенности курения в сравнительном аспекте изучена у 2 566 работников одного из промышленных предприятий за период с 1994 по 2010 годы. К курящим относили лиц, выкуривающих хотя бы одну сигарету (сигару, трубку) ежедневно, а также пациентов, бросивших регулярное курение менее 12 месяцев назад.

Мужская организованная популяция характеризуется очень высокой распространенностью курения. Стандартизованные по возрасту показатели распространенности курения составили 69,3±2,0% – в 1994 году, 67,3±1,9% – в 1999 году, 62,5±2,4% – в 2010 году. В 2010 году в сравнении с 1994 годом распространенность курения снизилась в популяции в целом ($p < 0,05$) и в возрастной группе 25–34 лет ($p < 0,01$), однако уровень распространенности курения остался очень высоким (62,5%). Все взрослые на рабочих местах промышленного предприятия подвергаются воздействию табачного дыма пассивно. Стандартизованная по возрасту распространенность курения в женской организованной популяции составила: 9,8±1,6% – в 1994 году, 13,4±1,9% – в 1999 году, 34,5±2,8% – в 2010 году. В 2010 году в сравнении с 1999 и 1994 годами распространенность курения резко увеличилась в популяции в целом ($p < 0,001$) и в возрасте 25–34 лет ($p < 0,001$).

Таким образом, распространенность курения среди детей, подростков и молодых людей в репродуктивном возрасте, вследствие процесса взаимного усугубления взрослыми и детьми, в начале 21 столетия в России приняла характер неуправляемой эпидемии (Яшин Д.А. с соавт., 2012). Эпидемия активного и пассивного курения взаимосвязана с эпидемией и других поведенческих факторов риска, среди которых наиболее угрозу нации представляет алкоголь (Калев О.Ф. с соавт., 2009). Без создания самостоятельного сектора общественного здоровья и здравоохранения эффективно бороться с поведенческими факторами риска среди детского и взрослого населения оказывается малоперспективным занятием.

Динамика распространенности курения у мужчин и женщин в организованной популяции (Р± m p) %

Возраст (лет)	Год обследования			Р 1994–1999	Р 1999–2010	Р 1994–2010
	1993–1994	1998–1999	2009–2010			
Мужчины						
18–24	89,5±7,0	71,9±7,9	66,7±14,2	>0,05	>0,05	>0,05
25–34	88,1±4,0	78,5±5,1	69,1±5,1	>0,05	>0,05	<0,01
18–64 стандартиз. по возрасту	69,3±2,0	67,3±1,9	62,5±2,4	>0,05	>0,05	<0,05
Женщины						
18–24	50,0±28,9	35,7±12,8	50,0±22,4	>0,05	>0,05	>0,05
25–34	21,1±5,4	19,4±6,6	57,7±6,9	>0,05	<0,001	<0,001
18–64 стандартиз. по возрасту	9,8±1,6	13,4±1,9	34,5±2,8	>0,05	<0,001	<0,001

Примечание. Р – относительная величина; m – средняя ошибка средней величины; p – уровень значимости.

«Горячая линия» по правам пациентов: 8-800-300-1-003

Группа в «ВКонтакте»: www.vk.com/foms74