

кисти. В последующем было умеренное воспаление (видимо, асептическое), которое вскоре стихло. Через 1,5 месяца после инъекции юноша приступил к тренировкам — отрабатывал удары на “груше”, мешках, боксировал с товарищами, занимался любительским боксом. В последующем значительная “припухлость” на тыле кистей причиняла косметические неудобства. По мнению пациента, все (особенно девушки) обращали внимание на “опухоль”, так что приходилось прятать руки от посторонних взглядов. Больного стало преследовать ощущение чужеродного тела на тыле кисти с непреодолимым желанием избавиться от него.

10.11.1994 г. в отделении кисти НИЦТ “ВТО” под внутривенной анестезией была выполнена операция — одномоментное удаление опухоли вначале на одной, затем на другой кисти. На обеих кистях обнаружены совершенно одинаковые плотные, светло-желтые пластинчатые образования размером 6 x 5 см, облегающие тыл кисти и муфтообразно обхватывающие разгибатели 2-5 пальцев. Опухоль отсепарирована от разгибате-

лей. В ходе операции произведен гемостаз, наложены кожные швы до дренажей.

Макроскопически: опухоль покрыта тонкой прозрачной капсулой, на разрезе имеет белесовато-сетчатое строение. Фиброзные ячейки заполнены округлыми дольками жира желтого цвета.

Данные гистологических исследований: грубая соединительная ткань, гиалиноз стенок сосудов, продуктивный васкулит с облитерацией просвета сосудов. В послеоперационном периоде заживление ран произошло первичным натяжением. Кожные швы сняты на 10-й день. Получал физиомеханолечение. Через 3 недели трудоспособность была восстановлена полностью.

Цель нашего сообщения — ознакомление широкого круга практических врачей с этой редкой, искусственно созданной патологией кисти. Инъекционные гранулемы (олеомы), возникающие после введения жидкого вазелина, имеют доброкачественное течение, однако по косметическим и субъективным причинам подлежат оперативному удалению. После операции наступает полное клиническое выздоровление.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 368.06

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

М.Ю. Розенгартен, А.П. Афанасьев

*Компания “Татарская страховая медицина”
(генеральный директор — А.П. Афанасьев), г. Казань*

В октябре 1993 г. был принят Закон “О медицинском страховании граждан Республики Татарстан”, в котором наряду с обязательным уделено значительное место и добровольному медицинскому страхованию граждан. Оно предусматривает получение застрахованными лицами (за счет прибыли предприятий) дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программой обязательного медицинского страхования. Компания “Татарская страховая медицина” (“ТАСМЕД”), организованная в 1991 г. и учрежденная фирмой “ТАСФИР” и медицинским коммерческим банком “АВЕРС”, занимается проведением добровольного медицинского страхования. Компанией на основе зарубежного опыта и данных отечественных специалистов были разработаны научно обоснованные четыре программы добровольного медицинского страхования:

первая — профилактический медицинский осмотр, обеспечивающий консультации ведущих специалистов, а так-

же при необходимости диагностические исследования (лабораторные, УЗИ, ЭКГ, ФГДС, ЭЭГ и др.); вторая — амбулаторно-поликлиническое лечение застрахованных больных и динамическое наблюдение за хроническими болезнями; третья — стоматологическая помощь; четвертая — лечение в специализированных стационарах.

Компания “ТАСМЕД” предоставляет все виды медицинской помощи в лучших лечебных учреждениях города (поликлиника ветеранов войны, Республиканский диагностический центр, РКБ и стационары данных учреждений, а также городские больницы №№ 10, 12, 18 и др.). Все данные о каждом застрахованном вносятся в компьютер. При компании функционирует независимая экспертиза, осуществляющая индивидуальный медицинский контроль за качеством лечения каждого застрахованного. Только за 1993 г. компанией было застраховано более 10 тысяч человек.

Нами проведена экспертная оценка результатов добровольного медицин-

ского страхования 5000 застрахованных, работающих на предприятиях в разных отраслях народного хозяйства. По возрасту они распределились следующим образом: до 30 лет — 1897 (38%) человек, от 31 до 49 — 2363 (47%), старше 50 лет — 740 (15%). Мужчин было 1909 (38%), женщин — 3091 (62%). Служащих — 3654 (73%), рабочих — 1346 (27%).

Установлен парадоксальный факт: у 4119 (82%) застрахованных при осмотрах, несмотря на молодой возраст, выявлены различные заболевания, в том числе впервые у 3213 (64,3% от числа застрахованных). Так, при анализе кардиограмм у 1412 (28,2%) человек обнаружены различные изменения. При фиброгастроскопии у 154 (45%) из 341 больного были выявлены гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, полипы, у 2 — грижа пищеводного отверстия. Лабораторные исследования выявили у 894 (18%) больных лейкоцитоз, у 1214 (24%) — повышенную СОЭ, у 1487 (30%) — сдвиг формулы влево, у 27 (0,5%) — повышение уровня глюкозы в крови, у 2371 (47%) — изменение мочи. Полученные результаты побудили провести углубленные диагностические исследования.

На первом этапе добровольного медицинского страхования у обследованных был выявлен ряд заболеваний и определено дальнейшее рациональное лечение. Так, терапевтами у 2604 (52%) человек диагностирована гипертоническая болезнь, хронический холецистит, бронхиты, гастродуоденит, сердечные пороки, невропатологиями у 432 (21%) из 2125 — вегетососудистая дистония, нейроциркуляторные нарушения, у 2 — болезнь Меньера, у 2 — заподозрен опухолевый процесс (впоследствии не подтвердился), хирургом у 921 (29%) из 3187 — мастопатия, сколиоз, заболевания суставов, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, доброкачественные опухоли, окулистом у 1214 (36%) из 3376 — миопия, пресбиопия, астигматизм, конъюнктивит, урологом у 445 (45%) из 981 — простатит, уретрит, цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, у 3 — аплазия почки, гинекологом у 1079 (37%) из 2949 — загиб матки, фибромиомы, цервициты, у 4 — кисты яичников и другие заболевания женской половой сферы, ЛОР-врачом у 412 (22,3%) из 846 — фарингиты, ларингиты, тугоухость, эндокринологом у 19 — кистозный зуб, тиреотоксикоз, эндокринные

нарушения у женщин, психоневрологом у 26 — астенические состояния, депрессия, импотенция и др. 29 (2,5%) человек были направлены в стационары по поводу пневмонии, деформирующего бронхита, опухолевых процессов, заболеваний желудочно-кишечного тракта.

У 1792 (98%) из 1823 осмотренных стоматологом проведено санирование полости рта. Ранее был санирован 31 (2%) человек; 4 (0,2%) обследованных нуждались в повторной санации в течение года.

Приведенные данные позволили нам рассчитать страховые тарифы как в целом по комплексному добровольному медицинскому страхованию, так и по отдельным страховым программам.

Из общего числа выявленных больных полное излечение достигнуто у 4110 (82%) больных, улучшение — у 569 (11%); безрезультатным лечение оказалось у 301 (6%), неизвестен результат — у 20. Критериями полного излечения мы считали исчезновение клинических симптомов, нормализацию функциональных и лабораторных показателей. Улучшение характеризовалось исчезновением клинических симптомов, но сохранением изменений в электрокардиограмме или в крови и моче, например наличие повышенной СОЭ, белка, лейкоцитов в моче при пиелонефрите и т.д. Безрезультатным лечение было при резко запущенных формах хронических заболеваний (деформирующий бронхит, персистирующий гепатит, гепатоз, деформирующий артрозо-артрит и др.). В одном случае врач-терапевт не обратил внимание на результаты анализа мочи (мутная, белок, лейкоциты, ураты). Были факты, когда врач проигнорировал изменения ЭКГ, сдвиг лейкоформулы влево. У 3 больных диагнозы не были обоснованы объективными данными. Одному больному с острым воспалительным процессом врач, выдав лист нетрудоспособности, ни разу не назначил исследования крови, посев гнойного отделяемого и т.д. Имел место и случай нарушения деонтологии.

Положительные результаты работы компании "ТАСМЕД" по добровольному медицинскому страхованию, по нашему мнению, обусловлены следующими факторами: 1) высокой квалификацией врачей и среднего медицинского персонала; 2) ранним выявлением заболеваний путем проведения целенаправленных медицинских осмотров; 3) лечением с комплексом вспомо-

могательных методов на амбулаторно-поликлиническом этапе, адекватным диагнозу; 4) обеспечением больных необходимыми лекарственными препаратами; 5) созданием застрахованным лицам охранительного (сервисного) режима в стационарах и благоприятных условий лечения в поликлинике и на дому; 6) качественным экспертным контролем за процессами диагностики, лечения, а также своевременной корректировкой лечения по данным экспертизы; 7) определением эффективности лечения и оплатой медицинскому персоналу только по конечным результатам.

Таким образом, добровольное медицинское страхование показало высокую эффективность в плане выявления

заболеваний у застрахованных лиц и своевременного их лечения. Наряду с обязательным медицинским страхованием оно должно занять достойное место в системе медицинского страхования граждан.

Поступила 23.09.94

RESULTS OF POPULATION SANITATION IN VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE SYSTEM

M. Yu. Rozengarten, A. P. Afanasyev

Summary

Early results of population sanitation in voluntary medical insurance system are presented. Its efficacy in the context of revealing diseases in insured persons and appropriate treatment is shown.

УДК 618.33—089.888.14

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Н. Лунатов, С. Н. Габидуллина

Звениговская ЦРБ (главврач — А. Н. Лунатов) МЗ Республики Марий Эл

Изучена зависимость частоты искусственного прерывания беременности от различных факторов и их комплексов. Показано влияние на частоту абортот делельных социально-гигиенических, биологических, экономических, производственных факторов, однако до сих пор не выяснен вопрос, какова в этом роль каждого комплекса факторов.

Нами изучены медико-социальные причины распространенности абортов в Республике Марий Эл. Исследованым были охвачены 709 женщин фертильного возраста. Для выяснения причин, по которым женщины прибегают к абортам, нами были отобраны 25 основных факторов. Из них построено 5 дисперсионных комплексов. Результативным признаком являлось среднее число искусственных прерываний беременности на одну женщину.

Первый дисперсионный комплекс — внутрисемейные факторы: семейное положение (замужем, незамужем), тип семьи (полная, неполная), число детей (до 2 и более), возраст детей (до 7 лет и старше), наличие в семье престарелых членов, инвалидов.

Второй — социально-гигиенические факторы: уровень материальной обеспеченности, жилищные условия, условия труда женщины, уровень образования, социальное положение.

Третий — медико-биологические факторы: возраст женщины старше 30 лет, продолжительность брака свыше 10 лет, плохое здоровье женщины, плохое здоровье супруга, наличие случаев смерти детей раннего возраста и роденных с пороками развития.

Четвертый — образ жизни: уровень культуры семьи, вредные привычки супруга, вредные привычки женщины, низкая медицинская активность семьи, неблагоприятный психологический климат в семье.

Пятый дисперсионный комплекс — основные распространенные заболевания, под влиянием которых были приняты решения прибегнуть к абортот: сердечно-сосудистые заболевания, болезни нервной системы, предрасположенность к нефропатиям и другим осложнениям беременности и родов, болезни почек, гинекологические заболевания.

Анализ показал, что внутри каждого из комплексов есть факторы, оказывающие наиболее сильное влияние на число абортов. В первом комплексе — младший возраст детей в семье в сочетании с другими факторами, во втором — плохие материальные и жилищные условия, в третьем — возраст женщины старше 30 лет, в четвертом — вредные привычки мужчины-супруга в семье (в основном злоупот-