

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*

### S u m m a r y

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. Липатов, С.Н. Габидуллина*

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

Изучена зависимость частоты искусственного прерывания беременности от различных факторов и их комплексов. Показано влияние на частоту абортотв. социальных, 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 абортотв., 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 рожденных 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 абортотв.: 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-

**Сила влияния и иерархия действия комплекса факторов и их сочетаний между собой на число аборт**

Место в иерархии	Факторы и их сочетания между собой	Сила влияния	P меньше
Первое	2, 4	19,64	0,001
Второе	4, 5	12,63	0,002
Третье	2	12,20	0,001
Четвертое	3	9,37	0,001
Пятое	1, 2, 3, 4, 5	8,00	0,001
Шестое	3, 4	7,70	0,001
Седьмое	1, 3	3,74	0,001
Восьмое	4	3,02	0,001
Девятое	2, 5	2,54	0,001
Десятое	5	2,10	0,001
Одиннадцатое	1, 5	1,49	0,01
Суммарное влияние X		82,33	0,001
Случайное влияние Z		17,67	—
Общее влияние Y		100,0	—

ребление алкоголем), в пятом — заболевания нервной и сердечно-сосудистой систем женщины.

Нас интересовал вопрос, какой из указанных пяти комплексов факторов является ведущим, для того чтобы выделить главное звено, на которое можно было бы целенаправленно воздействовать для снижения или даже исключения неблагоприятного их воздействия на частоту аборт у женщин. Для выяснения этого был построен шестой диверсионный комплекс из факторов: 1ф — неблагоприятные внутрисемейные, 2ф — неудовлетворительные социально-гигиенические условия, 3ф — отрицательные медико-биологические, 4ф — вредные факторы образа жизни семьи, 5ф — различные заболевания женщины. Результаты анализа представлены в таблице.

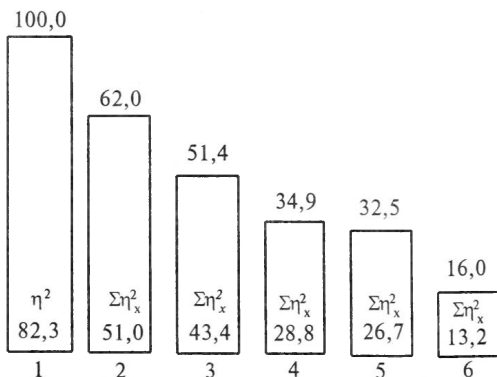
Как видно из таблицы, наиболее сильное влияние на увеличение количества аборт оказывает сочетание неудовлетворительных социально-гигиенических условий с вредными факторами образа жизни  $\eta^2 = 19,64\%$  ( $P < 0,001$ ). Низкая материальная обеспеченность, плохие жилищные условия, низкий уровень образования в сочетании с вредными привычками супругов побуждают женщину прибегнуть к аборту. Если в 80-е годы на материальную необеспеченность как на причину аборт указывали от 4 до 15% женщин, на неудовлетворительные жилищные условия — от 18 до 20% [1], то в настоящее время — соответственно 26,7 и 37,4%. У 95% анкетированных женщин фертильного возраста мужа употребляют алкоголь, в том числе у 46,7% — злоупотребляют им.

Второе место в иерархии занимает сочетание неблагоприятных факторов образа жизни с неудовлетворительным состоянием здоровья женщины —  $\eta^2_{4,5} = 12,63\%$  ( $P < 0,001$ ). Частота распространения хронических заболеваний среди женщин фертильного возраста, прибегнувших к аборту, составила  $29,72 \pm 1,71$  на 100 обследованных, в том числе сердечно-сосудистых —  $14,65 \pm 1,33$ , нервно-психических —  $8,73 \pm 1,07$ , мочеполовой системы —  $6,33 \pm 0,95$ .

Неудовлетворительные социально-гигиенические факторы в иерархии занимают третье место —  $\eta^2_2 = 12,20\%$  ( $P < 0,001$ ).

Четвертое место принадлежит неблагоприятным медико-биологическим факторам —  $\eta^2_3 = 9,37\%$  ( $P < 0,001$ ), пятое — сочетанию всех факторов между собой —  $\eta^2_{1,2,3,4,5} = 8,0\%$  ( $P < 0,001$ ), шестое — сочетанию медико-биологических факторов с факторами образа жизни —  $\eta^2_{3,4} = 7,70\%$  ( $P < 0,001$ ).

Суммарное влияние всех факторов пяти комплексов на частоту искусственного прерывания беременности составило  $\eta^2_x = 82,33\%$  ( $P < 0,001$ ). Если оценивать степень участия (рейтинг) каждого комплекса факторов в формировании силы неблагоприятного действия их на частоту аборт, то сила влияния комплекса отрицательных факторов образа жизни семьи в сочетании с другими составляет 62% от суммарного влияния (от 82,33%), социально-гигиенических — 51,4%, медико-биологических — 34,9%, состояния здоровья женщины — 32,5%, внутрисемейных — 16,0% (см. рис.).



Таким образом, все учтенные нами факторы оказывают существенное и достоверное влияние на частоту аборт у женщин фертильного возраста, однако преобладают социально-гигиенические и отрицательные факторы

образа жизни семьи. Следовательно, главным звеном в причинно-следственных связях между факторами и частотой абортот является сочетание двух групп факторов — неблагоприятных сторон образа жизни семьи и неудовлетворительных социально-гигиенических условий существования с любыми другими факторами.

Если исходить из концепции управляемых и неуправляемых факторов, то факторы, составляющие главное звено в причинно-следственных связях (вредные привычки супруга и самой женщины, низкий культурный уровень семьи, низкая медицинская активность, неблагополучный психологический климат в семье, неудовлетворительные материальные и жилищные условия), относятся к более управляемым, чем, например, возраст женщины старше 30 лет, продолжительность брака свыше 10 лет и др. Следовательно, целенаправленное воздействие на управляе-

мые факторы со стороны общества, государства, медицинских работников, центров планирования семьи, в первую очередь на главное звено отрицательных факторов, даст более высокий эффект, чем на все другие факторы, от которых зависит частота искусственного прерывания беременности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амиров Н.Х., Яруллин А.Х. Факторы производства и репродуктивно-демографический процесс. — Казань, 1994.
2. Авдеев А.А.// Соц. исслед. — 1989. — № 3. — С. 54—68.
3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Яруллин А.М., Максимов Ю.Т. Репродуктивно-демографические показатели. — Казань, 1994.
4. Комаров Ю.М. Вредные привычки и здоровье. Социальные аспекты здоровья населения. — Научный обзор. — М., 1984.
5. Яруллин А.Х., Байтерьяк И.К.// Здравоохран. Рос. Фед. — 1985. — № 8. — С. 39—40.

Поступила 11.04.96

УДК 615.478 (470.41)

## ЗОНАЛЬНЫЕ БОЛЬНИЦЫ — ОДИН ИЗ ПУТЕЙ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

*К.Ш. Зыятдинов, Р.А. Садыкова, Л.И. Рыбкин*

*Министерство здравоохранения (министр — К.Ш. Зыятдинов) РТ, Республиканская клиническая больница (главрач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ, г. Казань*

Стратегия научных поисков и реализации в области организации и управления системой здравоохранения определяется главными конечными целями функционирования последней — наиболее полным удовлетворением требований, предъявляемых к охране здоровья населения, улучшением качества оказания медицинских услуг пациентам, повышением доступности специализированной и квалифицированной медицинской помощи жителям городской и сельской местности.

Составной частью проблемы является вопрос сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению [3, 5, 7], критериями которого являются показатели здоровья населения, развитие материально-технической базы здравоохранения, объем оказываемой амбулаторно-поликлинической и стационарной (в том числе специализированной) помощи, подготовка медицинских кадров и обеспеченность ими населения и др. [2, 6].

Основой данной работы послужило изучение показателей здоровья населения и доступности медицинской помощи городскому и сельскому населению Республики Татарстан (см. табл.).

Анализ показателей, характеризующих кадровую базу здравоохранения, непосредственно связанных с объемом и качеством оказания медицинской помощи городскому и сельскому населению, показал их существенное различие. Обеспеченность сельского населения врачами в сравнении с городским оказалось ниже в 4,4 раза, а с медицинскими работниками — в 1,5 раза. Если в городской местности на одного врача приходится 2,8 средних медицинских работников, то в сельской местности — 8 таких специалистов, то есть неудовлетворительная обеспеченность сельского населения врачами компенсируется относительно большим числом работников со средним медицинским образованием.