

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, неблагоприятный 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 искусственно го 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., Байтеряк И.К.// Здоровоохр. 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 средними 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.

**Некоторые показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений
и состояния здоровья населения Республики Татарстан в 1991—1993 гг.**

Показатели	В городской (числитель) и сельской (знаменатель) местности			Соотношение показателей город/село		
	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1991 г.	1992 г.	1993 г.
Обеспеченность врачами (на 10 тыс. чел.)	37,4 7,8	37,9 8,7	39,0 8,9	4,79:1	4,36:1	4,38:1
Обеспеченность средними медицинскими работниками (на 10 тыс. чел.)	106,6 63,7	107,3 69,2	111,2 71,3	1,67:1	1,55:1	1,56:1
Обеспеченность койками (на 10 тыс. чел.)	133,9 78,1	130,3 73,7	130,0 69,9	1,71:1	1,77:1	1,86:1
Обеспеченность амбулаторно- поликлиническими учреждениями (на 10 тыс. чел.)	229,0 94,2	227,0 96,1	236,5 95,5	2,43:1	2,36:1	2,48:1
Заболеваемость населения (на 1000 чел.)	827,9 225,4	766,2 304,4	817,9 351,4	3,67:1	2,52:1	2,33:1
Боллезненность населения (на 1000 чел.)	1280,2 391,2	1196,8 542,7	1270,4 610,4	3,27:1	2,21:1	2,08:1
Число посещений врачей в расчете на одного жителя	11,8 3,3	12,0 3,2	13,4 3,4	3,58:1	3,75:1	3,94:1

Возможности выявления и лечения заболеваний непосредственно связаны с обеспеченностью населения амбулаторно-поликлиническими учреждениями и больничными койками, а также с рациональностью их использования. В 1991—1993 гг. этот показатель был в 2,4 раза ниже, чем по городской местности. Число посещений врача в расчете на одного сельского жителя возросло с 3,6 в 1991 г. до 3,9 в 1993 г. и тем не менее оставалось почти в 4 раза ниже, чем в городах. Обеспеченность койками в селах также была в 1,7—1,8 раза ниже, чем в городах.

Выявлено существенное различие в заболеваемости и болезненности городского и сельского населения. Несмотря на то что заболеваемость сельских жителей возросла с 225,4 раза в 1991 г. до 351,4 в 1993 г., или в 1,6 раза, она оставалась в 2,3 раза ниже аналогичного показателя в городах. Подобная тенденция выявлена и при сравнении болезненности сельского населения с городским (в 1993 г. в 2 раза меньше, чем в городах).

Дифференцированное изучение заболеваемости и болезненности населения по районам показало их существенное различие. Так, наиболее низкая заболеваемость населения в 1992 г. отмечалась в Аксубаевском, Актанышском, Алькеевском, Арском, Верхне-Услонском, Дрожжановском, Кайбицком, Муслюмовском, Новошешминском, Спасском, Тюлячинском и Черемшанском районах, а наиболее низкая болезненность — в Агрызском, Аксубаевском, Актанышском, Алькеевском,

Апастовском, Арском, Балтасинском, Буинском, Верхне-Услонском, Дрожжановском, Кайбицком, Мамадышском, Муслюмовском, Новошешминском, Сабинском, Спасском, Тюлячинском, Черемшанском районах. Фоновая картограмма показала [4], что среди районов с низкой заболеваемостью и болезненностью населения отчетливо выделяются две группы: во-первых близко расположенные к Казани и пригородные районы, во-вторых, находящиеся за рекой Камой на юге и востоке республики. Весьма информативными оказались материалы обращаемости жителей сельских районов в поликлинику Республиканской клинической больницы в 1992 г., которые в этом случае можно рассматривать как интегральные показатели доступности специализированной медицинской помощи. На основании данных материалов нами были выделены три группы районов.

Первую группу составили 12 районов (Арский, Атинский, Балтасинский, Буинский, Верхне-Услонский, Высокогорский, Зеленодольский, Кайбицкий, Лаишевский, Пестречинский, Сабинский, Тюлячинский), жители которых наиболее часто посещали в 1992 г. консультативную поликлинику: частота обращения жителей каждого из этих районов превышала 3%, а суммарная доля всех проконсультированных на 12 районов достигла 54,5%.

Вторая группа охватывала 15 остальных районов: частота обращения жителей за консультативной помощью

колебалась от 2 до 3% и составляла суммарно 36,9%.

В третью группу вошли 16 районов (Азнакаевский, Агрызский, Аксубаевский, Алькеевский, Актанышский, Бавлинский, Дрожановский, Менделеевский, Мензелинский, Муслюмовский, Новошешминский, Октябрьский, Сармановский, Спасский, Черемшанский, Ютазинский): из каждого района в поликлинику Республиканской клинической больницы обратились менее 1% жителей, а из всех районов — 8,6%.

Нами проанализированы суммарные данные обращаемости в Республиканский детский медицинский центр, Республиканский противотуберкулезный диспансер, Республиканский клинический онкологический центр, Республиканский кожно-венерологический диспансер, Республиканскую офтальмологическую больницу и Республиканскую клиническую больницу и получены аналогичные результаты — выявлены 13 районов, жители которых наиболее редко обращаются за консультативной помощью. Перечень этих районов почти полностью совпадал с районами, которые были включены в третью группу и располагались в основном в закамской зоне республики. Зная абсолютное число больных, обратившихся суммарно в 6 республиканских лечебно-профилактических учреждений, мы рассчитали число больных на 1000 населения соответствующего района. Наибольшее представительство в республиканских лечебно-профилактических учреждениях (свыше 20 человек на 1000 населения соответствующего района) имеют Апастовский, Арский, Атнинский, Верхне-Услонский, Лаишевский, Пестречинский, Рыбно-Слободской, Сабинский районы, то есть близко расположенные к Казани, и пригородные районы, наименьшее (менее 10 человек на 1000 населения) — жители 21 района, причем 17 из них расположены в закамской зоне республики.

С целью повышения доступности квалифицированной и специализированной медицинской помощи жителям отдаленных от Казани районов мы обосновали необходимость нового подхода, мотивированного следующими основными причинами.

1. Различный удельный вес больных, госпитализированных из разных районов в республиканские лечебно-профилактические учреждения: сельс-

кие районы восточного и южного региона республики представлены минимальными показателями. Подобная картина выявляется и при пересчете числа больных на 1000 населения соответствующих районов.

2. Появление и рост удельного веса “запущенности” больных, доставляемых службой санитарной авиации или направляемых в консультативную поликлинику и в стационарные отделения преимущественно из восточного и южного регионов республики.

3. “Нуклеация” отдельных районов — ограничение возможностей направления больных из районов на консультацию или лечение в Казань.

4. Необходимость реального приближения квалифицированной и отдельных видов специализированной медицинской помощи к жителям районов, прежде всего закамской (северо-восточной, юго-восточной, южной) зоны.

5. Наличие традиционных лидеров среди медицинских учреждений указанного региона — межрайонных центров, имеющих определенный опыт работы с прикрепленными районами.

6. Эксцентричное расположение Казани по отношению к восточному и южному регионам республики, наличие между ними естественного водоема — реки Камы.

7. Резкое уменьшение в последние годы числа рейсов автобусов, поездов, самолетов, повышение стоимости проезда и проживания в Казани больных и их сопровождающих.

Системный анализ всех изложенных причин позволил выдвинуть в качестве основной задачи разработку системы реального приближения квалифицированной и специализированной медицинской помощи к жителям закамского (восточного и южного) региона республики, прежде всего его сельских районов.

Решение этой задачи возможно путем создания внутри указанного региона нескольких крупных центров, оснащенных современным медицинским оборудованием и аппаратурой, обеспеченных подготовленными кадрами врачей и средних медицинских работников, необходимым арсеналом диагностических, лечебных и реабилитационных технологий на уровне республиканских лечебно-профилактических учреждений. Это позволит значительно расширить возможности получения

жителями районов консультативной внебольничной, а также стационарной помощи непосредственно в пределах своего региона.

Эта система реализуется на основе концепции нового медицинского районирования (зонирования) отрасли здравоохранения Республики Татарстан, предусматривающей дальнейшее развитие межрайонных специализированных центров. Почти двадцатилетний опыт функционирования в республике таких центров позволил отработать взаимосвязи районов, сформировать потоки больных из сельских районов заужской зоны в учреждения здравоохранения городов Альметьевска, Лениногорска, Нижнекамска, Чистополя [1].

Предложены варианты территориального расположения зональных центров и организации их работы, а также приведена схема прикрепления районов.

1. Чистопольская зональная больница будет оказывать консультативную и лечебную помощь жителям Аксубаевского, Алексеевского, Альяевского, Новошешминского, Октябрьского и Спасского районов. Чистополь имеет с этими районами надежное автомобильное сообщение. Кроме того, на базе данного медицинского центра целесообразно организовать филиал отделения экстренной и планово-консультативной помощи Республиканской клинической больницы, который будет располагать воздушным и наземным транспортом.

2. Нижнекамская зональная больница может обеспечивать медицинской помощью жителей Агрызского, Актамышского, Заинского, Мензелинского районов.

3. Альметьевская и Лениногорская зональные больницы станут консультативными и лечебными центрами для жителей Азнакаевского, Бавлинского, Бугульминского, Муслимовского, Сармановского, Черемшанского, Ютазинского районов. Специфической особенностью этой зоны может стать наличие двух зональных больниц в связи с сложившейся здесь в течение многих лет специализацией отдельных служб и их распределением между учреждениями здравоохранения Альметьевска и Лениногорска.

Зональные больницы должны оказывать внебольничную консультативную, стационарную и экстренную помощь учреждениям здравоохранения зоны. Для полноценного выполнения

этих функций зональным больницам необходимы самое пристальное внимание и реальная практическая помощь со стороны главных специалистов Министерства здравоохранения Республики Татарстан и республиканских лечебно-профилактических учреждений с целью концентрации усилий по созданию на базе зональных больниц подлинных консультативных и лечебных центров, не уступающих по основным параметрам республиканским лечебно-профилактическим учреждениям.

Принципы нового медицинского районирования (зонирования) системы здравоохранения районов были рассмотрены в мае 1993 г. на заседании коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Согласившись с предложенной схемой районирования и утвердив ее своим решением, коллегия предложила начать поэтапную реализацию концепции зональных больниц. Первым ее этапом явилось создание в 1994 г. в Чистополе филиала отделения экстренной и планово-консультативной помощи (ЭПКП) Республиканской клинической больницы, которому предшествовала серьезная организаторская работа. Было разработано положение о филиале, утверждено штатное расписание. Главными специалистами Министерства здравоохранения Республики Татарстан был подготовлен и утвержден перечень нозологических форм заболеваний, по поводу которых прикрепленные районы могли обратиться в этот филиал. Повышению оперативности и доступности оказания экстренной помощи способствовало базирование в Чистополе авиафирмы "Яшен", выделенной для работы филиала воздушного судно. Работа филиала согласовывается с отделением экстренной и планово-консультативной помощи Республиканской клинической больницы, совместно принимаются решения об эвакуации больных.

Создание филиала позволило существенно приблизить оказание экстренной медицинской помощи учреждениям здравоохранения близлежащих районов. Так, время полета до Новошешминска (а значит, и время начала оказания экстренной квалифицированной или специализированной медицинской помощи или эвакуации пациента) сокращается с 70 минут, если воздушное судно вылетает из Казани, до 10 минут, если вылет из Чистополя.

О действенности и целесообразности работы филиала отделения свидетельствуют следующие данные: количество обслуженных вызовов возросло со 128 в 1994 г. до 184 в 1995 г.; за 2 года эвакуированы 204 жителя, причем число больных, эвакуированных в Чистополь, увеличилось с 30 в 1994 г. до 32 в 1995 г. (все эти больные были выписаны из стационара с выздоровлением или улучшением состояния здоровья); число больных, эвакуированных в Казань, увеличилось с 64 в 1994 г. до 78 в 1995 г.

Постоянно готовый к оказанию экстренной медицинской помощи и оснащенный необходимым транспортом филиал отделения ЭПКП позволил значительно ускорить обслуживание экстренных и консультативных вызовов, а также сделать более мобильной и действенной работу самого отделения ЭПКП Республиканской клинической больницы.

Разработка и последующая поэтапная реализация концепции создания зональных больниц будут способствовать приближению и повышению качества оказания квалифицированной и специализированной (плановой и экстренной) медицинской помощи жителям сельских районов закамского региона Республики Татарстан. Начальный этап внедрения этой концепции путем создания в Чистополе филиала отделения экстренной и планово-консультативной помощи Республиканской клинической больницы свидетельствуют о действенности и эффективности предлагаемого варианта приближения медицинской помощи к сельскому населению.

1. Абуладзе С.В., Рыбкин Л.И. Экономические методы управления в здравоохранении, медицинское страхование и состояние здоровья населения. — Казань, 1994.

2. Бедный М.С., Саввин С.И., Стягов Г.И. Социально-гигиеническая характеристика заболеваемости городского и сельского населения. — М., 1975.

3. Гаврилов В.П., Фофанов В.П. Организация медицинской помощи сельскому населению. — М., 1982.

4. Герчук Я.П. Графические методы в статистике. — М., 1968.

5. Прискарь И.Ф., Чекан М.С. Социально-гигиенические аспекты здоровья и организации медико-санитарного обеспечения работников агро-промышленного комплекса. — Кишинев, 1991.

6. Тестемицану Н.А. Пути сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению Молдавский ССР. — Кишинев, 1974.

7. Тестемицану Н.А., Прискарь И.Ф., Лешану А.В. Потребность и перспективы развития скорой медицинской помощи на селе. — Кишинев, 1990.

Поступила 21.03.96.

ZONE HOSPITALS AS ONE OF THE WAYS OF RURAL PUBLIC HEALTH REFORMING IN TATARSTAN REPUBLIC

K. Sh. Zyyatdinov, R. A. Sadykova, L.I. Rybkin

S u m m a r y

The profound study of sickness rate and medical advice taking of population of Tatarstan Republic regions in treatment-and-prophylactic institutions allows to reveal the decrease of medical advice taking rate of east and south regions population (the regions over the Kama). The analysis of this phenomenon allows to formulate the conception of new medical division into regions (zones) for medical service to rural population directed to availability increase and approaching of specialized medical service to rural population of the regions over the Kama.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 616—073.75 (091)

60 ЛЕТ КАФЕДРЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

И.И. Камалов, М.Ф. Мусин

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. — проф. И.И. Камалов)
Казанского государственного медицинского университета*

Становление рентгенологии в г. Казани связано с именем профессора, терапевта-гастроэнтеролога В.А. Лурия. В 1922 г. в созданном им институте усовершенствования врачей он начал читать курс по рентгенологии. Одним из первых учеников Р.А. Лурия и организатором рентгеновского отделения его клиники, впоследствии преобразованного в самостоятельную кафедру, был М.И. Гольдштейн (1896—1974).

Классическое академическое преподавание в Казанском медицинском институте по указанной выше специальности началось с 1936 г., когда был учрежден самостоятельный курс по рентгенологии во главе с М.И. Гольдштейном. В 1951 г. курс был преобразован в кафедру рентгенологии, а спустя 2 года — в кафедру рентгенодиагностики. Темой докторской диссертации М.И. Гольдштейна (1938) была «Рентгенокимография желудка и