

венная и преддипломная практика проводится под руководством опытных специалистов по лабораторной и лучевой диагностике, заведующих отделениями, заведующих кафедрами, на базе хорошо оснащенных современным оборудованием клиническо-диагностических лабораторий и отделений лучевой и функциональной диагностики крупных лечебно-профилактических учреждений: ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер», УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница», УЗ «Гомельская областная клиническая туберкулезная больница», УЗ «Гомельская центральная городская клиническая больница», УЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро» и других лечебных учреждений города. В 2010–2011 учебном году будут шире задействованы в целях производственной практики УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер», УЗ «Гомельская областная клиническая больница» [6].

Выводы

Опыт подготовки кадров по лабораторной диагностике и лучевой диагностике через специализированный медико-диагностический факультет свидетельствует о правильности выбранного пути и необходимости дальнейшего совершенствования данной системы подготовки специалистов.

Накопленный на факультете университета опыт подготовки студентов по специальности «медико-диагностическое дело» подтверждает необходимость вернуться к 6-летнему обучению с разработкой соответствующего этому сроку

стандарта, который должен обеспечивать выпуск специалистов по специальностям диагностического профиля: врач лабораторной диагностики, врач-рентгенолог, врач ультразвуковой диагностики (с открытием интернатуры), врач функциональной диагностики (с открытием интернатуры).

Функционирование медико-диагностического факультета позволяет решать проблему с укомплектованием клиническо-диагностических лабораторий, отделений лучевой и функциональной диагностики высококвалифицированными врачебными кадрами и способствует повышению общего уровня подготовки специалистов диагностического профиля.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абраменко, М. Е. Гомельский государственный медицинский университет — трудный путь становления (к 15-летию со дня основания) / М. Е. Абраменко // Проблемы здоровья и экологии 2005. — № 3 (5). — С. 7–9.
2. Образовательный стандарт Республики Беларусь: высшее образование, первая ступень, специальность 79 01 04 Медико-диагностическое дело, квалификация врач / УО «Гродненский государственный медицинский университет»; сост.: И. Г. Жук [и др.]. — Мн., 2007. — 40 с.
3. Новикова, И. А. Опыт подготовки кадров для клиническо-диагностических лабораторий в Гомельском государственном медицинском университете / И. А. Новикова // Проблемы здоровья и экологии. — 2005. — № 1 (5). — С. 22–25.
4. Жарко, В. И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2009 г. и основных направлениях деятельности на 2010 г. / В. И. Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 1. — С. 4–19.
5. Жарко, В. И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2007 г. и основных направлениях деятельности на 2008 г. / В. И. Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2008. — № 1. — С. 3–15.
6. Лызинов, А. Н. Основные направления усовершенствования подготовки студентов на медико-диагностическом факультете / А. Н. Лызинов, А. Л. Калинин, И. А. Новикова // Медицинское образование XXI века: Сб. мат. V Межд. науч.-практ. конф., Витебск, 2009 / УО «Витебский гос. мед. ун-т». — 2009. — С. 232–236.

Поступила 06.12.2010

УДК 616.1-036.65-082:614.2

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

А. Л. Лопатина², Т. М. Шаршакова¹

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельский областной клинический кардиологический диспансер

Авторами проведено детальное изучение региональных особенностей причин смерти населения и предложены организационные подходы к снижению смертности от болезней системы кровообращения населения трудоспособного возраста с учетом региональной специфики и тенденций.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, смертность, трудоспособное население, преждевременная смертность, факторы риска

MEDICAL ORGANIZATIONAL TECHNOLOGIES AIMED AT THE DECREASE IN MORTALITY FROM BLOOD CIRCULATION DISEASES OF ABLE-BODIED POPULATION

A. A. Lopatina², T. M. Sharshakova¹

¹Gomel State Medical University

²Gomel Regional Clinical Cardiologic Dispensary

Taking into account the regional specific features and tendencies the authors have studied in detail the regional peculiarities of death causes and have suggested the organizational approaches to decrease the mortality rate of able-bodied population from the diseases of blood circulation system.

Key words: diseases of blood circulation system, mortality, able-bodied population, untimely death, risk factors.

Введение

В современных условиях улучшение демографической ситуации в Республике Беларусь является одной из важнейших государственных задач. С целью ее стабилизации и формирования предпосылок демографического роста в нашей стране принята «Национальная Программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг.», одна из основных задач которой является снижение смертности.

Следует отметить, что снижение смертности — самая значимая проблема демографического развития страны, а одним из путей снижения является определение приоритетных направлений по выявлению предотвратимых причин смертности и возможности их устранения [1, 2]. В условиях социально-экономических реформ, обостривших влияние многих социально-гигиенических факторов на здоровье населения, и необходимости реформирования системы здравоохранения, требуются как исследования факторов риска заболеваемости населения болезнями системы кровообращения (БСК), так и поиск новых путей совершенствования организации медицинской помощи и профилактики данной патологии в современных условиях.

Актуальность проблемы определяется высокой распространенностью болезней системы кровообращения, а также значительными медицинскими, социальными и экономическими потерями, связанными с ними.

Поэтому изучение основных причин смертности от БСК на современном этапе и разработка путей предотвращения преждевременной смертности приобретает особую социальную значимость.

К настоящему времени в стране сложились определенные закономерности в структуре причин смертности населения. Однако поскольку для изучения причин смертности используются не только врачебные свидетельства о смерти, но и фельдшерские справки, есть основание предположить наличие погрешностей при диагностике причин смерти [1, 3].

В области организации и управления здравоохранением используется большое число медико-статистических показателей. Вместе с тем качество информации, от которой в значительной степени зависит эффективность управленческих решений, как правило, не удовлетворяет некоторым важным требованиям. В такой ситуации особую значимость приобретает система сбора и обработки данных о смертности, которая в настоящее время имеет серьезные недостатки и искажения, что снижает достоверность показателей смертности и вызывает необходимость совершенствования статистики смертности.

Особенно необходимым представляется детальное изучение региональных особенностей причин смерти населения и долгосрочных

тенденций их изменения, поскольку это позволяет на основе сравнительной оценки альтернативных стратегий обосновать подход к снижению смертности, наиболее адекватный сложившейся медико-демографической ситуации с учетом региональной специфики и тенденции.

Сокращение населения страны от смертности при БСК затрагивает лиц трудоспособного возраста, т. е. экономически активное население, что, в свою очередь, усугубляет дефицит рабочей силы страны. Предотвратимость смертельных исходов при БСК является реальным резервом снижения смертности населения, решения демографических проблем на основе совершенствования системы организации медицинской помощи [2].

Большинство российских ученых придерживаются европейского подхода к понятию «предотвратимая смертность», в соответствии с которым к предотвратимой относится смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения исходя из современных знаний и практики в определенных возрастно-половых группах населения [2].

Актуальность исследовательской темы очевидна в силу наметившейся в последние годы неблагоприятной медико-демографической ситуации, увеличения смертности среди населения трудоспособного возраста. В условиях отсутствия полных сведений о состоянии заболеваемости населения использование для оценки состояния здоровья населения показателей смертности и ее производных является весьма актуальным. Приоритетными направлениями работы являются те, что, в первую очередь, связаны с профилактикой преждевременной смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в отдельных поло-возрастных группах.

Крайне актуальным становится разработка и внедрение новых, нестандартных решений, новых форм управления здоровьем, позволяющих на основе малозатратных технологий обеспечить необходимый профилактический эффект.

Цель исследования

Разработка и обоснование организационных технологий по снижению смертности от болезней системы кровообращения населения трудоспособного возраста.

Результаты и обсуждение

С целью определения путей снижения смертности населения трудоспособного возраста нами проведено изучение смертности от болезней системы кровообращения данной возрастной категории за период 2004–2008 гг. в Гомельской области.

Ежегодно в этом регионе от БСК в трудоспособном возрасте умирает более 1500 человек. Доля умерших от БСК в трудоспособном

возрасте от всех умерших за изучаемый период была наибольшей в 2007 г. и составила 14,4 %, наименьшей в 2005 г. — 12,5 %.

Наибольший показатель смертности от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте в Гомельской области с 2004 по 2008 гг. наблюдался в 2006 г. и составил 182,5 на 100 тыс. населения, наименьший в 2007 г. — 168,2 на 100 тыс. населения. Каждая седьмая смерть от БСК среди жителей области приходится на людей трудоспособного возраста, причем каждая четвертая регистрируется у мужчин в трудоспособном возрасте.

Для изучения смертности проанализировали 7851 случай смерти населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения, имевших место в 2004–2008 гг., в том числе 6623 случая — у мужчин (84,3 %) и 1228 — у женщин (15,7 %). Источниками информации для анализа послужили формы первичной медицинской документации: медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма 025/у), медицинская карта стационарного больного (учетная форма 003/у).

Были использованы материалы Национального статистического комитета Республики Беларусь: сводные отчеты из ЗАГСов, врачебные свидетельства о смерти (форма 106/у) и фельдшерские справки о смерти (форма 106-1/у). Материал был представлен в абсолютных цифрах и заносился в исследовательскую форму первичной регистрации смертности от БСК в Гомельской области. Расчет интенсивных показателей смертности от БСК проводился с учетом среднегодовой численности населения (статистический сборник «Возрастно-половая структура населения Республики Беларусь и областей и среднегодовая численность населения за 2003–2009 гг.»).

С целью детального изучения смертности трудоспособного населения Гомельской области разработали специальный статистический инструментарий «Карта учета случая смерти от БСК в трудоспособном возрасте». Также было разработано и внедрено программное обеспечение «Учет случаев смерти от БСК», предназначенное для сбора, анализа и изучения информации о смертности от БСК населения трудоспособного возраста. Это позволило проанализировать не только социальный статус умерших: семейное положение, профессиональную принадлежность, образование — но и распространенность среди них факторов риска по различным половозрастным, социальным группам, приверженность к лечению (регулярность наблюдения в медицинских учреждениях, выполнение рекомендаций врачей).

Карта содержит фактические данные об умершем: место жительства, пол, возраст, со-

циальное положение, профессия и место работы, а также состоял ли умерший в браке или нет. Дается характеристика периода наступления смерти (дата и причина смерти, где произошла смерть). Карта включает раздел, содержащий информацию о наличии факторов риска умершего, регулярность посещения врача и выполнение его рекомендаций.

В карту выкопировали диагнозы из медицинского свидетельства о смерти, с которыми наблюдался умерший.

Важным разделом карты является оценка каждого случая смерти с позиции последнего обращения за медицинской помощью.

Проведенный нами анализ смертности населения от болезней системы кровообращения на региональном уровне показал высокий удельный вес смертей, наступивших вне стационара (дома, на улице, на работе, в транспорте и других местах). Так, среди умерших от БСК в 2007 г. — 79,3 % умерли вне стационара, в 2008 г. — 79,2 %, в 2009 г. — 75,8 %. Среди населения трудоспособного возраста смерть от БСК практически в 50 % случаев наступает вне стационара. Так, в 2007 г. удельный вес умерших в трудоспособном возрасте вне стационара составил — 58,8 %, в 2008 г. — 54,3 %, в 2009 г. — 47,7 %.

Большая часть смертельных исходов происходит дома, на улице и в других местах еще до прибытия скорой помощи. В связи с этим основным видом помощи людям, страдающим БСК, является первая помощь или неотложная само- и взаимопомощь.

Первая помощь при неотложных состояниях — это комплекс экстренных организационных, диагностических и лечебно-эвакуационных действий, предпринимаемых самим больным (пострадавшим) или лицами, находящимися рядом в период от начала развития неотложного состояния до прибытия медицинского работника. При этом под неотложным состоянием понимается быстро (внезапно) развивающийся патологический процесс, угрожающий жизни больного или сопряженный с возникновением тяжелых инвалидизирующих последствий. Степень неотложности мероприятий по оказанию помощи определяет скорость развития патологического процесса. Например, при фибрилляции желудочков, асистолии, наружном разрыве сердечной мышцы без немедленно оказанной помощи смерть наступает в ближайшие 5–10 мин. На догоспитальном этапе в первый «золотой» час погибают 50 % больных с острым ИМ.

Осложненный гипертонический криз, острая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, пароксизмальные формы тахикардий являются основными причинами

вызова скорой помощи и обуславливают не менее 90 % всей летальности от сердечно-сосудистых заболеваний.

При всех неотложных состояниях очевидно, что чем раньше оказывается помощь, чем быстрее больной доставляется в специализированный стационар, тем выше вероятность купирования патологического процесса и эффективнее все последующее лечение. По этой причине первая помощь (само- и взаимопомощь) может и должна быть наиболее эффективной, обеспечивать своевременную госпитализацию и спасение жизни человека. Однако такая столь необходимая, а главное — реально возможная в настоящее время помощь практически отсутствует.

Как это ни парадоксально, но поздняя госпитализация при ряде заболеваний резко снижает госпитальную летальность. Это происходит, когда основная масса больных погибает еще до поступления в стационар.

Как показали наши исследования, основные причины задержек госпитализации связаны с самими больными и их родственниками: недооценили тяжесть и опасность состояния, не знали, что делать, надеялись, что станет лучше, особенно после приема какого-нибудь лекарства, стеснялись беспокоить людей и вызывать скорую помощь, особенно в ночное время или когда заболевший находится в состоянии алкогольного опьянения. Временное улучшение состояния, например, после рвоты или какой-либо отвлекающей процедуры также задерживает вызов скорой помощи. Кроме того, внезапное развитие неотложного жизнеугрожающего состояния, как правило, вводит пострадавшего и его окружение в состояние стресса, которое усугубляется немелкими попытками оказания помощи.

Таким образом, в настоящее время ни больной, ни его родственники или окружающие его люди не имеют четких рекомендаций (стандартов) неотложной само- и взаимопомощи, практически полностью отсутствуют и специальные средства оказания такой помощи. На месте развития неотложного состояния в абсолютном большинстве случаев нет необходимых лечебных средств, которые могут самостоятельно использовать больной или его родственники. Кроме того, нет ни одного государственного или общественного органа, непосредственно занимающегося этой проблемой. В то же время своевременно примененные достаточно простые и малозатратные меры первой помощи по своей клинической и экономической эффективности могут превзойти самые современные медицинские технологии, существенно их дополнить и спасти жизни тысяч сограждан.

Любые самые высокие технологии стационарного лечения не позволят снизить смертность населения страны, когда более 80 % людей умирают

вне стационаров, большинство из них без какой-либо медицинской помощи.

Отношение к обучению населения правилам первой помощи в развитых странах мира более чем серьезное. Так, в США Национальный институт заболеваний сердца, легких и крови стал инициатором Государственной программы по совершенствованию неотложной помощи больным с сердечными приступами. Американский Красный Крест ежегодно обучает правилам неотложной само- и взаимопомощи около 8,5 млн. человек. В этом процессе активно участвует большинство профессиональных объединений врачей. Только в штате Висконсин работают 4,1 тыс. инструкторов по этому направлению. Ведущие клинические журналы имеют специальный раздел (страничку) для больных.

Приведенные факты свидетельствуют об актуальности проблемы организации и современного обеспечения самопомощи при неотложных состояниях. Ее решение является одним из основных путей снижения уровня внебольничной летальности и существенного повышения эффективности медицинской помощи населению. Можно выделить три типа первой помощи при неотложных состояниях или неотложной само- и взаимопомощи.

1. Обыденная, наиболее распространенная неотложная само- и взаимопомощь с использованием общемедицинских знаний человека и подручных средств, к которым в большинстве случаев относятся лечебные средства, имеющиеся в домашней или автомобильной аптечке. Пока же низкий уровень медицинских знаний, тяжесть состояния больного и стрессовая ситуация для окружающих не позволяют правильно и своевременно использовать даже имеющиеся скудные лечебные средства. Как показывает практика, в момент развития, например, острого коронарного синдрома в большинстве случаев отсутствует даже нитроглицерин (НТГ), а если он и есть, то с истекшим сроком годности. О необходимости приема аспирина при сердечном приступе, как, например, в США, не знают практически все больные и многие врачи. Эффективность такого типа неотложной само- и взаимопомощи чрезвычайно низка.

2. Типовая врачебно-ориентированная само- и взаимопомощь с использованием стандартных алгоритмов лечебно-диагностических действий и разработанных на их основе карманных аптечек является новым перспективным направлением развития первичной помощи и предназначена для всего населения страны, с преимущественной ориентацией на группы с повышенным риском развития какого-либо неотложного состояния (гипертонического криза, инсульта, ИМ, анафилактического шока, желудочного кровотечения и т. д.).

3. Индивидуализированная неотложная само- и взаимопомощь с использованием инструкции лечащего врача и специально подобранных лечебных средств обеспечивает наиболее полную и эффективную самопомощь, так как учитываются особенности течения основного и сопутствующих заболеваний у конкретного больного с учетом уровня образования, условий жизни, семейного окружения, материального положения, способности определить пульс, артериальное давление (АД) и т. д.

Для повышения эффективности первичной помощи нами разработаны методы и средства самопомощи при тех неотложных состояниях, которые наиболее вероятно могут развиваться. Также разработаны и утверждены на региональном уровне типовые алгоритмы действий (больного, пострадавшего или его окружения) и приема лекарств при наиболее часто встречающихся неотложных состояниях.

На основании этого нами разработаны предложения и варианты для формирования индивидуальной (карманной) аптечки неотложной самопомощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, а также подготовлены предложения по производству аптек для оказания первичной медицинской помощи отечественной фармпромышленностью.

Полученные по результатам ретроспективного анализа данные об уровне 10-летнего риска ССЗ среди умерших в 2008–2009 гг. дают нам основание внести дополнения в Постановление Министерства здравоохранения «О диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь». В частности, при оценке 10-летнего риска сердечно-сосудистых заболеваний с учетом пола, возраста, статуса курения, АД и общего холестерина по шкале SCORE необходимо учитывать образование, трудовую занятость, профессиональную принадлежность, брачный статус, а также факт злоупотребления алкоголем, уровень психосоциального стресса.

Следует выделять медико-социальные группы с высоким риском развития ССЗ и их осложнений с учетом профессии: сельскохозяйственные и промышленные рабочие, безработные, с учетом брачного статуса, а именно не состоящих в браке мужчин и женщин. С целью повышения эффективности диспансеризации, проводимой согласно постановлению МЗ РБ от 12.10.2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь», организовать проведение ежегодных профилактических осмотров рабочих промышленных предприятий, рабочих агропромышленного комплекса. Расширить функции врачей общей практики (ВОП), участковых врачей, врачей врачебных амбулаторий по диагностике факторов риска БСК, проведению профилактического консультирования.

Результаты проведенного исследования позволили также выделить психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болезни сердца у мужчин и женщин трудоспособного возраста: объективный — воздействие высокого и выше среднего уровня стресса; субъективные — доминирование внутреннего локуса контроля; а также высокой личностной тревожности и «типа А» поведенческой активности. Что же касается акцентуаций характера и психопатологических изменений, то неправомерно говорить, что они являются непосредственными факторами ишемической болезни сердца, это скорее их следствие.

На полученные результаты мы опирались при создании программы психологической профилактики и психологической коррекции для пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом в коррекционной работе усилия были направлены, с одной стороны, на изменение психологических реакций (на стресс, внутреннюю картину болезни), стиля жизни, отношений в семье и т. п.; с другой стороны — на устранение факторов, способствующих прогрессированию ишемической болезни сердца (избыточная масса тела, курение, низкая физическая активность и т. д.).

Первое направление коррекционной работы предполагало преимущественно поддерживающий или рациональный (разъясняющий) характер. При этом решались задачи снижения уровня стресса, связанного с манифестацией или обострением сердечно-сосудистой патологии, придания личностного смысла лечебному процессу, а также применения адекватных элементов коррекции медицинского поведения.

Психокоррекционная работа нами проводилась в соответствии с полученной структурой внутренней картины болезни: при ее гипернозогностическом типе воздействие на первом этапе адресовано ведущей эмоциональной модальности реагирования и включает элементы поддерживающей психокоррекции, направленные на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности. На втором этапе становится возможной коррекция катастрофического образа болезни путем подключения элементов рационально-разъяснительной работы, направленной на убеждение пациента в гипертрофированности его опасений, смещение фокуса внимания с симптомов ишемической болезни на перспективы улучшения состояния. Заключительным этапом психокоррекционного процесса в этой ситуации явилось формирование более адекватной позиции пациента по отношению к заболеванию посредством проведения когнитивно-бихевиоральной коррекции, ориентированной на выработку позиции соучастия в процессе лечения, адекватных самостоятельных действий в ситуации ухудшения состояния.

При гипонозогнозическом типе внутренней картины болезни психокоррекционная работа на первом этапе направлена на модификацию позиции пациента по отношению к ишемической болезни сердца с целью разрушения гипертрофированных представлений о возможности самостоятельного контроля над симптомами. Второй этап психокоррекции направлен на реструктуризацию ведущей модальности реагирования. При этом используется метод рационально-разъяснительной работы, сопровождающейся достаточно полным информированием о механизмах возникновения и развития ишемической болезни сердца. Психокоррекционная работа на третьем этапе нацелена на формирование у пациента образа ишемической болезни сердца как серьезного заболевания, потенциально опасного для жизни, и осуществляется также с использованием когнитивно-бихевиоральных техник.

Итак, психокоррекционная программа, направленная на снижение влияния факторов, обуславливающих развитие ишемической болезни сердца, включает: увеличение объема знаний о главных причинах возникновения заболевания; обучение пациентов принципам рациональных дозированных физических тренировок, правильного питания, а также принципам физиологической и психологической релаксации.

Нами отработан мультидисциплинарный подход при реализации психокоррекционной программы с участием в работе не только врача, но и психолога. Предметом особой заботы и внимания этих специалистов было стремление довести информацию профилактического плана до всей семьи пациента, изменить стиль жизни ее членов и тем самым предупредить возможность возникновения в этом микросоциуме новых случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Длительная и особенно внезапно возникшая тяжелая кардиологическая болезнь, необходимость продолжительного лечения, оперативного вмешательства, угроза инвалидизации являются серьезными стрессогенными факторами, которые ухудшают психологическое состояние пациентов, усложняют их лечение на разных этапах, ухудшают прогноз течения заболевания. Вследствие этого, как показали наши исследования, значительная часть кардиологических пациентов нуждается в психотерапевтической и психологической помощи. В настоящее время психодиагностическое обследование, лечение и психокоррекционную помощь пациентам в диспансере оказывает врач-психотерапевт.

За последние 3 года потребность в психотерапевтической помощи постоянно возрастает:

- проведено первичных консультаций в 2007 г. — 994, в 2008 г. — 1341, в 2009 г. — 1491;
- повторных консультаций в 2007 г. — 739, в 2008 г. — 1019, в 2009 г. — 1208.

Кроме того, выяснилась необходимость повторной работы с проконсультированными и пролеченными психотерапевтом пациентами, так как значительно выросло количество больных с депрессивными и тревожными расстройствами, а также больных с реакциями на тяжелый стресс и расстройствами адаптации: в 2007 г. — 30,3 %, в 2008 г. — 40 %, в 2009 г. — 64,92 %. Как известно, именно эта группа пациентов нуждается в тщательном и длительном лечении и поддержке для снижения суицидального риска (у депрессивных больных), предотвращения перехода стресса в хронические формы и присоединения депрессивной симптоматики (у тревожных пациентов и пациентов с расстройствами адаптации).

Однако врач-психотерапевт, даже работая с полной нагрузкой, не может обеспечить возрастающую потребность кардиологических больных в психологической помощи. В связи с этим нами разработаны предложения в организационно-штатную структуру кардиологического диспансера и подготовлено обоснование для введения должностей медицинского психолога. Необходимо рассмотреть вопрос обеспечения врачами-психологами, психотерапевтами ЦРБ, городских стационаров и поликлиник, кардиологических диспансеров для обеспечения психодиагностики и психокоррекции пациентов с целью первичной и вторичной профилактики болезней системы кровообращения.

Следует предположить, что разработка и внедрение профилактических мероприятий для уже выявленных социальных групп высокого риска позволят снизить смертность от БСК. Указанные медико-социальные особенности необходимо учитывать при оценке индивидуального сердечно-сосудистого риска и планировании профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

Таким образом, исследование по изучению смертности от БСК трудоспособного населения Гомельской области позволило выявить ряд недостатков медико-организационного характера, что является основой для целенаправленного планирования и разработки мероприятий управления и организациями здравоохранения по совершенствованию оказания медицинской помощи при БСК, а это, в свою очередь, будет способствовать снижению смертности населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Артамошина, М. П. // Бюл. НИИ общественного здоровья РАМН. — 2007. — Вып. 1. — С. 47–51.
2. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / Под науч. ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. — М., 2006.
3. Цыбин, А. К. Динамика и оценка территориальных особенностей смертности населения Республики Беларусь по причинам / А. К. Цыбин, Н. И. Гулицкая, Т. Н. Глинская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Сер. Мед. наук. — 2007. — № 1. — С. 44–48.

Поступила 18.10.2010