

0-760333

На правах рукописи

САДЫКОВА ТАМАРА ИЛЬДУСОВНА

**КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ:
СОСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
(по материалам Республики Татарстан)**

14.00.33. — общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

К а з а н ь

2 0 0 6

688007

Работа выполнена в ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

- Научный консультант — доктор медицинских наук, профессор
Альбицкий Валерий Юрьевич
- Официальные оппоненты: — доктор медицинских наук, профессор
Чичерин Леонид Петрович;
— доктор медицинских наук, профессор
Молчанова Людмила Федоровна;
— доктор медицинских наук, профессор
Яруллин Амур Хайруллович
- Ведущее учреждение — ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится « ___ » _____ 2006 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.034.02 при ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49б.

Автореферат разослан « ___ » _____ 2006 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000246087

Т. Ситдикова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Современная социальная политика нашего государства направлена на сохранение и развитие здорового общества, что подтверждается выделением этой глобальной проблемы в ряд приоритетных национальных проектов. Исследованиям проблем общественного здоровья как наиболее испытанному пути реформирования здравоохранения и повышения его вклада в социально-экономическое развитие страны посвящены крупномасштабные труды ведущих российских ученых (О.П.Щепин, Ю.П.Лисицын, В.И.Стародубов, В.З.Кучеренко, И.Н.Денисов и др.), в том числе работающих в регионах страны (Н.Х.Амиров, И.Г.Низамов, В.А.Медик, Р.С.Гаджиев и др.).

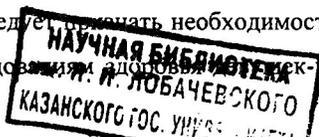
В условиях кризисного демографического развития России последнего десятилетия, характеризующегося депопуляцией населения, сокращением численности детей и подростков, особую значимость приобретает здоровье девушек подросткового возраста (Юрьев В.К., 1993, 2000; Гуркин Ю.А., 1997; Чичерин Л.П., 1999, 2003, 2006; Сидоров Г.А., 2000; Герасимова Л.И., 2003; Попова Н.М., 2006). Состояние здоровья девушек-подростков – основного человеческого и репродуктивного потенциала – является предвестником изменений в здоровье населения, барометром социального благополучия и индикатором медицинского обеспечения предшествующего периода детства (Максимова Т.М., 2002).

На протяжении 90-х гг. XX – начала XXI в. многими исследователями прослежены негативные сдвиги в состоянии здоровья подростков на фоне массивного влияния проблем медико-социального генеза (Дюкарева А.М., 1995; Сидоров Г.А., 2000; Сухарева Л.М. и др., 2002; Кучма В.Р., 2001; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2003; Максимова Т.М., 2004, 2005). Они отразились в наиболее высоких темпах ухудшения основных показателей здоровья, распространении девиантного поведения, ранней сексуальной активности с высокими показателями абортов, инфекций, передающихся половым путем (Яруллин А.Х.,

1994; Лузан Н.В., 1998; Чичерин Л.П., 1999; Журавлева И.В., 2002; Камаев И.А. и др., 2005; Ильин А.Г., 2005; Rosenberg M.D. et al., 1999; Bennett D.L., Eisenstein E., 2001; Dehne K.L., Riedner G., 2001; Edgardh K., 2002; Ford K. et al., 2002; Pietrobelli A. et al., 2005). Подростковый возраст является решающим периодом становления и формирования личности, благоприятным для привития системы действий, направленных на сохранение здоровья. Это особенно важно для девушек как потенциальных матерей, от мотивации которых будет зависеть здоровье детей и семьи (Журавлева И.В., 2002; Goede M. et al., 2000; Alexander C. et al., 2001).

В свою очередь, состояние здоровья девушки во многом определяется состоянием здоровья ее родителей, медико-социальными особенностями и образом жизни семьи, в которой девушка воспитывается (Молчанова Л.Ф., 1990; Ананьин С.А., 1995; Веселов Н.Г., 1996; Каткова И.П. и др., 1999; Максимова Т.М., 2002; Хуснутдинова З.А., 2003; Torikka A. et al., 2001). Изыскивая в семье неиспользованные резервы укрепления здоровья, исследователи обращают внимание на недостаточную ее задействованность в охране здоровья подрастающего поколения (Стволинский И.Ю., 2003; Furg L.A., 1998; Granado Alison M.C., 2001).

Одним из стратегических направлений реформирования здравоохранения в стране стало приоритетное развитие внебольничного медицинского обслуживания (Щепин О.П., Тишук Е.А., 2002; Решетников А.В., 2003). В настоящее время выработалось понимание общей идеологии развития системы охраны здоровья девушек-подростков, особую значимость в которой имеют вопросы оказания адекватной потребностям девушек помощи в условиях радикальных преобразований системы медицинского обслуживания данного контингента (Чичерин Л.П., 2003; Ensign J., 2001; Senanayake P. et al., 2001; Ma J. et al., 2005). Аналитический обзор литературы, посвященной изучению здоровья и медицинского обеспечения девушек-подростков, показывает, что одной из важнейших современных проблем следует считать необходимость поиска новых комплексных подходов к исследованию здоровья подростков и



организации их медико-социального обслуживания для научного обоснования приоритетных направлений и разработки путей совершенствования организационно-управленческих мер по охране здоровья девушек. Это и определило цель и задачи настоящего научного исследования.

Цель исследования: на основе комплексного изучения здоровья девушек-подростков и оказываемой им амбулаторно-поликлинической помощи научно обосновать современные подходы к совершенствованию первичного медико-социального обслуживания данного контингента.

Для достижения указанной цели поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить историю медицинского обслуживания девушек-подростков в Казанской губернии и Республике Татарстан.
2. Представить характеристику тенденций и особенностей состояния здоровья девушек подросткового возраста.
3. Определить особенности поведения современных девушек-подростков.
4. Исследовать условия и образ жизни семьи изучаемого контингента.
5. На основе персонифицированного учета посещений провести углубленный анализ состояния амбулаторно-поликлинического обслуживания девушек.
6. Выявить современные проблемы амбулаторно-поликлинического обслуживания девушек-подростков с точки зрения врачей и пациентов.
7. Обосновать и разработать адекватные организационно-управленческие подходы к совершенствованию медико-социальной помощи девушкам подросткового возраста.

Научная новизна работы заключается в том, что в результате проведенного исследования впервые получены новые данные по становлению медицинского обслуживания девушек-подростков на территории Республики Татарстан; определены уровни, тенденции, структурные особенности основных показателей здоровья девушек подросткового возраста, выявлены особенности состояния здоровья девушек-подростков по материалам целевых медицинских осмотров; установлены параметры самооценки здоровья и поведения девушек-

подростков; с позиции влияния на формирование здоровья дочерей оценены условия и образ жизни семей; разработана методика анализа персонифицированного банка данных поликлинического обслуживания девушек-подростков; научно обоснованы адекватные в современных условиях организационно-управленческие подходы к совершенствованию медико-социального обслуживания девушек на уровне первичных звеньев здравоохранения.

Научно-практическая значимость исследования заключается в том, что в результате проведенного научного исследования состояния и закономерностей динамики здоровья девушек-подростков и оказываемой им первичной медицинской помощи разработаны и реализуются практические меры, направленные на оптимизацию здоровья и медицинского обслуживания данного контингента. Исторический опыт эффективной модели медицинского обслуживания девушек-подростков, теоретические положения и выводы о длительных тенденциях, закономерностях и современном состоянии здоровья девушек-подростков, особенностях их поведения, образе жизни и медицинской активности семей, воспитывающих девушек, представляют базовый материал, который может использоваться в разработке и реализации государственной политики по охране здоровья подросткового населения, а также в практической деятельности министерств и ведомств, отдельных учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты, направленных на охрану здоровья подростков. Результаты изучения банка персонифицированной информации о поликлиническом обслуживании девушек-подростков являются основной базой для выработки оперативных организационных мер на различных уровнях управления, позволяющих совершенствовать оказываемую медико-социальную помощь.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Исторические аспекты организации медицинского обслуживания девушек-подростков на территории Республики Татарстан.
2. Результаты мониторинга здоровья девушек-подростков региона за 1993–2004 гг.

3. Характеристики образа жизни, медицинской активности и самооценки здоровья девушек-подростков и их семей.

4. Управление системой амбулаторно-поликлинического обслуживания девушек-подростков на основе персонифицированного учета и результатов анализа объемов и структуры поликлинических посещений.

5. Организационно-управленческие меры по совершенствованию первичной медико-социальной помощи девушкам-подросткам.

Внедрение результатов работы

Результаты исследования использованы в практической деятельности Комитета по охране здоровья Государственной думы РФ, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Комитета по социальной политике Государственного совета Республики Татарстан (РТ), Межведомственной комиссии Совета безопасности РТ по экологической безопасности и охране здоровья населения, Межведомственного совета по гигиеническому образованию и воспитанию населения РТ при Кабинете министров РТ, Министерства здравоохранения РТ, Академии наук РТ, Государственного учреждения «Научный центр здоровья детей» РАМН, Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения РТ, Республиканского центра медицинской профилактики РТ, о чем получены соответствующие акты внедрения.

Материалы исследования включены в состав двух монографий, информационного письма Министерства здравоохранения РТ.

Основные положения и выводы диссертационного исследования используются на циклах последипломного образования врачей по специальностям «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и «Педиатрия» в Казанской государственной медицинской академии, а также на профильных кафедрах учреждений системы последипломного образования РФ.

Апробация работы

Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на межрегиональной межведомственной научно-практической конференции «Через образование молодежи -- к здоровью нации» (Уфа, 2000), юбилейной

конференции, посвященной 75-летию кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением КГМА, «Здоровье населения и проблемы управления региональным здравоохранением» (Казань, 2001), VIII Конгрессе педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии» (Москва, 2003), VII Международной научной конференции (Пермь-Россия – Валетта-Мальта) «Здоровье семьи – XXI век» (2003), юбилейной научно-практической конференции, посвященной 50-летию РКБ МЗ РТ, «Современные проблемы развития регионального здравоохранения» (Казань, 2003), симпозиуме «Развитие государственной медицины в России» (Москва, 2003), Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы развития восстановительной медицины и профилактики важнейших неэпидемических заболеваний» (Казань, 2004), Координационном совете по послевузовскому и дополнительному образованию специалистов здравоохранения ПФО (21–22 октября 2004 г.) «Актуальные вопросы послевузовской подготовки специалистов в области охраны здоровья матери и ребенка» (Казань, 2004), Республиканской научно-практической конференции «Состояние и перспективы развития внебольничного медицинского обеспечения населения» (Елабуга, 2004), Республиканской научно-практической конференции «Организация и опыт работы гигиенического воспитания населения РТ за 80 лет» (Казань, 2004), 1-й Республиканской межотраслевой конференции «Здоровье, трудоспособность населения и экономическое развитие Республики Татарстан. Вопросы формирования национальной программы оздоровления населения и воспроизводства трудовых ресурсов» (Казань, 2004), X съезде педиатров России «Вопросы современной педиатрии. Пути повышения эффективности медицинской помощи детям» (Москва, 2005), научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2005), Российской научно-практической конференции «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению» (Москва, 2005), региональной научно-практической конференции ПФО «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе» (Казань, 2005), на заседаниях Межведомствен-

ного совета по гигиеническому образованию и воспитанию населения при Кабинете министров РТ (2005), Межведомственной комиссии Совета безопасности РТ по экологической безопасности и охране здоровья населения (2006), межкафедральном заседании КГМА (2006), предметно-проблемной комиссии по научным проблемам профилактической медицины и организации здравоохранения КГМУ (2006).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 36 печатных работ.

Личный вклад автора

Автором разработана программа исследования, анкеты медико-социального исследования девушек-подростков и их семей, врачей-педиатров; при непосредственном его руководстве и участии произведен сбор материалов, созданы информационные матрицы, произведены группировка, сводка, математико-статистическая обработка и анализ результатов, написана и оформлена рукопись. Научные публикации представляют результаты преимущественно личного труда автора.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, 9 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Работа изложена на 376 страницах машинописного текста, иллюстрирована 46 рисунками, 63 таблицами, 4 схемами. Библиографический указатель содержит 692 источника, из них – 344 отечественных и 348 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность проблемы охраны здоровья девушек-подростков, определена цель, выдвинуты задачи исследования, раскрыты его научная новизна и научно-практическая значимость, представлены основные положения, выносимые на защиту, приведены сведения об апробации, публикациях и внедрении результатов научно-исследовательской работы в практику здравоохранения.

В первой главе на основе изучения отечественной и зарубежной литературы представлен аналитический обзор по вопросам актуальных проблем состояния и охраны здоровья девушек-подростков с историческим экскурсом в исследования здоровья и процесс становления медицинского обслуживания девушек в XIX–XX вв. Особое внимание уделено организационно-управленческим вопросам медицинского обслуживания и профилактики заболеваний у девушек-подростков. Согласно проанализированным публикациям, исследователи едины в понимании исключительной значимости проблемы охраны здоровья девушек-подростков и необходимости оптимизации оказываемой им первичной медико-социальной помощи.

Во второй главе представлено организационно-методическое обеспечение исследования, базирующегося на методологии системного подхода. В соответствии с его целью и задачами использован целый комплекс социально-гигиенических, исторических, медико-демографических, социологических и статистических методов. Исследование выполнялось в несколько этапов, каждый из которых был направлен на решение конкретных задач, соответственно которым определялись объект, объемы работы, единица наблюдения и применяемые методы (табл. 1).

Для углубленного изучения становления медицинского обслуживания девушек-подростков на территории Республики Татарстан (бывшей Казанской губернии) в XIX – начале XX вв. проведена поисковая работа по документам, хранящимся в фондах Национального архива и Национальной библиотеки Республики Татарстан. Поиск охватил 1 558 документов, в работе представлены материалы из 85 ед. первичных источников, представляющих из себя рукописные дела, документально охватывающие период 1803–1918 гг.

Изучение состояния и тенденций здоровья девушек-подростков проведено на основе анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности за период 1993–2004 гг. по материалам официальной статистики Республики Татарстан.

Характеристика этапов исследования

№	Этапы исследования	Источники информации	Основные методы	Объемы и глубина исследования
1.	Изучение отечественных и зарубежных источников литературы и официальных материалов по теме исследования	Периодические официальные издания, монографии, диссертации и авторефераты; система информационных изданий по здравоохранению, информационные сети: «Интернет», «PUBMED»	Литературно-аналитический	Исследование доступных научных публикаций за период с середины XIX в. по настоящее время
2.	Изучение архивных материалов по развитию медицинского обслуживания девушек-подростков на территории региона	Материалы из фондов Национального архива Республики Татарстан, монографии, периодические издания	Историко-медицинское описание, сравнительно-исторический анализ, аналитический	1 558 рукописных единиц хранения за период 1803–1918 гг.
3.	Анализ заболеваемости, инвалидности и смертности девушек-подростков РТ по материалам официальной статистической отчетности	Данные Госкомитета по статистике Республики Татарстан и Республиканского медицинского информационно-аналитического центра (уч. ф. № 12, № 7(д)-собес, № 106у)	Медико-демографический, социально-гигиенический, статистический, аналитический	Сплошное исследование за период 1993–2004 гг.
4.	Углубленный анализ результатов целевого медицинского осмотра девушек-подростков	Медицинская карта Всероссийской диспансеризации детей (уч. ф. № 30д/у.вр.)	Социально-гигиенический, статистический, аналитический	9 307 карт за 2002 г.
5.	Исследование самооценки здоровья и образа жизни девушек-подростков	Специально разработанные анкеты	Медико-социологический, социально-гигиенический, статистический, аналитический	1 463 анкеты за 2004 г.
6.	Медико-социальное исследование семей, воспитывающих девушек-подростков	Специально разработанные анкеты	Медико-социологический, социально-гигиенический, статистический, аналитический	1 081 анкета за 2004 г.

№	Этапы исследования	Источники информации	Основные методы	Объемы и глубина исследования
7.	Изучение мнения педиатров о проблемах внебольничного обслуживания девушек-подростков	Специально разработанные анкеты	Медико-социологический, социально-гигиенический, статистический, аналитический	172 анкеты за 2004–2005 гг.
8.	Создание и анализ персонализированного банка данных поликлинического обслуживания	Талон амбулаторного пациента (уч. ф. № 025-10/у)	Социально-гигиенический, статистический, математический, аналитический	684 658 случаев поликлинического обслуживания за 2001–2003 гг.
9.	Обоснование приоритетных направлений совершенствования охраны здоровья девушек-подростков	Материалы диссертационного исследования	Аналитический	Статьи, тезисы, главы в монографиях, информационные письма

Для получения необходимых сведений о состоянии здоровья был принят углубленный анализ результатов целевого медицинского осмотра девушек-подростков республики. Нами исследовано 9 307 медицинских карт Всероссийской диспансеризации девушек в возрасте от 10 лет до 17 лет 11 месяцев 29 дней, проведенной по унифицированной программе.

С применением специально разработанных анкет в крупных городах Республики Татарстан (Казань, Набережные Челны, Нижнекамск, Альметьевск, Чистополь, Елабуга) и Верхнеуслонском, Зеленодольском, Апастовском, Тетюшском административных районах проведено медико-социальное исследование девушек-подростков (1 463 ед. наблюдения), семей, воспитывающих девушек-подростков (1 081 ед.), изучено мнение педиатров о проблемах внебольничного обслуживания девушек-подростков (172 ед.). При реализации этих этапов использовались принципы комплексных исследований образа жизни и здоровья населения и соблюдались требования, предъявляемые к социологическим исследованиям (Лисицын Ю.П., Полунина И.В., 1982; Ядов В.А., 1987; Решетников А.В., 2003).

Решение поставленных задач потребовало проведения специального социально-гигиенического исследования внебольничного обслуживания девушек-подростков с использованием значительного по объему материала. Для выполнения этого этапа с помощью возможностей внедренной на территории Республики Татарстан АС «Поликлиника» создан и проанализирован банк персонафицированных данных на 684 658 случаев поликлинического обслуживания девушек-подростков за период 2001–2003 гг.

Статистическая обработка материалов исследования, включавшая альтернативный, вариационный, корреляционный анализ, а также прогнозирование по теореме гипотез (формуле Байеса), проведена на персональном компьютере класса Pentium IV с использованием стандартных программ, в том числе Excel 2000, а также посредством системы управления базами данных (СУБД) FoxPro Visual (версия 6.0). Наши многолетние наблюдения дали также возможность провести мониторинг здоровья и особенностей образа жизни девушек-подростков и их семей. В соответствии с полученными данными на заключительном этапе были обоснованы приоритетные направления совершенствования охраны здоровья девушек-подростков.

В третьей главе «Становление медицинского обслуживания девушек-подростков в Казанской губернии XIX–XX вв.» показаны истоки развития медицинского обслуживания детей и подростков на территории изучаемого региона. Особенностью его явилась непосредственная связь с деятельностью ведущих ученых Казанского университета, общественных организаций (общества врачей, общества попечения о бедных и больных детях, общества борьбы с детской смертностью), благотворителей. Как таковая система медицинского обеспечения девушек-подростков начала формироваться и функционировать с развитием учебных заведений со второй половины XIX века, причем модели ее в так называемых открытых и закрытых учебных заведениях были принципиально различными. Наиболее развитым оказалось медицинское обслуживание организованного контингента девушек в учебном заведении закрытого (интернатного) типа, модель которого рассмотрена нами на примере Родионовского ин-

ститута благородных девиц (1841–1918 гг.) ведомства императрицы Марии. Проведенный анализ исторических источников позволил сделать несколько выводов, представляющих научно-практический интерес в современных условиях. Так, совершенно определенно можно говорить о том, что уже в конце XIX века на территории Казанской губернии функционировала система оказания медицинской помощи девушкам подросткового возраста – учащимся учебно-воспитательного учреждения закрытого типа. Положительными ее сторонами явилось то, что осуществлялось полноценное наблюдение за развитием и состоянием здоровья девушек врачом учреждения и консультантами различных профилей, являющимися лучшими специалистами в своих областях; были четко налажены строгая вертикаль управления в медицинском обеспечении, учет и отчетность, позволяющие и спустя столетия оценивать показатели заболеваемости учащихся. Руководству и врачам ведомства удалось организовать не только амбулаторное наблюдение, стационарное лечение, но также санаторно-курортное лечение и реабилитацию воспитанниц. Причем первостепенное внимание уделялось малозатратным и эффективным технологиям по формированию здорового образа жизни, рациональному питанию, привитию девушкам правил личной гигиены. Очевидно, что столетие назад практически была претворена в жизнь своеобразная модель медицинского обслуживания по системе единого педиатра, когда один врач наблюдал учащихся весь период обучения, при необходимости консультировал со специалистами, осуществлял амбулаторное и стационарное лечение, профилактику заболеваний, восстановительное лечение, участвовал в управлении организацией учебного процесса и режима дня, ежегодно анализировал итоги деятельности и непосредственно участвовал в планировании перспектив развития медико-профилактической службы.

Четвертая глава «Здоровье девушек-подростков Республики Татарстан» содержит анализ результатов мониторинга здоровья изучаемого контингента с использованием таких критериев, как заболеваемость, инвалидность и смертность, полученных по материалам официальной статистической отчетности.

Уровень первичной заболеваемости девушек за 12-летний период возрос в 1,5 раза – с 637,4‰ до 970,1‰, а распространенности заболеваний в 1,7 раза – с 1 000,2‰ до 1 713,0‰. Наиболее высокие темпы прироста уровней первичной заболеваемости при практически ежегодном их нарастании отмечались среди классов «Врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные аномалии» (380%), «Болезни мочеполовой системы» (188,6%), «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма» (212,2%), «Болезни системы кровообращения» (203,8%). Обращают на себя внимание и классы болезней, прирост уровней которых был достаточно стабилен. Среди таковых можно выделить классы болезней органов пищеварения, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

В 2004 г. в структуре первичной заболеваемости доминировали болезни органов дыхания (41,9%), мочеполовой системы (9,4%), травмы и отравления (8,6%), в структуре общей заболеваемости девушек – болезни органов дыхания (27,5%), пищеварения (11,6%), болезни мочеполовой системы (11,1%), глаза и его придаточного аппарата (9,9%), костно-мышечной системы (5,5%) и класс травм, отравлений (4,9%) (рис. 1).

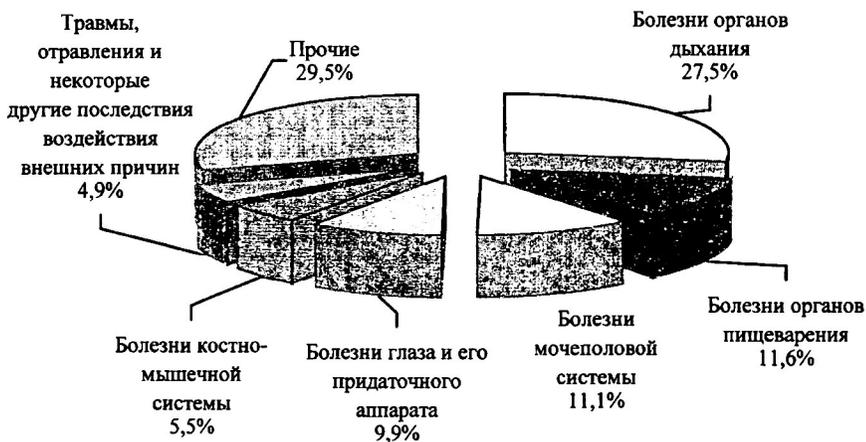


Рис. 1. Структура общей заболеваемости девушек-подростков 15–17 лет в Республике Татарстан в 2004 г. (в %)

Уровни инвалидности среди 10–14-летних девушек-подростков в Республике Татарстан в 2004 г. составили 173,0 на 10 тыс. соответствующего населения, а среди 15–17-летних – 183,4‰. В старшей возрастной группе уровни обусловивших инвалидность заболеваний были выше по всем классам, кроме врожденных аномалий развития, а также травм и отравлений в отдельно взятые годы. Причем лишь по классу психических расстройств эти уровни у 15–17-летних отличались на значимую величину ($p < 0,01$).

Показатели смертности за весь период наблюдения колебались у 10–14-летних девушек в пределах 19,6–36,4 (на 100 тыс. населения соответствующего возраста) с пиковым уровнем в 1995 г., у 15–19-летних девушек – в пределах 51,9–72,1 с максимальным значением в 1998 г. В их формировании наибольший вес имели классы травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, новообразований, болезней нервной системы. К 2004 году в структуре смертности 10–14-летних девушек присутствовали 9 классов заболеваний. Ведущими из них остались травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (45,5%), новообразования (21,3%), врожденные аномалии (12,2%), суммарно составившие 79,0% структуры смертности девушек этого возраста. В формировании уровней смертности 15–19-летних в 2004 г. участвовали 11 классов заболеваний, а 86,4% ее структуры и лидирующие места определили внешние причины смертности (66,7%), болезни системы кровообращения (10,4%) и новообразования (9,3%). В целом смертность девушек 10–19-летнего возраста в 2000-х гг. в сравнении с 1990-ми имела тенденцию к снижению. Характерно то, что с возрастом значимость внешних причин смертности увеличивалась, а доля их достигала 70,4% в общей структуре, 11,3% которой занимали самоубийства. В формировании структуры своего класса доля самоубийств как причины смерти доходила до 31,7%.

Глава пятая посвящена анализу материалов целевого медицинского осмотра девушек-подростков, в результате которого были признаны здоровыми (1-я группа здоровья) 24,9% девушек-подростков, функциональные отклонения

зафиксированы у 56,7% (2-я группа здоровья), хронические заболевания – у 18,4% (3–5-е группы здоровья).

Уровень заболеваемости девушек 10–17 лет по материалам медицинского осмотра составил $976,3 \pm 1,6\%$ (табл. 2). Он имел колебания в зависимости от возраста: у 10-летних – $853,4 \pm 17,2\%$, у 15-летних зафиксирована максимальная величина, равная $1\,096,9 \pm 9,0\%$ ($p < 0,01$), а в возрастных группах 16 и 17 лет – $1\,031,1 \pm 4,8\%$ и $954,4 \pm 5,1\%$. В формировании структуры заболеваемости девушек 10–17-летнего возраста лидировали следующие классы: болезни органов пищеварения (22,3%), болезни глаза и его придаточного аппарата (17,6%), болезни костно-мышечной системы (13,7%).

Таблица 2

**Уровни заболеваемости, структура и ранги основных классов заболеваний
среди девушек 10–17 лет в Республике Татарстан
(по данным целевого медицинского осмотра в 2002 г.)**

Класс болезней по МКБ-Х	Уровень заболеваемости ($P \pm m$ %)	Ранговое место	Структура (%)
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	$59,7 \pm 2,5$	7	6,1
Психические расстройства и расстройства поведения	$6,9 \pm 0,8$	11	0,7
Болезни нервной системы	$112,7 \pm 3,3$	4	11,5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	$171,7 \pm 3,9$	2	17,6
Болезни системы кровообращения	$29,7 \pm 1,7$	8	3,0
Болезни органов дыхания	$87,7 \pm 2,9$	6	9,0
Болезни органов пищеварения	$217,5 \pm 4,3$	1	22,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	$12,7 \pm 1,2$	9	1,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	$133,7 \pm 3,5$	3	13,7
Болезни мочеполовой системы	$96,3 \pm 3,0$	5	9,8
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	$10,2 \pm 1,0$	10	1,0
Прочие	$37,5 \pm 1,9$		4,0
Итого	$976,3 \pm 1,6$		100

А наиболее распространенными нозологическими формами явились нарушения рефракции и аккомодации ($159,6 \pm 3,8\%$), сколиоз и другие деформирующие дорсопатии ($108,9 \pm 3,2\%$), расстройства вегетативной нервной системы ($87,9 \pm 2,9\%$), гастрит и дуоденит ($79,6 \pm 2,8\%$), болезни желчного пузыря ($78,4 \pm 2,8\%$), хронические болезни миндалин и аденоидов ($62,7 \pm 2,5\%$) (рис. 2). Таким образом, основными заболеваниями, сформировавшими высокие уровни выявленной патологии у девушек, преимущественно явились относительно управляемые болезни, по профилактике, лечению и реабилитации которых необходима приоритетная разработка мероприятий, осуществляемых в условиях взаимодействия и преемственности амбулаторно-поликлинических, образовательных учреждений и семьи.

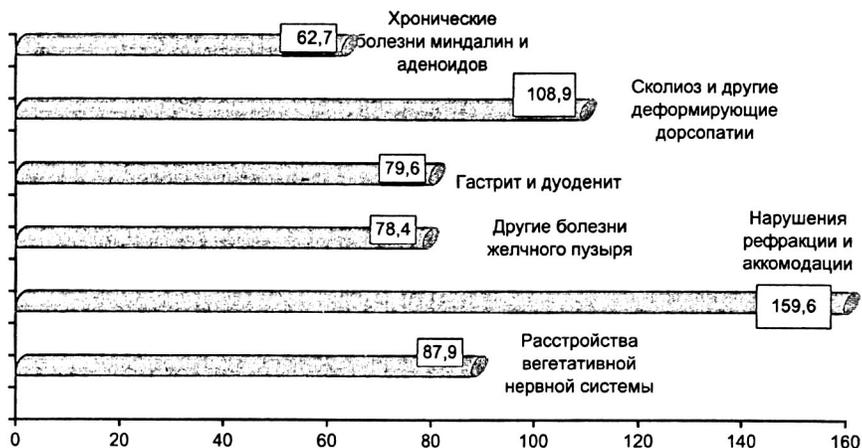


Рис. 2. Уровни наиболее распространенных заболеваний у девушек 10–17 лет в Республике Татарстан по материалам целевого медицинского осмотра в 2002 г. (на 1 000 соответствующего контингента)

Согласно исследованию, оказалась очень высокой потребность этого контингента в адекватном лечении и оздоровлении: данные медицинского осмотра показали, что $51,1 \pm 0,5$ (из 100) девушек-подростков нуждались в лечебно-оздоровительных мероприятиях, проводящихся в условиях поликлиники, $15,3 \pm 0,4$ (из 100) – в лечебно-коррекционных мероприятиях в условиях стационара, а $30,8 \pm 0,5$ (из 100) было рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Глава шестая посвящена исследованию самооценки здоровья и образа жизни. Как показал анализ, особенности поведения девушек проявлялись в таких стабильных характеристиках, как раннее приобщение к алкоголю и курению, значительное распространение употребления спиртных напитков ($67,4 \pm 1,2$ на 100 опрошенных) и курения (соответственно $10,7 \pm 0,8$), наличие критического возрастного периода в приобщении к девиантным привычкам (12–14 лет), взаимосвязанность различных форм девиантного поведения. Особо обратим внимание на то, что приобщение подростков к употреблению алкогольных напитков происходило в семье ($56,4 \pm 1,4$ на 100 опрошенных), воспринимаясь и закрепляясь в качестве определенных традиций и устоев, а дальнейшее употребление выходило за рамки семьи и переносилось в среду наиболее частых общественных контактов. Серьезное влияние на формирование табакокурения также оказывало ближайшее окружение подростков: не имеющие курящих близких и друзей при прочих однородных обстоятельствах имели в 1,5 раза больше шансов не закурить, среди них было в 5,4 раза меньше курящих от случая к случаю и в 16,5 раз – курящих регулярно.

Сексуально активными явились $8,3 \pm 0,7$ из 100 респонденток. Практически треть ($30,7 \pm 4,6$) из них не предохранялась ни от нежелательной беременности, ни от возможных заболеваний, передающихся половым путем. Основными источниками информации о сексуальной жизни для опрошенных стали средства массовой информации, названные $41,3 \pm 1,3$ из 100 опрошенных, и специальная литература ($29,9 \pm 1,2$ из 100), $20,2 \pm 1,1$ соответственно называли родителей, $19,1 \pm 1,0$ – подруг. Вызывает тревогу то, что необходимую информацию от врачей получили лишь $18,7 \pm 1,0$ из 100, а от педагогов – $11,7 \pm 0,9$ из 100 респонденток.

Депопуляция населения России и Республики Татарстан заставляет пристальнее изучать и формирующиеся репродуктивные установки подростков. Большинство опрошенных девушек-подростков ($66,7$ из 100) было ориентировано на создание двухдетной семьи, лишь $15,2$ из 100 хотели бы создать многодетную семью, имеющую 3 детей и более, а $0,8$ из 100 не желали иметь де-

тей. В среднем желаемым числом детей называлось $2,0 \pm 0,4$ ребенка, а идеальным – $2,4 \pm 0,6$.

Исследование самооценки здоровья показало, что отличным свое здоровье назвали $8,9 \pm 0,7\%$ девушек, более половины ($55,2 \pm 1,3\%$) отнесли себя в группу с хорошим здоровьем, почти треть ($31,9 \pm 1,2\%$) – с удовлетворительным, а $4,0 \pm 0,5\%$ – с плохим и очень плохим. На фоне низкой медицинской активности среди девушек оказались значительно распространены симптомы патологических состояний. Практически половина респонденток ($47,0 \pm 1,3$ из 100) испытывала головные боли, треть – отмечала снижение зрения, каждая 6-я из 100 ($15,6 \pm 0,9$) – чувство депрессии, а каждая 14-я ($7,1 \pm 0,7$) – имела мысли о самоубийстве. Особого внимания требуют подростки с симптомами, приводящими к саморазрушительным формам поведения, – чувством депрессии и мыслями о самоубийстве. Среди них в течение года ни разу не посетили врача соответственно $47,9 \pm 3,4\%$ и $48,9 \pm 5,0\%$ девушек-подростков.

На каждые 100 опрошенных на момент обследования чувствовали себя больной $8,6 \pm 0,7$, находились в неудовлетворительной физической форме – $17,2 \pm 1,0$, в плохом расположении духа – $15,3 \pm 0,9$, состояние здоровья тревожило каждую 2-ю девушку ($50,2 \pm 1,3$). Примечательно, что из 100 не обратившихся ни разу в течение года к врачу респонденток $45,5 \pm 1,8$ тревожило состояние здоровья, а $26,1 \pm 1,6$ имели хронические заболевания.

Для девушек-подростков, стоящих на пороге перехода во взрослую жизнь, создания собственных семей и выполнения роли матери и хранительницы домашнего очага, особенно важны усвоенные в семьях образ жизни, отношение к здоровью, традиции и привычки. Медико-социальному исследованию семей девушек-подростков мы посвятили **седьмую главу**. Ключевыми характеристиками современных семей, воспитывающих девушек-подростков, которые необходимо учитывать в деятельности первичных звеньев здравоохранения, следует назвать следующие: семьи медико-демографического риска составляют $40,4 \pm 1,5$ (на 100 обследованных семей), в мононуклеарных семьях живут

85,9±1,1 девушек; каждая 5-я девушка-подросток является единственным ребенком, 60,5±1,5 воспитываются в двухдетных семьях, 18,3±1,2 – в многодетных. К группе семей среднего достатка отнесли себя 57,4±1,5, 28,0±1,4% – к бедным и малообеспеченным. Почти весь бюджет расходовали на питание 17,1±1,1, несбалансированное питание отметили половина (50,0±1,5) семей, 6,2±0,7 назвали свое повседневное питание крайне однообразным. Какая-либо дополнительная витаминизация не проводилась в каждой 4-й семье (27,3±1,4). Доля семей, имеющих частые и постоянные конфликты, достигала 18,5, а одними из основных их причин оказались организационные вопросы, финансовые проблемы и злоупотребление алкогольными напитками. Предпочитался пассивный досуг семей, значительная часть родителей (27,5%) осознавала, что уделяет дочерям недостаточное внимание, связывая это с загруженностью работой, почти в половине семей отцы мало или практически не участвовали в воспитании дочерей.

Анализ медицинской активности семей при остром заболевании дочери показал, что лишь 58,1±1,5 из 100 опрошенных обращались за медицинской помощью в первые сутки заболевания, 35,8±1,3 – при утяжелении состояния, а 6,1±0,7 (из 100 опрошенных) старались не обращаться. Выполняли полностью назначения медицинских работников по лечению дочери немного более половины (53,8±1,5), 42,8±1,5 из 100 опрошенных старались придерживаться назначений, а 3,3±0,5 чаще их не выполняли. Большинство не выполнявших рекомендации лечащих врачей затруднились назвать причину (44,4±2,0), у 16,1±1,5 из 100 этой группы семей не было необходимых медикаментов, 14,8±1,4 не устраивала квалификация врача, а 18,1±1,6 соответственно сослались на нехватку времени и средств.

Низкая медицинская активность семей и невыполнение элементарных здоровьесберегающих принципов жизнедеятельности отмечались в целом на фоне достаточно высокого места здоровья (3-го для родителей и 2-го для девушек) в общей иерархии жизненных ценностей. Причем результаты расчета ве-

совых характеристик ответов позволяют говорить о том, что матери более других членов семьи осознают значимость и ценность здоровья.

Чтобы представить резервы улучшения здоровья девушек, нами проведено прогнозирование уровней распространенности заболеваний при исключении отдельных характеристик условий и образа жизни, а также такого параметра, как низкая медицинская активность семей. Базовым уровнем для прогнозирования был взят уровень показателя 2004 г. Установлено, что оптимизация управляемых со стороны медицинских работников факторов, к которым относятся медицинская активность и гигиеническая грамотность, оказали бы значительное влияние на уровень показателя. Так, при выполнении назначений врача всеми семьями распространенность заболеваний снизилась бы до 1 130,5%, а при раннем обращении к врачу при болезни дочерей – до 1 121,2%. В том случае если бы девушки не курили и не употребляли алкогольные напитки – до 1 110,0%. При улучшении материальной обеспеченности семей прогнозируемый уровень показателя распространенности болезней снизился бы на 27%, адекватном питании – на 33,5%.

В условиях количественных и качественных преобразований педиатрической амбулаторно-поликлинической службы особую актуальность приобретает анализ персонифицированной информации, дающий возможность комплексной оценки объемов, отдельных характеристик, результативности деятельности и возможностей оптимизации службы.

В Республике Татарстан этап внедрения новых информационных технологий, позволяющих получить персонифицированный материал, был практически реализован в 1990-е гг. (Гильманов А.А., 2003), в настоящее время происходит дальнейшее совершенствование программного обеспечения и расширение возможностей научно-практической реализации конечных продуктов автоматизированных систем.

Аналізу амбулаторно-поликлинического обслуживания девушек-подростков по данным персонифицированного учета посвящена **восьмая глава**. Расчет числа случаев поликлинического обслуживания (СПО) на одну де-

вущку 10–17-лет позволил определить, что этот показатель колебался от 2,5 в 2001 г. до 3,0 в 2003 г. для всего контингента, а в разрезе отдельных возрастных групп в исследуемые годы был не менее 2,1 и не более 3,3. Большинство из них были сделаны с лечебно-диагностической целью, доля которой в структуре всех СПО составила 41,7% и колебалась от 41,2% до 43,5% (рис. 3). Уровни СПО с лечебно-диагностической целью составляли 1 083,8 в 2001 г. и 1 259,4 СПО в 2003 г. (в расчете на 1 000 исследуемого контингента) (табл. 3).



Рис. 3. Структура случаев поликлинического обслуживания девушек-подростков 10–17 лет в Республике Татарстан в 2001–2003 гг. (в % к итогу)

Одной из основных целей СПО подростков явились медицинские и профилактические осмотры (29,2%), на которые пришлось от 706,1 до 871,0 СПО. Двукратно меньшая доля в структуре целей СПО соответствовала консультативной цели (13,1%), которая в расчете на 1 000 девушек составила от 270,8 до 447,5 СПО.

Ведущим мотивом, побуждающим девушек обратиться в поликлинику, явились острые заболевания, которыми были вызваны в общей сложности 68,0% СПО, сделанных с лечебно-диагностической целью. Ранее установленные хронические заболевания послужили причиной 19,7% СПО с лечебно-

диагностической целью, 48,7% СПО с консультативной целью и 80,4% СПО, выполненных с целью диспансерного наблюдения. Характерно, что у врачей общетерапевтического профиля начинались лишь 59,0%, а заканчивались 48,3% СПО.

Т а б л и ц а 3

**Распределение случаев поликлинического обслуживания девушек-подростков
10–17 лет в Республике Татарстан по их целям в 2001–2003 гг.
(в расчете на 1 000 соответствующего контингента)**

Цель обращения	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Лечебно-диагностическая	1 083,8	1 100,5	1 259,4
Консультативная	339,4	270,8	447,5
Диспансерное наблюдение	209,1	189,0	268,4
Медицинские и профилактические осмотры	706,1	871,0	834,2
Прививки	55,8	157,5	99,9
Оформление документации	31,7	46,1	91,1
Прочие	64,6	23,0	52,8
Всего	2 490,5	2 658,1	3 053,3

Структура СПО по классам заболеваний явилась достаточно стабильной и соответствовала характеристикам здоровья девушек-подростков по материалам официальной статистической отчетности и целевых медицинских осмотров: преобладающими классами заболеваний стали болезни органов дыхания (34,7%), глаза и его придаточного аппарата (9,0%) и болезни органов пищеварения (8,1%). Целый ряд классов заболеваний имел в структуре СПО близкие по величине доли (от 4,2 до 6,7%). Это болезни мочеполовой и нервной систем, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни эндокринной системы.

Выздоровлением завершились 41,3% всех СПО, сделанных с лечебно-диагностической целью, в 17,6% было констатировано улучшение состояния, а каждый 20-й случай (5,1%) завершился госпитализацией. В структуре СПО, потребовавших госпитализации, доминировали болезни органов дыхания (33,6%), доля которых оказалась выше в младших возрастах (36,6% в 10-летнем, 38%

в 12-летнем и 27,4% в 17-летнем), болезни органов пищеварения (18,7%) и болезни мочеполовой системы (11,8%).

Анализ в разрезе отдельных классов болезней показал, что госпитализацией завершились 32,0% СПО, относящихся к классу «Беременность, роды и послеродовый период», 16,2% СПО, сделанных по поводу болезней органов пищеварения, 12,2% – по причине болезней мочеполовой системы. Далее следовал класс болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений с вовлечением иммунного механизма (8,4%), в двух третьих случаев обусловленный железодефицитной анемией (78,3%). Наименьшая доля госпитализаций была характерна для класса болезней эндокринной системы (1,5%) и болезней глаза и придаточного аппарата (0,6%). Таким образом, с абсолютным большинством болезней органов дыхания, имеющих лидирующую позицию в структурах заболеваемости и причин СПО, амбулаторно-поликлиническая служба благополучно справлялась. Низкая доля госпитализаций, характерная для таких классов заболеваний, как болезни глаза и его придаточного аппарата и болезни эндокринной системы, которые, несмотря на превалирование в структуре заболеваемости девушек, преимущественно диагностировались, лечились и наблюдались амбулаторно, указывает на необходимость усиления внимания первичного звена здравоохранения к профилактике и лечению входящих в эти классы заболеваний.

Показатели сезонности СПО за каждый отдельный год имели схожую конфигурацию, отражающую наиболее выраженные колебания от их среднедневного годового уровня в течение учебного года – октябре (164,7%), апреле (128%) и ноябре (124,7%). В эти месяцы были зафиксированы максимальные колебания СПО. Минимальные же показатели отмечены в летние месяцы (июле – 65,7% и августе – 54,9%), а также в декабре (71,9%) и марте (85,1%). Явно характерная связь сезонности СПО девушек-подростков с учебным годом, в первую очередь, вызвана сезонностью острых респираторно-вирусных инфекций, увеличением доступности медицинской помощи и потребности в ней с возвращением пациенток и специалистов после летнего отдыха.

Есть и особые аспекты, касающиеся общепринятых подходов к организации медицинского обслуживания учащихся. Так, расчет показателей сезонности СПО со структуризацией их по целям обращения позволил выявить следующее: отмечены максимальные показатели сезонности СПО, сделанных с лечебно-диагностической целью, в феврале (155,7%), октябре (134,1%), апреле (131,2%). Наименьшие показатели сезонности выявляются во внеучебное время – июне (48,4%), июле (48,5%) и августе (55,9%) (рис. 4). Пики показателей сезонности, выполненных с целью диспансерного наблюдения, приходились на октябрь (174,4%), ноябрь (155,2%) и апрель (143,9%), минимальные – также на период летнего отдыха (60,5% – 62,8%).

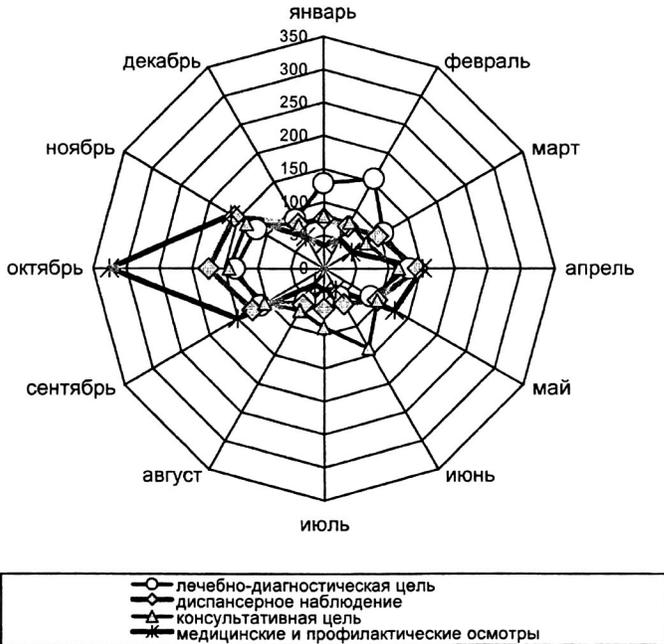


Рис. 4. Сезонность случаев поликлинического обслуживания девушек-подростков 10–17 лет в Республике Татарстан в 2001–2003 гг. по их целям (в %)

Характерной явилась сезонность СПО, сделанных с консультативной целью. Здесь высокие уровни показателя отмечены в октябре и ноябре (143,1% и 134,3%), а один из его пиков – в июне (138,1%). Выраженную специфичность несет характеристика сезонности СПО с целью медицинских и профилактических осмотров: пик показателя приходился на октябрь и составлял 325,3%, другие осенние месяцы также имели величины, значительно отличающиеся от среднедневных годовых уровней (сентябрь – 150,1%, ноябрь – 161,6%). В конце учебного года (апреле и мае) показатели сезонности оказались равными 151,7% и 125,7% соответственно. Подобное форсирование осмотров в определенные месяцы, совпадающее с увеличением нагрузки на первичное звено вследствие сезонного повышения заболеваемости, безусловно, ведет к снижению качества медицинских осмотров, а также амбулаторно-поликлинического обслуживания в целом.

Нами выявлены недельные колебания СПО с пиковыми уровнями в понедельник. В последующие дни недели уровень СПО по сравнению с уровнем понедельника постепенно снижался: во вторник – на 9,4%, в среду – на 15,3%, в пятницу – на 26,7%. В субботу и воскресенье данный показатель оказался равным 16,1% и 5,1% соответственно. Данная ситуация была характерна для всех возрастных групп и всего периода наблюдения. Очевидно, что одной из причин превалирования СПО в начале недели явилась малодоступность внебольничной помощи в ее конце – в субботу и воскресенье. Это, в свою очередь, увеличивает нагрузки на внебольничное звено в первые дни недели, способствует позднему обращению девушек, начало заболевания которых приходится на пятницу–воскресенье. Сказанное является существенным резервом для дальнейшего совершенствования управления формированием объемов и структуры поликлинических посещений девушек-подростков с учетом фактических значений сезонных и недельных колебаний.

Глава девятая посвящена проблемам организации амбулаторно-поликлинической помощи девушкам-подросткам, исследованным с точки зре-

ния врачей и пациентов, и направлениям совершенствования управления охраной здоровья девушек-подростков.

В целом большинство опрошенных педиатров оценили современный уровень амбулаторно-поликлинического обслуживания девушек как удовлетворительный ($66,0 \pm 3,8$ на 100 опрошенных). Наиболее благополучными явились оценки результативности лечения заболеваний, по поводу которых девушки обратились к участковым педиатрам. На этом разделе деятельности первичного звена преимущественно сконцентрированы усилия врачей. Те же неотделимые компоненты всего лечебно-профилактического процесса, где необходима, прежде всего, медицинская активность девушек и их семей, преемственность в наблюдении, межведомственное взаимодействие, а также социальная поддержка, с точки зрения педиатров, оставляют желать лучшего. Более всего это касается результативности профилактической деятельности среди девушек подросткового возраста.

Проблема обеспечения кадрами первичного звена очень остра: на нехватку участковых педиатров, как одну из основных проблем, требующих незамедлительного решения, указали $74,4 \pm 3,4$ из 100 респондентов, на недостаток школьных врачей – $52,4 \pm 3,8$, узких специалистов – $49,4 \pm 3,8$ соответственно (рис. 5).

Значительная часть врачей ($47,6 \pm 3,8$ из 100 опрошенных), испытывая затруднения с обследованием детей и подростков, в качестве ведущих проблем назвала недостаточные объемы современных методов исследования. Выделили педиатры и вопросы преемственности в деятельности с учреждениями социальной защиты ($26,2 \pm 3,4$), с образовательными учреждениями ($15,5 \pm 2,8$), а также сокращение объемов профилактической работы в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Изучение проблем медицинского обслуживания с точки зрения семей показало, что абсолютное большинство родителей ($77,4 \pm 1,3$ из 100) при заболевании дочери обращаются в участковую детскую поликлинику, $7,4 \pm 0,8$ – в поликлинику и одновременно консультируются с врачами других учреждений,

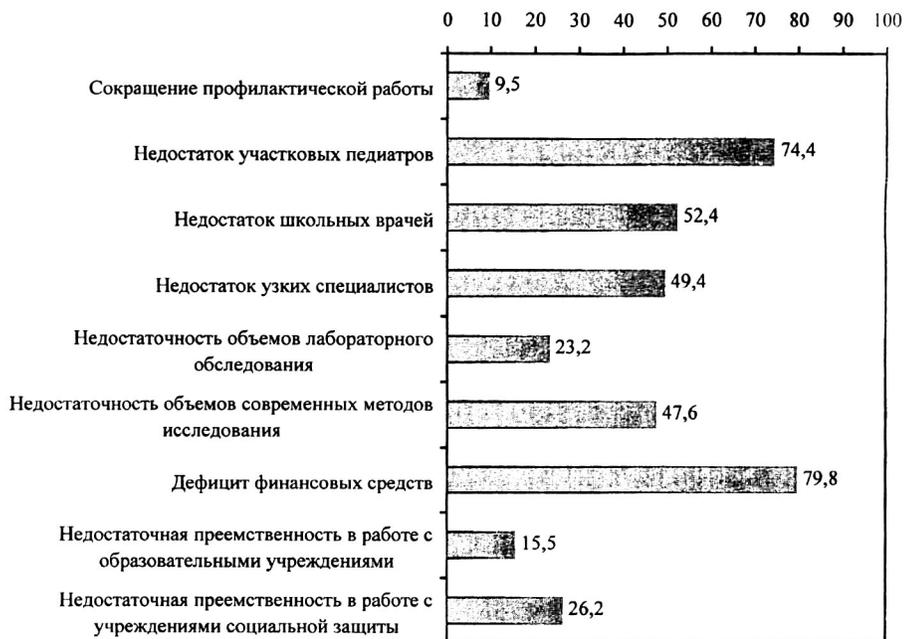


Рис. 5. Мнение педиатров о проблемах в деятельности амбулаторно-поликлинических педиатрических учреждений (на 100 опрошенных)

4,5±0,6 прибегают к консультации только знакомых врачей, 2,4±0,4 предпочитают платную консультацию специалиста, а 4,2±0,6 семей надеются на собственные знания. В результате 15,2±1,1 из 100 девушек-подростков при заболеваниях не наблюдаются участковым врачом, вследствие потери информации не соблюдается преемственность, а также усложняется решение стратегических задач превентивного характера. Кроме того, среди семей, изначально скептически относящихся к возможностям участковой поликлинической сети и не обращающихся за медицинской помощью, существенно больше доля не выполняющих полностью назначений врачей, причем выбранных в качестве консультантов самими же родителями девушек.

Роль педиатров в профилактике и лечении заболеваний дочери существенной считали лишь треть обследованных семей (33,1±1,5 из 100), незначи-

тельной – $29,7 \pm 1,4$, а в каждой 5-й семье ($19,5 \pm 1,2$) считали, что деятельность участковых педиатров никак не отразилась на здоровье их дочерей. Таким образом, на каждом территориальном участке имелся контингент семей, с которыми в силу субъективных и объективных обстоятельств участковым врачам и медицинским сестрам не удалось наладить контактов и установить взаимопонимание, так необходимое в целях достижения совместной задачи – вырастить девушку здоровой.

При обращении с дочерью за медицинской помощью полностью оправдывались ожидания лишь у $20,3 \pm 1,2$ из 100 семей, частично – у $60,6 \pm 1,5$, не оправдывались ожидания у $8,2 \pm 0,8$. Среди основных причин неудовлетворенности оказываемой амбулаторно-поликлинической помощью родители назвали очереди в поликлиниках ($26,7 \pm 1,5$ на 100 опрошенных), невнимательность медицинского персонала ($22,6 \pm 1,4$) и отсутствие необходимых специалистов ($22,5 \pm 1,4$ на 100 опрошенных).

Сами девушки среди препятствий для своевременного получения консультативной помощи выделили отсутствие времени, вследствие загруженности учебой, стеснительность и отсутствие специалиста. Практически половина девушек ($48,2 \pm 1,3$ на 100 опрошенных) предпочла бы консультироваться в специальном подростковом центре, а наименее привлекательными для них остались детская поликлиника, которую выбрали лишь $4,9 \pm 0,6$ из 100 респонденток, и относительно малознакомые для девушек офис семейного врача ($4,2 \pm 0,5$) и взрослая поликлиника ($3,0 \pm 0,4$) (рис. 6).

Исследование показало, что совершенствование первичной медико-социальной помощи, оказываемой девушкам-подросткам, в современных условиях необходимо проводить в трех основных направлениях: использование и развитие организационно-управленческих ресурсов имеющегося потенциала медико-социальной сферы, создание и внедрение новых перспективных организационных технологий в охране здоровья подростков, а также применение комплексных подходов по оптимизации функционирования и взаимодействия работающих в системе структур с внедрением инновационных технологий.

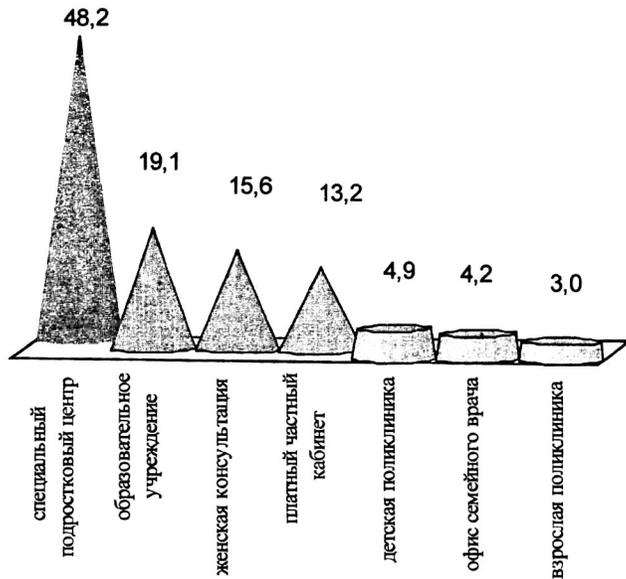


Рис. 6. Частота ответов девушек о наиболее предпочтительных для консультации учреждениях (на 100 опрошенных).

ВЫВОДЫ

1. Наиболее целостной и эффективной моделью медицинского обслуживания девушек-подростков на территории Казанской губернии в XIX – начале XX в. была ее организация в женских закрытых учреждениях. Опыт медицинского обслуживания девушек в Казанском Родионовском институте благородных девиц, а именно практика наблюдения девушек единым врачом на протяжении всего обучения, преемственность в деятельности медицинского и педагогического персонала, широкое использование профилактических и реабилитационных мероприятий, управление учебным процессом и режимом дня учащихся, может быть использован в современных условиях.

2. За период 1993–2004 гг. в Республике Татарстан произошел существенный рост первичной (от 637,4 до 970,1 на 1 000 девушек 15–17-летнего возраста) и общей заболеваемости (от 1 000,2‰ до 1 713,0‰) девушек с диспропорциональным изменением уровней отдельных классов заболеваний. В структуре первичной заболеваемости доминировали болезни органов дыхания (41,9%), болезни мочеполовой системы (9,4%), травмы и отравления (8,6%); в структуре общей заболеваемости – болезни органов дыхания (27,5%), болезни органов пищеварения (11,6%), болезни мочеполовой системы (11,1%). До 170,2‰, 69,2‰ и 93,5‰ соответственно выросла распространенность болезней глаза и его придатков, эндокринной и костно-мышечной систем.

Уровни инвалидности среди 10–14-летних девушек в 2004 г. составили 173,0 на 10 тыс. соответствующего населения, среди 15–17-летних – 183,4. Основными классами болезней, формирующими инвалидность, явились психические расстройства, болезни нервной системы и врожденные аномалии развития, а наиболее высокие темпы прироста имели классы болезней глаза и его придатков, болезней эндокринной и мочеполовой систем.

Смертность 10–14-летних девушек колебалась в пределах 19,6–36,4 (на 100 тыс. населения соответствующего возраста) с пиковым уровнем в 1995 г., 15–19-летних девушек – в пределах 51,9–72,1 с максимальным значением в 1998 г. Превалирующее место в структуре смертности заняли травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин, новообразования, болезни нервной системы. С возрастом значимость внешних причин смертности увеличивалась, а доля их достигала 70,4%.

3. Уровень заболеваемости девушек 10–17 лет, по материалам целевого медицинского осмотра, составил $976,3 \pm 1,6\%$. В формировании ее структуры лидируют болезни органов пищеварения (22,3%), глаза и его придаточного аппарата (17,6%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,7%). Наиболее распространенными заболеваниями являются нарушения рефракции и аккомодации ($159,6 \pm 3,8\%$), сколиоз и другие деформирующие дорсопатии ($108,9 \pm 3,2\%$), расстройства вегетативной нервной системы ($87,9 \pm 2,9\%$), гаст-

рит и дуоденит ($79,6 \pm 2,8\%$), болезни желчного пузыря ($78,4 \pm 2,8\%$), хронические болезни миндалин и аденоидов ($62,7 \pm 2,5\%$).

В амбулаторно-поликлиническом лечении нуждаются $51,1 \pm 0,5$ из 100 осмотренных девушек, в стационарном – $15,3 \pm 0,37$, в санаторно-курортном – $30,8 \pm 0,5$ соответственно.

4. Имеющиеся репродуктивные установки не позволят обеспечить даже простого воспроизводства населения, так как на создание двухдетной семьи ориентировано $66,7$ из 100, а многодетной – лишь $15,2$ из 100 современных девушек. В среднем идеальным числом детей девушки назвали $2,4 \pm 0,6$, а желаемым – $2,0 \pm 0,4$.

Поведение девушек не отвечает требованиям по сохранению и укреплению здоровья. Его особенностями являются стабильное проявление таких характеристик, как раннее приобщение к алкоголю и курению, значительное распространение употребления спиртных напитков ($67,4 \pm 1,2$ из 100 респонденток) и курения (соответственно $10,7 \pm 0,8$), наличие критического возрастного периода в приобщении к девиантным привычкам (12–14 лет), взаимосвязанность различных форм девиантного поведения.

Угрозу для репродуктивного потенциала несут ранний половой дебют ($8,3 \pm 0,7$ на 100 опрошенных), наличие нескольких половых партнеров и смена их; низкая контрацептивная культура; неосведомленность об инфекциях, передающихся половым путем, малая доля участия специалистов в информировании девушек об интимной жизни, несвоевременная обращаемость при гинекологических заболеваниях.

5. Здоровье в шкале системы ценностей для девушек-подростков имеет высокое значение, уступая лишь приоритету семьи. Вместе с тем для них характерны завышенная самооценка здоровья, игнорирование имеющихся симптомов заболеваний, низкие параметры медицинской активности (не принимали никаких действий по сбережению своего здоровья $13,1 \pm 0,9$ из 100 обследованных девушек, $54,0 \pm 1,3$ из 100 ни разу не обратились в течение года к врачам по поводу беспокоящих симптомов).

6. Семья является существенным резервом улучшения здоровья девушек-подростков. Ключевыми проблемными блоками, характеризующими современную семью, остаются несбалансированное питание (выявленное из 100 опрошенных семей у $50,0 \pm 1,5$), отсутствие дополнительной витаминизации ($27,3 \pm 1,4$), неблагоприятный психологический климат ($18,5 \pm 1,2$), пассивный досуг, низкая медицинская активность, невыполнение рекомендаций лечащих врачей, негативная модель поведения, проявляющаяся в употреблении алкоголя и курении родителей, недостаточное внимание, уделяемое дочерям.

7. Созданная в Республике Татарстан система персонифицированного сбора данных о поликлиническом обслуживании позволила выявить особенности оказания амбулаторной помощи девушкам-подросткам. На 1 000 девушек 10–17-летнего возраста приходится 3 053,3 случая поликлинического обслуживания в год, из которых 1 259,4 – с лечебно-диагностической целью, 834,2 – с целью медицинских и профилактических осмотров и 447,5 – с консультативной. У врачей общетерапевтического профиля начиналось лишь 59,0%, а заканчивалось 48,3% случаев поликлинического обслуживания девушек. Определены существенные резервы для дальнейшего совершенствования управления формированием объемов и структуры поликлинических посещений с учетом фактических значений их сезонных и недельных колебаний: максимальные уровни случаев поликлинического обслуживания приходились на понедельник, пики сезонности – на октябрь (164,7%), апрель (128%) и ноябрь (124,7%), минимальные показатели – на август (54,9%), июль (65,7%), декабрь (71,9%), март (85,7%).

8. У 66,9 из 100 семей не налажено взаимопонимание с врачами первичного звена по вопросам профилактики и лечения заболеваний. Полностью оправдываются ожидания при обращении с дочерью в поликлинику лишь у 20,3 родителей. Ведущими причинами неудовлетворенности амбулаторно-поликлинической помощью являются очереди в поликлиниках (26,7), невнимательность медицинского персонала (22,6), отсутствие необходимых специалистов (22,5). Своевременное обращение девушек за консультацией к специали-

стам затрудняет ограниченность во времени вследствие загруженности учебной, а также недостаточность адекватных их потребностям форм и методов оказания медико-социальной помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Охрана здоровья девушек-подростков должна быть возведена в ранг приоритетной государственной политики с созданием полноценных условий для адекватной социализации этого контингента и гибких механизмов межведомственного взаимодействия в обеспечении его медико-социальных потребностей. Для совершенствования системы охраны здоровья девушек-подростков целесообразно внедрение следующего комплекса мер.

1. Государственный уровень.

1.1. Совершенствовать законодательную базу охраны здоровья девушек-подростков путем разработки и принятия Закона «Об охране здоровья детей России».

1.2. Разработать конкретные законодательные акты и гарантии, обеспечивающие государственную защиту семей, воспитывающих детей подросткового возраста.

1.3. Разработать комплексные государственные программы для оптимизации формирования положительных репродуктивных установок у подростков и реализации их у молодых семей.

1.4. Обеспечить полномасштабное участие средств массовой информации в пропаганде здорового образа жизни.

2. Уровень Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и территориальный.

2.1. Существенно расширить программы медицинских вузов, участвующих в подготовке педиатрических, акушерско-гинекологических кадров, а также руководителей здравоохранения и семейных врачей по актуальным разделам подростковой медицинской службы с учетом выявленных нами современных

неблагоприятных тенденций в распространенности и структуре патологии и образе жизни девушек-подростков.

2.2. Совершенствовать официальную статистическую отчетность в направлении увеличения возможностей структурированного анализа возрастнополовых особенностей состояния здоровья детей и подростков.

2.3. Разработать меры по оптимальному использованию и активизации кадрового потенциала амбулаторно-поликлинической педиатрической службы с учетом реальных потребностей конкретных регионов, его своевременной последипломной подготовке и адекватному информационному обеспечению.

2.4. Учитывая современное состояние и специфику формирования здоровья и образа жизни девушек-подростков, усилить научное присутствие в разработке и внедрении эффективных медико-профилактических и лечебно-реабилитационных технологий с выявлением реального, но еще незадействованного потенциала образовательных учреждений и семьи.

2.5. В целях оперативного управления перспективными технологиями внебольничной медико-социальной помощи девушкам-подросткам проводить планомерные социологические исследования отдельных участвующих в этом процессе контингентов.

2.6. Использовать персонифицированный мониторинг заболеваемости и инвалидности девушек-подростков для управления педиатрической службой и оценки результативности деятельности.

2.7. Внедрить на территориях мониторинг образа жизни подростков и семей. Оценивать эффективность профилактических программ с использованием его результатов.

2.8. Рассмотреть возможности создания на территориях специализированных консультативных подростковых центров, центров здоровья семьи, телефонов доверия.

2.9. Обеспечить доступность для каждой девушки-подростка спортивно-оздоровительных центров, санаторно-курортного лечения с индивидуальной коррекцией форм и методов оздоровления.

2.10. Разработать алгоритмы привлечения в систему охраны здоровья девушек-подростков средств общественных организаций и спонсоров.

3. Уровень лечебно-профилактических учреждений системы охраны здоровья населения.

Для повышения эффективности медико-социальной помощи, оказываемой девушкам-подросткам:

3.1. Претворить в практическую деятельность эффективную преемственность в деятельности амбулаторно-поликлинического и больничного учреждения, образовательного учреждения и семьи в профилактике, лечении и реабилитации девушек-подростков.

3.2. Проводить анализ результативности деятельности врачей, обслуживающих образовательные учреждения. Обеспечить участие их в оптимизации учебного процесса. Максимально задействовать возможности образовательных учреждений во внедрении и проведении апробированных оздоровительных технологий.

3.3. При разработке графиков медицинских осмотров подростков принимать во внимание сезонные закономерности формирования объемов и структуры поликлинических посещений.

3.4. Организовать полноценную психологическую помощь и охрану репродуктивного здоровья девушки-подростка, рассмотреть возможность создания отделения медицинских осмотров, реабилитационного отделения, кабинета здоровья семьи, кабинета здоровья девушки-подростка.

3.5. Педиатрам, врачам общей практики (семейной медицины) и работникам социальной защиты принимать эффективное участие в формировании самосохранительного поведения девушек-подростков путем гигиенического воспитания и пропаганды здорового образа жизни.

3.6. Коллективам учреждений первичного звена проводить активную коллективную и индивидуализированную работу по обеспечению выполнения родителями и девушками-подростками рекомендаций в области сохранения и укрепления здоровья семьи и каждого конкретного ее члена с широким привлече-

нием возможностей современных информационных технологий и средств массовой информации.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. *Альбицкий, В.Ю.* Опыт подхода к изучению проблемы алкоголизации и табакокурения среди девушек-подростков / В.Ю. Альбицкий, Т.И. Садыкова // Через образование молодежи – к здоровью нации: материалы межрегион. межведом. науч.-практ. конф.–Уфа, 2000.– С. 7–9.
2. *Садыкова, Т.И.* Основные направления совершенствования лечебно-профилактической помощи подросткам в Республике Татарстан / Т.И. Садыкова // Здоровье населения и проблемы управления региональным здравоохранением: материалы юбил. конф., посвящ. 75-летию каф. обществ. здоровья, экономики и упр. здравоохранением КГМА. – Казань: Медицина, 2001.– С. 279–281.
3. *Садыкова, Т.И.* Медико-социальная характеристика семей, воспитывающих девушек подросткового возраста / Т.И. Садыкова // Здоровье населения и проблемы управления региональным здравоохранением: материалы юбил. конф., посвящ. 75-летию каф. обществ. здоровья, экономики и упр. здравоохранением КГМА. – Казань: Медицина, 2001.– С. 82–84.
4. *Юсупова, А.Н.* Особенности репродуктивного поведения подростков / А.Н. Юсупова, Т.И. Садыкова // Детское здравоохранение России: стратегия развития: материалы IX съезда педиатров России. –М., 2001.– С. 670.
5. *Низамов, И.Г.* К оценке качества и результативности дополнительного профессионального образования врачей / И.Г. Низамов, В.П. Прокопьев, Т.И. Садыкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2002.– № 4.– С. 55–59.
6. *Садыкова, Т.И.* О закономерностях формирования здоровья девушек-подростков в семье / Т.И. Садыкова // Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров: материалы юбил. конф., по-

- свящ. 80-летию каф. обществ. здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М. Сеченова.– М., 2002.– С. 92–97.
7. *Альбицкий, В.Ю.* Репродуктивное здоровье и поведение подростков / В.Ю. Альбицкий, Ю.А. Галлямова, А.Н. Юсупова [и др.] // Социальные и организационные проблемы педиатрии: Избранные очерки / Под ред. А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. – М.: Издательский дом «Династия», 2003.– С. 174–191.
 8. *Садыкова, Т.И.* Физическое развитие девушек-подростков и применение современных математических методов исследования при его изучении / Т.И. Садыкова // Вопросы современной педиатрии.–2003.–Т. 2, Прилож. № 1. Современные проблемы профилактической педиатрии: материалы VIII Конгр. педиатров России.– С. 311.
 9. *Садыкова, Т.И.* Отцовский фактор в становлении здоровья девушек-подростков / Т.И. Садыкова // Здоровье семьи – XXI век: материалы VII Междунар. науч. конф. (Пермь-Россия – Валетта-Мальта).– Пермь: Изд-во ПГУ, 2003.– С. 168–169.
 10. *Садыкова, Т.И.* Здоровье подростков Республики Татарстан: современные проблемы / Т.И. Садыкова // Бюллетень НИИ им. Н.А. Семашко: материалы науч.-практ. конф. «Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения».– М., 2003.– № 10.– С. 20–22.
 11. *Садыкова, Т.И.* Истоки системы медицинского обслуживания организованного контингента девушек-подростков в Казанской губернии (на примере Родионовского института благородных девиц, 1841–1918 гг.) / Т.И. Садыкова // Казанский медицинский журнал.– 2003.– № 5.–С. 395–400.
 12. *Садыкова, Т.И.* Медицинское обслуживание девушек-учащихся открытых учебных заведений г. Казани в XIX и начале XX веков / Т.И. Садыкова // Современные проблемы развития регионального здравоохранения: материалы юбил. конф., посвящ. 50-летию РКБ МЗ РТ.–Казань, 2003.– С. 88–89.

13. *Садыкова, Т.И.* Медицинское обслуживание девушек-подростков в Казанской губернии XIX–XX вв. / Т.И. Садыкова // Развитие государственной медицины в России: материалы симпоз. Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН.– М., 2003.– С. 80–81.
14. *Садыкова, Т.И.* Подходы к организации медико-социальных исследований подростков / Т.И. Садыкова // Актуальные вопросы развития восстановительной медицины и профилактики важнейших неэпидемических заболеваний: материалы Всерос. науч.-практ. конф.– Казань, 2004.– С. 100–101.
15. *Садыкова, Т.И.* Особенности тенденций смертности подростков / Т.И. Садыкова // Вопросы современной педиатрии.–2004.–Т. 3, Прилож. № 1. Актуальные проблемы педиатрии: материалы IX Конгр. педиатров России.–С. 364–365.
16. *Садыкова, Т.И.* Об уровнях и структуре заболеваемости девушек-подростков в Республике Татарстан / Т.И. Садыкова // Общественное здоровье и здравоохранение.– 2004.– № 1.–С. 17–22.
17. *Мингазова Э.Н.* Проблемы репродуктивного здоровья у подростков / Э.Н. Мингазова, Т.И. Садыкова, Л.М. Мухарлямова // Аборты в России / под ред. В.Ю. Альбицкого.– М.: Издательский дом «Гэотар-мед», 2004.– С. 116–128.
18. *Садыкова, Т.И.* Медико-социальные и организационные проблемы амбулаторно-поликлинического обслуживания девушек-подростков (по материалам анкетирования) / Т.И. Садыкова // Общественное здоровье и здравоохранение.– 2004.– № 2.– С. 32–35.
19. *Садыкова, Т.И.* О проблемах амбулаторно-поликлинической педиатрической службы / Т.И. Садыкова // Актуальные вопросы послевузовской подготовки специалистов в области охраны здоровья матери и ребенка: материалы заседания Координационного совета по послевузовскому и дополнительному образованию специалистов здравоохранения ПФО (21–22 октября 2004 г.).– Казань, 2004.–С. 43–45.

20. *Садыкова, Т.И.* Семья девушки-подростка как объект внимания первичных звеньев здравоохранения / Т.И. Садыкова // Состояние и перспективы развития внебольничного медицинского обеспечения населения: материалы Респ. науч.-практ. конф. 2 июля 2004 г. (г. Елабуга).– Казань: Медицина, 2004.– С. 84–85.
21. *Садыкова, Т.И.* О некоторых результатах исследования вопросов алкоголизации девушек-подростков / Т.И. Садыкова, О.И. Неделько // Организация и опыт работы гигиенического воспитания населения РТ за 80 лет: материалы Респ. науч.-практ. конф.– Казань, 2004.– С. 140–142.
22. *Садыкова, Т.И.* Здоровье девушек-подростков Республики Татарстан в зеркале Всероссийской диспансеризации детского населения / Т.И. Садыкова, Р.М. Сабитов, И.Н. Репникова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение.–№ 3–4.–2004.– С. 16–18.
23. *Садыкова, Т.И.* О применении комплексных подходов при исследовании организационных проблем оказания первичной амбулаторно-поликлинической помощи девушкам-подросткам / Т.И. Садыкова // Вопросы современной педиатрии: материалы X съезда педиатров России «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям».– 2005.– Т. 4, Прилож. № 1.–С. 12–13.
24. *Альбицкий, В.Ю.* Характерные особенности алкоголизации современных девушек-подростков / В.Ю. Альбицкий, Т.И. Садыкова // Вопросы современной педиатрии: материалы X съезда педиатров России «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям».– 2005.– Т. 4, Прилож. № 1.– С. 465.
25. *Низамов, И.Г.* Об исследованиях здоровья экономически активного населения / И.Г. Низамов, К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов [и др.] // Казанский медицинский журнал.–2005.–№ 2.–С. 153–154.
26. *Садыкова, Т.И.* Анализ персонифицированной информации в изучении внебольничной помощи, оказываемой девушкам-подросткам / Т.И. Садыкова // Бюллетень НИИ им. Н.А.Семашко: материалы науч.-практ. конф.

- «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья».–2005.– Вып. 5.– С. 112–114.
27. *Садыкова, Т.И.* Современные проблемы медико-социального обслуживания девушек-подростков / Т.И. Садыкова // Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению: науч. тр. Рос. науч.-практ. конф.–Ч. 1.– М.: ЦНИИОЗ, 2005.–С. 230–234.
28. Статистика здоровья и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан в 2000–2004 годы) / К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский [и др.] / под ред. И.Г. Низамова.– Казань, 2005.–256 с.
29. *Садыкова, Т.И.* О медицинской активности девушек-подростков / Т.И. Садыкова // Клиническая фармакология и терапия: тезисы 1-й конф. «Качественное использование лекарств и фармаконадзор», Казань, 12–14 октября 2005 г.).– 2005.– № 4.– С. 132–133.
30. *Садыкова, Т.И.* Перспективы совершенствования организационно-управленческого анализа оказания медицинской помощи девушкам-подросткам / Т.И. Садыкова // Казанский медицинский журнал: материалы 11-й регион. науч.-практ. конф. ПФО «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе», г. Казань, 22–23 ноября 2005 г.– 2005.–Т. 86.–С. 181–182.
31. *Альбицкий, В.Ю.* Социальный фактор в формировании здоровья российского подростка / В.Ю. Альбицкий, Т.И. Садыкова // Общественное здоровье и здравоохранение.– 2005.–№ 3–4.–С. 10–13.
32. *Низамов, И.Г.* К проблеме аборт в Республике Татарстан / И.Г. Низамов, Т.И. Садыкова // Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения: материалы 1-й междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 70-летию Новосиб. гос. мед. акад. и 70-летию каф. обществ. здоровья и здравоохранения (10–11 ноября 2005 г.).– Новосибирск, 2005.–С. 275–277.
33. *Садыкова, Т.И.* О результатах исследования образа жизни и репродуктивных установок девушек-подростков Республики Татарстан / Т.И. Са-

- дыкова, В.Г. Шерпутовский, О.И. Неделько, Л.Н. Галиева // Информационное письмо МЗ РТ № 09/44 от 13.01.2006.–3 с.
34. Статистика здоровья и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан в 2001–2005 годы) / К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский [и др.] / под ред. И.Г. Низамова.– Казань, 2006.–276 с.
35. *Садыкова, Т.И.* Сезонные закономерности амбулаторно-поликлинического обслуживания девушек-подростков / Т.И. Садыкова // Общественное здоровье и здравоохранение.–№ 1.–2006.– С. 10–14.
36. *Nizamov, I.G.* On Complex Assessment of People's Health with Use of Multi-Measured Mathematical Models/ I.G. Nizamov, K.Sh. Ziyatdinov, T.I. Sadykova // Environment and Human Health: The complete Works of International Ecologic Forum.–SPb.: SpecLit, 2003.–P. 180–181.

102

Подписано в печать 06.10.06. Формат 60x84¹/₁₆. Бумага писчая.
Усл. печ. л. 2,55. Уч.-изд. л. 2,34. Тираж 100 экз. Заказ G-105

Отдел оперативной полиграфии РМБИЦ МЗ РТ.
420059 Казань, ул. Хали Такташа, 125