

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОРЕНБУРГСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Представлены результаты анализа заболеваемости обучающихся в Оренбургском государственном университете, современных тенденций в развитии законодательства в сфере содействия укреплению здоровья. Дано определение, основные направления и системообразующие принципы концепции содействия укреплению здоровья в многопрофильном вузе. Предложена структура системы здравоохранения современного многопрофильного вуза.

Лечебно-профилактическая работа в Оренбургском государственной университете (ОГУ) осуществляется филиалом студенческой поликлиники МУЗ МГКБ №3, санаторием-профилакторием, Центром содействия укреплению здоровья обучающихся и сотрудников ОГУ, медицинским организационно-методическим отделом. Филиал студенческой поликлиники открыт в 2001 году, медицинская помощь студентам оказывается терапевтами. На базе санатория-профилактория студенты и сотрудники имеют возможность получить полный набор методик восстановительной медицины, включающий методы физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, массажа, иглорефлексотерапии, медикаментозного лечения. Доступны консультации стоматолога, гинеколога, дерматолога, окулиста и других специалистов. Центр содействия укреплению здоровья обучающихся и сотрудников ОГУ создан с целью внедрения многоуровневой системы донологической диагностики и профилактики заболеваний. До последнего времени основные функции Центра включали оценку количества и качества здоровья, образа жизни, функционального состояния органов и систем, а также коррекцию функциональных расстройств, в т.ч. психотерапевтическую коррекцию. В соответствии с ранее принятыми регламентирующими документами центром проводилась диагностика факторов риска заболеваний среди студентов с помощью аппаратно-программных комплексов «ЭСКИЗ-1», «ЭСКИЗ-2», «АМСАТ», «ААА». Организационное и методическое руководство структурными подразделениями лечебно-профилактического профиля ОГУ, контроль за обеспечением санитарно-эпидемиологического режима в университете, мониторинг и анализ состояния здоровья студентов и сотрудников, а также организация массовых профилактических мероприятий (профосмотры, флюорографи-

ческие обследования, прививочные кампании и т.п.) были возложены на медицинский организационно-методический отдел.

Анализ заболеваемости студентов и сотрудников ОГУ

По данным обследования, проведенного в 2004 году ЦСУЗ, удовлетворительное качество здоровья имеют лишь 50,5% студентов. Факторы риска артериальной гипертензии имеют 6,7% студентов, стенокардии – 7,5%, недостаточности мозгового кровообращения – 17%, хронический бронхит – 2%. Выявлены факторы, неблагоприятно влияющие на образ жизни: курение у 31% студентов, избыточный вес у 2,5%, недостаточный вес у 49%. При исследовании психологического состояния выявлено студентов с удовлетворительной адаптацией 63,7%, в состоянии напряжения адаптационных механизмов – 36,3%.

Заболеваемость студентов университета характеризуется противоречивыми тенденциями. С одной стороны, благодаря проводимой работе по реализации университетской программы «Образование и здоровье», отмечается тенденция к снижению как общей заболеваемости, которая составила 465,8 на 1000, так и первичной заболеваемости студентов. В 2004 г. показатель первичной заболеваемости составил 271,7 на 1000 студентов, что на 2,5% ниже уровня 2003 г. Снижение выявлено по 9 классам заболеваний, в том числе инфекционным заболеваниям (на 16,9), эндокринным заболеваниям – в 2 раза, психическим расстройствам (на 13,3%), болезням уха (на 37,8%), болезнями кожи (на 11,9%), болезням мочеполовой системы (19,1%), не регистрировались в 2004 г. врожденные аномалии, осложнения беременности и родов, болезни крови. На прежнем уровне болезни нервной системы. Незначительный рост выявлен по болезням органов дыхания (2,8%), болезням системы кровообращения (рост на 2 случая, статистически незначим). Вместе с тем нарастает рост болезней глаз (31,1%) и особенно

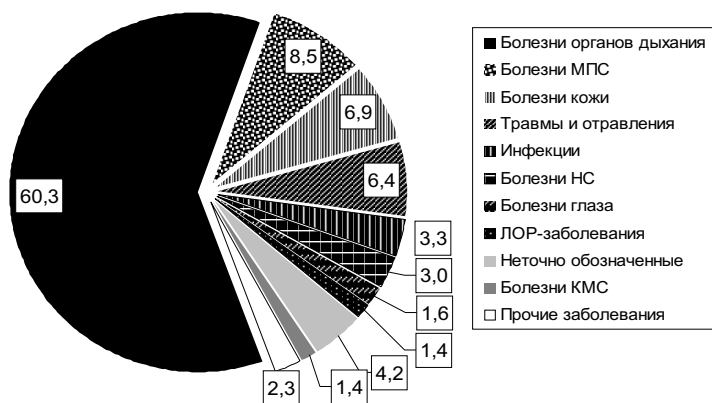


Рисунок 1. Структура первичной заболеваемости студентов ОГУ
 Обозначения: МПС - мочеполовая система; НС - нервная система; КМС - костно-мышечная система.

травм и отравлений (37,1%), темп прироста которых самый высокий и составляет по сравнению с 2001 г. более чем в 2 раза.

В 2003-2004 гг. структура первичной заболеваемости в целом стабилизировалась (рисунок 1). Первое место занимали болезни органов дыхания (58,6-60,4%), 2 место – болезни мочеполовой системы (10,4-8,5%), 3 место – болезни кожи (7,8-6,9%).

Отмечается положительная динамика в охвате флюорографическим обследованием студентов. В 2004 году этот показатель составил 97%, при этом заболеваемость студентов снизилась с 12 до 5 случаев, причем выявлен только 1 запущенный случай (20% против 67% в 2002 году), что свидетельствует об эффективности проводимой работы. Однако в связи с низким охватом флюорографией преподавателей и сотрудников (рисунок 2), при контагиозности 3-5% и наличии потенциальных источников инфекции даже при благоприятном прогнозе риск дополнительных случаев заражения туберкулезом составляет на сегодняшний день до 30 случаев в год.

Безусловным положительным моментом является снижение доли первичной заболеваемости среди студентов ОГУ в общей заболеваемости студентов Оренбурга с 28% в 2001 г. до 19,3% в 2004 г., что согласуется с более низкими показателями первичной заболеваемости (в среднем на 30% ниже, чем среди студентов в целом). В то же время, выявленные более низкие показатели первичной заболеваемости по

сравнению с другими вузами, а так же благоприятные результаты ранжирования по среднемноголетним данным не дают оснований для самоуспокоения.

Анализ результатов медицинских осмотров студентов 1 курса выявил негативные тенденции в состоянии и качестве здоровья вновь поступивших в университет. С 2002 г. по 2004 г. зарегистрирован рост числа выявленных заболеваний с 31,5 до 47,7%. Особо обращает на себя внимание опережающий рост заболеваемости бронхиальной астмой почти в 3 раза, поллинозами - в 5 раз, йододефицитными заболеваниями - в 3 раза, эпилепсией - в 5 раз, железодефицитной анемией - в 4 раза (рисунок 3). Только в 2004 году взято на диспансерный учет 129 студентов первого курса с органической патологией (62 - в 2003 г., рост более чем в 2 раза). Изложенное формирует негативный прогноз на перспективу и диктует необходимость внесения корректив в саму организацию медицинских осмотров.

Медицинские осмотры абитуриентов, а также студентов перед производственной практикой, имеющих контакт с профвредностями, в соответствии с п.5.2 Приказа МЗ РФ от 10.12.1996 г №405 и СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 не организован, что не исключает допуска к соответствующим видам деятельности лиц, имеющих противопоказания по состоянию здоровья. Последнее в свою очередь влечет за собой неоправданные и существенные риски, ко-

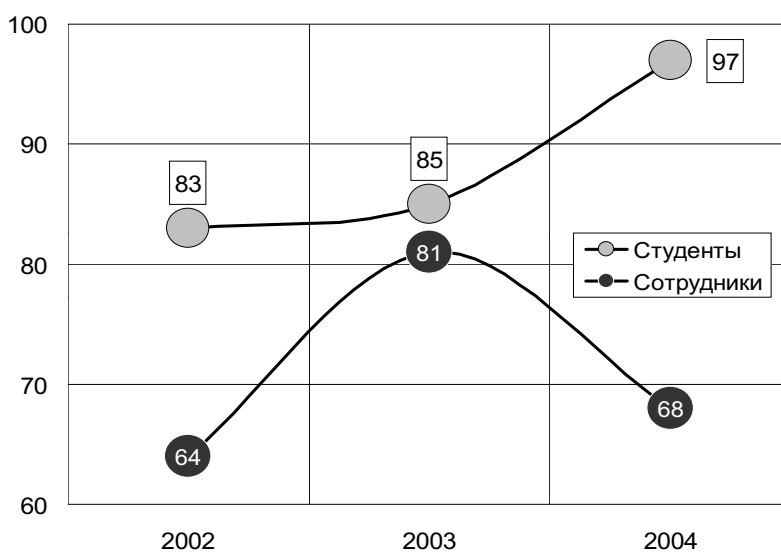


Рисунок 2. Динамика охвата (%) флюорографическим обследованием обучающихся и сотрудников ОГУ.

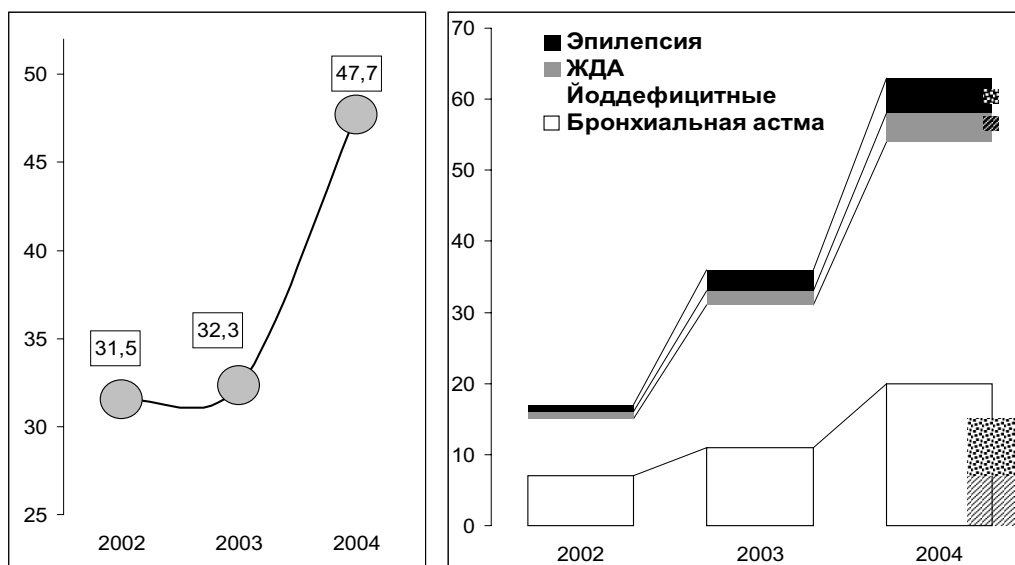


Рисунок 3. Динамика выявления заболеваний студентов 1-го курса в % (слева), в том числе по приоритетной региональной патологии в случаях (справа).
Обозначения: ЖДА - железодефицитная анемия.

торые в современных условиях с высокой вероятностью могут обернуться как прямыми убытками, так и правовыми осложнениями.

Проведенный анализ заболеваемости сотрудников по листам нетрудоспособности выявил устойчивую тенденцию к росту заболеваемости (таблица 1), несмотря на некоторое снижение суммарного показателя заболеваемости на 5,4% в 2004 г. по сравнению с 2003 г.

Вместе с тем обращают на себя внимание более высокие показатели заболеваемости у сотрудников по сравнению с профессорско-преподавательским составом, что полностью подтверждается расчетом и динамикой относительного эпидемиологического риска (рисунок 4) и требует дополнительного изучения с разработкой неотложных мер по профилактике. Особую озабоченность вызывает тот факт, что данные о состоянии здоровья сотрудников и преподавателей университета являются самыми неполными и недостаточными для достоверных выводов, хотя, по литературным данным, именно для это-

го контингента наиболее показана компьютерная, в том числе функциональная диагностика и коррекция риска в связи с характерной для этих возрастных и профессиональных групп патологией и преждевременной смертностью.

Внешние факторы реформирования системы здравоохранения вуза

Негативные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков носят долговременный характер и ведут к ухудшению здоровья молодежи, увеличению доли лиц, имеющих по состоянию здоровья ограничения к получению профессионального образования, трудоустройству и военной службе. Сегодняшняя ситуация диктует необходимость использования комплекса мер первичной (выявление и устранение причин заболеваний) и вторичной (обеспечение качественного лечения и предупреждение осложнений заболеваний) профилактики среди студенческой молодежи.

С этой точки зрения решение о разработке в вузах России комплексных программ «Образование и здоровье», предусмотренное приказом №176 от 19.01.2001 г. Министерства образования РФ было актуальным и своевременным. Положительную роль сыграл и конкурс, проведенный Министерством образования РФ на организацию федеральной экспериментальной площадки по реализации проекта «Создание сети центров содействия укреплению здоровья студентов, преподавателей и сотрудников выс-

Таблица 1. Динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности ППС и сотрудников ОГУ в 2002-2004 гг. в расчете на 1000 человек

Контингент	2002	2003	2004
Профессорско-преподавательский состав	120,4	162,5	129,2
Сотрудники	309,5	516,2	482,5
Всего	227,9	349,0	330,0

ших учебных заведений России», по результатам которого центром здоровья Оренбургского государственного университета (ОГУ) было получено диагностическое и коррекционное оборудование на сумму более 1 млн. рублей. В соответствии с действовавшим Положением деятельности центров и самих программ была направлена в основном на вторичную (медицинскую) профилактику заболеваний, пропаганду спорта и здорового образа жизни и т.д.

Логика формирования организационно распорядительных документов в то время находилась вполне в правовом поле, так как функции первичной профилактики реализовывало государство через систему госсанэпидслужбы. Однако с тех пор нормативно-правовая и законодательная база изменилась коренным образом. Политика государства отчетливо проявилась в фактическом отказе от целого ряда социальных гарантий, включая гарантии на санитарно-эпидемиологическое благополучие и гигиеническую безопасность. Де-факто большинство услуг в этой сфере первичной профилактики стали платными. Системообразующими нормативно-правовыми документами по реализации этой политики стали СП и СанПиНы, имеющие силу Федеральных Законов, а также ряд других подзаконных документов.

Одним из таких основополагающих документов стали санитарные правила «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профи-

лактических мероприятий)» (СП 1.1.1058-01), зарегистрированные в Минюсте России 30 октября 2001 г. за №3000. Этим документом, помимо обязательности для всех юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, в содержание производственного контроля включены разработка и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение лабораторных исследований и испытаний за соблюдением санитарных правил и проведением профилактических мероприятий, а также многие другие задачи, ранее выполнявшиеся бесплатно в ходе текущего государственного санитарного надзора. При этом Приказом Минздрава России от 15 августа 2001 г. №326 «О порядке проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и токсикологических, гигиенических и иных видов оценок» были закреплены правовые основания для проведения экспертиз по предписаниям должностных лиц госсанэпидслужбы, которые обязательны для исполнения в установленные предписанием сроки. Кроме того, в ходе завершающейся административной реформы произошло сокращение численности должностных лиц наделенных надзорными (бесплатными) функциями в 4 раза, и осуществлен перевод 75% персонала в «Центры гигиены и эпидемиологии», работающие исключительно на платной основе.

Таким образом, в современных условиях основное бремя финансовых затрат по обеспечению санитарно-эпидемиологического благо-

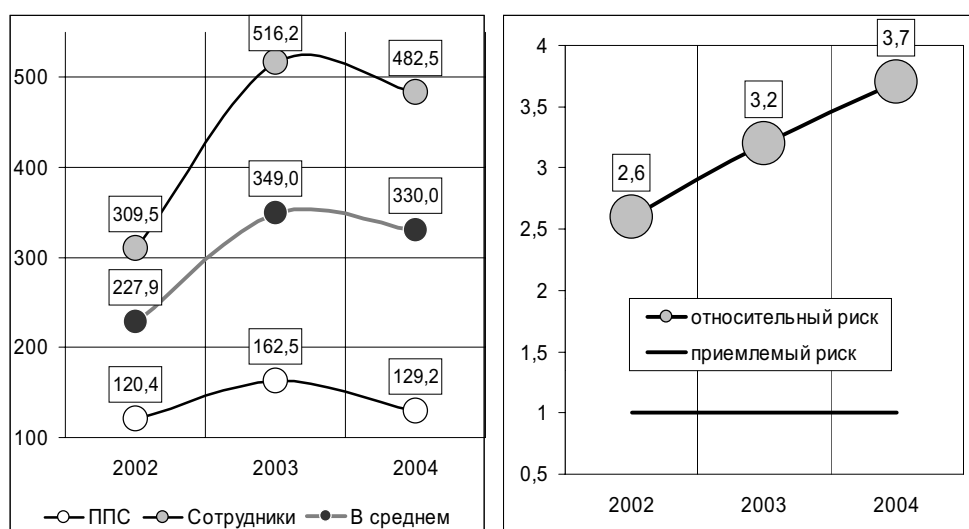


Рисунок 4. Динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди преподавателей и сотрудников университета на 1000 (слева) и относительный эпидемиологический риск (справа).

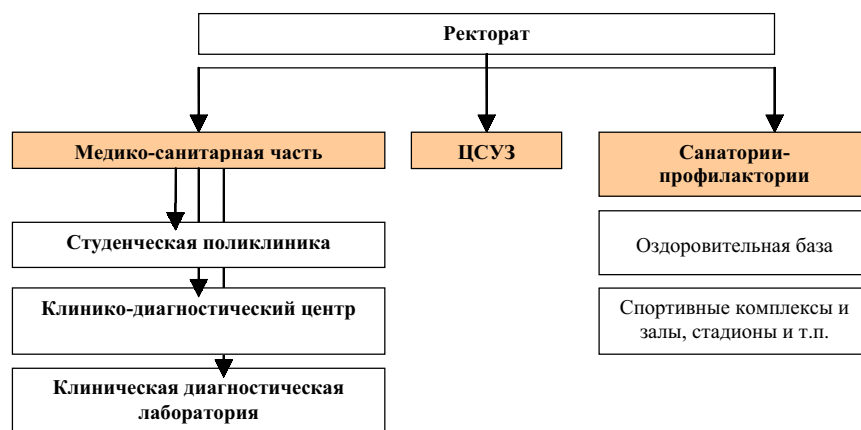


Рисунок 5. Организационная структура системы здравоохранения ОГУ

получия и гигиенической безопасности возложено на работодателей и само население. В этих условиях работа медико-профилактических подразделений университета без учета сложившихся реалий и при отсутствии полноценного мониторинга здоровья едва ли сможет привести к достижению заявленных целей.

Принципы работы в сфере содействия укреплению здоровья

Анализ внешних и внутренних факторов указывает на необходимость оптимизации методического и научного обеспечения системы мониторинга здоровья. Назрела необходимость реформирования не только функций и структуры ЦСУЗ и в целом системы здравоохранения ОГУ, но и формирование новой концепции сохранения и укрепления здоровья студентов, преподавателей и сотрудников, адаптированной к рыночным условиям, с учетом современной законодательной базы и политики государства в этой сфере. Формирование основных положений новой концепции актуально и в связи с окончанием сроков действия прежних программ «Образование и здоровье», «Здоровое питание», «Ранней диагностики и профилактики наркозависимостей».

В тезисном изложении суть предлагаемой концепции можно свести к следующей формуле:

Сохранение и укрепление здоровья всех участников образовательного процесса путем организации комплекса мер первичной и вторичной профилактики при активном участии всех субъектов образовательного процесса и соответствующем научном, методическом и организационном обеспечении через целенаправленную функциональную систему здравоохранения ОГУ.

Для реализации концепции нам представляется необходимым решение следующих взаимосвязанных задач:

1. Создание комплексной системы мониторинга здоровья обучающихся, преподавателей и сотрудников.
2. Обеспечение здоровых условий труда, быта, обучения и организация производственного контроля за соблюдением требований СанПиН и гигиенических нормативов.
3. Реформирование и развитие системы здравоохранения университета с адаптацией к условиям рыночной экономики.
4. Современное научное, методическое и организационное обеспечение программы «Образование и здоровье».
5. Формирование мотивации к здоровому образу жизни и обеспечение доступа к объективной и достоверной информации о состоянии здоровья и ходе выполнения проводимых мероприятий для всех участников образовательного процесса.

Успешное решение задач обеспечивается выполнением следующих принципов:

1. Приоритет первичной профилактики, направленной на выявление и устранение причин заболеваний;
2. Внутренняя и внешняя многоуровневая интеграция и партнерство.
3. Системный подход и верификация полученных результатов критериям эффективности.
4. Адаптация к действующим нормативно-правовым актам на региональном и федеральном уровне.
5. Открытость программы.

С позиций изложенного представляется оптимальной следующая организационная

структура системы здравоохранения ОГУ (рисунк 5) как целенаправленной системы. Основной системы должны стать подразделения ОГУ, осуществляющие лечебно-профилактическую работу (медико-санитарная часть, МСЧ), научно-методическое обеспечение и контрольные функции (Центр содействия укреплению здоровья), а также оздоровительную работу со студентами и преподавателями университета (санатории-профилактории, оздоровительная база, спортивные подразделения).

Формирование МСЧ ОГУ в настоящее время находится на этапе ввода в действие студенческой поликлиники и клинико-диагностической лаборатории. Эти два подразделения успешно пролицензированы и аккредитованы. Предполагается, что студенческая поликлиника ОГУ будет участвовать в программе обязательного медицинского страхования, что позволит радикально сократить издержки на ее содержание и в ближайшей перспективе перевести на хозрасчет.

Материально-техническая база поликлиники и лаборатории к осени 2005 года позволит осуществлять весь спектр амбулаторно-поликлинической помощи студентам. При этом комплекс лабораторного и диагностического оборудования отвечает самым современным требованиям, а приобретенные диагностические технологии являются технологиями двойного назначения, пригодными для решения на современном уровне как практических, так и научных задач. В целом завершено строительство клинико-диагностического центра, открытие которого планируется на начало 2006 года. За-

дачами центра будет реализация различных медицинских услуг преподавателям университета и населению.

Важная роль в эффективном функционировании системы нами отводится ЦСУЗ, основной целью которого должно стать научное, методическое обеспечение и практическая помощь в сфере первичной профилактики, консультативно-методическая – в сфере вторичной.

Таким образом, современная ситуация ставит на повестку дня вопрос о создании собственной системы здравоохранения в многопрофильном вузе, интегрирующей на своей базе научно-методические и лечебно-профилактические функции, связанные с двумя главными функциями. Во-первых, необходимо подразделение, основной задачей которого станет реализация мер по первичной профилактике, включая разработку и реализацию программ производственного контроля. Выполнение этой задачи оптимально возложить на Центр содействия укреплению здоровья (Центр Здоровья). Во-вторых, актуальным является организация подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность (вторичная медицинская профилактика). Таковым подразделением может быть медико-санитарная часть, в структуру которой должны войти студенческая поликлиника, клиническая диагностическая лаборатория, здравпункты. Важным аспектом работы медсанчасти должно стать ее участие в в программе обязательного медицинского страхования, что позволит радикально сократить издержки на содержание и перевести на хозрасчет.

Список использованной литературы:

1. Приказ Министерства образования РФ №176 от 19.01.2001 г.
2. Санитарные правила «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)» (СП 1.1.1058-01).
3. Приказ Минздрава России от 15 августа 2001г. № 326 «О порядке проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и токсикологических, гигиенических и иных видов оценок».
4. Приказ МЗ РФ от 10.12.1996 г №405 «О проведении предварительных и периодических медицинских осмотров работников».
5. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы»
6. Постановление Государственного комитета Российской Федерации по статистике (Госкомстат России) от 10.09.02 № 175 «Об утверждении форм федерального государственного статистического наблюдения за заболеваемостью населения, профилактическими прививками, деятельностью медицинских учреждений».
7. Приказ Минздравмедпрома РФ №5 от 13 января 1995 г. «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности».