

О КРИТЕРИЯХ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Бортновский В.Н., Зинович В.Н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

ГУ «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»

г. Гомель, Республика Беларусь

В системе государственных структур важное место занимает санитарно-эпидемиологическая служба, по определению призванная обеспечить государственный контроль и надзор за санитарно-эпидемиологическим благополучием населения, направляя все свои усилия на сохранение и укрепление здоровья граждан.

В настоящее время, когда происходит переориентация приоритетов в здравоохранении от болезни к здоровью, когда все решительнее акценты переносятся на укрепление здоровья и предупреждение болезней, а не на улучшение плохого здоровья или излечение болезни, роль и значение санитарно-профилактической деятельности здравоохранения страны неуклонно возрастает. Объясняется это тем, что профилактический метод достижения основной цели медицины – сохранение и укрепление здоровья населения – не только более эффективен в социальном плане по результативности, в сравнении с лечебным, но и более выгоден экономически в связи с удорожанием лечения, более рационален в прагматическом плане, чем «ликвидация последствий».

Существующие методы математического анализа позволяют количественно описать и оценить эффективность функционирования любой системы, которая имеет реально достижимый конечный результат. Хотя попытки оценки эффективности санэпидслужбы с этих позиций и поиск характеризующих ее интегральных показателей продолжается до настоящего времени, такая оценка не представляется однозначной и общепризнанной. Деятельность санэпидслужбы не имеет четко сформулированной конечной и реально достижимой цели, а потому и эффективность деятельности службы в целом, отдельных ее структурных элементов (центров гигиены и эпидемиологии) и отдельных специалистов не может быть оценена по конечному результату. Объясняется это тем, что в настоящее время нет единой трактовки понятия «здоровье» и потому разными научными школами предлагаются различные критерии и показатели его оценки применительно к разным группам населения, причем методики определения этих показателей не стандартизированы. Широко используемые статистические показатели санитарного состояния страны и уровня заболеваемости разных категорий населения, демографические показатели и т.п. во многом, если не полностью, зависят от социальных условий, масштабности и степени реализации профилактических программ, состояния медицинского обслужи-

вания, ряда случайных причин. Кроме того, эффективность реализации социально-экономических, медико-профилактических и других видов оздоровительных мероприятий и программ, оцениваемая по принципу обратной связи, наблюдается, как правило, с так называемым временным лагом, или запаздыванием (отсроченный эффект), а неизбежное появление новых факторов риска ухудшения здоровья, обусловленных научно-техническим прогрессом, понадобится устранять, или компенсировать новыми или дополнительными программами.

Оценка по таким критериям, как доля проб воды в источниках централизованного водоснабжения и коммунальных водопроводах, не отвечающих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям; проб воздуха, превышающих ПДК на промышленных предприятиях по содержанию паров и газов, пыли и аэрозолей; рабочих мест, не отвечающих гигиеническим регламентам по физическим факторам среды; проб продовольствия и продовольственного сырья, не отвечающих гигиеническим требованиям и т.д. и т.п., а также по традиционно используемым показателям – общей, паразитарной, инфекционной и неинфекционной заболеваемости населения страны и отдельных его групп в целом и по отдельным нозологическим формам, в сравнении с предшествующими периодами наблюдения, может и должна быть отнесена не только и даже не столько к санэпидслужбе, осуществляющей государственный надзор и контроль за санитарно-эпидемиологическим благополучием населения. Любые попытки возложить всю полноту ответственности за социально обусловленную обстановку в стране или в зоне ответственности СЭУ на санэпидслужбу, центры гигиены и эпидемиологии и специалистов-профилактиков, и даже перспективу служебного и профессионального роста последних в зависимости от санитарно-эпидемиологической ситуации, на наш взгляд, недостаточно корректны и непродуктивны.

С другой стороны, нельзя признать в полной мере корректными и такие используемые на практике показатели эффективности СЭУ, как частота обследований поднадзорных объектов, доля обследований с применением лабораторных и инструментальных правонарушений и т.п., так как количественная их характеристика может существенно варьировать без должного эффекта по конечному результату. Эти показатели скорее отражают напряженность (интенсивность) деятельности учреждений санэпидслужбы. Оценка эффективности деятельности санэпидслужбы по названным выше показателям является весьма относительной, а сами показатели – промежуточными, которые могут использоваться при изучении и оценке санитарно-эпидемиологической ситуации, принятии соответствующих решений и организации контроля за реализацией запланированных мероприятий, в процессе организационно-координационных мероприятий, в ходе инспектирования и проверки деятельности СЭУ и т.п.

Внедрение социально-гигиенического мониторинга существенно расширяет факторную базу, влияющую на здоровье населения, на наш

взгляд, станет импульсом для разработки адекватных критериев и методов оценки эффективности санэпидслужбы.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Буславский П.М., Синевич А.А., Наумов И.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

В настоящее время отмечается высокая степень социальной дезадаптации больных шизофренией и усложняющая их взаимоотношения с окружающими [1, 2].

Цель исследования – изучение клиники, личностных особенностей и адаптационных возможностей пациенток с шизофренией с учетом влияния специфической индивидуально значимой психотравмирующей ситуации.

Материал и методы исследования. Проведен анализ медицинской документации и результатов обследования 134 пациенток с шизофренией, находившихся на стационарном лечении в Гродненском областном клиническом центре «Психиатрия-наркология». Психическое состояние всех больных шизофренией характеризовалось как терапевтическая ремиссия и характеризовалось полиморфизмом клинических проявлений, в их структуре отмечались разнообразные по характеру и выраженности психопатологические расстройства. В зависимости от типа ремиссии пациентки были распределены на три группы: I группа – 55,2% с паранойяльным типом, 27,6% - с тимопатическим вариантом (II группа), 17,2% - с психопатоподобным типом (III группа). Использован клинико-психопатологический метод, применены психометрические шкалы Гамильтона и Бека. Статистическая обработка проведена с применением программы STATISTIKA 6.0.

Результаты. Средний возраст пациенток с паранойяльным типом составил $25,7 \pm 1,8$ года. Манифестация процесса у 41,7% больных происходила в возрасте до 18 лет, у 58,3% – от 18 до 29 лет. Заболевание наиболее часто характеризовалось приступообразно-прогредиентным типом течения с непродолжительными ремиссиями. В клинической картине психоза отмечались различные бредовые идеи воздействия, отношения, преследования, псевдогаллюцинации (чаще вербальные), синдром Кандинского-Клерамбо. Нарастание негативных расстройств в когнитивной и эмоционально-волевой сферах носило непрерывный, поступательный характер. Длительность заболевания составляла 6-10 лет.

Средний возраст пациенток с тимопатическим вариантом составлял $26,1 \pm 2,2$ года. У 79,2% больных заболевание манифестировало в возрасте от 18 до 29 лет, у 16,7% – после 30 лет и лишь в одном случае – до 18 лет.