

На правах рукописи

ИЛЬИНЦЕВ
Евгений Васильевич

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЧНОГО СОСТАВА ФЕДЕРАЛЬНОЙ
СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2009

Работа выполнена в ФГУ «Центральный Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России.

Научный руководитель

Доктор медицинских наук Бадаев Ф.И.

Официальные оппоненты

Доктор медицинских наук, профессор Орлова Г.Г.

Доктор медицинских наук, профессор Злобин А.Н.

Ведущее учреждение

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Защита состоится «_____» _____ 2009 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 в Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития Российской Федерации по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан «_____» _____ 2009 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Е.И. Сошников

Актуальность исследования. Произошедшие в стране социально - экономические преобразования негативно сказались на медико-демографических показателях россиян, а особенно – граждан трудоспособного возраста (О.П. Щепин, 2006). Отмечается высокий уровень заболеваемости среди всех возрастных групп населения.

Реальным и эффективным средством улучшения показателей здоровья нации может быть переориентация медицинской науки и практики на профилактику заболеваний и формирование у населения поведения, адекватного здоровому образу жизни (Лисицын Ю.М., 1989; Ляхович А.В., 1998; Сахно А.В., 1992; Щепин О.П. и соавт., 2000; Стародубов В.И. и соавт., 2000, 2001, и др.).

В настоящее время в доступной нам литературе нет научных исследований деятельности системы медицинского обслуживания личного состава УИС в условиях реформирования здравоохранения. Нет данных, касающихся состояния здоровья данного контингента (состояние заболеваемости, временной утраты трудоспособности), сведений об эффективности лечебной и профилактической работы.

Передача уголовно-исполнительной системы из МВД России в Минюст России привела к тому, что существовавшая в МВД единая служба охраны здоровья сотрудников милиции, органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск не смогла также эффективно обслуживать контингенты ФСИН России по целому ряду причин.

Улучшение медицинского обеспечения сотрудников правоохранительных органов, включая вопросы профилактики заболеваний, представляется проблемой, требующей безотлагательного решения.

Высокий уровень нервно-эмоциональной напряжённости, неблагоприятные условия службы, контакт с маргинальными элементами общества, повышающие риск развития различных заболеваний у личного состава УИС увеличивают вероятность преждевременного увольнения (по болезни) опытных сотрудников из кадров УИС. Сохранение и укрепление здоровья личного состава в новых условиях организации медицинского обслуживания требуют анализа эффективности лечебно-профилактической деятельности ЛПУЛС.

Цель исследования: научное обоснование комплекса мер, направленных на повышение качества лечебно-диагностической и профилактической помощи личному составу уголовно-исполнительной системы.

Задачи исследования:

1. Оценить развитие системы оказания медицинской помощи сотрудникам ФСИН России на основе существующих нормативно-правовых и методических документов.

2. Проанализировать основные показатели состояния здоровья личного состава УИС (заболеваемость по обращаемости и заболеваемость с временной утратой трудоспособности).

3. Изучить объём и качество профилактической помощи, в частности, проведение диспансеризации среди сотрудников УИС.

4. Дать оценку медицинской грамотности сотрудников УИС и провести социологический опрос медицинских работников учреждений здравоохранения для личного состава УИС с целью определения степени их участия в санитарно-просветительной работе.

5. Разработать методические рекомендации по совершенствованию медицинского обеспечения сотрудников уголовно-исполнительной системы.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые проведено комплексное социально-гигиеническое исследование, посвящённое анализу организации оказания медицинского обеспечения личного состава УИС и научному обоснованию путей улучшения ее качества.

На основе изучения заболеваемости по обращаемости и временной утраты трудоспособности впервые выявлены тенденции состояния здоровья сотрудников УИС, что позволило определить приоритетные задачи ведомственного здравоохранения.

Впервые изучено мнение пациентов и медицинских работников ЛПУ УИС об организации и эффективности медицинской помощи в указанных учреждениях.

Научно – практическая значимость работы определяется:

- новыми методическими подходами к проведению профилактической работы и, в частности, проведению диспансеризации личного состава в специфических условиях деятельности ЛПУИС УИС;

- разработанными и научно обоснованными рекомендациями по совершенствованию медицинского обеспечения личного состава УИС;

- предложениями по проведению отраслевой системы скрининга артериального давления у сотрудников старше 30 лет.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Состояние здоровья личного состава УИС по данным заболеваемости по обращаемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

2. Характеристика и эффективность деятельности службы медицинского обеспечения личного состава УИС в новых условиях.

3. Медицинская грамотность сотрудников УИС, отношение медицинских работников учреждений здравоохранения для личного состава к санитарно-просветительной работе, соблюдению здорового образа жизни (ЗОЖ).

Апробация результатов исследования и публикации. Материалы диссертации обсуждены на V Всероссийском совещании медицинских работников уголовно-исполнительной системы (Москва, апрель 2005 г.), конференции молодых учёных ЦНИИОИЗ (Москва, ноябрь, 2006 г.). Работа обсуждена и одобрена апробационным Советом ЦНИИОИЗ в сентябре 2008 года. При создании проекта концепции развития и повышения эффективности медицинского обеспечения личного состава уголовно-

исполнительной системы до 2020 года, направленного на согласование в Министерство финансов Российской Федерации (от 08.04.2009 №10/22-710) использовались материалы выполненной работы. По материалам исследования также опубликовано 6 печатных работ, из них 3 - в журналах, рекомендованных ВАК; подготовлены одни методические рекомендации и представлены предложения для создания на основе проведенного исследования учебных фильмов по ведению ЗОЖ и первой доврачебной помощи при угрожающих состояниях.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 175 стр. машинописного текст и состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована 15 таблицами, 18 рисунками и 3 схемами. Указатель литературы содержит 100 отечественных и 30 зарубежных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи работы, показана научная новизна и практическая ее значимость, уровни апробации, а также основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе проводится анализ работ отечественных и зарубежных авторов, посвященных основным тенденциям реформирования здравоохранения России и состоянию медицинского обеспечения сотрудников уголовно-исполнительной системы.

Анализ данных литературы показал, что основные направления реформирования здравоохранения направлены на повышение эффективности деятельности медицинских служб на всех этапах оказания медицинской помощи, снижение себестоимости медицинских услуг, увеличение преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Обращается внимание на повышение уровня квалификации врачей и других работников системы здравоохранения, увеличение числа врачей, работающих в системе первичной медико-санитарной помощи, и широкое использование профилактики в повседневной деятельности органов и учреждений здравоохранения. Особое внимание уделено оказанию медицинской помощи сельским жителям в связи с тем, что большинство ЛСУИС проживают (несут службу) в отдаленных сельских районах.

Освещены также исторические аспекты и современное состояние медицинского обеспечения сотрудников уголовно-исполнительной системы.

После передачи уголовно-исполнительной системы из ведения МВД России в компетенцию Минюста России активное развитие получили исследования, посвященные вопросам медицинского обеспечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных (Подымова А.С., 2004; Юсуфов Р.Ш, 2004; и др.). Однако, в доступной нам литературе не отражены ни современное состояние, ни динамика, ни возможные пути развития медицинского обеспечения личного состава уголовно-исполнительной системы.

Во второй главе дано описание базы, программы и методов исследования. Базой проводимого исследования служили учреждения здравоохранения для сотрудников УИС, обслуживающие личный состав компактно расположенных в труднодоступной местности пенитенциарных учреждений (так называемых «кустов») на территории Северо-Западного, Приволжского, Уральского и Сибирского Федеральных округов (всего 8 «кустов» - Управлений по руководству учреждениями с особыми условиями хозяйственной деятельности). Общая численность личного состава УИС, несущего службу на территории исследования, составила 17,2 тыс. человек, или 7% от численности ФСИН России в целом – это генеральная совокупность личного состава УРУОУХД.

Для реализации поставленных задач были использованы такие научные методы как статистический, социологический, монографический, наблюдений и экспертных оценок. Обоснование размера выборки определялось по К.А. Отдельновой (1980). Достоверность значений средних величин вычислялась с использованием t-критерия Стьюдента. Для оценки удовлетворённостью санаторно-курортным лечением личного состава УИС и членов их семей проанализированы все записи в книге отзывов санатория «Аксаково» за 2007 год (105 отзывов).

Выполнение работы осуществлялось в несколько этапов:

I этап – определение цели и задач исследования, анализ источников литературы и нормативно-правовых актов по вопросам организации медицинской помощи (включая её профилактическую составляющую) сотрудникам пенитенциарной системы (2004 г.);

II этап – сбор информации о состоянии здоровья личного состава на основании анализа почтово-годовых форм территориальных органов уголовно-исполнительной системы (2004-2007гг.);

III этап – экспертная оценка качества профилактической помощи, оказываемой лечебно-профилактическими учреждениями для личного состава УИС (далее – ЛПУЛС), анкетирование медицинского персонала и личного состава УИС по вопросам организации периодических медицинских осмотров и диспансеризации, соблюдения здорового образа жизни (2005-2006 гг.);

IV этап – разработка предложений для внедрения в практику ведомственного здравоохранения, направленных на дальнейшее улучшение качества профилактической помощи личному составу УИС, и подготовка методических рекомендации по совершенствованию медицинского обеспечения сотрудников уголовно-исполнительной системы. Этапы, использованные методы и объем проведенных исследований приведен на схеме 1.

Совершенствование системы медицинского обеспечения личного состава
уголовно-исполнительной системы

<u>Цель исследования</u>						
<u>Задачи исследования</u>	Оценить развитие системы оказания медицинской помощи сотрудникам ФСИН России на основе существующих нормативно-правовых и методических документов	развитие оказания помощи ФСИН основе	Проанализировать основные показатели состояния здоровья личного состава УИС (заболеваемость по обращаемости и заболеваемость с временной утратой трудоспособности)	Изучить объём и качество профилактической помощи, (в том числе проведение диспансеризации среди сотрудников УИС)	Дать оценку медицинской грамотности сотрудников УИС и провести социологический опрос медицинских учреждений здравоохранения для личного состава УИС с целью определения степени их участия в санитарно-просветительной работе.	Разработать методические рекомендации по совершенствованию медицинского обеспечения сотрудников уголовно-исполнительной системы
<u>Объекты исследования</u>	ЛПУ для личного состава ФСИН России (ЛПУЛС)		Медицинский персонал ЛПУЛС		Личный состав УИС	
<u>Источники информации</u>	Данные о зарегистрированных случаях заболеваний личного состава 7 территориальных органов ФСИН России за период 2003-2006гг. (формы 3-ЗАБ и 9-ВН; на медобслуживании 17,2 тыс. человек), статистические сборники МЗ и СР РФ за 2004-2007 гг.		Данные анкетирования личного состава и медицинских работников (149 анкет сотрудников УИС и 148 анкет медработников), 105 записей в книге отзывов санатория «Аксаково» за 2007 год.	Первичная медицинская документация ЛПУ ЛС (форма 025/у) у пациентов с гипертонической и язвенной болезнью (110 и 78 амбулаторных карт соответственно)	Официальные документы и источники литературы (10 нормативно-правовых актов и 130 литературных источников)	
<u>Методы исследования</u>	Статистический		Социологический		Наблюдений	Экспертных оценок

Схема 1. Методика и организация исследования

В обзоре литературы использовано 130 источников (из них зарубежных - 30). Для изучения заболеваемости личного состава УИС проанализированы формы 3-ЗАБ и 9-ВН на 17,2 тыс. человек за 2003-2006 годы. При проведении анкетирования изучено 149 опросных анкет для личного состава УИС и 148 анкет – для медицинских работников ЛСУИС. При оценке диспансерного обслуживания личного состава была изучена первичная документация ЛПУ на больных гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки Ф-025/у (110 и 76 соответственно).

Объектом исследования явилась система лечебно-профилактического обеспечения личного состава УИС. При изучении заболеваемости объектом исследования были отчетные формы на каждого из 17,2 тыс. личного состава; при оценке эффективности диспансерного обслуживания – 149 сотрудников УИС – пациентов ЛПУ и 148 медицинских работников этой системы.

В третьей главе рассмотрены мероприятия по реализации положений принятого постановления Правительства Российской Федерации от 30.10.1998 г. № 1254 о переходе ГУИН из МВД России под юрисдикцию Минюста России вместе со всеми органами и учреждениями, исполняющими уголовные наказания, и их персоналом. Медицинское обеспечение сотрудников УИС, членов их семей и пенсионеров остались в компетенции МВД России. Развитие сети ЛПУ для личного состава ГУИН Минюста России не регламентировалось. Одновременно были закрыты фельдшерские и врачебные амбулатории, находившиеся на территории учреждений уголовно-исполнительной системы. Только 8 ЛПУИС, входивших в состав Управлений лесных исправительных учреждений (бывших ГУЛАГов), расположенные в отдаленных районах, были переданы в ведение ГУИН Минюста России.

Финансовые средства, необходимые для медицинского и санаторно-курортного обеспечения личного состава, членов семей и пенсионеров УИС, адресовались, как и прежде, МВД России.

Таким образом, личный состав УИС не имел собственной системы оказания медицинской помощи, а медицинская служба МВД России не могла обеспечить доступность и качество медицинского обслуживания ЛСУИС. При этом врачи, обслуживающие спецконтингент, по законодательству не имели права оказывать медицинскую помощь ЛСУИС. Трудности «переходного» периода становления УИС в составе Минюста России ознаменовались значительным ухудшением медицинского обслуживания личного состава УИС, ограничением доступа к специализированной медицинской помощи.

Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911 утвердило право сотрудника получать направление на лечение в ГМУЗ, а Федеральной службе исполнения наказаний отпущены средства для взаиморасчетов с ГМУЗ за оказание медицинской помощи ЛСУИС. Это

позволило значительно сократить ожидание специализированной медицинской помощи сотрудниками учреждений, дислоцированных в сельской местности. Информационный межведомственный обмен об осуществлении сотрудникам УИС лечебно-профилактических мероприятий при этом находится на стадии становления.

К 2008 году функционировало или было подготовлено к открытию 44 Центра медицинской и социальной реабилитации – ЛПУ УИС. Следует ожидать дальнейших шагов по восстановлению в рамках ФСИН России эффективной службы медицинского обслуживания личного состава.

Минюст России проводил активную работу по восстановлению амбулаторий для обслуживания сотрудников УИС, но из-за отсутствия финансирования не удалось создать сеть амбулаторно-поликлинических учреждений УИС в соответствии с потребностями личного состава, хотя именно врачебные (фельдшерские) здравпункты, по сути, являются удалённым первым этапом оказания медицинской помощи ЛСУИС. Впервые рассчитана минимальная численность ЛСУИС для открытия данных пунктов (520 человек во главе с врачом-терапевтом и 208 – во главе с фельдшером) при удалённых колониях.

В четвертой главе представлены результаты проведенного среди сотрудников УИС изучения заболеваемости по обращаемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности за 2003-2006 гг. Было отмечено, что общая заболеваемость за указанное время возросла с 1076,0‰ до 1185,1‰ (показатели исчислялись на 1000 сотрудников), т.е. на 10,14%. Первичная заболеваемость также достоверно увеличилась (с 737,7‰ в 2003 г. до 758,8‰ в 2006 г., $t = 2,88$; прирост на 2,2%). В то же время среди жителей России общая заболеваемость выросла с 1240,3‰ до 1357,6‰ (темп прироста 10,9%). Сравнение данных среди ЛСУИС с российскими показателями весьма условно в связи с их несопоставимостью как по составу населения, так и по возрастным группам, однако при этом можно отметить определенные тенденции (в общем, идентичные).

Рост заболеваемости был отмечен почти во всех классах и выделенных отдельных заболеваниях, кроме болезней эндокринной системы, психических расстройств и нервных болезней. Отмечены также значительные колебания показателей среди личного состава различных Федеральных округов.

Первое место в структуре общей заболеваемости сотрудников УИС занимают болезни органов дыхания (БОД), на долю которых, как видно из рис. 1, приходится почти каждое третье заболевание (350,3‰ в 2006 году против 318,6‰; $t=5,99$):



Рисунок 1. Структура общей заболеваемости личного состава УИС, 2006

Для сравнения, заболеваемость по обращаемости в классе травм и отравлений, занимающих II ранговое место в структуре общей заболеваемости, составляли 108,9‰ в 2003 году и 132,6‰ в 2006 году ($t=3,23$). Заболеваемость по обращаемости болезнями органов пищеварения, занимающих одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости личного состава УИС, за период 2003-2006 не подвергалась статистически значимым изменениям (114,5‰ в 2003 году и 108,6‰ в 2006 году, $t=1,73$).

В классе болезней органов пищеварения ведущая роль принадлежит гастриту, гастродуодениту и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, на долю которых приходится более половины всех заболеваний внутри класса.

В структуре общей заболеваемости болезней системы кровообращения, уровень которой вырос от 54,6 до 90,1‰ ($t=12,31$), ведущий вклад принадлежит гипертонической болезни. На её долю приходится 66,04% от всех заболеваний данного класса. У личного состава УИС наблюдается устойчивая тенденция к росту болезней, характеризующихся повышенным уровнем кровяного давления ($t=9,34$). Рост общей заболеваемости гипертонической болезнью на протяжении 2003-2006 гг. отмечен во всех

территориальных органах УИС. По данным Минздравсоцразвития России, за период 2003-2005 годов распространённость гипертонической болезни среди взрослого населения страны увеличилась недостоверно (с 57,1‰ до 62,6‰; $t < 0,01$).

Неблагоприятная ситуация также отмечается с первичной заболеваемостью БСК и гипертонической болезни в частности (рис. 2):

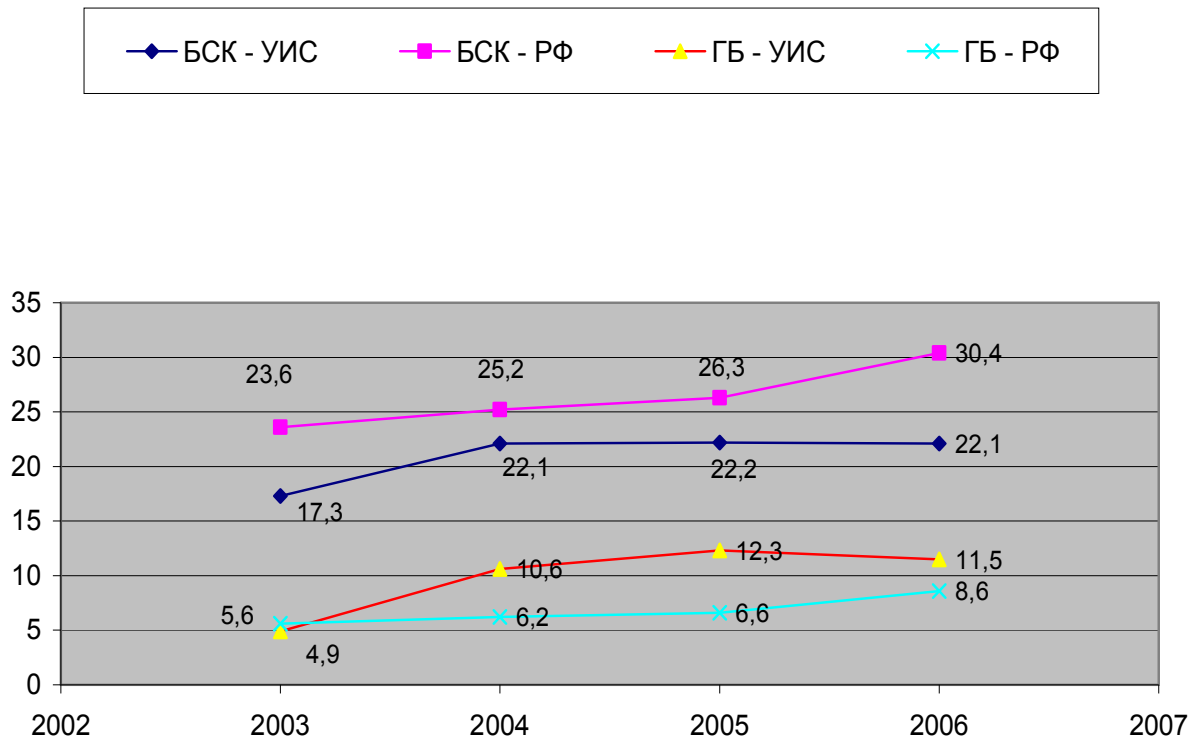


Рисунок 2. Первичная заболеваемость БСК и гипертонической болезнью взрослого населения РФ и личного состава УИС, 2003-2006 гг., на 1000 человек

За период 2003-2006 годов наблюдался значимый рост заболеваемости по обращаемости болезнями мочеполовой системы у личного состава УИС (80,1‰ и 91,9‰ соответственно; $t=3,94$).

Заболеваемость по обращаемости сальпингитом и оофоритом среди сотрудников-женщин уменьшилась с 121,5 ‰ в 2003 году до 81,5‰ в 2006 году, а эндометриозом – с 17,7‰ до 8,5‰ соответственно. Общая заболеваемость болезнями предстательной железы, напротив, выросла с 1,4‰ до 4,7‰.

Общая и впервые выявленная заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки также превышают федеральные показатели взрослого населения. Несмотря на уменьшение показателя первичной заболеваемости язвенной болезнью (с 5,4‰ до 3,6‰), она по-прежнему значительно превышает общероссийский уровень, имеющий тенденцию к стагнации и составляющий 1,3‰. Другие перечисленные показатели не имели тенденций к снижению.

Более высокие показатели как общей, так и первичной заболеваемости по многим классам и нозологическим формам болезней по сравнению с данными по России свидетельствуют о серьезности положения в отношении состояния здоровья обследованного контингента.

Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди личного состава УИС показало, что общее число случаев ВУТ (без отпуска по беременности и родам) у личного состава УИС в 2003 году составляло 91,3 на 100 человек, а общероссийский показатель в 2003 году составлял 72,0 случаев на 100 человек. В 2006 году у личного состава УИС данный показатель возрос до уровня 94,5 случаев на 100 человек, в то время как общероссийский показатель снизился до отметки в 61,4 случая на 100 человек.

В структуре случаев ВУТ ведущая роль принадлежит болезням органов дыхания, уходу за больным, травмам и отравлениям, а также патологии костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем и болезням органов пищеварения (рис. 3):

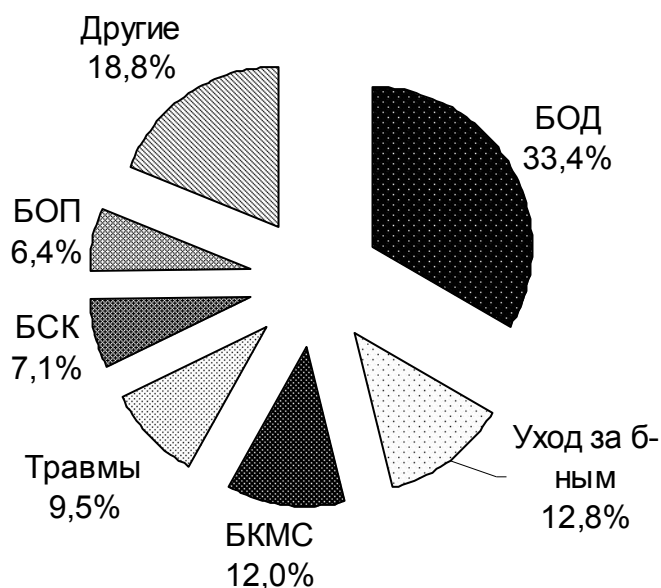


Рис. 3 Структура случаев ВУТ личного состава УИС, 2006 г., %% к итогу

Следует отметить, что у личного состава УИС как общее число случаев ВУТ, так и по отдельным классам болезней и нозологических форм за период наблюдения было значительно выше, чем аналогичные общероссийские показатели.

Общее число дней ВУТ у личного состава УИС было значительно выше, чем по России в целом, и имело тенденцию к стагнации (в 2003 году этот показатель составлял 1359,0 на 100 сотрудников, а в 2006 году – 1344,9). В России 2003 году показатель составлял с 860,9 по заболеваниям и 952,9

дней, а в 2006 году – 724,2 и 807,6 дней. В структуре ВУТ по дням болезни органов дыхания были на первом месте (23,4% от их общего числа); травмы и отравления находились на втором ранговом месте (181,3 дня), на третьем месте – уход за больными (111,2 дня). Неблагоприятные тенденции изменения числа дней ВУТ характерны для большинства классов заболеваний.

Средняя длительность одного случая ВУТ сократилась с 16,1 дня в 2003 году до 13,2 дней в 2006 году, сравнявшись с общероссийским показателем.

Таким образом, изучение общей заболеваемости по обращаемости и первичной заболеваемости (по многим классам и отдельным нозологическим формам), а также заболеваемости с временной утратой трудоспособности, по сравнению с данными по России, свидетельствуют о негативных тенденциях в динамике состояния здоровья личного состава УИС. При этом надо принять во внимание, что на изначальном этапе на службу устраиваются практически здоровые люди.

Это можно связать как с недостатками в медицинском обслуживании сотрудников УИС, так и с особо трудными условиями их работы. Среди них: негативные воздействия метеорологических факторов, удаленность от крупных населенных пунктов, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, социальная необеспеченность, культурная изоляция, часто возникающие стрессовые ситуации и другие вредные факторы.

Безусловно, одной из основных причин является недостаточное внимание персонала медицинских учреждений УИС к проведению всего комплекса профилактических мероприятий.

Это говорит о необходимости осуществления комплекса медико-организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности деятельности ЛПУ системы ведомственного здравоохранения, особенно в области профилактики.

Очевидно, что без научно обоснованного воздействия на управляемые факторы заболеваемости, подразумевающего увеличение объема превентивных услуг и повышение уровня медицинской грамотности личного состава УИС, изменение сложившейся неблагоприятной ситуации проблематично.

В пятой главе представлены результаты изучения мнений как пациентов, так и медицинских работников об организации медико-профилактической помощи в ЛПУЛС, определения уровня санитарно-гигиенических знаний, распространенности вредных привычек и сформировавшихся стереотипов поведения в отношении здоровья в 2005-2006 г.г. Для анализа мнения было проведено анкетирование 149 сотрудников УИС, посетивших поликлиники ЛПУЛС в возрасте 17-56 лет; из них 15,6% находились на диспансерном наблюдении.

Анкетирование пациентов показало, что личный состав удовлетворен работой участковых врачей. Средняя оценка по 5-балльной системе составила $3,85 \pm 0,20$ баллов. Из лиц, оценивших труд терапевта на «удовлетворительно», 77,78% сотрудников имели высшее или незаконченное высшее образование, а все сотрудники со средним образованием оценили

работу врача на «хорошо» или «отлично». Пациенты удовлетворены работой хирурга в меньшей степени, чем участкового врача, самые высокие субъективные оценки труда заслужили врачи-оториноларингологи.

На вопрос «Если Ваше заболевание можно лечить вне стационара, согласитесь ли Вы на госпитализацию?» 31,8% ответили, что предпочли бы лечиться в стационаре, а 39,7% - в поликлинике (табл. 1).

Таблица 1
Отношение к госпитализации личного состава УИС, % от общего числа ответов

Варианты ответов	% от общего числа ответов	в т.ч. ответы пациентов с высшим образованием
Да, так как в больнице я получу более квалифицированную помощь	19,88	16,49
Да, так как в больнице я буду обеспечен нужными лекарствами	11,92	14,43
Нет, так как меня устраивает работа поликлиники	39,73	41,24
Нет (другая причина)	9,93	10,32
Затрудняюсь ответить	18,54	17,52
ИТОГО	100,00	100,0

Проведена оценка выполнения назначений врача при диспансерном наблюдении. Соблюдали и частично соблюдали назначения врача 95,6% и лишь 4,4% игнорировали их.

В ходе анкетирования вынесен вопрос об основных недостатках существующей модели ежегодных периодических осмотров. По мнению 24,2% сотрудников, они являются пустой формальностью, без которой нельзя уйти в отпуск. Примерно такая же доля личного состава (27,5%) считает имеющуюся модель организации диспансерного наблюдения лишённой каких-либо значимых недостатков. Основным минусом периодических медицинских осмотров 13,7% считают излишний объём врачебных посещений или лабораторных исследований. Затруднился ответить на поставленный вопрос каждый третий опрошенный.

Положительно к профилактическим мероприятиям (периодические медицинские осмотры, диспансеризация, санитарно-гигиеническое обучение) отнеслись 47% респондентов, скорее положительно - 16,8%. Нейтральное отношение высказали около 20%, лишь 3,4% опрошенных к отнеслись к профилактике негативно.

Согласны с положением об ответственности человека за состояние своего здоровья 97,3% респондентов, подразумевая при этом ведение ЗОЖ,

отказ от вредных привычек и прочее. В то же время изучение отношения личного состава к ведению здорового образа жизни показывает, что их положительное отношение к вопросам профилактики не соответствует сложившейся практике. Так, вели ЗОЖ 12,7%. Негативно относятся к ЗОЖ 4,5%. Имеют вредные привычки, от которых не хотят отказываться, 13,4% сотрудников, ссылаются на тяжелый график службы 23,6% опрошенных и 36,9%, с их слов, не имеют для ведения ЗОЖ свободного времени.

Это свидетельствует о недостатках проведения гигиенического воспитания среди респондентов.

Респонденты дали оценку работе поликлиники. Наибольшее нарекание (по 13,4%) вызывают приём специалистов поликлиники и культура обслуживания больных, 9,4% опрошенных нелестно отозвались о процессе получения необходимой медицинской документации.

Свои пожелания относительно дальнейшего улучшения работы учреждения здравоохранения для личного состава УИС оставили 27,5% респондентов. Большая часть предложений сводится к улучшению ресурсного обеспечения. Считают сложившуюся систему предоставления профилактических услуг недостаточной предъявляемым требованиям и нуждающуюся в улучшении 12,2% респондентов. Под улучшением технологии профилактики подразумевают: совершенствование преемственности между военно-врачебными комиссиями и ЛПУЛС (выявленное при прохождении ВВК заболевание не всегда сразу же лечится); улучшение организации проведения диспансерного наблюдения (уменьшение затрат времени на её прохождение и т.д.); а также создание школ здоровья для пациентов по вопросам предупреждения возникновения неинфекционных заболеваний и сохранения здоровья.

Для изучения мнения работников ведомственного здравоохранения по вопросам организации лечебно-профилактической помощи личному составу УИС выполнено анкетирование руководителей, врачей и среднего медицинского персонала нескольких ЛПУЛС. Среди ответивших на вопросы анкеты организаторы здравоохранения представляли 9,5% от общего числа принявших участие в исследовании (14 человек), практикующие врачи – 24,3% (36 человек) и средний медицинский персонал – 66,2% (98 человек).

Средний возраст респондентов – $40,9 \pm 1,6$ года (самому молодому работнику было 25 лет, самому возрастному – 56). Анкетирование продемонстрировало достоверно более низкий уровень среднедушевого дохода у медицинских работников в сравнении с сотрудниками уголовно исполнительной системы: более чем в 60% семьях медицинского персонала ЛПУЛС, на одного человека приходилось менее 3000 рублей совокупного дохода.

Общая оценка медицинским персоналом работы поликлиники удовлетворительная ($4,03 \pm 0,12$ балла по пятибалльной системе). При этом врачебная оценка оказывается достоверно ниже, чем оценка среднего медицинского персонала (3,88 и 4,13 балла соответственно), а мужчины были достоверно требовательнее женщин (3,82 и 4,07 балла).

Отношение респондентов к существующей модели диспансерного наблюдения в основном положительное (67,4% опрошенных) или скорее положительное (22,7% анкетированных). Нейтрально относятся к организованному диспансерному наблюдению 6,4% медработников, отрицательно – 2,8% и затруднились ответить на предлагаемый вопрос 0,8%. Считали эффективным проведение диспансерного наблюдения 57,6% ответивших.

В то же время ответы медицинского персонала в отношении недостатков в проведении диспансеризации дают несколько иную картину. Не нашли недостатков в этой работе 6,5% респондентов, затруднились с ответом – 9,7%. Остальные 83,8% ответивших на вопросы указали на те или иные недостатки. Среди них 77,4% отметили несоблюдение советов врача, 6,4% - излишний объем лабораторных исследований, 6,5% - низкую результативность диспансерного наблюдения, а 3,25% – несовершенство организации его проведения.

Оценка медицинскими работниками состояния гигиенического воспитания личного состава УИС показала, что 80,5% респондентов утверждает, что с той или иной периодичностью они занимаются этой работой. Сообщили о регулярности санитарно-просветительной деятельности 78,6% организаторов здравоохранения, 47,2% врачей и 50,0% средних медицинских работников. Редко проводят указанную работу 18,4% от общего количества врачей и медицинских сестёр и не проводят ее вообще 1,1%. Эти результаты вызывают сомнение в искренности ответивших, ведь в итоге – нет ни улучшения общего состояния пациентов, ни выраженной приверженности ЗОЖ.

Анализ самооценки знаний в области укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний у медицинских работников показал, что 91,5% из них полагали имеющиеся у них знания достаточными или в целом достаточными, а 5,0% - недостаточными, 3,5% - не были удовлетворены имеющимся у них запасом знаний по проблемам профилактики.

Таким образом, более 90% медицинских работников, по их мнению, обладали достаточным объемом знаний в области предупреждения неинфекционных заболеваний, однако, к сожалению, на практике их не использовали. Это свидетельствует о том, что персонал ЛПУЛС фактически игнорирует роль санитарно-просветительской работы.

В то же время 51,1% опрошенных считали нужным увеличить объём санитарно-просветительной работы с пациентами. Примерно одинаковые доли респондентов затруднились ответить на предложенный вопрос, ответили отрицательно или полагали целесообразным увеличить медицинскую активность личного состава УИС за счёт привлечения «санитарных инструкторов». Таким образом, эти медицинские работники фактически самоустраиваются от пропаганды здорового образа жизни. А ведь санитарное просвещение – обязательный вид деятельности всех медицинских работников.

На вопрос медицинским работникам «как Вы сами боретесь с вредными привычками» 28,4% ответили, что таковых не имеют, а 5,7% никак с ними не борются.

Респондентам было предложено внести свои предложения для повышения качества диспансеризации. Треть опрошенных высказала различные пожелания относительно улучшения ресурсного обеспечения. Предложили укрепить материально-техническую базу ЛПУЛС 10,6% от общего количества опрошенных; повысить ответственность медиков за конечные результаты диспансеризации – около 5%; менее 1% отметили необходимость повышения эффективности профилактической деятельности и увеличение объёма и качества предоставляемой в ходе диспансеризации медицинской помощи.

Социологический опрос показал низкий уровень санитарно-гигиенических знаний не только личного состава УИС, но и самих медицинских работников, формальность проведения санитарно-просветительных бесед и отсутствие контроля медицинскими работниками за осуществлением личным составом УИС комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, предупреждение возникновения заболеваний.

Санитарное просвещение в органах и учреждениях УИС осуществляется нерегулярно. В медицинских частях исправительных учреждений, а также в лечебно-исправительных учреждениях, больницах различного профиля для заключённых санитарно-просветительная информация «подаётся» с акцентом на нужды лиц, содержащихся в исправительных учреждениях, и не учитывает интересы личного состава УИС.

Высказанные критические замечания и пожелания как со стороны пациентов, так и среди медицинского персонала следует учитывать при дальнейшем совершенствовании деятельности ЛПУЛС.

В шестой главе рассматривается проведение диспансерного обслуживания и его эффективности среди сотрудников УИС.

Диспансеризацию личного состава ФСИН России проводится на основании «Инструкции по совершенствованию диспансеризации прикрепленных контингентов в лечебно-профилактических учреждениях МВД СССР» 1990 г., утвержденной приказом МВД СССР № 24 от 25 января 1989г. В ней определен порядок диспансерного наблюдения пациентов с различной патологией, который подразумевал единую лечебно-диагностическую и профилактическую базу для медицинского обеспечения сотрудников милиции, военнослужащих внутренних войск и личного состава пенитенциарных учреждений. Эта инструкция не является обязательной к выполнению в учреждениях здравоохранения УИС.

Для изучения сложившейся организации диспансерного наблюдения и оценки её эффективности в лечебно-профилактических учреждениях для личного состава Федеральной службы исполнения наказаний мы

ограничились рассмотрением проблем диспансеризации указанного контингента при наиболее частых причинах комиссования по болезни сотрудников этой службы (при гипертонической болезни и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки).

Контингент лиц, подлежащих взятию на диспансерный учёт, выявляют в ходе ежегодного прохождения военно-врачебной комиссии, а также в случаях обращения за медицинской помощью сотрудника при наличии показаний для дальнейшего наблюдения за пациентом.

В соответствии с действующим законодательством, форма наблюдения за диспансерным больным №30 ЛПУЛС не обязательна к заполнению в учреждениях здравоохранения, подведомственных ФСИН России, то есть вся информация о ходе динамического наблюдения содержится только в амбулаторной карте больного. Поэтому для анализа были отобраны 186 амбулаторных карт, из них 110 - больных с гипертонической болезнью и 76 - с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Средний возраст пациентов с гипертонической болезнью составил $40,14 \pm 2,76$ лет (мужчины $39,22 \pm 1,94$ лет, женщины – $43,38 \pm 2,26$ года).

В возрасте 41-50 лет заболевание зарегистрировано у 52,8% у мужчин и 57,1% - у женщин; в возрасте 31-35 лет - у 19,1% мужчин и только у 4,8% - у женщин (рис. 4):

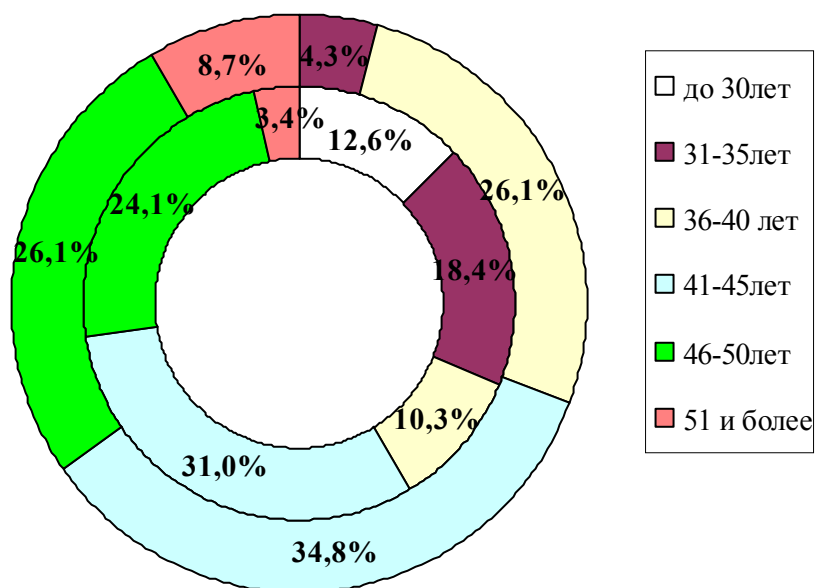


Рис. 4 Распределение больных гипертонической болезнью по возрасту, %% (наружное кольцо-женщины, внутреннее - мужчины)

У 66,1% диспансерных пациентов с повышенным артериальным давлением выявлена сопутствующая патология, ведущее место в которой занимали болезни костно-мышечной системы, органов пищеварения и болезни мочеполовой системы. Среди болезней мочеполовой системы

наиболее характерными являлись хронические пиелонефриты без проявления почечной недостаточности.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки при диспансеризации диагностирована у 79,4% больных, а язвенная болезнь желудка – у 20,6% больных. Все пациенты с язвенной болезнью желудка были в возрасте 30 лет и старше (средний возраст - $37,36 \pm 2,44$ года), а 29,7% пациентов не достигли тридцатилетнего возраста.

Наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки отмечено в 77,3% случаев. Все лица с язвенной болезнью желудка имели сопутствующую патологию, а среди пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки она отмечена в 71,4% случаев. Гендерные особенности сопутствующей патологии у лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки показали, что чаще сопутствующие заболевания регистрируют у женщин, чем у мужчин (в 92,9% и 30,0% случаев соответственно). Наиболее часто среди сопутствующих болезней встречались другие заболевания желудочно-кишечного тракта (болезни гепато-билиарной зоны), не послужившие причиной взятия сотрудника на диспансерный учет.

При анализе медицинской документации диспансерных пациентов выявлены следующие недостатки:

- более чем в половине случаев пациенты не получали адекватного комплекса лечебно-диагностических мер, требовавшихся для диагностики и лечения сопутствующего заболевания;

- не являлись на повторный приём 25,4% больных (80,5% из них – мужчины, причём больных с гипертонической болезнью I и II ст. было поровну, а пациентов с III ст. – не было вовсе);

- отказ пациента от проведения диагностических исследований;

- неполное обследование больного;

- неадекватное лечение имеющейся у пациента сопутствующей патологии.

Не выполнял (или выполнял не до конца) врачебные рекомендации каждый третий пациент с гипертонической болезнью. Несоблюдение врачебных рекомендаций более характерным было для пациентов-мужчин.

В среднем за год больные, состоящие на диспансерном учёте в связи с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, совершали $1,78 \pm 0,20$ посещений к терапевту. При этом один сотрудник из пяти игнорировал посещения врача с целью диспансерного наблюдения. Среднее число посещений врача в течение года, связанное с диспансерным наблюдением, у мужчин составило всего только 2,1 посещения, в то время как у женщин - 3,7.

При прохождении диспансеризации 8,6% сотрудников с язвенной болезнью в течение года не были направлены на эзофагогастродуоденоскопию, а 34,3% пациентов отказались от проведения указанной процедуры. Пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, имеющие нейроциркуляторную дистонию, за всё

время диспансерного наблюдения не направлялись лечащим врачом к неврологу. Консультация невролога выполнена у 40,5% от общего числа пациентов, состоящих на диспансерном учёте в связи с гипертонической болезнью II (III) степени.

Регулярно не осуществлялся контроль за течением гипертонической болезни у пациентов диспансерного наблюдения в связи с имеющейся язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (отсутствие динамического наблюдения за эффективностью назначенного лечения, консультаций кардиолога, невролога, окулиста и т.д.).

Указания о проведении лечащим врачом с пациентом санитарно-просветительных бесед о здоровом образе жизни, правилах приёма назначенных врачом лекарственных препаратов встречались лишь в каждом десятом случае. Зафиксированное же документально в амбулаторной карте больного проведение с пациентом санитарно-просветительной работы отмечено всего в одной карте, что составляет менее 1% от общего числа анализируемых случаев диспансерного наблюдения.

При включении в комплексную терапию больным с язвенной болезнью антацидов ни в одной амбулаторной карте не сделана пометка о необходимости соблюдения временного интервала между приёмом препаратов данной фармакологической группы и принятием других лекарственных средств, что ведёт к снижению эффективности консервативной терапии.

Отказ пациентов от выполнения диагностических исследований (таких, как ЭГДС), несоблюдение врачебных назначений при обострении хронических заболеваний, неявка к врачу на повторный приём в рамках диспансеризации можно определённой степени объяснить отсутствием «административного рычага» у медицинских работников ЛПУЛС.

Решить эту проблему можно только за счет повышения ответственности сотрудника за ненадлежащее соблюдение рекомендаций медицинского персонала, что не зависит от самой медицинской службы УИС

В процессе диспансерного наблюдения часть пациентов направлялась на стационарное лечение в лечебно-профилактических учреждениях, расположенных на территории УРУОУХД (тем самым, исключалась возможность госпитализации при ухудшении здоровья пациента в стационар иной ведомственной принадлежности).

В течение года 40,6% диспансерных пациентов с гипертонической болезнью получили стационарное лечение в лечебно-профилактических учреждениях, расположенных на территории УРУОУХД. Средний возраст направленных на плановую госпитализацию больных, составил $39,85 \pm 2,97$ года. Поводом для помещения в стационар служила низкая эффективность терапии в амбулаторных условиях. Среднее время пребывания на койке круглосуточного пребывания пациента с гипертонической болезнью составило $14,63 \pm 0,90$ дня и колебалось от 7 до 21 дня. Высокий удельный вес больных с отрицательной динамикой состояния здоровья, связанный с поступлением пациента на поздних этапах развития болезни, является

индикатором низкой результативности существующей системы диспансеризации.

Каждый третий пациент с язвенной болезнью проходил стационарное лечение в течение года (среднее время пребывания на койке – $15,27 \pm 1,26$ дня), а каждый четвертый прибегал к услугам дневного стационара ($12,25 \pm 1,02$ дня соответственно).

Пациенты с более лёгким течением заболевания, имеющие II группу диспансерного наблюдения, проходили лечение на койках круглосуточного пребывания, хотя вполне могли быть пролечены в дневных стационарах. Эта форма лечения только начинает внедряться в ЛПУУИС.

В заключение следует отметить, что при анализе диспансерного обслуживания пациентов в ЛПУЛС УИС были выявлены серьезные организационные недостатки, как со стороны медицинского персонала (нарушались стандарты диагностики и лечения основных и сопутствующих заболеваний; неполное обследование больного; отсутствие контроля за течением сопутствующего заболевания у пациентов диспансерного наблюдения; несвоевременное консультирование врачом-специалистом; низкий уровень проведения санитарного просвещения, ознакомления с ЗОЖ), так и со стороны пациентов (неявка на повторный приём - более 25%, отказ от проведения диагностических исследований, не выполнение врачебных назначений).

Анализ деятельности использования возможностей санаториев и курортов сотрудниками УИС показал их важную роль в оздоровлении личного состава этой системы и имеющиеся резервы улучшения качества санаторно-курортной помощи.

В заключении обобщаются представленные материалы исследования и подчеркивается важная роль превентивных мероприятий в оздоровлении личного состава пенитенциарной системы.

ВЫВОДЫ

1. Сложившаяся в настоящее время система медицинского обслуживания личного состава уголовно-исполнительной системы (ЛПУ МВД России, ЛПУ ФСИН России и медицинские учреждения муниципальных образований по месту локализации объектов УИС) не обеспечивает необходимый уровень доступности и качества лечебно-профилактической помощи сотрудникам службы.

2. За последние годы отмечена тенденция ухудшения состояния здоровья личного состава УИС по данным общей заболеваемости по обращаемости. Так, наблюдался рост этого показателя в период с 2003 по 2006 год со 1076,0‰ до 1185,1‰, (прирост - 10,1%). При этом показатель впервые обратившихся в ЛПУ составил 737,7‰ и 758,8‰ соответственно (прирост - 2,2%). Эти показатели были выше, чем в среднем по Российской Федерации. Наиболее негативные тенденции динамики этих показателей отмечены по II, IV, VIII-XI, XIV, XV, XVIII классам болезней МКБ X

пересмотра. Результаты анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности личного состава УИС (без учета отпуска по беременности и родам) были выше, чем в среднем по Российской Федерации и выросли по числу случаев с 91,3 на 100 человек в 2003 г. до 94,5 – в 2006 г. (рост на +3,5%). Показатель ВУТ по числу дней был также выше, чем в РФ, и составил в 2003 г. 1359 дней а в 2006 г. - 1344,9 дня, т.е. остался без особых изменений (снижение на 0,1%). Зафиксировано превышение длительности одного случая ВУТ в сравнении с общероссийским уровнем по III, IV, XIV, XVI, XVIII классам заболеваний, а также по уходу за больным, что может свидетельствовать об улучшении лечебно-диагностического процесса.

3. Экспертиза диспансерного обслуживания пациентов (на примере гипертонической болезни и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) свидетельствует о его низкой результативности. Практически не осуществляется лечение в адекватном объеме имеющейся сопутствующей патологии. Выявлена также неэффективность проводимой санитарно-просветительской работы по профилактике возникновения основных неинфекционных болезней.

4. Медицинские работники и пациенты, удовлетворительно оценивая деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений (включая диспансерное обслуживание) и санаторно-курортного обеспечения, находят серьезные недостатки как в лечебно-диагностической, так в профилактической работе и организации гигиенического воспитания. Большинство недостатков в функционировании амбулаторно-поликлинического звена медицинские работники связывают с неадекватным состоянием материально-технической базы и низкой медицинской активностью пациентов. Нарекания у пациентов вызывают низкая культура обслуживания больных (13,4%), трудность получения необходимой медицинской документации (9,4%). Изучение отношения личного состава УИС к превентивным мероприятиям показало, что более 90% медицинских работников положительно отнеслись к проведению диспансеризации и диспансерного наблюдения, однако эффективными эти мероприятия оценили только 57,6%, а 83,8% респондентов нашли существенные недостатки в ее проведении.

5. Санитарное просвещение в медицинских учреждениях, обслуживающих сотрудников УИС, осуществляется нерегулярно, часто очень формально. При анкетном опросе 80,5% респондентов отмечают, что проводят его эпизодически из-за нехватки времени. Эффективность такой работы весьма сомнительна, и прежде всего - в понимании пациентами роли профилактики, а также в увеличении числа сотрудников УИС, придерживающихся ЗОЖ. Среди медицинских работников не имели вредных привычек 28,4% опрошенных, а 5,7% с ними не боролись.

6. Предложен унифицированный комплекс профилактических мероприятий для сохранения и укрепления здоровья сотрудников УИС во всех подведомственных лечебно-профилактических учреждениях УИС и методы постоянного контроля за его реализацией.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Медицинской службе УИС следует продолжить свои усилия по совершенствованию медицинской деятельности на первичном уровне и решать вопросы обеспечения специализированной медицинской помощи совместно с МВД и муниципальными учреждениями здравоохранения в местах проживания (несения службы) сотрудников УИС.

2. Для определения приоритетных направлений деятельности медицинских учреждений ведомства и своевременного принятия управленческих решений, направленных на дальнейшее повышение качества медицинской помощи, наладить обмен статистической информацией по здравоохранению между Минздравсоцразвития России и другими ведомствами, имеющими в своём составе медицинскую службу.

3. Создать в труднодоступных и отдалённых исправительных учреждениях (с численностью личного состава не менее, чем 520 человек) кабинетов врачей общей практики или врачебных здравпунктов во главе с врачом-терапевтом (или фельдшером при численности от 208 человек).

4. Деятельность медицинских учреждений первичного уровня прежде всего должна концентрироваться на профилактической работе – четкой организации проведения диспансерного обслуживания, широкого охвата личного состава всеми видами санитарного просвещения и ознакомления с принципами ЗОЖ. Целесообразно ввести должности сотрудников, отвечающих за контроль профилактической деятельности ЛПУЛС.

5. Рекомендовать руководителям территориальных органов УИС ежегодно заполнять таблицу №10 «Деятельность отделения (кабинета) профилактики» формы №30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», утверждённой постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 №175.

6. Рекомендовать аттестационным комиссиям при присвоении (подтверждении) квалификационной категории медицинским работникам учитывать их подготовленность в вопросах профилактики, проведения диспансеризации и гигиенического воспитания сотрудников УИС.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Некоторые аспекты болезней органов пищеварения у личного состава уголовно-исполнительной системы // Бюллетень Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2005. - № 6 – с. 18-20 (соавт. А.С. Кононец, И.А. Сидоренко, А.С. Кузнецова).

2. Особенности общей заболеваемости личного состава уголовно-исполнительной системы // Бюллетень Национального Научно-

исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2005. - № 7. – с. 11- 14 (соавт. А.С. Кононец, И.А. Сидоренко, А.С. Кузнецова).

3. Профилактика – основа эффективности пенитенциарного здравоохранения // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2006. - № 3. – с. 2 -5 (соавт. Смирнов А.М., Кузнецова А.С., Соболева Н.П.).

4. Профилактика гипертонической болезни в условиях ведомственного здравоохранения // Бюллетень Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2006. - № 4. – с. 112- 114.

5. Состояние и основные пути развития профилактической помощи личному составу уголовно-исполнительной системы. // Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. – Сб. науч. труд. ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». – М., 2006. – с. 260-263.

6. К вопросу изучения медицинской активности сотрудников УИС. – Профилактика ВИЧ-инфекции и социально-значимых заболеваний. – Сб. материалов международной интернет-конференции. – Москва-Рязань, 2006. – с. 83-87.