



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 616-084-057.36

## Медицинский контроль как основа профилактики заболеваемости военнослужащих

*ШАППО В.В., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, генерал-лейтенант медицинской службы*  
*АКИМКИН В.Г., профессор, полковник медицинской службы*  
*ЗОТКИН А.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы*  
*КОРОТЧЕНКО С.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы*

**М**едицинский контроль (МК) за условиями жизнедеятельности личного состава является составной частью стройной системы медицинского обеспечения войск, играющей значимую роль в деле сохранения и укрепления здоровья военнослужащих [7, 8]. Вместе с тем методических материалов по данному направлению деятельности войскового звена медицинской службы недостаточно, а имеющиеся в значительной степени посвящены вопросам осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора [2, 3, 8, 9].

В настоящее время под МК понимают деятельность должностных лиц медицинской службы Вооруженных Сил РФ по предупреждению, обнаружению и пресечению нарушений требований законодательных актов, руководящих документов и санитарного законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия личного состава [8].

В соответствии с существующей нормативно-правовой базой, МК за условиями жизнедеятельности личного состава осуществляют начальники медицинской службы частей и соединений, врачи и средний медицинский персонал воинских частей, а также начальники и специалисты санитарно-эпидемиологических взводов (СЭВ) соединений, подразделений санитарно-гигиенического и эпидемиологического профиля лечебно-профилактических, научно-исследовательских учреждений и военно-учебных заведений МО РФ [8].

Выполнение уставных и нормативных правил по обеспечению надлежащих условий жизнедеятельности военнослужащих требует *систематического контроля* как со стороны командования всех степеней и соответствующих должностных лиц [1, 4, 6, 7], так и со стороны медицинской службы части [6–8].

Такой подход объясняется высокими требованиями к организации учебно-боевой деятельности войск и безопасности военной службы, а также тем, что условия жизнедеятельности играют роль своеобразного социального фактора, в значительной степени (до 70%) определяющего состояние здоровья, уровень и характер заболеваемости военнослужащих [4].

МК за условиями жизнедеятельности личного состава, осуществляемый медицинской службой, гармонично вписывается в существующую систему должностного контроля со стороны командиров (начальников) и в конечном счете в комплексе с другими мерами определяет боеготовность воинской части (соединения) в целом.

Одна из основных задач МК – своевременно выявлять, информировать командование и должностных лиц части о состоянии (или изменении) условий жизнедеятельности личного состава, определяющих риск возникновения заболеваний, с целью принятия оперативных решений по предупреждению или уменьшению их негативного влияния на военнослужащих.



На фоне изменяющегося облика Вооруженных Сил, обусловленного переходом к их комплектованию военнослужащими по контракту, усложнением поступающих в войска техники и вооружения, реализацией ряда социально ориентированных программ, возрастают требования к профессионализму медицинских работников, их знаниям и готовности проводить мероприятия по МК на современном уровне.

Представляется целесообразным сформулировать несколько принципиальных требований в отношении МК, следуя которым можно рассчитывать на успех. Это, прежде всего, *профессионализм, систематичность, своевременность, доказательность, действенность, последовательность, принципиальность.*

Уровень **профессионализма** при осуществлении МК неразрывно связан с возможностью и необходимостью получения и совершенствования медицинскими работниками специальных знаний и навыков. Первичное образование, последующие специализации и усовершенствования являются основой, фундаментом для формирования такого опыта. Высокий уровень профессионализма при осуществлении МК достижим только в ходе практической деятельности совместно со специалистами, имеющими достаточный опыт и знания в данном вопросе.

Важная роль здесь отводится специальной и самостоятельной подготовке, занятиям и инструктажам, проводимым старшими медицинскими начальниками, а также практике врачей воинских частей по проведению МК в санитарно-эпидемиологических учреждениях [8]. С другой стороны, достаточная подготовка по вопросам осуществления МК позволит избежать подмены войскового врача на этом участке работы специалистами санитарно-эпидемиологических подразделений и учреждений.

**Систематичность** МК определяется строгим соблюдением порядка и периодичности проводимых мероприятий. Важно избегать формализма, когда самоцелью является отметка о выполненном мероприятии. В основе этого критерия должен лежать глубокий анализ ситуации, выделение наиболее значимых объектов

контроля, требующих повышенного внимания. Причем понятие «объект» включает в себя как физические составляющие (здания, сооружения, технику и т. д.), так и повседневную военно-профессиональную деятельность личного состава. Систематичность МК достигается также вовлечением в его проведение всего медицинского персонала части.

Оправдывает себя практика закрепления медицинских работников части за подразделениями при отсутствии в них штатного медицинского персонала, что позволяет обеспечить непрерывный мониторинг за условиями жизнедеятельности военнослужащих. Регулярное участие медицинского персонала в утренних осмотрах и вечерних поверках позволяет не только выявить скрытые факторы, определяющие состояние здоровья личного состава, но и дает возможность для дополнительного общения медицинского работника с военнослужащим с позиций гигиенического обучения и воспитания, а также активного выявления заболеваний.

Систематичность в осуществлении медицинского контроля позволяет обеспечить его **своевременность**, или, иными словами, добиться такой формы деятельности, когда контрольные мероприятия в отношении возможных эпидемиологических осложнений носят упреждающий характер. Здесь важная роль отводится эпидемиологическому анализу, позволяющему прогнозировать изменение санитарно-эпидемиологической обстановки. Любому врачу и специалисту войскового звена необходимо владеть навыками прикладного эпидемиологического анализа в рамках своей компетенции, чтобы в доступной форме аргументировать перед командованием свои предложения по обеспечению необходимых уставных условий жизнедеятельности личного состава. К сожалению, в современных условиях этот прием войсковыми врачами используется крайне редко.

**Доказательность** при проведении МК достигается правильным использованием имеющихся нормативных и методических материалов, подтверждающих обоснованность предложений медицинской службы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия в части.



В качестве аргументов должны использоваться, прежде всего, действующие нормативные акты по контролируемым вопросам, данные литературных источников, мнения компетентных специалистов.

Важное значение приобретают объективные методы контроля, которые входят в арсенал приемов медицинской службы на уровне войсковой части, соединения. Проведение таких исследований (измерений) требует систематичности и определенных навыков. В этом отношении необходимо вспомнить позитивный опыт использования войскового портативного набора для контроля за санитарным состоянием объектов питания (ВПНК-П), внедренного в практику работы медицинской службы в 80-х годах прошлого века (директива начальника ЦВМУ МО СССР 1987 г. № 161/ДМ-6).

Только доказательность позиции врача может убедить (а порой и заставить) командира или начальника встать на его сторону и обеспечить выполнение предлагаемых медицинской службой профилактических мероприятий в части.

**Действенность** МК предполагает его направленность на конечный результат в достижении основной цели — улучшении санитарного состояния объектов части и снижении уровня заболеваемости военнослужащих. Этому способствует систематическая, ежедневная и кропотливая работа, стремление добиваться устранения недостатков даже в самых простых вопросах, решение которых находится в компетенции командиров подразделений. Успех здесь связан с умением работать и взаимодействовать с должностными лицами части, от решений которых зависит выполнение уставных требований. Важная роль в достижении результата отводится информированию командования части о предложениях по проведению профилактических мероприятий, требующих компетенции командира. В случае отсутствия динамики в решении проблемных вопросов об этом необходимо информировать старшего медицинского начальника и центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в районе ответственности которого находится данная часть.

**Последовательность** в МК достигается единством подходов к оценке санитарного состояния объекта и санитарно-эпидемиологической обстановки в части, а также в определении степени эпидемиологического риска возникновения заболеваний. Недостатки в условиях жизнедеятельности личного состава должны вскрываться (и в последующем устраняться) на уровне как командира подразделения, так и командира части. Длительно существующие недостатки должны отмечаться регулярно до факта их устранения, отражаясь, при необходимости, в докладах всех уровней.

Неприемлем стиль в работе медицинской службы, когда отмеченные на уровне части недостатки не показываются на вышестоящем уровне, создавая эффект мнимого благополучия. Еще более неприемлема практика, когда о существующих проблемах в условиях жизнедеятельности личного состава командование части узнает «случайно» в ходе инспекции старшего начальника. Такие упущения в работе ведут к снижению престижа медицинской службы, потере времени в решении вопросов по предупреждению негативных сдвигов в санитарно-эпидемиологической обстановке и заболеваемости военнослужащих.

**Принципиальность** при осуществлении МК зиждется на морально-этических (характерологических) качествах персонала медицинской службы, предполагая недопустимость замалчивания недостатков, основываясь на способности предвидеть и прогнозировать изменения санитарно-эпидемиологической обстановки в части и степень риска заболеваемости военнослужащих, особенно групповой и вспышечной.

В основе МК лежит *оценка состояния здоровья* личного состава, а именно — ретроспективный анализ заболеваемости, который необходимо проводить в динамике, сравнивая уровень заболеваемости с аналогичными показателями за соединение, объединение, округ (флот). Данные показатели учитываются и обобщаются еженедельно (ежемесячно) и должны анализироваться с целью установления прогностически влияющих на здоровье личного состава факторов жизнедеятельности.



С целью определения истинного уровня заболеваемости личного состава организуется проведение периодических медицинских осмотров и обследований. Медицинский персонал части закрепляется за конкретными подразделениями для активного выявления заболевших и их своевременной госпитализации.

В том случае, когда заболеваемость личного состава части не превышает среднесноголетних показателей, МК осуществляется с установленной руководящими документами периодичностью. Если в условиях жизнедеятельности военнослужащих отмечаются определенные нарушения уставных и санитарных норм, то контроль динамики производится с большей частотой.

Информация, полученная медицинской службой в ходе МК, должна своевременно и аргументировано доводиться до командования с конкретными предложениями о проведении соответствующих санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Для реализации данной функции медицинской службы войскового звена существует регламентированная нормативными документами система докладов как по линии командования, так и по линии старшего медицинского начальника. Эта система предусматривает условия внеочередных, еженедельных и ежемесячных докладов командованию результатов анализа заболеваемости личного состава, недостатков в санитарном состоянии объектов части, а также докладов о случаях инфекционных заболеваний или происшествиях, которые могут отразиться на санитарно-эпидемиологическом состоянии части [5, 7].

Важным моментом в системе информирования командования части и старшего медицинского начальника является оформление результатов анализа заболеваемости и санитарного состояния объектов части. Внеочередная информация, как правило представляемая устно, должна подтверждаться письменно. Еженедельная и ежемесячная информация представляется по форме, предписанной указаниями начальника ГВМУ МО РФ [5].

Правильно оформленная, содержащая результаты анализа заболеваемости с указанием причин ее возникновения и распространения, своевременно представленная информация о санитарно-эпидемиологическом состоянии части служит для командира основой при рассмотрении на служебных совещаниях вопросов сохранения здоровья личного состава. Этот вид деятельности обязывает командование принимать необходимые меры каждый раз при поступлении соответствующей информации от медицинской службы [1, 4, 7].

Наиболее проблемные вопросы, направленные на профилактику заболеваний и требующие своего *безотлагательного решения*, указываются в приказе командира части и в прилагаемом к нему плане мероприятий. Необходимость в таких действиях появляется при возникновении инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний, обусловленных недостатками в условиях жизнедеятельности личного состава.

Так называемые долгосрочные профилактические мероприятия, направленные на улучшение условий жизнедеятельности личного состава, а также на сохранение его здоровья и снижение заболеваемости, необходимо отражать в годовом плане подготовки части, а также в комплексном плане части по поддержанию правопорядка, улучшению службы войск и обеспечению безопасности военной службы [1, 7]. Спланированные профилактические мероприятия должны касаться не только деятельности медицинской службы, но и других служб (квартирно-эксплуатационной, продовольственной, вещевой, ветеринарно-санитарной, экологической, службы войск и безопасности военной службы), от которых зависит создание и поддержание уставных условий жизнедеятельности. И более того — вышеназванные профилактические мероприятия должны отражаться в плане части не в разделе медицинской службы, а в разделах тех служб, от которых зависит тот или иной вид деятельности.

Таким образом, медицинский контроль за условиями жизнедеятельности



личного состава является важнейшим практическим методом профилактики заболеваний и требует внимательно-

го отношения к организации и осуществлению на всех уровнях его проведения.

### Литература

1. Методические рекомендации по организации и выполнению мероприятий повседневной деятельности в воинской части. Книга 2. Служба войск и обеспечение безопасности военной службы (директива первого заместителя МО РФ от 5 ноября 2002 г. № 332/500). — М.: Воениздат, 2002. — 287 с.
2. Методические указания по государственному санитарно-эпидемиологическому надзору за водоснабжением военных городков. — М.: ГВКГ им Н.Н.Бурденко, 2001. — 78 с.
3. Методические указания по государственному санитарно-эпидемиологическому надзору за территорией военных городков. — М.: ГВКГ им Н.Н.Бурденко, 2002. — 69 с.
4. О мерах по обеспечению охраны здоровья личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации (приказ МО РФ от 14 октября 1999 г. № 466).

5. О структуре, содержании и порядке представления докладов по охране здоровья личного состава воинских частей, кораблей, учреждений, вузов, соединений и объединений (директива начальника ГВМУ МО РФ от 31 января 1998 г. ДМ-4).
6. Об утверждении руководства по войсковому (корабельному) хозяйству в Вооруженных Силах Российской Федерации (приказ МО РФ от 23 июля 2004 г. № 222).
7. Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации. — М.: Воениздат, 2008. — 589 с.
8. Руководство по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время (приказ начальника Тыла ВС РФ — заместителя министра обороны Российской Федерации от 15 января 2001 г. № 1).
9. Указания по санитарному надзору за банно-прачечным обслуживанием войск и профилактикой педикулеза. — М.: Воениздат, 1992. — 48 с.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 61:355

## Опыт внедрения единой системы персонифицированного учета стационарных больных в госпиталях Ленинградского военного округа

ГРИШУК А.В., полковник медицинской службы  
ИВАНОВ В.В., профессор, полковник медицинской службы  
МАХНОВСКИЙ А.И., подполковник медицинской службы

**В** условиях изменения юридических и экономических основ гражданского и военного здравоохранения информационно-статистическая деятельность в медицине приобрела экономическую значимость. Медицинские учетные данные стали основой для осуществления взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги между субъектами здравоохранения, а статистический анализ — основой построения экономически эффективных систем медицинского обеспечения [1].

Одним из ведущих факторов, влияющих на качество медицинского обеспечения прикрепленных контингентов на региональном уровне, является рациональное распределение ресурсов между подчиненными *лечебно-профилактическими учреждениями* (ЛПУ) с последующей оценкой эффективности их деятельности. Это достигается внедрением в систему управления, с одной стороны, медико-экономического анализа и медико-экономического планирования, с другой — медико-экономического контроля [3].