

**Обсуждение.** В структуре вызовов реанимационных бригад СМП из-за внешних причин заболеваний неудавшиеся попытки самоповреждений и различные отравления находились на третьем и четвертом ранговом местах после нападений на детей и подростков и дорожно-транспортных происшествий. Изучение структуры вызовов реанимационных бригад СМП г. Астрахани к детям и подросткам 0-19 лет позволило сделать вывод о том, что острые отравления встречаются чаще всего в возрасте 1-4 лет (31,9%) и в возрасте 15-19 лет (41,1% от числа всех отравлений у детей и подростков 0-14 лет). Имеет значение, кроме возраста и пола детей и подростков, зимний период года, когда число вызовов реанимационных бригад СМП к отравившимся значительно возрастает. Данные, полученные в работе об отравлениях детей и подростков г. Астрахани, могут быть использованы для проведения профилактической работы среди подростков с девиантным поведением.

#### **Заключение:**

1. Численность и структура острых отравлений детей и подростков, по поводу чего вызывались реанимационные бригады СМП, зависят от места жительства, внимания родителей к собственным детям, пола, возраста обратившихся детей и подростков, сезона года.

2. Отравления подростков медикаментами были в основном преднамеренными.

3. Преднамеренные отравления были у юношей и девушек 15-19 лет, связанные в основном с употреблением психоактивных веществ.

4. Преднамеренные отравления медицинскими препаратами и бытовыми ядами носили ложносуицидный характер, что связано с психоэмоциональной неустойчивостью; в субертатном периоде они встречались чаще у девушек-подростков.

5. Отравления у детей младшего возраста чаще происходили от небрежного хранения бытовых ядов и медикаментов и халатности родителей.

#### **Библиографический список**

1. Гладченко А.Ю., Сердюков А.Г., Гладченко Ю.Л. Эпидемиология острых химических отравлений в подростковом возрасте // Актуальные вопросы современной медицины. Астрахань: АГМА, 2007. С. 51-54.
2. Гладченко Ю.Г., Сердюков А.Г., Гладченко Ю.Л. Актуальность острых лекарственных отравлений и ситуация в г. Астрахани // Медико-социальные и клинико-социальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: Труды Астраханской государственной медицинской академии. Астрахань: АГМА, 2007. С.73-82.
3. Ефимова Л.К., Бора В.М. Лекарственные отравления у детей. Киев: Здоровье, 1995. 265 с.
4. Макарова И.В., Афанасьев В.В., Цибулькин Э.К. и др. Клиническая токсикология детей и подростков. СПб.: Интермедика, 1998. Том 1. 304с.
5. Лутников Е.А. Неотложная помощь острым отравлений и эндотоксикозов. М.: Медицина, 2000. 312 с.
6. Балашова Т.И., Макаров В.А., Сухарева Т.В. и др. Структура и динамика острых отравлений психоактивными веществами у детей в г. Астрахани / Т.И. Балашова, // Современные проблемы наркологии. Астрахань: АГМА, 1999. С.17-23.
7. Михов Х. Отравления у детей. / Пер. с болгар. А.И. Иванова. М.: Медицина, 1985. 224с.

УДК616.12-083.9:312.2

Оригинальная статья

### **КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Ю.С. Корнева** – ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Росздрава, кафедра патологической анатомии, врач-ординатор; **Д.В. Козлов** – Смоленский областной институт патологии, отделение клинической патологии №2, заведующий отделением, доктор медицинских наук.

#### **CARDIOLOGICAL PATHOLOGY IN STRUCTURE OF MORTALITY IN EMERGENCY HOSPITAL**

**Yu.S. Korneva** – Smolensk State Medical Academy, Department of Pathological Anatomy, Attending Physician; **D.V. Kozlov** – Smolensk Regional Institute of Pathology, Head of Department of Clinical Pathology №2, Doctor of Medical Science.

Дата поступления – 15.04.10 г.

Дата принятия в печать – 15.06.2010 г.

**Ю.С. Корнева, Д.В. Козлов.** Кардиологическая патология в структуре смертности в больнице скорой медицинской помощи. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 279-282.

В работе рассматривают соответствие клинических и патологоанатомических диагнозов по их структуре; обсуждают совпадение диагнозов по основному заболеванию и непосредственной причине смерти. При проведении анализа обращают внимание на специфику постановки диагнозов в отделениях терапевтического, хирургического профилей и в приемном отделении. Суммируя полученные данные по всем вышеперечисленным пунктам, особое внимание уделяют заболеваниям кардиологической группы, как нозологиям, занимающим лидирующее место в структуре смертности.

**Ключевые слова:** смертность, структура диагноза, кардиологическая патология

**Yu.S. Korneva, D.V. Kozlov.** Cardiological pathology in structure of mortality in emergency hospital. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2010, vol. 6, № 2, p. 279-282.

In the article the correspondence between the structure of clinical and pathologic diagnoses was analyzed. Adequacy of underlying disease and adequacy of complication in clinical and pathologic diagnoses was also analyzed. While performing analyses, specific characters of making diagnoses in therapeutic, surgical departments and reception rooms were studied. Summing the received data, special attention was paid to cardiological diseases as nosologies which take the leading place in mortality rate.

**Key words:** mortality, structure of diagnosis, cardiological pathology.

**Введение:** Работа посвящена оформлению клинических (КД) и патологоанатомических (ПД) диа-

гнозов, их рубрикации и сличению по основной (ОПС) и непосредственной (НПС) причинам смерти. Основное внимание в работе уделено сердечно-сосудистым заболеваниям, в частности, кардиологическим нозологиям, занимающим в России первое место среди всех других причин смертности населе-

**Ответственный автор** – Корнева Юлия Сергеевна  
214030 г. Смоленск, ул. Николаева 38-53.  
Тел +79529921014,  
E-mail: ksu1546@yandex.ru

ния [1, 2]. Многие авторы исследуют в своих работах диагнозы лишь по факту совпадения/расхождения по основному заболеванию; обсуждается вопрос о правомочности выделения категорий расхождений, но мало кто обращает внимание на структуру диагноза и соответствие ее в клиническом и патологоанатомическом диагнозах. В то же время разработано много инструкций и рекомендаций о правилах формулирования диагнозов и необходимости соблюдения их структурности [3, 4]. Кроме этого, не обращается внимание на совпадение расхождения диагнозов по НПС, которые являются основополагающими звеньями пато- и танатогенеза и на ликвидацию которых должны быть направлены основные усилия клиницистов. Данный вопрос подробно разбирается в работе на примере кардиологической патологии.

**Методы.** Материалом послужили протоколы вскрытий тел умерших больных, поступивших из клинической больницы скорой медицинской помощи (КБСМП) г. Смоленска, выполненных в 2008 году на базе Смоленского областного института патологии. Всего исследовали 362 протокола. Более подробно анализировали 150, в клиническом или патологоанатомическом диагнозах которых фигурировали кардиологические нозологии.

**Результаты.** КБСМП является специфичным медицинским учреждением как в отношении круглосуточно оказываемой экстренной помощи, так и по контингенту обслуживаемых больных. В КБСМП в 2008 году в КБСМП госпитализированы 23100 больных. Из них умерли 562, в том числе 35% до суток. Процент патологоанатомических вскрытий – 86,1%.

Оборот койки в КБСМП составил 35,3. Средняя занятость койки – 347,4 (план – 335,1). Летальность – 2,3% (5,4% – без акушерско-гинекологической службы). От общего числа наблюдений 44,8% было женщин и 55,2% мужчин.

61,6% и 33,6% от числа всех аутопсий составили умершие в стационарах, соответственно терапевтического и хирургического профиля, и 4,8% – приемного отделения. Из всех нозологий, на первом месте зафиксированы болезни органов кровообращения, на втором – пищеварения, на третьем – дыхания.

В 40 случаях из 362 имелись расхождения КД и ПД по ОПС (11,2%), в том числе по 1 категории – в 7,6% и по 2 категории – в 3,6%. Расхождений диагнозов (РД) 3 категории не было. Во время нашего анализа мы посчитали, что еще в 55 секционных наблюдениях следовало ситуацию квалифицировать как РД по ОПС. Таким образом, процент РД по ОПС возрос до 26,7% (расхождений по 1 категории 19,1% от общего числа аутопсий и 7,6% РД по 2 категории). В целом процент РД по терапевтическим отделениям составил 29,4%, по отделениям хирургического профиля – 20,2% и по приемному отделению – 43,7% от общего числа случаев смерти по этим отделениям. При изучении несовпадений по НПС выявлено, что в случае совпадения основного диагноза, НПС определена клиницистами неверно в 33,7% наблюдений, а при расхождении основных диагнозов – в 35,8% наблюдений. Чаще несовпадения по НПС имели место в группе терапевтических больных. Такой высокий процент несовпадений по НПС связан с тем, что клиницисты обычно выносят все возможные, а не действительно имеющие место НПС. В 45,9% несовпадений по НПС бикаузальная структура КД была сохранена в ПД, в 13,9% структура КД оставалась монокаузальной, в 0,82% наблюдений сохранялась как мультикаузальная структура. Монокаузальный

КД был заменен на бикаузальный ПД в 9,8% наблюдений с несовпадением по НПС. В этой же группе наблюдений бикаузальный КД заменялся на монокаузальный в 19,7%, а перерастал в полипатию в ПД в 1,6%. Полипатия КД упрощалась до бикаузального ПД в 2,5% случаев, в монопатологию – в 6,5%. Все случаи замены морфологами полипатии на бикаузальный либо монокаузальный диагноз сопровождался несовпадением по НПС.

Средний срок нахождения больного в стационаре по больнице составил 7,4 койко-дня. В отделениях терапевтического профиля он равен 4 койко-дням, хирургического – 8,4, а приемного отделения – 0,02 койко-дням. В наблюдениях с РД 1 категории по ОПС, он был меньше общебольничного – 7,0 койко-дня, тогда как при РД 2 категории, больше – 8,2 койко-дня. В целом частота РД была обратно пропорциональна длительности пребывания больного в стационаре (наилучшие показатели были получены по отделениям хирургического профиля).

При анализе структуры диагнозов отмечены все известные варианты формулирования в виде моно-, би- и мультикаузальных КД и ПД. В отделениях терапевтического профиля и клиницисты, и морфологи чаще использовали бикаузальные диагнозы (68% и 80,3%, соответственно), в хирургии монокаузальные (45,4% и 52,3%, соответственно), в приемном отделении монокаузальные (37,5% и 56,3%). Наибольший процент полипатии в КД диагнозе был выявлен в приемном отделении (25% от общего числа умерших), но морфологами не был подтвержден ни один из них, реже всего мультикаузальный диагноз использовался в хирургических отделениях – 6,0%, но морфологи подтвердили такую структуру лишь в 2,2% наблюдений. Из 8,2% полипатии, выставленной в терапевтических отделениях, подтверждение нашли только 2% наблюдений, а составившие 23% от общего числа терапевтических диагнозов монокаузальные КД у морфологов были таковыми в 17,6% наблюдений. Бикаузальные диагнозы отделений хирургического профиля и приемного имели место в КД в 48,5% и 37,5% соответственно, а в ПД в 45,5% и 43,8%. Надо отметить, что, представляя КД как 2 конкурирующих заболевания, клиницисты, а порой, и патологи, не выделяют осложнения отдельно для каждой нозологии. Часто КД, построенные как бикаузальные, представляют собой полипатию, например, путем прибавления к двум конкурирующим или сочетанным нозологиям еще и фонового заболевания, либо включения в фоновое заболевание от 2 до 7 различных нозологий.

При сличении структуры диагнозов выяснилось, что в отделениях хирургического профиля чаще, чем в других отделениях, монокаузальные и бикаузальные КД подтверждались в ПД (32,6% и 31,8%, соответственно). В тех наблюдениях, когда структура диагнозов не совпала, чаще происходила замена бикаузального диагноза на монокаузальный (15% случаев) и монокаузального на бикаузальный в ПД (12% случаев). Полипатию, имевшаяся в историях болезней, трансформировалась в моно- или бикаузальный ПД в 3% по обоим вариантам, а в 2,3% морфологи выставили мультикаузальный диагноз, тогда как в КД он был представлен в виде бикаузального диагноза.

В отделениях терапевтического профиля также наблюдается преобладание бикаузальных КД и ПД (57,6%). Реже встречались наблюдения с сохраненной монокаузальной структурой (12,3%). Такой же процент отмечен при ситуации, когда бикаузальный

диагноз сменился на монокаузальный ПД. Несколько реже (12% наблюдений) монокаузальный КД в протоколе патологоанатомического вскрытия был представлен как бикаузальный. Полипатии КД в ПД тех же наблюдений выглядели как би- и монокаузальные диагнозы в 4.4% и 3.4%, соответственно. В 1.5% случаев имела место смена КД бикаузального на мультикаузальный ПД, а в 0.5% случаев патологоанатомы подтвердили мультикаузальную структуру диагноза клиницистов.

По приемному отделению, также были подтверждены би- и монокаузальные КД (в 42.1% и 26.3%, соответственно), на третьем месте по частоте отмечена смена бикаузального диагноза в КД на монокаузальный ПД (15.8%). Монокаузальный диагноз заменялся бикаузальным в 5.3%, полипатия клиницистов была заменена монокаузальным диагнозом в 5.3% наблюдений, а бикаузальным в 10.6%.

При изучении случаев фактического расхождения диагнозов 1 категории в 37% случаев сохранялась бикаузальная структура диагноза (при должном расхождении 1 категории – 45.6%), затем следовали диагнозы, в которых сохранился монокаузальный диагноз (33.3% фактически и 20.6% должных расхождений), бикаузальный диагноз превратился в монокаузальный 22.2% фактически и 19.1% должных расхождений, монокаузальный диагноз заменялся патологами на бикаузальный в 11.1% и 10.3%, соответственно. Полипатия в КД заменялась монокаузальным ПД в 7.4% фактических и 8.8% должных РД. Она же в КД заменялась на бикаузальный в ПД в 3.7% и 4.4%, соответственно. При расхождении 2 категории наиболее часто бикаузальный диагноз сменялся монокаузальным (30.7% фактических РД и 37.0% – должных), затем также следовало подтверждение бикаузальной (38.5% и 22.2%) и монокаузальной (30.8% и 22.2%) структур. Полипатия в КД трансформировалась в монокаузальный диагноз в 7.7% фактических и 7.4% должных РД.

По нашим данным, от болезни органов кровообращения в КБСМП за 2008 г. умерли 150 больных, из них 70% в стационарах терапевтического профиля, а остальные 30% в неспециализированных отделениях, в том числе 10.0% в приемном отделении. Еще в 20 случаях в КД основной нозологией были выставлены заболевания сердечно-сосудистой системы, не нашедшие, однако, места в ПД. Процент РД, по данным годового отчета, в анализируемой группе составил 12.4%, однако при проведенном нами анализе и сличении КД и ПД процент расхождений возрос до 35.5%.

Мужчины от общего числа наблюдений составили 46.2%, а женщины – 53.8%. Возраст пациентов колебался от 30 до 90 лет (средний возраст для женщин 72 года, для мужчин – 66.5 года). Мужчины преобладали в возрастной группе 56-75 лет (45 набл.), женщин было больше в возрастной группе от 66 до 85 лет (69 набл.).

Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил для женщин 5.8 дня, а для мужчин – 6.4 дня (в группе с РД эти показатели иные – у мужчин – 4.3, у женщин – 2.1 койко-день).

В КД чаще присутствовали следующие заболевания: атеросклеротический кардиосклероз – 71%; постинфарктный кардиосклероз – 54%; повторный инфаркт миокарда – 30%; ОКС – 20% и инфаркт миокарда (без дифференцировки на впервые возникший или повторный) – 18%. Преобладание в КД таких заболеваний, как атеросклеротический и постинфарктный кардиосклерозы, связано с тем, что

в основном заболевании клиницисты практически всегда указывают эти две нозологии. Это не всегда находит подтверждение морфологически. Наиболее частыми нозологиями в ПД оказались следующие: повторный инфаркт миокарда – 26.8%; впервые возникший инфаркт миокарда – 20.0%; атеросклеротический кардиосклероз – 15.4%; постинфарктный кардиосклероз – 14.8%; атеросклеротическая болезнь сердца – 7.4%. У мужчин отмечено преобладание постинфарктного кардиосклероза, а у женщин – впервые возникший инфаркт миокарда. В ПД НПС чаще всего были: декомпенсация хронической сердечной недостаточности, альвеолярный отек легких как следствие острой левожелудочковой недостаточности, аритмический шок, миомаляция с последующей гематопадой. При этом у женщин значительно чаще, чем у мужчин, встречалась миомаляция зоны ишемического некроза сердечной стенки, а у мужчин в качестве НПС преобладал аритмический шок. Выделить НПС в КД оказалось крайне затруднительно, так как обычно присутствовали (часто одновременно) многочисленные осложнения острых и хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы. Несовпадения по НПС встречались в 41,2% процентах случаев.

В анализированных нами кардиологических наблюдениях отдавали предпочтение бикаузальному диагнозу (76.9% от общего числа КД и 68.7% – ПД). Монокаузальный диагноз ставили, соответственно в 17.5% и в 30% (полипатию выставили в 8% и 5%). Очевидно, что КД искусственно усложняют. Это касается как основной патологии, так и ее осложнений (гипердиагностика в 44,3% случаев). Например, в КД в фоновой патологии присутствовало в 41% наблюдений от 2 до 7 нозологий. Однако чаще всего (61.2%) диагноз сохранял бикаузальную (монокаузальную в 8%) структуру, хотя в 10% происходила замена морфологами би- на монокаузальный диагноз, полипатия заменялась на моно- или бикаузальные диагнозы в 3.7% и 8% соответственно, а в 5% наблюдений в ПД бикаузальный КД был трансформирован в полипатию. В одном наблюдении и клиницисты и патологи сошлись на том, что диагноз должен по структуре быть мультикаузальным.

**Обсуждение.** Процент вскрытий в нашей стране значительно разнится. Так, в Кемеровской области, по данным А.Г. Жука [5], составил в 2006-2007 годы 74,7%, а в Новосибирске в одной из основных больниц города он достигает 91,6% в 2007 году [6]. Смоленск по данному показателю занимает промежуточное положение. Наши показатели по РД достаточно низкие (в Новосибирске, по данным В.А. Жуковой [6], РД 1 категории составили 39,6%, 3 категории – 2,1%), однако очень велик процент несовпадений по НПС. Профессор А.Г. Жук [5] пишет, что в Кемеровской области процент выявления нераспознанных смертельных осложнений находится на уровне 4,9%, что можно связать с гораздо лучшей оснащенностью клиницистов оборудованием для диагностики. Считается, что показатель РД действительно значим и полезен, особенно в динамике для конкретных ЛПУ, но лишь в случаях, когда процент вскрытий достигает 66-75% умерших в сочетании с качественной посмертной диагностикой [7]. В то же время в наши дни активно обсуждается вопрос, поднятый профессором И.А. Казанцевой, о нецелесообразности выделения категорий расхождений диагнозов, так как окончательное решение по каждому конкретному случаю решается коллегиально, а не единолично

врачом-патологоанатомом. Процент РД различается по регионам РФ: так, С.Л. Воробьев [7] сообщает, что в ЛПУ Ленинградской области он колеблется от 6,1 до 33,6%, в Санкт-Петербурге показатель составляет 10,4%, в Новосибирске – 10,6% и в Москве – 16,3%. Максимальный процент РД наблюдается в Челябинской области – 30,7%. Достаточно высокий процент РД в КБСМП объясняется тем, что пациенты поступают по экстренным показаниям, а преобладание расхождений 1 категории – коротким сроком пребывания больного в стационаре.

Болезни системы кровообращения занимают лидирующее положение среди причин смерти в РФ [1, 2, 8]. В регионах России этот показатель незначительно колеблется с 43,0% в Уральском Федеральном округе до 55,6% в Дальневосточном [9]. В Москве за 2007 год, по данным О.В. Зайратьянца [9, 10], он составил 56,0%. Среди нозологий данной системы первое место по РФ (28%) занимает инфаркт миокарда. Наиболее часто (33,6%) он встречается в Приволжском Федеральном округе, причем не диагностируют его при жизни в 9,3% случаев [1]. Процент РД в кардиологической группе по Москве составляет 12,9% [9], тогда как при тщательном анализе КД и ПД по КБСМП он выше.

#### Выводы:

1. По структуре клинический диагноз мало отличается от патологоанатомического даже в случаях их расхождений.

2. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию нередко объясняется тем, что в клиническом диагнозе присутствует несколько нозологий, такую же ситуацию наблюдаем при оценке пункта «осложнения» в кардиологических диагнозах.

3. Клинические диагнозы из стационаров хирургического профиля чаще имеют моно- или бикаузальную структуру, в отличие от диагнозов терапевтического профиля, но для кардиологических диагнозов бикаузальная форма диагноза также является наиболее частой.

4. Несмотря на кратковременность пребывания больных в приемном отделении, качество постановки диагнозов в них остается высоким.

5. Следует отметить, что треть больных кардиологического профиля умирают в неспециализированных отделениях.

6. Процент как выявленных, так и должных расхождений диагнозов по кардиологической группе, выше этих же значений по больнице в целом.

7. В кардиологических клинических диагнозах наиболее «популярными» нозологиями были атеро-

склеротический и постинфарктный кардиосклероз, как проявление хронического процесса, в то время как патологию чаще обнаруживают на вскрытии острые формы ишемической болезни сердца.

8. Необходимо усилить контроль патологоанатомической службы за качеством постановки клинических диагнозов, так как фактический процент расхождений диагнозов в 2 раза превышает имеющийся.

#### Библиографический список

1. Мишнев О.Д., Кравченко Э.В., Лыкова Н.Л. и др. Некоторые болезни системы кровообращения в 2007 году (по данным аутопсий) в Федеральных округах Российской Федерации // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов (26-30 мая 2009). Самара: ООО ИПК Содружество, 2009. Т.1. С. 72-74.
2. Кардиология: Национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Органова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1232 с.
3. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. М.: ООО Медицинское агентство, 2008. 424 с.
4. Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Аничков Н.М. Руководство по биопсийно-секционному курсу: Учебное пособие. М.: Медицина, 2002. 256 с.
5. Жук А.Г. Итоги деятельности областного ПАБ за 14 лет (1994-2007 гг.) // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов (26-30 мая 2009). Самара: ООО ИПК Содружество, 2009. Т. 1. С. 47-49.
6. Жукова В.А., Надеев А.П. Состояние и перспективы развития патологоанатомической службы г. Новосибирска // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов (26-30 мая 2009). Самара: ООО ИПК Содружество, 2009. Т. 1. С. 49-52.
7. Воробьев С.Л. Сравнение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов – проблемы системного анализа и отчетности // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов (26-30 мая 2009). Самара: ООО ИПК Содружество, 2009. Т. 1. С. 43-45.
8. Руководство по кардиологии: в 2 т. Т.1. / Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 672 с.
9. Зайратьянц О.В., Поляно А.И. Итоги работы патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений департамента здравоохранения Москвы за 5 лет (2003-2007 гг.) в таблицах // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов (26-30 мая 2009). Самара: ООО ИПК Содружество, 2009. Т.1. С. 55-60.
10. Зайратьянц О.В. Проблема организации клинико-экспертной работы патологоанатомической службы // Актуальные вопросы патологической анатомии: Материалы III съезда Российского общества патологоанатомов (26-30 мая 2009). Самара: ООО ИПК Содружество, 2009. Т.1. С. 52-54.

УДК616-082:323.32 «312»(045)

Оригинальная статья

### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*И.Г. Новокрещенова* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением и фармацевцией, доцент, доктор медицинских наук; *И.В. Новокрещенов* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, доцент кафедры экономики и управления здравоохранением и фармацевцией, кандидат педагогических наук; *В.Е. Буланов* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры экономики и управления здравоохранением и фармацевцией.

### ORGANIZATION OF MEDICAL AID FOR WORKERS OF INDUSTRIAL ENTERPRISES IN CONTEMPORARY CONDITIONS

*I.G. Novokreshchenova* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Economics and Management of Health Service and Pharmacy, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; *I.V. Novokreshchenov* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Economics and Management of Health Service and Pharmacy, Assistant Professor, Candidate of Pedagogic Science; *V.E. Bulanov* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Economics and Management of Health Service and Pharmacy, Post-graduate.