

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СПОСОБЫ
ИХ КОРРЕКЦИИ**

Васильев Ю.Н., Цирлина М.М.,
Троегубова Т.А.

*Иркутский государственный медицинский
университет
Иркутск, Россия*

Артериальная гипертензия из всех заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее тесно связана с когнитивными нарушениями. Известно, что зависимость артериальной гипертензии и когнитивных нарушений неоднозначна, о чем свидетельствует как повышение, так и понижение артериального давления. Тем не менее, данные литературы показывают отсутствие достоверного влияния гипотензивной терапии на риск когнитивного снижения у лиц без цереброваскулярного заболевания. Из этого следует, что необходимость коррекции артериальной гипертензии для предупреждения когнитивных нарушений не вызывает сомнений, но однозначной оптимальной терапии до настоящего времени нет. Поэтому необходим более комплексный подход к лечению артериальной гипертензии, не ограничивающийся гипотензивными препаратами. Не менее важно учитывать сопутствующую патологию. Например, по данным некоторых исследований показано, что у пациентов с сердечной недостаточностью оценка когнитивных нарушений по шкале MMSE была в среднем на 1 балл ниже, чем у пожилых лиц с заболеваниями сердца, не имевших сердечной недостаточности.

Проведено скрининговое исследование 11 больных с артериальной гипертензией, имеющих различные сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы. Все пациенты, наряду с общепринятой гипотензивной терапией, принимали препарат Кавинтон-форте в течение 3-х месяцев в дозировке 10 мг три раза в день. У всех больных оценивались неврологический статус, степень артериальной гипертензии, длительность заболевания, длительность гипотензивной терапии и ее регулярность, а также когнитивные нарушения по шкале MMSE (Mini-Mental State Examination). Обследование проводилось до лечения, через две недели, и по истечении 3-х месяцев. Также оценивались переносимость приема Кавинтона-форте и его безопасность. Средний возраст больных, среди которых было 10 женщин и 1 мужчина, составил 57 лет. Из сопутствующих заболеваний у всех пациентов была диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии, у 4-х она сочеталась с сахарным диабе-

том и ишемической болезнью сердца. Степень артериальной гипертензии также различалась: у трех пациентов – 1-я, у одного – 2-я, и у большинства (7 человек) – 3-я. Длительность заболевания варьировала: меньше года – два человека, от одного до пяти лет – один, от пяти до десяти лет – трое, более десяти лет – пять. Регулярно гипотензивную терапию принимали 5 пациентов, только при повышении артериального давления – 6.

При оценке когнитивных функций средний балл по шкале MMSE составил 27,2, что свидетельствует о легких когнитивных нарушениях. Во время второго приема показатели улучшились на 0,5 балла (27,7), на третьем приеме средний балл составил 28,6. У всех пациентов не было отмечено побочных эффектов и отрицательного взаимодействия с препаратами базовой терапии. Динамика показателей не проявляла существенных различий в зависимости от пола и возраста. Наряду с этим, степень и длительность артериальной гипертензии положительно коррелировала с уровнем развития когнитивной дисфункции, что не противоречит данным литературы. Необходимо отметить, что у больных с сочетанной патологией положительный эффект, наблюдавшийся на втором приеме, не показывал динамики через 3 месяца, в отличие от пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией. Это, возможно, свидетельствует о необходимости пролонгирования курсовой терапии Кавинтоном-форте.

Оценивая результаты, можно сделать вывод, что применение Кавинтона-форте в терапии у больных с артериальной гипертензией положительно влияет на когнитивные функции вне зависимости от возраста и длительности заболевания, не оказывая значимых побочных эффектов и негативного взаимодействия с гипотензивной терапией.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

Герасимова С.В.

*Московский государственный медико-
стоматологический университет
Москва, Россия*

В настоящее время рынок стоматологических услуг интенсивно развивается, несмотря на сохранение кризисных явлений в экономике. Средний темп роста в стоматологии составляет около десяти процентов, что значительно выше большинства подотраслей здра-

вохранения. В тоже время сохраняется ведущее значение фактора конкуренции, в особенности на ценовых сегментах. Перед многими стоматологическими клиниками стала первоочередной проблемой выживания на рынке стоматологических услуг. Это связано с потерей конкурентных преимуществ в посткризисный период. Между тем в научных исследованиях данной проблеме не уделяется должного внимания. Почти отсутствуют научные результаты доступные для эффективного практического применения в сфере стратегического управления конкурентоспособностью стоматологических услуг.

Проблема прогнозирования инновационного развития конкурентоспособности услуг стоматологических клиник заключается в оценке перспективных последствий от реализации альтернативных сценариев развития конкурентных преимуществ на основе инноваций. Эти сценарии должны обеспечивать в будущем целевой уровень конкурентоспособности в условиях исходной неперспективной ситуации.

Переход от ситуации неконкурентоспособности к ситуации конкурентоспособности не может быть одномоментным. Он требует значительных временных и денежных затрат, связан с разработкой и реализацией соответствующих инвестиционных проектов, наличием стоматологических инноваций, способных привести к достижению целевого уровня конкурентоспособности в рамках располагаемых ресурсов клиники. При этом требуется выдвижение рациональных гипотез о перспективных тенденциях изменения конкурентной среды для снижения рыночной неопределенности.

Выявление ситуации неконкурентоспособности стоматологических услуг производится, как правило, на основе параметрического подхода. Этот подход основан на сравнении соотношений цены и качества услуг конкурентов. Количественным показателем качества служит характеристика степени соответствия фактических свойств услуги рыночным требованиям к данному соотношению – норма потребительной стоимости (НПС). Результатом сравнения является конкретное значение индекса конкурентоспособности. Если индекс меньше единицы, услуга является неконкурентоспособной. В существующих научных работах, посвященных исследованию проблемы конкурентоспособности стоматологических услуг, рассмотрение вопроса ограничивается, как правило, анализом индекса товарно-ценовой конкурентоспособности, позволяющего сравнивать аналогичные стоматологические услуги по уровням качества ценовых и нецено-

вых свойств с учетом ценовой эластичности исследуемых сегментов рынка и уровня значимости ценовых факторов в пирамиде стоматологических потребностей. Между тем, данный индекс не дает ответа на вопрос об интегральном воздействии на потребителей конкурентоспособной стоматологической услуги, не учитывает степень ее рыночного проникновения, совокупную товарную «массу потребительной стоимости» (МПС), имеющую приоритет у потребителя. Так, например, новая конкурентоспособная услуга может предоставляться в небольшом объеме ввиду низкого производственного потенциала клиники и проигрывать в конкуренции за объемы сбыта услугам аналогам клиник конкурентов.

Количественной характеристикой (индексом) рыночной конкурентоспособности целесообразно, на наш взгляд, считать относительную массу потребительной стоимости, то есть отношение произведений нормы потребительной стоимости на производственную мощность стоматологической клиники. Не столько развитие качества услуг, сколько развитие объемных характеристик может обеспечить рыночную конкурентоспособность стоматологических услуг. Успех в конкуренции производственных потенциалов клиник является зачастую решающим фактором конкурентоспособности. При низком производственном потенциале, руководители клиники должны выбрать стратегическое направление развития конкурентоспособности услуг: сделать акцент на развитии производственного потенциала или продолжать совершенствовать качественно-ценовые характеристики услуг, а может быть, избрать комбинированную, дуальную конкурентную стратегию развития – рациональное сочетание обеих альтернатив. Рассмотрим ключевые особенности первой стратегии, составляющей главную цель исследования в данной работе.

Для прогнозирования производственного потенциала клиники, то есть максимально возможного объема предоставления стоматологических услуг в натуральном или стоимостном выражении, на наш взгляд, наиболее подходит метод системной динамики, основанный на применении агрегированных информационно-логических моделей «затраты - выпуск», предусматривающих макро моделирование зависимости производственного потенциала (выпуска) от факторов производства.

Наиболее распространенным и доказавшим свою эффективность на практике является метод производственных функций (ПФ). Применение коэффициентов эластичности по ресурсам приводит к ПФ степенного вида, факто-

рами производства в которых являются объем основных производственных фондов (ОПФ), объем трудовых ресурсов и инновационный фактор, представленный так называемой технологической функцией, отражающей динамику роста качества факторов производства.

Вектор-функция ресурсов и инноваций называется сценарием развития конкурентоспособности услуг на перспективу. Сценарий развития ресурсов (факторов производства) отражает принятую клиникой стратегию экономического роста. ПФ описывает стратегию экстенсивного роста, если не предусматривает изменение качества ресурсов, то есть фондоотдачи и производительности труда, процесс развития клиники не предусматривает введение инноваций в стоматологические услуги и технологию их предоставления. Как известно, современный высоко конкурентный рынок стоматологических услуг требует инновационной стратегии экономического роста. Инновации рассматриваются как важнейший фактор конкурентоспособности стоматологических услуг. В этом случае следует выбирать ПФ, включающую в свою структуру технологическую функцию, учитывающую рост качества факторов производства в процессе внедрения инноваций в технологии предоставления стоматологических услуг.

Технологическая функция представляет собой инновационную стратегию увеличения качества ресурсов. Наиболее распространена модель инновационной стратегии экспоненциального вида. В ней учитывается темп технологических инноваций, ведущий к росту объемов производства стоматологических услуг, имеющих конкурентоспособное соотношение ценовых и неценовых характеристик

Сценарий развития конкурентоспособности услуг клиники называется инновационным, если темп технологических инноваций положителен. Инновационный сценарий ведет к росту производительности труда, увеличению фондоотдачи, росту качества услуг. Прогноз траектории роста производственного потенциала служит основой для прогнозирования динамики конкурентоспособности услуг стоматологической клиники при различных предположениях о стратегии экономического роста целевого конкурента.

Практическая значимость изложенного подхода заключается в выявлении наиболее предпочтительного направления вклада ресурсов клиники в обеспечении устойчивой конкурентоспособности в будущем.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Дементьева Д.М.¹, Бобровский И.Н.², Францева В.О.²

¹Ставропольский базовый медицинский колледж

²ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия
Ставрополь, Россия

Демографическая ситуация, сложившаяся в Ставропольском крае к началу 2009 года, несмотря на ряд позитивных изменений, продолжает вызывать серьезную озабоченность и характеризуется сложными и неоднозначными процессами в развитии народонаселения.

Анализ многолетней динамики численности постоянного населения Ставропольского края показал, что в 2008 г. она составила 2705,0 человек и по сравнению с 2004 г. отмечается ее фактическое уменьшение на 21,3 тыс. человек.

За последние пять лет отмечено снижение уровня общей смертности на 6,3 % с 14,3 на 1000 населения в 2004 году до 13,4 в 2008 году. Общий коэффициент рождаемости в Ставропольском крае составил 12,2 на 1 000 населения, что на 18,4 % выше в сравнении с 2004 годом. Причинами роста показателей рождаемости являются благоприятные изменения в структуре репродуктивного возраста населения, изменение репродуктивных установок населения или их более полная реализация (в частности, реализация отложенных рождений), а также социально-экономические тенденции в Российской Федерации.

Снижение общей смертности по краю (на 6,3 %) обусловлено ее уменьшением от цереброваскулярных болезней на 14,2%, травм и отравлений на 13,9%, сахарного диабета на 7,6%. Но в то же время нужно отметить ее рост от ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, инфекционных и паразитарных заболеваний, в том числе от туберкулеза, осложнений беременности и родов.

В структуре причин общей смертности населения в крае, как и во все предыдущие годы, преобладают болезни системы кровообращения – 59,7 %. Последующие места занимают новообразования – 14,0 %, травмы и отравления – 9,1 %, болезни органов пищеварения – 4,1 % и органов дыхания – 2,8 %.

В классе болезней системы кровообращения наибольшая доля приходится на цереброваскулярные болезни 40,9% и ишемическую болезнь сердца 23,5%.