

Этапы рассмотрения организации медицинского обеспечения подготовки к военной службе в Воронежской области по призыву и контракту

Юрий Евгеньевич Антоненков

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, Россия
394030, г. Воронеж ул. Студенческая, 10
Кандидат медицинских наук, старший преподаватель
E-mail: rhsvjd@rambler.ru

Аннотация. В статье на основе литературного материала и сводных данных работы призывных комиссий военных комиссариатов г. Воронежа и Воронежской области проведен анализ состояния медицинской помощи при подготовке призыва и службы по контракту в этом регионе. Показано, что, несмотря на проводимую в этом направлении работу в других регионах России, создание направлений усовершенствования этой работы в изучаемом регионе, до настоящего времени не получено желаемых результатов, рекомендованных Концепцией развития до 2010 года. Показаны районы Воронежской области, наиболее отстающие в этой работе, а также продемонстрированы нозологии, по которым необходимо проводить профилактическую работу. Выведена значимость накапливаемой в военных комиссариатах информации, которой необходимо пользоваться постоянно для улучшения профилактической работы по организации медицинского обеспечения подготовки к военной службе в Воронежской области по призыву и контракту.

Ключевые слова: военная безопасность; заболеваемость; профилактика; призыв; контракт; концепция; подростки.

Введение. Здоровье населения России является одним из приоритетных условий роста экономического могущества государства. В условиях реформ в стране, в том числе в Вооруженных Силах и здравоохранении РФ, повышаются требования к профилактике заболеваемости военнослужащих, и в первую очередь проходящих службу по призыву и контракту. Как говорилось в Военной доктрине России еще в 1990-х годах, «одним из основных направлений социально-политического обеспечения военной безопасности Российской Федерации является обеспечение требуемой укомплектованности войск с учетом демографических факторов» [1], что приобрело в последние годы особую остроту в связи с постоянной тенденцией к ухудшению здоровья призываемых по призыву и контракту, проявляющейся в снижении показателя «годные к военной службе». Право любого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в России признается в соответствии с Всеобщей декларацией прав человека, Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах и Конституцией Российской Федерации. То есть сегодня под охраной здоровья понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни и предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Проблема охраны здоровья детей подросткового возраста и юношей привлекает к себе все большее внимание медицинской общественности и рассматривается как угроза национальной безопасности. Трудности переходного периода к новым экономическим отношениям послужили пусковым механизмом к ухудшению состояния здоровья призывников на всем протяжении призывного возраста и военнослужащих и соответственно повышению уровня увольняемости из Вооруженных Сил РФ. Организация и призыв на военную службу в настоящее время проводится согласно Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года, введенного в действие распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. № 134-р [2], медицинская же помощь в данном разрезе находится на уровне текущей работы, когда за конкретными диагнозами, трудопотерями, способами лечения и реабилитации, диспансерными осмотрами утрачивается стратегическая линия сохранения здоровья призываемых и призванных.

В Воронежской области постановлением ее правительства от 13 сентября 2010 г. №769 утверждена долгосрочная областная целевая программа «Допризывная подготовка молодежи Воронежской области к службе в Вооруженных Силах Российской Федерации (2011–2015 годы)» [3]. Целью ее является создание условий для развития физических и морально-психологических качеств молодежи, получения знаний и умений, необходимых для освоения обязанностей защитника Отечества. В документе показаны цифры, отражающие категории молодежи, находящейся на службе в армии по призыву – 1,5% от всего количества молодежи Воронежской области, находящейся на службе в армии по контракту – 1,4% от того же количества и не подлежащих призыву по состоянию здоровья – 1,6%. Возрастает потребность в новых методах оценки состояния индивидуального и коллективного здоровья, изучения взаимосвязи заболеваемости с условиями службы и быта, оценки возможного влияния на медицинскую ситуацию, то есть по существу в мониторинговом подходе к охране здоровья. Основная проблема заключается в отсутствии единых подходов к сбору информации и унифицированного перечня критериев, по которым можно отслеживать ситуацию и принимать соответствующие управленческие решения. В выступлении экс-министра здравоохранения и социального развития РФ Татьяны Голиковой [4] на расширенном заседании коллегии 16 марта 2012 г. говорится: «В 2011 году впервые в России проведена углубленная диспансеризация подростков. Охват диспансеризацией составил более 96%. Регионам с учетом результатов диспансеризации необходимо принять меры по наиболее полному охвату детей лечебно-оздоровительными мероприятиями» и «теперь задача развития человеческого потенциала должна решаться на новом качественном уровне – более эффективном, целевом и адресном использовании средств...». Для решения вышеназванной проблемы необходимо создание эффективного механизма управления состоянием здоровья. Необходима разработка и внедрение автоматизированных систем, позволяющих создать взаимосвязанную и координируемую систему мониторинга здоровья на региональном уровне, что создаст возможность оптимального призыва на военную службу как по призыву, так и по контракту. Поэтому целью нашего исследования является: изучение современных тенденций в состоянии здоровья 15–17-летних подростков и юношей 18–27 лет на основе комплексного социально-гигиенического исследования и автоматизированного мониторинга здоровья призываемых, качества и эффективности медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе в Воронежском регионе.

Материалы и методы. В работе применяются следующие методы исследования: социологический, исторический, методы математической статистики, поиска трендов, экспертных оценок, программирование и моделирование на персональном компьютере, прогнозирование случайных процессов, аппарат теории баз данных. С разрешения исследуемых для работы использовались первичная учетно-отчетная документация (медицинские карты амбулаторного больного, личные дела призывников, карты медицинского освидетельствования, книги протоколов заседаний призывных комиссий, свидетельства о болезни, медицинские книжки военнослужащих), статистические анкеты лиц мужского пола в возрасте от 18 до 27 лет, проходящих службу по призыву и контракту в Московском (Западном) военном округе за период 2001–2011 гг., нормативно-правовые акты, регламентирующие медицинское освидетельствование призывников и военнослужащих, персональный компьютер с программным обеспечением. На основе всех перечисленных документов мы сформировали базы данных за указанные годы отдельно по лицам, проходящим военную службу по призыву, и отдельно по контракту. Статистические анкеты включали более 40 вопросов, схожих, по сути, между призываемыми и контрактниками. Был проведен сравнительный анализ полученных данных, количество лиц, участвующих в исследовании, составило более 120 000 человек. Это дает уверенность в правильности и достоверности полученных выводов. В состав данных входят сведения: 1. Возраст на момент заполнения стат. карты, число полных лет _____. 2. Образование: 1) общее среднее; 2) средне-специальное (средне-техническое); 3) неполное среднее; 4) незаконченное высшее; 5) высшее (подчеркнуть). 3. Место жительства: город, сельская местность, районный центр (подчеркнуть). 4. Каким РВК призван и когда: _____. 5. Социальное положение родителей: рабочий, служащий, предприниматель, безработный, крестьянин, прочее (подчеркнуть). 6. Кем работал до призыва: _____. 7. Как Вы оцениваете условия труда, в которых работали до призыва в ВС: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные (подчеркнуть). 8. Какие неблагоприятные санитарно-гигиенические факторы имели место в Вашей работе до призыва в ВС: _____. 9. Какой вид нагрузки

преобладал в Вашей работе до призыва в ВС: физический, умственный, психоэмоциональная напряженность (подчеркнуть). 10. Семейное положение: холост, женат, разведен, вдовец, гражданский брак (подчеркнуть). 11. Характеристика Ваших жилищных условий до призыва: отдельная квартира, свой дом, снимали квартиру, общежитие, коммунальная квартира (подчеркнуть) и т.д. Исследование проводилось в 7 этапов. Первым этапом обработки является предварительный отбор наиболее часто встречающихся видов заболеваний (в соответствии со статьями расписания болезней) для дальнейшего анализа. Необходимость выполнения этого этапа обусловлена тем обстоятельством, что ряд заболеваний, хотя и встречается в принципе при проведении медицинского обследования призывников и лиц приписного состава, наблюдается достаточно редко и вряд ли может быть отнесен к числу требующих проведения широкомасштабных лечебно-профилактических мероприятий (на что, собственно говоря, и ориентирована схема этапности). К числу таких заболеваний следует, из рассмотрения исходного статистического материала, могут быть отнесены злокачественные новообразования (статьи 8 и 9 расписания болезней), частота встречаемости менее 0,15%; болезни глаз (отслойка и разрывы сетчатки, статья 31, глаукома, статья 32, болезни мышц глаза, статья 33 расписания болезней), частота встречаемости менее 0,12%; грыжи (статья 60 расписания болезней), частота встречаемости менее 0,08% и ряд других заболеваний. Результатом этого этапа обработки является перечень видов заболеваний, отобранных для дальнейшего анализа. Специальное программное обеспечение для этого этапа, естественно, не требуется, поскольку просто при дальнейшем рассмотрении данные о заболеваниях, частота встречаемости которых не превышает заданного порога, не используются. В настоящей работе детальное рассмотрение проводилось для заболеваний с более высокой частотой встречаемости (не менее 5%). Естественно, что это ограничение не является принципиальным с точки зрения используемых методов анализа и может быть при необходимости снято. Вторым этапом обработки является первичная обработка данных (построение простейших графиков изменения показателей по отдельным заболеваниям, проведение усреднения по годам и за рассматриваемый период в целом, формирование вспомогательных банков данных). Основное назначение этого этапа состоит в том, чтобы пользователь, проведя эвристический анализ особенностей изменения отдельных показателей (фактически, частот встречаемости отдельных заболеваний и графиков их изменения в заданный отрезок времени), определил, какие данные будут подвергнуты дальнейшему детальному анализу для оценки тенденций их изменения. Следует, однако, отметить, что визуальный анализ построенных графиков является лишь предварительным этапом определения тенденций изменения показателей здоровья призывников и лиц приписного состава, поскольку само по себе изменение частоты встречаемости заболевания с 0,084 до 0,095 не дает никаких оснований для корректных с математической точки зрения выводов: при этом играет определяющую роль общий объем выборок, по которым частоты оценены [5]. При построении такого рода графиков и их оценке достаточно пользоваться стандартными средствами программного обеспечения, например MathType или Borland Delphi. Третьим этапом обработки является сравнение частот встречаемости отдельных заболеваний. С учетом того, что в рассматриваемой постановке эта задача сводится к классической в математической статистике задаче проверки гипотезы о равенстве параметров двух биномиальных распределений, в качестве операционной части используемого алгоритма сравнения наиболее целесообразно выбрать хорошо известную и широко используемую статистику критерия типа хи-квадрат [6]. Для корректного выявления тенденций изменения состояния здоровья призывников и лиц приписного состава расчеты показателя хи-квадрат необходимо проводить по следующим группам сравниваемых частот: от призыва к призыву и от года к году по области в целом – для выявления тенденций роста/снижения заболеваемости наиболее распространенными болезнями в интересах прогнозирования ожидаемого количества признаваемых негодными к военной службе в ходе освидетельствования при призыве на действительную военную службу по области в целом и оценки перспектив проведения призыва на ближайшие годы; от района к району за год – для выявления наиболее неблагоприятных районов (групп районов, см. также пятый этап обработки) в интересах планирования и проведения лечебно-профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий (особенно при работе с лицами приписного состава); от года к году по районам – для выявления тенденций роста/снижения заболеваемости наиболее распространенными болезнями в интересах прогнозирования ожидаемого уровня заболеваемости по районам и оценки перспектив проведения призыва на ближайшие годы; при проведении первичной постановки

на воинский учет в предыдущие годы и призыва на действительную военную службу в текущем году, а также до и после проведения лечебно-оздоровительных мероприятий с лицами приписного состава – для оценки эффективности указанных мероприятий, их влияния на состояние здоровья призывников как в краткосрочной (сразу после проведения мероприятий), так и в более длительной (при проведении призыва на следующий год) перспективе. Для проведения указанных оценок под руководством автора была разработана программа на языке Object Pascal в интерактивной среде программирования Borland Delphi. Программа использует в качестве исходной информации данные, оформленные автономно в виде таблиц MS Excel, и позволяет по запросу оператора выбирать необходимые данные для сравнения. Четвертым этапом обработки является отбор наиболее характерных (с точки зрения динамики) заболеваний и оценка их взаимосвязанности в интересах формирования набора признаков для проведения на следующем этапе автоматической классификации районов по степени их близости друг к другу. Основное назначение этого этапа состоит в том, чтобы путем сопоставления матриц значимости различий частот отдельных заболеваний, соответствующих отдельным районным военным комиссариатам, полученных на третьем этапе обработки, произвести предварительный отбор тех заболеваний, которые обладают определенными разделяющими свойствами. Пятым этапом обработки является проведение автоматической классификации районов и построение «обобщенных портретов» выделенных групп, существенных с точки зрения формирования комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Основное назначение этого этапа состоит в получении обобщенных портретов групп районов области, для которых характерно определенное состояние здоровья призывников, характеризующееся существенно повышенными (или наоборот, существенно пониженными по отношению к среднему уровню) уровнями заболеваемости отдельными нозологиями. Для формирования таких групп используется алгоритм типа «Объединение». Шестым этапом обработки является прогнозирование тенденций изменения состояния здоровья призываемых на последующий период – как по отдельным районам, так и по области в целом. Представляя последовательные данные о состоянии здоровья призывников и лиц приписного состава, используемые для прогнозирования в виде временного ряда, необходимо учесть, что типичные временные ряды могут складываться из четырех составляющих [7]: тренд, или систематическое движение; колебания относительно тренда с большей или меньшей регулярностью; эффект сезонности; «случайная», «несистематическая» или «нерегулярная» компонента.

При этом с математической точки зрения временной ряд рассматривается как одна из таких составляющих или сумма нескольких из них. Однако то, что ряд можно представить как сумму указанных компонент, вовсе не означает, что последние соответствуют независимо действующим механизмам изменения анализируемого показателя, поэтому после выявления тренда необходимо проводить дополнительный анализ «оставшейся части» ряда. Основное назначение этого этапа заключается в выявлении устойчивого тренда в изучаемых данных динамики частот заболеваемости отдельными болезнями с последующим построением прогностических зависимостей. Это просматривается и в работе В.Н. Ушаковой [8]. Седьмым этапом обработки является формирование предложений по перечню лечебно-профилактических мероприятий с учетом результатов прогноза и факторов риска, способствующих возникновению наиболее «опасных» заболеваний, создание определенного стратегического понимания – концепции организации медицинского обеспечения при управлении подготовкой к военной службе в Воронежской области. Основное назначение этого этапа заключается в выборе из общего перечня лечебно-профилактических мероприятий такой их совокупности, которая соответствовала бы прогнозируемому на ближайший период состоянию здоровья призывников. При этом формирование целесообразно осуществлять в два этапа: отбор из общего перечня лечебно-профилактических мероприятий тех, которые наиболее действенны (по данным литературы и результатам собственной работы в конкретном рассматриваемом регионе) в интересах профилактики и лечения прогнозируемых заболеваний с учетом анализа существующих и потенциальных факторов риска (в первую очередь учитываются те факторы риска, для которых имеется конкретная информация по районам, затем – обобщенные данные из литературных источников); формирование на этой основе перечня мероприятий для каждого отдельного района с учетом состояния здоровья лиц приписного состава и прогноза его динамики на ближайший период. Для реализации этого этапа созданы вспомогательные банки данных по факторам риска, обеспечивающие

накопление информации за ряд лет и использование ее при прогнозировании, а также возможность анализа эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Таким образом, рассмотренная последовательность этапов обработки обеспечивает математико-программную поддержку решения всех научных и практических задач, решаемых в диссертации в интересах совершенствования информационного обеспечения системы медицинского освидетельствования призывников и синтеза на основе результатов освидетельствования комплекса необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

Обсуждение. Несмотря на то, что ведущие организации занимаются проблемой количества и качества призываемых, многие вопросы улучшения их медицинского обеспечения получили научную проработку в ряде докторских (В.Н. Ядчук [9], А.Г. Ильин [10], О.С. Работкин [11]) и кандидатских диссертационных работ (Т.Ф. Коровяк [12], И.И. Трифонов [13], И.А. Андроненков [14]), но ни одна из названных работ, даже последняя, защищенная в 2012 году, не опирается на Концепцию федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе, на которой мы останавливались выше и в которой рекомендовано федеральным органам исполнительной власти и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации при разработке и осуществлении мероприятий по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе руководствоваться ее положениями на период до 2020 года. За последние годы в Минздраве и Минобороны России произошли значительные организационно-функциональные перемены, повлекшие изменения в системе медицинского обеспечения 15–27-летних юношей. И многие предложения по ее совершенствованию, изложенные в вышеперечисленных научно-исследовательских работах, к сожалению, захватывающих лишь возраст 15–18 лет, а не до 27, требуют доработки с учетом требований сегодняшнего дня, т.к. сохраняются тенденции изменения гендерных составляющих и снижения категорий годности к призыву в Вооруженные Силы (до 30%). Отсутствует единая система управленческих лечебно-профилактических мероприятий, способная остановить рост заболеваемости. Поэтому избранное направление – формирование Концепции медицинского обеспечения при подготовке к военной службе в отдельном регионе – нуждается в дальнейшей проработке.

Результаты. При проведении исследований использована обобщенная информация о результатах работы военно-врачебных комиссий районных и областного военных комиссариатов Воронежской области в процессе первичной постановки на воинский учет (ППВУ) и призыва военнообязанных на действительную военную службу в 2001–2011 гг. При этом для каждого военного комиссариата рассматривались следующие данные по гражданам, которые в конечном итоге были признаны годными с определенными ограничениями или освобождены от призыва на военную службу: год рождения призывника; категория годности к военной службе и соответствующая статья расписания болезней, определенные в процессе ППВУ; категория годности к военной службе и соответствующая статья расписания болезней, определенные районными призывными комиссиями (в возрасте призывника 17 и 18 лет); категория годности к военной службе и соответствующая статья расписания болезней, определенные областной призывной комиссией; категория годности к военной службе и соответствующая статья расписания болезней, определенные при контрольном медицинском освидетельствовании. Общее количество ограниченно годных, временно негодных и негодных к военной службе (категории В, Г и Д) призывников, данные по которым использовались при проведении исследований, составило: в 2001 г. – 20308 человек; в 2011 г. – 14325 человек. Необходимо отметить, что преобладающими видами заболеваний (свыше 5 % от общего количества по категориям Б, В, и Д), послужившими причинами признания призывников ограниченно годными, временно негодными и негодными к военной службе для всего рассматриваемого периода, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (статья 13 расписания болезней) – от 8,4% до 9,9% (здесь и ниже приводятся усредненные по Воронежской области оценки для призывных периодов 2001–2011 гг.); умственная отсталость (статья 20 расписания болезней) – от 5,4% до 7,3%; болезни позвоночника и их последствия (статья 66 расписания болезней) – от 9,5% до 12,8%; плоскостопие и другие деформации стопы (статья 68 расписания болезней) – от 13,4% до 17%. Начиная с осеннего призыва 2004 г., в эту группу заболеваний входит также язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (статья 58 расписания болезней) – от 4,6% до 5,3%. Достаточно большое количество молодых людей, признанных ограниченно годными, временно негодными и негодными к военной службе за весь рассматриваемый период (около 3% от

общего их числа), страдает заболеваниями, связанными с травмами головного и спинного мозга и их последствиями (статья 25 расписания болезней) – от 3,5% до 4,2%, а также болезнями кожи и подкожной клетчатки (статья 62 расписания болезней) – от 2,8% до 3,7%. В разные периоды к этим заболеваниям добавляются органические психические расстройства (статья 14 расписания болезней) – от 3% до 4,2%, нарушения рефракции и аккомодации (статья 34 расписания болезней) – от 2,9% до 3,9%, бронхиальная астма (статья 52 расписания болезней, начиная с 2004 г.) – около 3%, временные функциональные расстройства центральной или периферической нервной системы (статья 28 расписания болезней) – до 3,4%, временные функциональные расстройства органов пищеварения (статья 61 расписания болезней) – 2,9% и врожденные аномалии развития органов и систем (статья 80 расписания болезней) – 2,8%. При этом имеют место колебания общего числа заболеваний теми или иными болезнями, которые могут объясняться как естественными флуктуациями, так и наличием некоторых объективно существующих тенденций, связанных как с медико-биологическими, так и с социальными и экологическими факторами. Выявление наличия таких тенденций является необходимым этапом для решения одной из основных задач данной работы, а именно – оценка существующей организации медицинского обеспечения при подготовке граждан Воронежской области к военной службе для улучшения процесса управления планированием профилактических и оздоровительных мероприятий на основе автоматизированного мониторинга здоровья приписного состава и призывников. В интересах более долговременного отслеживания и адекватного прогнозирования состояния здоровья призывников использовались также данные о ходе обследования состояния здоровья юношей в процессе ППВУ. Анализ этих данных показал, что преобладающими видами заболеваний, послужившими причинами признания обследованных ограниченно годными, временно негодными и негодными к военной службе для всего рассматриваемого периода, являются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, умственная отсталость, плоскостопие и другие деформации стопы, а в отдельные годы – бронхиальная астма и болезни позвоночника.

Заключение. Завершая, хочется отметить, что военно-врачебные комиссии (ВВК), решающие задачи медицинского освидетельствования приписного состава, призывников, военнослужащих срочной службы, военнослужащих, проходящих службу по контракту и находящихся в запасе, следует рассматривать как важнейший элемент системы информационного обеспечения управления состоянием здоровья военнослужащих и лиц, подлежащих призыву. Объективной основой для такого вывода является значительная ценность информации, накапливаемой ВВК в процессе приписки граждан, проведения призыва на действительную военную службу и медицинского обслуживания военнослужащих. Накапливаемая в ходе работы ВВК статистическая информация по отдельным показателям здоровья граждан может обеспечить решение следующих основных задач: сравнительный анализ частоты встречаемости отдельных нозологий в конкретном районе (регионе) с целью выявления преобладающих в нем заболеваний, что позволит конкретизировать заболевания, требующие первоочередного проведения лечебно-профилактических мероприятий; сравнительный анализ частоты одних и тех же заболеваний (групп заболеваний) в различных районах (регионах) с целью выявления их неблагоприятия по тем или иным нозологиям, что позволит конкретизировать районы, требующие первоочередного проведения лечебно-профилактических мероприятий; оценка степени проявления отдельных социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска, существующих в конкретных районах, и их влияние на уровень заболеваемости в целом и по отдельным заболеваниям, что позволит конкретизировать перечень первоочередных лечебно-профилактических мероприятий; отслеживание тенденций изменения состояния здоровья призывников по районам Воронежской области и по региону в целом за несколько лет с целью последующего прогнозирования работы ВВК в ближайшие годы. Основой для формирования в последующем плана лечебно-профилактических мероприятий в интересах улучшения качественного состава приписного контингента является выявление существенных тенденций (с использованием полученного статистического материала) в характеристиках состояния здоровья призывников (и приписного состава), проявляющихся с течением времени. Для различных районов г. Воронежа и Воронежской области выявляются преобладающие заболевания, то есть такие, на которые приходится максимальная доля признанных ограниченно годными, временно негодными и негодными к военной службе. Более того, среди всей совокупности районов, для

которых характерна повышенная встречаемость отдельных заболеваний, выделяются «особо неблагоприятные» районы, для которых такое превышение имеет место не по одной, а по двум и даже по трем нозологиям сразу, что подтверждает необходимость учета указанного явления при планировании и проведении конкретных лечебно-профилактических мероприятий для отдельных групп районов.

Примечания:

1. Военная доктрина России. Российские вести. № 224 (393). 18 ноября 1993 г.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. № 134-р г. Москва. Российская газета. 12 февраля 2010 г. Федеральный выпуск № 5109.
3. URL: www.regionz.ru / Воронежская область
4. URL: <http://www.apcmed.ru/news/733.html>
5. Большев Л.Н. Таблицы математической статистики. М.: Наука, 1983.
6. Ван дер Варден Б.Л. Математическая статистика. М.: Наука, 1968.
7. Кендалл М.Дж. Многомерный статистический анализ и временные ряды. М.: Наука, 1976. 736 с.
8. Ушакова В.Н. Исследование и анализ физического состояния призывников в территориально распределенной системе региона с применением ГИС-технологий. Дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2006.
9. Ядчук В.Н. Концепция организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе и пути ее реализации. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004. 42 с.
10. Ильин А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005. 48 с.
11. Работкин О.С. Организационно-методологические основы медико- психологического обеспечения подготовки и призыва граждан на военную службу. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005. 40 с.
12. Коровяк Т.Ф. Научное обоснование медицинского обеспечения юношей призывного возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 24 с.
13. Трифонов И.И. Медико-социальная и демографическая характеристика допризывников и призывников Москвы и мероприятия по укреплению их здоровья при подготовке к военной службе. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 160 с.
14. Андроненков И.А. Совершенствование организации медицинского обеспечения юношей при подготовке к военной службе. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 24 с.

UDC 61:355+616-082(470.324)

**Stages of Medical Support Organization of Pre-service Military Training
by Conscription and under Contract in Voronezh Region**

Yury Antonenkov

Voronezh State Medical Academy named after NN Burdenko Russia
394030, Voronezh street. 10
PhD, Senior Lecturer
E-mail: rhsvj@rambler.ru

Abstract. The article, using literary sources and summarized data of call-up commissions of Voronezh and Voronezh Region Recruitment Offices, analyses medical assistance during preparation of call-up and service under contract in this region. It was stated that despite the work, which is being done in this direction in other regions of Russia and creation of trend for the improvement of this work in the studied region, the desired results, recommended by Development Concept up to 2010, were not achieved. The districts of Voronezh Region, which are behind the others in this work are shown and nosologies, which demand maintenance are named. The significance of information, gathered by Recruitment Offices is justified. It should be constantly used in order to improve medical support organization of pre-service military training by conscription and under contract in Voronezh Region.

Keywords: military security; morbidity; preventive measures; call-up; contract; concept; adolescents.