

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Потапов С.О., Шарафутдинов М.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа (450000, Уфа, ул. Ленина, 3), e-mail: Nazira-h@rambler.ru

Дана медико-социальная характеристика больных, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-онколога первичного онкологического кабинета. Среди 894 больных мужчин было 35,1%, женщин – 64,9 %. Средний возраст обследованных на момент установления диагноза составил $59,4 \pm 0,5$ года, на момент обследования – $69,69 \pm 0,4$ года. На момент обследования средняя продолжительность нахождения больных на диспансерном наблюдении оказалась равной 10,29 годам. В структуре заболеваний 19,6 % были злокачественные новообразования (ЗН) молочной железы, 12,2 % – другие ЗН кожи, 6,9 % – ЗН яичника, 6,6 % – ЗН ободочной кишки, 6,5 % – ЗН тела матки, 5,9 % – ЗН шейки матки, 4,9 % – ЗН прямой кишки и другие. Инвалидизация среди обследованных пациентов составила 71,7 %. Из числа инвалидов 61,3 % имели третью группу инвалидности, 37,8 % – вторую группу и 1,0 % – первую группу инвалидности. За период наблюдения 38,0 % больным была изменена группа инвалидности с третьей группы на вторую. С момента установления инвалидности до изменения группы инвалидности среднее время составило $2,6 \pm 0,15$ года. Разработаны мероприятия по улучшению первичной специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, больные, диспансерное наблюдение, пол, возраст.

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS OF THE PRIMARY MEDICAL ONCOLOGY ROOM

Potapov S.O., Sharafutdinov M.A.

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia (Lenin St., 3, Ufa, 450000), e-mail: Nazira-h@rambler.ru

The paper presents medico-social characteristics of the patients who have regular medical check-up at the oncologist in the primary medical oncology room. There were 894 patients of which 35,1% were men and 64,9% - women. The average age of the *examined patients* at the time of diagnosis was $59,4 \pm 0,5$ years and at the time of examination $69,69 \pm 0,4$ years. At the time of examination average length of stay of the patients who had regular medical check-up was 10,29 years. Of all diseases 19,6 % were *malignant neoplasms of the mammary glands*, 12,2 % - *malignant neoplasms of the skin*, 6,9 % - *malignant neoplasms of the ovary*, 6,6% - *malignant neoplasms of the colon*, 6,5 % - *malignant tumors of the body of the uterus*, 5,9 % - *malignant neoplasms of the cervix uteri*, 4,9 % - *malignant neoplasms of the rectal*, and others. Disability among the examined patients was 71,7 %. Of all disabled persons 61,3 % were disabled persons with Group 3, 37,8 % - with Group 2 and 1,0% - with Group 1. *During the time of observation* 38,0 % the disability group of the patients have been changed from Group 3 to Group 2. The average time of changing the disability group since the *ascertainment of disability* was $2,6 \pm 0,15$ years. The actions on improvement of primary specialized medical care for patients with cancer were developed.

Keywords: malignant neoplasms, patients, regular medical check-up, sex, age.

Актуальность исследования. Медико-социальная значимость онкологической патологии связана с отчетливой тенденцией к росту числа пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями [1, 7]. По последним данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 году число первичных онкологических диагнозов в структуре заболеваемости может вырасти на 50 %. Сейчас вероятность заболевания раком у жителей промышленно развитых стран более чем вдвое выше, чем у граждан развивающихся государств. Но, как утверждает ВОЗ, картина меняется: онкопатология становится важнейшей проблемой для здравоохранения

стран третьего мира. По информации ВОЗ, резкое увеличение числа заболевших связано со старением населения, курением и питанием по нездоровому западному образцу [5].

Основную проблему составляет также низкая выявляемость онкозаболеваний при профилактических медицинских осмотрах, большая доля выявленных больных на поздних стадиях. На профилактических осмотрах выявляется только каждый десятый случай онкологической патологии, а доля лиц с впервые установленным диагнозом позднего выявления, т.е. в IV стадии, достигает 22,3 %, тем самым каждая пятая опухоль выявляется при наличии отдаленных метастазов. Выявляемость на ранних (I–II) стадиях опухолевого процесса в 2010 году составила 47,8 %, тогда как в 2000-м – 39,8 %. На III стадии соответственно – 22,9 и 26,9 %, на IV – 22,3 и 24,4 % [2, 3, 7].

Анализ организации онкологической помощи населению, разработка прогнозов по уровню заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, по числу запущенных форм рака, выявил проблему не только структурных диспропорций в отрасли, но и уровня инвестиций в здоровье. Служба онкологической помощи населению даже в относительно короткий срок последних двух десятилетий претерпела существенные изменения. Эти изменения – реакция на динамику уровня заболеваемости ЗНО, ее структуру, показатели смертности, кроме того, на достижения онкологической науки и практики как в России, так и за рубежом [4].

Основным звеном онкологической службы на догоспитальном этапе является первичный онкологический кабинет при поликлиниках общей лечебной сети, на который возложен широкий круг задач по оказанию онкологической помощи населению, проживающему на прикрепленной территории. Для совершенствования организации и повышения эффективности специализированной онкологической помощи онкологическим больным необходимо повышение эффективности управления медицинской организацией, научное сопровождение реализации основных направлений развития специализированной онкологической помощи [6].

Цель исследования. На основе медико-социальной характеристики пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-онколога в поликлинике, разработать мероприятия по улучшению медицинской помощи больным.

Материалы и методы исследования. На диспансерном наблюдении МБУЗ «Поликлиника № 38» на начало 2013 года находилось 894 больных. Для медико-социальной характеристики больных нами выкопированы данные из медицинской карты амбулаторного больного. Для этого была разработана карта выкопировки, которая включала 25 вопросов. Учетными признаками послужили: диагноз, пол, возраст больных на момент обследования, возраст больных на момент постановки диагноза злокачественного новообразования,

наличие инвалидности, изменение группы инвалидности в процессе течения заболевания, методы реабилитации, лекарственное обеспечение, в том числе и за счет личных средств пациентов, сведения о занятости больного.

В результаты статистической обработки данных о пациентах дана характеристика их по полу и возрасту на момент обследования и на момент установления диагноза, по социальному статусу, распределение их по локализации злокачественного новообразования, рассчитан средний возраст больных при разных локализациях злокачественного новообразования среди мужчин и женщин на момент установления диагноза и на момент обследования, анализирована средняя продолжительность диспансерного наблюдения. Определен показатель инвалидизации вследствие онкологического заболевания в зависимости от локализации рака, распределение больных по группам инвалидности, изменение группы инвалидности с момента установления диагноза.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе анализа выяснили, что среди обследованных доля мужчин составила 35,1 %, доля женщин – 64,9 %. Средний возраст обследованных больных составил $69,69 \pm 0,4$ года, средний возраст мужчин – $68,6 \pm 0,7$, женщин – $70,2 \pm 0,4$ года ($p < 0,05$). Большинство больных были в возрастных группах 60–64 года (11,4 %), в 65–69 лет (9,3 %), в 70–74 года (13,1 %), в 75–79 лет (16,8 %), в 80–84 года (11,4 %), в 85–89 лет (11,2 %) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с онкологическими заболеваниями по полу и возрасту на момент обследования, %

| Возрастные группы | Мужчины | | Женщины | | Оба пола | |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | Число | Процент | Число | Процент | Число | Процент |
| 20-24 | 1 | 0,0 | 3 | 0,5 | 3 | 0,3 |
| 25-29 | 6 | 0,3 | 3 | 0,5 | 4 | 0,4 |
| 30-34 | 2 | 1,9 | 12 | 2,1 | 18 | 2,0 |
| 35-39 | 7 | 0,6 | 6 | 1,0 | 8 | 0,9 |
| 40-44 | 8 | 2,2 | 10 | 1,7 | 17 | 1,9 |
| 45-49 | 18 | 2,5 | 16 | 2,8 | 24 | 2,7 |
| 50-54 | 30 | 5,7 | 32 | 5,5 | 50 | 5,6 |
| 55-59 | 48 | 9,6 | 50 | 8,6 | 80 | 8,9 |
| 60-64 | 33 | 15,3 | 54 | 9,3 | 102 | 11,4 |
| 65-69 | 33 | 10,5 | 50 | 8,6 | 83 | 9,3 |
| 70-74 | 57 | 10,5 | 84 | 14,5 | 117 | 13,1 |
| 75-79 | 40 | 18,2 | 93 | 16,0 | 150 | 16,8 |
| 80-84 | 29 | 12,7 | 62 | 10,7 | 102 | 11,4 |
| 85-89 | 2 | 9,2 | 71 | 12,2 | 100 | 11,2 |
| 90-94 | 1 | 0,6 | 27 | 4,7 | 29 | 3,2 |
| 95-99 | | 0,0 | 5 | 0,9 | 5 | 0,6 |
| 100+ | | 0,0 | 2 | 0,3 | 2 | 0,2 |
| Всего ... | | 100,0 | 580 | 100,0 | 894 | 100,0 |

Среди мужчин доля возрастных групп 55–59 лет, 60–64 года, 65–69 лет, 75–79 лет и 80–84 года была больше, чем среди женщин, а среди женщин больше доля более старших возрастных групп (85–89 лет и 90–94 года).

Нами был рассчитан средний возраст больных на время установления диагноза. Результаты показали, что среди лиц обоего пола средний возраст установления диагноза составил $59,4 \pm 0,5$ года, среди мужчин – $60,9 \pm 0,9$ года, женщин – $58,5 \pm 0,6$ года ($p < 0,05$). Диагноз злокачественного новообразования был установлен в возрасте до 20 лет у 1,6 % обследованных, у 3,0 % – в возрасте 20–29 лет, у 6,6 % – в возрасте 30–39 лет. Далее доля других возрастных групп увеличивалась более значимо, и наибольшее значение отмечалось в возрасте 70–74 года (13,9 %) (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных с онкологическими заболеваниями по полу и возрасту на момент установления диагноза, %

| Возрастные группы | Мужчины | | Женщины | | Оба пола | |
|-------------------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | Число | % | Число | % | Число | % |
| До 20 лет | 8 | 2,5 | 6 | 1,0 | 14 | 1,6 |
| 20-24 | 5 | 1,6 | 7 | 1,2 | 12 | 1,3 |
| 25-29 | 9 | 2,9 | 6 | 1,0 | 15 | 1,7 |
| 30-34 | 3 | 1,0 | 17 | 2,9 | 20 | 2,2 |
| 35-39 | 8 | 2,5 | 28 | 4,8 | 36 | 4,0 |
| 40-44 | 5 | 1,6 | 33 | 5,7 | 38 | 4,3 |
| 45-49 | 22 | 7,0 | 50 | 8,6 | 72 | 8,1 |
| 50-54 | 34 | 10,8 | 70 | 12,1 | 104 | 11,6 |
| 55-59 | 29 | 9,2 | 66 | 11,4 | 95 | 10,6 |
| 60-64 | 37 | 11,8 | 79 | 13,6 | 116 | 13,0 |
| 65-69 | 42 | 13,4 | 68 | 11,7 | 110 | 12,3 |
| 70-74 | 54 | 17,2 | 70 | 12,1 | 124 | 13,9 |
| 75-79 | 38 | 12,1 | 46 | 7,9 | 84 | 9,4 |
| 80-84 | 11 | 3,5 | 26 | 4,5 | 37 | 4,1 |
| 85-89 | 6 | 1,9 | 7 | 1,2 | 13 | 1,5 |
| 90-94 | 3 | 1,0 | 1 | 0,2 | 4 | 0,4 |
| Всего ... | 314 | 100,0 | 580 | 100,0 | 894 | 100,0 |

В структуре заболеваний 1,9 % заняли ЗН губы и языка, 1,1 % – ротоглотки, 4,8 % – ЗН желудка, 6,6 % – ободочной кишки, 4,9 % – прямой кишки, 12,2 % – другие ЗН кожи, 19,6 % – молочной железы, 5,9 % – шейки матки, 6,5 % – тела матки, 3,0 % – яичника, 4,6 % – предстательной железы, 6,9 % – яичника и т.д.

Диспансерное наблюдение за больными с онкологическими заболеваниями в первичном звене направлено на обеспечение динамического наблюдения за их состоянием здоровья и качеством жизни, обеспечение необходимой медицинской помощи, своевременного выявления прогрессирования заболевания (рецидива, метастазов),

лекарственное обеспечение в рамках ДЛО и программы регионального льготного лекарственного обеспечения, направление при необходимости оказания специализированной медицинской помощи в онкологический диспансер и другие стационары (отделения паллиативной помощи, для проведения симптоматического лечения в многопрофильные стационары) и др.

Как было установлено, средний возраст установления диагноза на 10,34 года был ниже, чем на момент обследования. В связи с этим определили продолжительность нахождения больных на диспансерном наблюдении при наиболее часто встречающихся злокачественных новообразованиях. Оказалось, что у мужчин длительность нахождения на диспансерном наблюдении более 10 лет наблюдалось при злокачественных новообразованиях губы и языка ($16,9 \pm 3,5$ года), желудка ($12,8 \pm 1,57$ года), яичка ($11,4 \pm 5,1$ года), ротоглотки ($10,6 \pm 2,5$ года), пищевода ($10,3 \pm 3,3$ года), при болезнях Ходжкина ($10,4 \pm 3,4$ года) (табл. 3).

Таблица 3

Продолжительность диспансерного наблюдения с момента установления диагноза

| Злокачественные новообразования | Число наблюдений | Мужчины | Число наблюдений | Женщины |
|--|------------------|-----------------|------------------|------------------|
| С 00 Губы и языка | 15 | $16,9 \pm 3,5$ | 2 | $3,0 \pm 2,3$ |
| С 10 Ротоглотки | 10 | $10,6 \pm 2,5$ | - | |
| С 15 Пищевода | 4 | $10,3 \pm 3,3$ | - | |
| С 16 Желудка | 25 | $12,8 \pm 1,57$ | 18 | $8,7 \pm 1,8$ |
| С 18 Ободочной кишки | 25 | $7,16 \pm 1,25$ | 34 | $9,88 \pm 1,6$ |
| С 20 Прямой кишки | 24 | $8,5 \pm 1,6$ | 20 | $10,0 \pm 2,24$ |
| С 34 Бронхов и легкого | 27 | $7,6 \pm 1,4$ | 6 | $3,0 \pm 1,0$ |
| С 43 Меланома кожи | 9 | $7,3 \pm 1,9$ | 16 | $14,8 \pm 2,78$ |
| С 44 Другие злокачественные новообразования кожи | 41 | $8,36 \pm 1,34$ | 68 | $7,58 \pm 0,87$ |
| С 50 Молочной железы | - | - | 175 | $11,75 \pm 0,7$ |
| С 53 Шейки матки | - | - | 53 | $14,05 \pm 1,58$ |
| С 54 Тела матки | - | - | 58 | $10,96 \pm 1,07$ |
| С 56 Яичника | - | - | 27 | $12,18 \pm 1,98$ |
| С 61 Предстательной железы | 41 | $5,6 \pm 0,8$ | - | - |
| С 62 Яичка | 5 | $11,4 \pm 5,1$ | - | - |
| С 64 Почки | 31 | $7,9 \pm 0,99$ | 31 | $9,03 \pm 1,45$ |
| С 67 Мочевого пузыря | 18 | $8,9 \pm 1,6$ | 6 | $9,16 \pm 3,08$ |
| С 73 Щитовидной железы | - | - | 9 | $15,4 \pm 2,4$ |

| | | | | |
|---|---|----------|---|-----------|
| С 81 Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз] | 9 | 10,4±3,4 | 4 | 6,25±3,09 |
| С 91 Миелоидный лейкоз | 3 | 5,6±0,8 | 6 | 7,33±1,38 |

Среди мужчин продолжительность диспансерного наблюдения при злокачественных новообразованиях ободочной кишки составила 7,16±1,25 года, прямой кишки – 8,5±1,68 года, бронхов и легкого – 7,6±1,47 года. Продолжительность диспансерного наблюдения оказалось высокой и при меланоме кожи, и равнялась 14,8±2,78 году. Такой средний показатель сложился за счет того, что среди больных есть болеющие длительно в течение 35–40 лет.

Обращает на себя внимание, что среди женщин длительность нахождения на диспансерном наблюдении при раке щитовидной железы составила 15,4±2,4 года, шейки матки – 14,05±1,58 года, молочной железы – 11,75±0,7 года, тела матки – 10,96±1,07 года, яичника – 12,18±1,98 года.

Инвалидизация среди обследованных пациентов составила 71,7 %. Инвалидизация установлена всем больным при злокачественных новообразованиях пищевода, ободочной кишки, прямой кишки, предстательной железы, при миелоидном лейкозе. Высокая инвалидизация больных наблюдается при раке желудка (97,7 %), бронхов и легкого (97,7 %), почки (85,5 %), головного мозга (87,5 %). Низкий уровень инвалидизации отмечается при злокачественных новообразованиях кожи (2,8 %), меланоме кожи (36,0 %), губы и языка (29,4 %) (табл. 3).

Таблица 3

Показатели инвалидизации при злокачественных новообразованиях, %

| Злокачественные новообразования | Количество больных | Из них являются инвалидами | Инвалидизация, % |
|--|--------------------|----------------------------|------------------|
| С 00 Губы и языка | 17 | 5 | 29,4 |
| С 10 Ротоглотки | 10 | 5 | 50,0 |
| С 15 Пищевода | 4 | 4 | 100,0 |
| С 16 Желудка | 43 | 42 | 97,7 |
| С 18 Ободочной кишки | 59 | 59 | 100,0 |
| С 20 Прямой кишки | 44 | 44 | 100,0 |
| С 34 Бронхов и легкого | 33 | 32 | 97,0 |
| С 43 Меланома кожи | 25 | 9 | 36,0 |
| С 44 Другие злокачественные новообразования кожи | 109 | 3 | 2,8 |
| С 50 Молочной | 175 | 160 | 91,4 |

| | | | |
|---|-----|-----|-------|
| железы | | | |
| С 53 Шейки матки | 53 | 27 | 50,9 |
| С 54 Тела матки | 119 | 91 | 76,5 |
| С 56 Яичника | 27 | 14 | 51,9 |
| С 61 Предстательной железы | 41 | 41 | 100,0 |
| С 62 Яичка | 5 | - | - |
| С 64 Почки | 62 | 53 | 85,5 |
| С 67 Мочевого пузыря | 24 | 18 | 75,0 |
| С 71 Головного мозга | 8 | 7 | 87,5 |
| С 73 Щитовидной железы | 13 | 7 | 53,8 |
| С 81 Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз] | 13 | 10 | 76,9 |
| С 91 Миелоидный лейкоз | 9 | 9 | 100,0 |
| Прочие | 91 | 67 | 73,6 |
| Всего ... | 894 | 640 | 71,6 |

Анализ инвалидности по возрастным группам показал, что в возрасте 20–29 лет 57,1 % больных были инвалидами, остальные были не работающими, в возрасте 30–39 лет 26,9 % больных работали, 7,7 % были работающими инвалидами, 15,4 % – были на инвалидности, 50,0 % – не работали. В возрасте 40–49 лет 19,5 % были работающими, 34,1 % – инвалидами, 46,4 % – не работали. В возрасте 50–59 лет 5,4 % оказались работающими, 44,3 % являлись инвалидами, 23,7 % – пенсионерами, 24,4 % – являются не работающими. В возрастной группе 60–69 лет инвалидность имеют 49,7 %, остальные являются пенсионерами, в возрасте 70–79 лет соответственно таковых 51,5 %, в возрасте 80–89 лет – 53,5 %, в возрасте 90 лет и старше – 44,5 %. Работающих без инвалидности на момент обследования среди всех больных было 3,0 %, работающих инвалидов – 0,7 %. Распределение инвалидов по группам инвалидности показало, что 61,3 % имели третью группу инвалидности, 37,8 % – вторую группу и 1,0 % – первую группу инвалидности. За период наблюдения 38,0 % больным была изменена группа инвалидности с третьей группы на вторую. С момента установления инвалидности до изменения группы инвалидности среднее время составило $2,6 \pm 0,15$ года. Для проведения специфической и симптоматической терапии в рамках ДЛЮ обеспечивается 48,4 % больных. Средняя стоимость лекарственного обеспечения в месяц составила $8395,4 \pm 1004,8$ рубля. Кроме того, за счет личных средств на симптоматическое лечение больной тратит в среднем $837,9 \pm 19,8$ рубля. Обращает на себя внимание, что повторно госпитализированное лечение в онкодиспансере получили 6,4 % больных.

Для совершенствования первичной специализированной помощи больным необходимо повышать доступность медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами поликлиники, обеспечивать своевременное обращение больных к врачу-онкологу поликлиник для контроля за состоянием здоровья и получения лечения. Организовать на базе дневного стационара койки паллиативной помощи. Улучшить лекарственное обеспечение больных, в том числе для оказания паллиативной помощи. Широкое информирование населения о факторах риска онкологических заболеваний и о методах организации медицинской помощи, в том числе первичной специализированной онкологической помощи. Обеспечить доступность первичной специализированной помощи онкобольным за счет укомплектования врачами первичных онкокабинетов и межмуниципальных онкоцентров.

Заключение. В структуре заболеваний больных с злокачественными новообразованиями 19,6 % заняли ЗН молочной железы, 12,2 % – другие ЗН кожи, 6,9 % – яичника, 6,5 % – тела матки и другие. Установлено, что разница в среднем возрасте при установлении диагноза и средний возраст на момент обследования составляет 10,5 года. Средний возраст при установлении диагноза у женщин был ниже ($58,5 \pm 0,6$ года), чем среди мужчин ($60,9 \pm 0,9$ года), напротив, средний возраст женщин на момент обследования был выше ($70,2 \pm 0,4$ года), чем мужчин ($68,6 \pm 0,7$ года). Инвалидизация составила 71,6 %. При разных локализациях злокачественного новообразования определена длительность нахождения под наблюдением врача-онколога в первичном онкологическом кабинете, инвалидизация больных.

Список литературы

1. Аскарлова З.Ф., Аскарлов Р.А., Чуенкова Г.А. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Республики Башкортостан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. – С.30-33.
2. Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф., Введенская И.И. Роль профилактики и паллиативной помощи в оптимизации деятельности онкологической службы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 48-52.
3. Дёмин Е.В. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных / Е.В. Демин, В.А. Чулкова // Вопросы онкологии. – 2007. – № 1. – С. 84-89.
4. Марущак И.А. Научное обоснование комплекса мероприятий по ранней диагностике злокачественных новообразований репродуктивной системы у женщин: (на примере г. Хабаровска): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 2006. – 24 с.

5. Татарников М.В. Рост онкологической заболеваемости в развивающихся странах за рубежом // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2008. – № 12. – С. 71.
6. Федотов А.Ю. Новые организационные формы оказания амбулаторной помощи онкологическим больным // Материалы межд. научн. практ. конф.: организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации. – М., 2012. – С. 254-257.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петров Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность). – М., 2012. – 260 с.

Рецензенты:

Ахмадуллина Х.М., д.м.н., профессор, директор Института психологии и социальной работы академии ВЭГУ, г. Уфа.

Хуснутдинова З.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой охраны здоровья и безопасности жизнедеятельности ГБОУ ВПО «Башкирский педагогический университет им. М. Акмуллы», г. Уфа.