

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения



Сборник статей

**Республиканской научно-практической конференции
*«Актуальные вопросы организации амбулаторно-
поликлинической помощи населению»***

г. Казань, 4 декабря 2020 г.

УДК 614.2:616-08-039.57(082)
ББК 51.1(2)2я43
авторский знак Р43

Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению»: Сборник статей по итогам конференции. Казань, 4 декабря 2020 г. /Под общей редакцией профессора Гильманова А.А. – Казань, 2020. – 130 с.

Рецензенты: проф. Гильманов А.А., проф. Хузиханов Ф.В., доц. Блохина М.В.

**© ФГБОУ ВО Казанский государственный
медицинский университет, 2020**

Содержание

Альмухаметов А.А., Гильманов А.А., Галиуллин Н.И. ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСА МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И СНИЖЕНИЮ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН.....	6
Антонов А.М. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ.....	10
Ахметзянова Г.З., Хисамутдинов А.Н., Гумарова Л.Ш., Отмахова М.А. ОРИЕНТАЦИЯ НА ПРОФИЛАКТИКУ И РЕАБИЛИТАЦИЮ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ЯПОНИИ.....	13
Берхеева З.М., Сабитова М.М., Сафина К.Р. РОЛЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	19
Бодров А.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ЛЕЧЕБНИКОВ И ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА.....	25
Бурькин И.М., Хамедова М.Ш., Жолобова А.А. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ.....	28
Валиев Р.И., Чумарёв Н.С. КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРОВ И ПОЛИКЛИНИК (ПО ОЦЕНКАМ ПАЦИЕНТОВ).....	30
Галиуллин А.Н., Китаева Э.А., Галиуллин Д.А. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА.....	35
Галиуллин Д.А., Залялов Р.Р., Галиуллин А.Н. МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН.....	40
Гарипова Р.В., Сафина К.Р., Мифтахова Р.Ю., Гадиев Р.Ф. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19) У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ НА ПРОИЗВОДСТВЕ?	43
Гильманова Г.А. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ И СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН.....	47

- Гильманова Г.А., Глушаков А.И. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН.....53**
- Глушаков В.И., Габбасов С.Э., Исмагилов И.А. ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН.....57**
- Доценко Т.М., Бугашева Н.В. ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ПРОДОЛЖАЮЩИХСЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДНР.....60**
- Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Тимошина Е.А. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА И СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....64**
- Ивлева М.А., Ханина Е.А., Добрынина И.С. АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ.....69**
- Исмагилов И.А., Габбасов С.Э., Глушаков А.И. АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН.....74**
- Иштерякова О.А., Гусева С.Е., Салихова С.Р. О НАПРАВЛЕНИЯХ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТ ФИЗИЧЕСКИХ ПЕРЕГРУЗОК.....78**
- Калимуллина З.Н., Нуриахметова А.Д., Салеева Ю.Г. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПМСП: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....82**
- Камалова Ф.М., Камалов З.Г. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЁТЕ, ПО КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ МКБ-X В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ПО ДАННЫМ 2018 ГОДА.....87**
- Камалова Ф.М., Камалов З.Г. СООТНОШЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАНИ В ДИНАМИКЕ ЗА 2002-2018 гг.....92**
- Лукоянова А.С., Ханина Е.А., Добрынина И.С. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.....97**
- Морозов В.И., Тагирова Г.А. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА г. КАЗАНИ.....102**
- Мухаметдинова А.А., Миннегалимова К.Р. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....104**
- Рогова С.С., Закирова А.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В КЛИНИКЕ НУРИЕВЫХ.....109**

Сабилова Э.Р., Низамов Р.Х., Бурыкин И.М. АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, В АСПЕКТЕ РАЗВИТИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА.....114

Садурдинов А.О. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ).117

Фардиева Г.Х. ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ г. ЕЛАБУГА.....122

Халиуллина Л.Р., Сабитова М.М. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ТЕПЛОЭЛЕКТРОЦЕНТРАЛИ126

Хузиханов Ф.В., Хисамутдинова Ю.М. РОЛЬ И МЕСТО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....128

**ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ В
УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСА МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
И СНИЖЕНИЮ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

Альмухаметов А.А., Гильманов А.А., Галиуллин Н.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ»

В условия ограничения оказание плановой медицинской помощи медицинскими организациями республики, прекращении проведения диспансеризации взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, охват населения скринингом на ВИЧ-инфекцию по сравнению с прошлым годом снизился только на 4% (10 мес. 2020 – 19,9%; 10 мес. 2019 – 23,9%). Выявляемость осталась на уровне предыдущего года и составила – 0,1%.

По итогам 10 мес. 2020 года показатели заболеваемости и распространенности составили 19,2 на 100 тыс. населения, и 373,4 на 100 тыс. соответственно, что в 1,5 и 2 раза меньше среднероссийского показателей (РФ 6 мес. 2020 г. – 26,0 и 745,5).

В республике по итогам 10 мес. 2020 года наблюдается темп убыли заболеваемости на 14,7%, вероятно обусловленный снижением скрининга населения на ВИЧ-инфекцию.

На 01.11.2020 г. на учете состоит 14 050 ВИЧ-инфицированных, из них 81,8% имеют возраст 30-49 лет. Всего с начала года зарегистрированы 749 новых случаев ВИЧ-инфекции. Все пациенты взяты на диспансерный учет и прошли клинико-лабораторное обследование, в том числе на иммунный статус, и в кратчайшие сроки взяты на АРВТ по жизненным показаниям (7-10 дней).

Реализация комплекса мероприятий на основе утвержденных алгоритмов взаимодействия медицинских организаций по оказанию первичной медико-

санитарной помощи ВИЧ-инфицированным, маршрутизации при оказании специализированной медицинской помощи позволила обеспечить непрерывность оказания медицинской помощи, диспансерное наблюдение и лечение больных ВИЧ-инфекцией в условиях реализации комплекса мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции в Республике Татарстан.

Согласно временных нормативно-правовых актов Российской Федерации и Республики Татарстан с 1 апреля 2020 года был изменен порядок оказания амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным (приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 31.03.2020 №573 «О временном порядке оказания амбулаторно-поликлинической помощи»; 11 локальных приказов центра СПИД):

- организовано дистанционное консультирование;
- оказание амбулаторно-поликлинической помощи на дому, с забором крови по клиническим показаниям;
- доставка на дом противовирусной терапии в установленном порядке с целью непрерывного обеспечения лечения.

Для доставки противовирусных препаратов на дом ВИЧ-инфицированным (по утвержденному временному алгоритму работы с волонтерами) привлечено 22 волонтера и 12 единиц автотранспорта некоммерческих организации, работающие в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

С 01.04.2020 г. более 2200 ВИЧ-инфицированным доставлены противовирусные препараты и проведено более 1800 дистанционных консультаций с решением вопросов по оказанию медицинской помощи.

Группе маломобильных пациентов, оказывалась выездная консультация специалистов Центра СПИД, с обеспечением всех мер противоэпидемиологических требований и безопасности.

Всего за 10 мес. 2020 года выполнено 312 выездов, охвачено 554 человека (10 мес. 2019г. – 324 выезда, охвачено 612 человек).

Принятые решения, позволили сохранить диспансеризацию по итогам 10 мес. 2020 года на уровне 85,3%. (5 мес. 2019 года – 87,4%).

Постепенное снятие ограничений, возобновление приёма по предварительной записи в строго определенное время, с соблюдением противоэпидемиологических требований, обеспечивает повышение активности пациентов.

Стоит отметить, что риск инфицирования коронавирусом подтолкнул к прохождению диспансеризации ВИЧ-инфицированных, длительно не посещавших Центр СПИД (более 12 мес.). Доля таких пациентов с начала 2020 года снизилась на 10%.

Одним из приоритетных направлений является обеспечение 90% охвата АРВТ ВИЧ-инфицированных состоящих на диспансерном учете.

По итогам 10 мес. охват АРВТ увеличился до 78,8%. Эффективность антивирусной терапии составила 80,8% (доля пациентов с подавленной вирусной нагрузкой)

В настоящее время 6,6% пациентов с уровнем CD-4 менее 350 кл/мл остаются не охваченными АРВТ (2019 года – 10%). С данной категорией пациентов в ежедневном режиме ведется работа по приверженности к диспансеризации и лечению с привлечением социальных работников и равных консультантов (НКО), в том числе в текущем году данная работа начала проводится за счет федеральных субсидий.

Особое внимание уделено вопросам охраны материнства и детства. Возникшие сложности потребовали максимальной мобилизации и концентрации усилий оказание медицинской помощи особо уязвимой группе пациентов: детям и беременным.

Для обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи данной группе пациентов определен порядок приоритетного оказания медицинской помощи.

Сохранен высокий охват трехэтапной химиопрофилактикой пар мать-дети и в родах на уровне 99,2% (целевой показатель – не менее 95%, 10 мес.

2019 года – 100%), охват химиопрофилактикой новорожденных 100% (целевой показатель – не менее 99,9%, 5 мес. 2019 года – 100%).

По итогам 10 мес. 2020 года 86,6% женщин, больных ВИЧ-инфекцией, на 34-36 неделе беременности имели неопределяемый уровень вирусной нагрузки (10 мес. 2019 года - 87,8%).

За 10 мес. 2020 года родилось 129 детей от ВИЧ-инфицированных матерей (10 мес. 2019 года – 165). Случаи перинатального инфицирования не зарегистрированы (10 мес. 2019 года – 2 ребенка, уровень перинатальной передачи ВИЧ-инфекции 1,3%, целевой показатель – не более 1,5%).

Сложившаяся неблагополучная эпидемиологическая ситуация по новой коронавирусной инфекции также внесла коррективы в реализацию мероприятий по повышению информированности населения. В условиях запрета на проведение массовых мероприятий приоритетным направлением стало обеспечение доступа населения к достоверной, актуальной информации по профилактике ВИЧ-инфекции через социальные сети, интернет ресурсы.

Республиканский Центр СПИД запустил работу нового профилактического сайта «Я точно знаю» (yatochnoznayu.ru), на котором каждый житель может:

- получить актуальную информацию о ВИЧ-инфекции;
- задать вопросы и получить экспертное заключение специалистов Центр СПИД;
- скачать буклеты и видеоролики;
- оценить уровень своих знаний по вопросам ВИЧ-инфекции (на сегодняшний день более 1200 человек определили уровень своих знаний).

На платформе «Zoom» состоялся online-вебинар со студентами Казанского федерального университета на тему: «Современные подходы профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи». В мероприятии приняли участие около 100 человек.

Центром СПИД начата акция #мояистория+. Сотрудники Центра СПИД, медицинские работники и просто заинтересованные лица рассказывают

реальные истории людей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, и направлены на повышение информированности о путях заражения и безопасного поведения.

Профилактические мероприятия служат площадкой для вовлечения населения в скрининг на ВИЧ.

В условиях ограничений особое значение уделено обеспечению фокусной направленности оказанию услуг уязвимой группе по консультированию, проведению экспресс-тестирования, направленному на снижение рисков инфицирования ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С, повышению приверженности к диспансеризации и лечению ВИЧ-инфицированных, оказания медико-психологической помощи. Силами НКО с начала года более 7 тыс. человек охвачено социально-психологическими консультациями, проведено более 5 тыс. экспресс-тестирований, выявляемость составила 3,4%, что в 34 раз больше показателей общего скрининга.

С 12.05.2020 г. возобновлена работа 9 низкопороговых центров (3 – Казань, 2 – Набережные Челны, 1 - Альметьевск, Лениногорск, Бугульма, Нижнекамск).

Таким образом, принятые в Республике меры позволяют обеспечивать стабильное оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и выполнение целевых показателей плана первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции и поэтапному расширению охвата антиретровирусной терапией больных ВИЧ-инфекцией.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ

Антонов А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Болезни предстательной железы (БПЖ) имеют высокий удельный вес и в структуре заболеваемости мужчин составляют 38,5%. В

Республике Татарстан (РТ) распространенность БПЖ среди мужчин 18 и более лет составила 2449,6 в 2015г.; 2398,8 в 2016г. и 2588,9 в 2017г. на 100 тыс. населения [1, 2]. Заболеваемость по РТ возросла с 14,8 в 2015г. до 17,1 в 2017г. на 1000 мужского населения (на 15,5%). У мужчин предстательная железа стала лидирующей локализацией злокачественных новообразований (ЗНО) – 18,8%. В структуре смертности от ЗНО по локализации в 2017г. РПЖ составил 7,1%.

Цель работы: оценка распространенности предраковых состояний и выявление РПЖ у работников химического предприятия.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 2645 работников, которым проведено двухэтапное скрининговое обследование. На первом этапе всем мужчинам проведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы и определение общего уровня простат специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови. При трансабдоминальном УЗИ ультразвуковые волны должны преодолевать брюшную стенку и мочевого пузыря, что создает погрешности в определении структуры органа и его истинных размеров, кроме того, у некоторых пациентов с избыточной массой тела сканирование усложняет слой жировых отложений. На второй этап дообследования были приглашены 586 мужчин, которым проведено трансректальное УЗИ ПЖ и осмотр уролога. У 42 работников проводилось определение уровня свободного ПСА.

На первом этапе выявлялись пациенты, которым необходимо проведение более точного трансректального исследования предстательной железы (ТРУЗИ). В случае трансректального УЗИ датчик вводится в прямую кишку и максимально приближается к исследуемому органу: расстояние до поверхности предстательной железы составляет всего 4-5 мм.

ПСА – химические вещества, которые обнаруживаются в крови при онкологических заболеваниях, а также заболеваниях, не связанных с онкологией. Повышать уровень онкомаркеров могут раковые клетки и здоровые клетки при некоторых заболеваниях (аденома простаты, воспалительные процессы и т.д.). Поэтому повышенный уровень ПСА у

мужчин требует обязательного дообследования у уролога (онкоуролога) для выявления рака простаты на ранних стадиях или исключения онкологического заболевания.

Результаты и обсуждение. В ходе медицинского осмотра были выявлены следующие заболевания: хронический простатит у 351 чел.; аденома простаты – 84 чел.; киста семявыбрасывающего протока – 41 чел.; варикоцеле – 33 чел.; гипогонадизм – 2 чел. Распространенность заболеваний ПЖ по данным УЗИ увеличивалась в зависимости от возрастной группы от 7,38 % (лица 20-24 года) до 54, 85% (50 лет и старше). Также наблюдалось повышение уровня общего ПСА у лиц старше 35 лет.

Подозрение на злокачественное новообразование ПЖ установлено у 13 работников. Они были направлены в профильные медицинские организации, из них 2 были прооперированы, остальным назначено медикаментозное лечение и диспансерное наблюдение. Обращало внимание отсутствие жалоб при анкетном скрининге и сборе анамнеза врачом урологом.

Ультразвуковое исследование предстательной железы позволяет охарактеризовать структуру и строение органа, а оценивать функцию и степень ее изменений должен только врач. В связи с тем, что многие заболевания были выявлены у работников впервые и не имели выраженных симптомов, необходимо дообследование пациентов, включающее трансректальное УЗИ и осмотр врача уролога.

Заключение. По результатам нашей работы у лиц с подозрением на онкологическое заболевание ПЖ повышение уровня ПСА явилось основным диагностическим критерием. Исследование ПСА позволяет выявить РПЖ на ранних стадиях и считается золотым стандартом в его диагностике, несмотря на то, что повышение уровня ПСА в сыворотке крови наблюдается у больных хроническим простатитом, доброкачественной гиперплазией. Предварительные и периодические медицинские осмотры, проводимые согласно приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н [3] содержат ограниченный перечень скрининговых онкообследований мочеполовой системы у мужчин.

Недостаточный объем исследований не позволяет проводить диагностику рака ПЖ на ранних стадиях развития вследствие малосимптомности заболевания. Определение ПСА в сыворотке крови является доступным методом для диагностики при массовых обследованиях и не является дорогостоящим.

Литература

1. Итоги деятельности органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан за 2016 г. и задачи на 2017 г. Казань, 2017 г.

2. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2013 -2017 годы): учеб.-метод. пособие / сост.: М.Н. Садыков, Р.Р. Гарипов, Г.Р. Хуснутдинова и др. - Казань, 2018.- 262 с.

3. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н (редакция от 13.12.2019г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

ОРИЕНТАЦИЯ НА ПРОФИЛАКТИКУ И РЕАБИЛИТАЦИЮ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ЯПОНИИ

Ахметзянова Г.З., Хисамутдинов А.Н., Гумарова Л.Ш., Отмахова М.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНТО Минздрава России

За период своего существования японское здравоохранение подвергалось неоднократному реформированию, в том числе в структуре финансирования.

За исследуемый период среднее количество посещений врачей населением амбулаторно-поликлинического звена увеличилось (с 5 до 15 раз/год).

Во всех развитых странах мира в структуре финансирования расходы на стационарную помощь занимают лидирующее положение, а в Японии в настоящее время более 50% затрат в структуре финансирования приходится на профилактику и реабилитацию. После внедрения в 1958 г. Универсальной системы страхования здоровья и увеличения расходов на здравоохранение (на 19,5% к предыдущему году) снизилась смертность населения (с 15 до 12 человек на 1000 жителей), увеличилась средняя продолжительность жизни с 45 до 60 лет. В 1960-80-х гг. акцент финансирования был сделан на профилактическую медицину, в результате снизилась общая заболеваемость (на 60%), смертность (с 12 до 9 человек на 1000 жителей), увеличилась средняя продолжительность жизни с 60 до 75 лет. В 1990-2007 гг. показатели смертности снизились с 9 до 8 человек на 1000 жителей, средняя продолжительность предстоящей жизни увеличилась до 80 лет. Младенческая смертность за период 1940-2000 гг. снизилась с 60 до 3 человек на 1000 родившихся. Несмотря на тяжелое наследие после Второй мировой войны (лучевая болезнь, многочисленные разрушения и др.) Япония смогла преодолеть возникшие проблемы и по показателям общественного здоровья в настоящее время занимает лидирующее положение в мире.

Цель исследования: изучить влияние финансирования здравоохранения на показатели общественного здоровья в Японии.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать литературные источники по проблеме исследования.
2. Выявить причины изменения в структуре финансирования здравоохранения.
3. Исследовать влияние структуры и объемов финансирования здравоохранения в Японии на показатели общественного здоровья за 1940-2017 гг.

Материалы и методы. Анализ научной литературы, статистических источников, интернет ресурсов, др. Корреляционный анализ.

Этапы реформирования системы здравоохранения.

В 1950-е года проблемой здравоохранения являлись инфекционные заболевания. Япония занялась созданием всеобщей доступной медицинской помощи (страховой медицины). В 1970-х годах происходит создание системы оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Если в 1955 году пожилое население составляло 5% от всего населения страны, то в 2015 году - 20% от общего числа населения. На одного пенсионера приходилось 8 работающих, а в 2017 году - 2,5. Далее происходит реформирование системы страхования для пожилых, сокращение государственных затрат. Государство создает Общий фонд страхования пожилых людей.

- Государственные расходы уменьшаются. Частные расходы увеличиваются.
- 80% изменений – рост частных расходов с увеличением страховых выплат.
- 20% изменений – за счет повышения уровня доплат.
- Пациенты младше 70 лет должны были доплачивать за медицинские услуги (от 10 до 30%) (софинансирование здравоохранения)
- Старше 70 лет – лечились бесплатно.

В 90-е годы происходит внедрение инклюзивной системы оплаты медицинских услуг.

Сокращение государственных затрат и введение инклюзивной системы оплаты медицинских услуг предполагает фиксированные цены на определённые медицинские услуги как в государственном, так и в частном секторе. Нигде в мире такого нет. Это означает, что государство не ищет прибыли в болезни людей! Доступность медицинских услуг при этом возрастает.

Расходы на здравоохранение растут. Если на душу населения отчислялись 2.388 йен в 1955 году, то в 2005 составляли уже 331.289 йен. Отчисления от ВВП на здравоохранение составили в Японии 10,1%.

На рисунке 1 представлена корреляционная зависимость расходов на душу населения и ОППЖ. Как видно из представленных диаграмм с увеличением расходов на душу населения растет ожидаемая продолжительность предстоящей жизни ($r = 0,9562$). Однако при увеличении расходов на душу населения снижается рождаемость ($r = 0,9676$). На третьей и четвертой диаграмме показано, что при увеличении финансирования снижаются естественный прирост населения ($r = 0,9644$) и младенческая смертность ($r = 0,9030$).

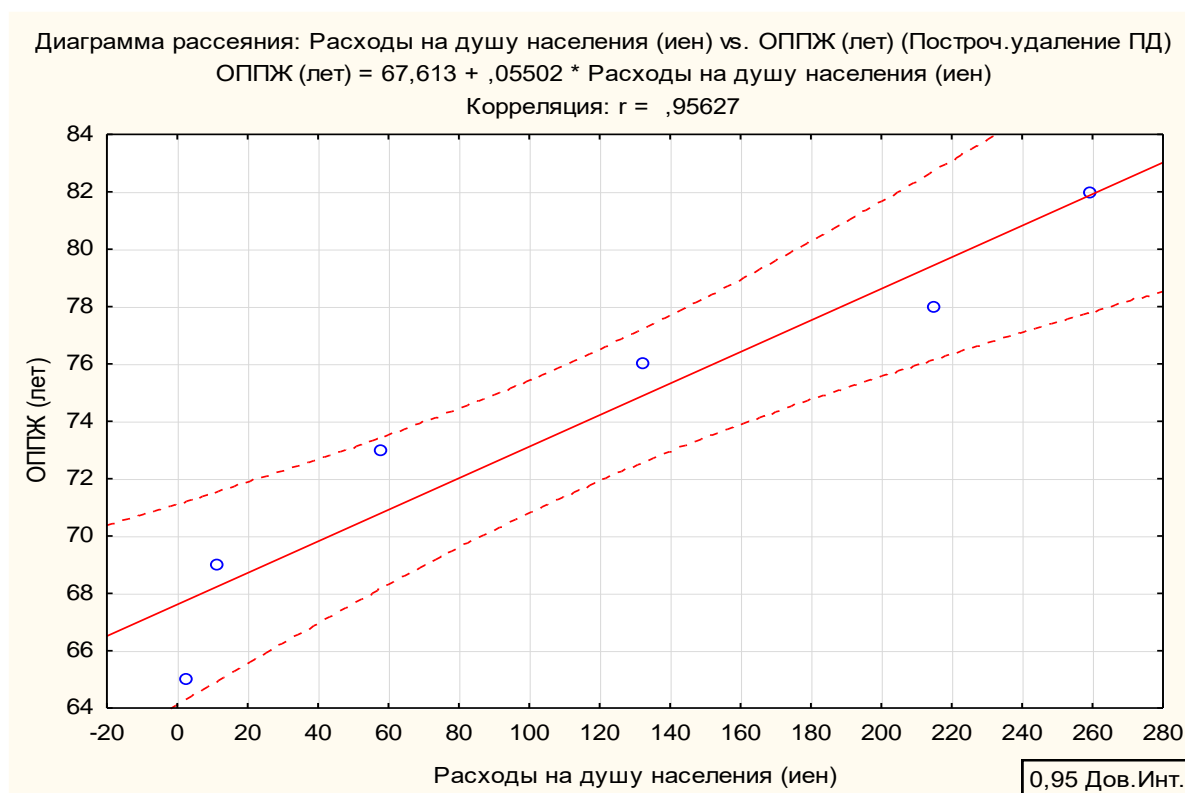


Диаграмма рассеяния: Расходы на душу населения (иен) vs. Рождаемость (на 1000) (Построч. удаление ПД)

$$\text{Рождаемость (на 1000)} = 18,351 - ,0416 * \text{Расходы на душу населения (иен)}$$

Корреляция: $r = -,9676$

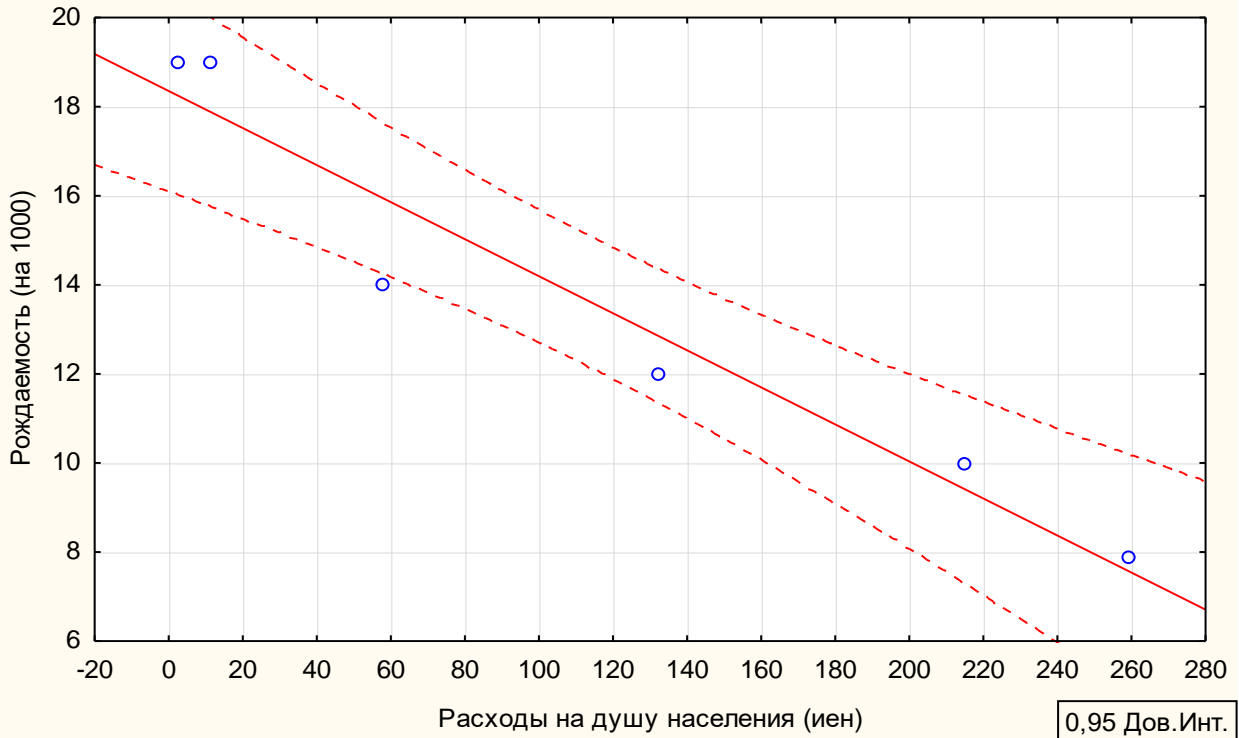
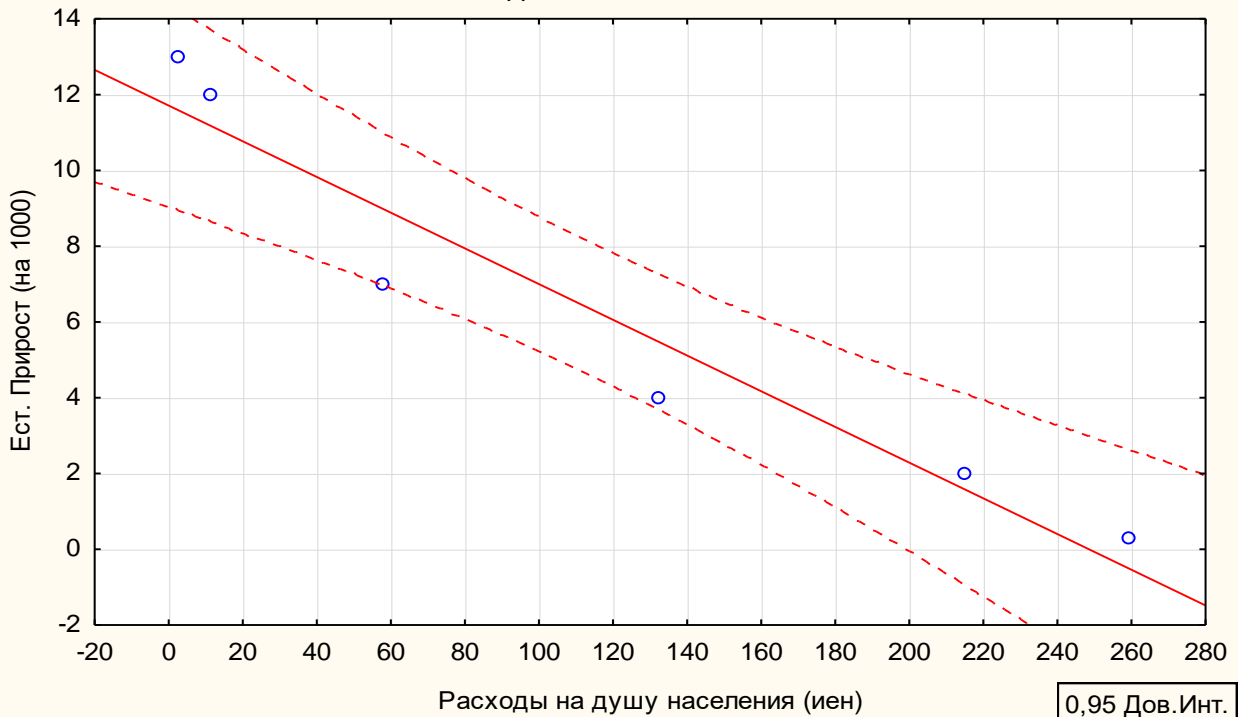


Диаграмма рассеяния: Расходы на душу населения (иен) vs. Ест. Прирост (на 1000) (Построч. удаление ПД)

$$\text{Ест. Прирост (на 1000)} = 11,710 - ,0471 * \text{Расходы на душу населения (иен)}$$

Корреляция: $r = -,9644$



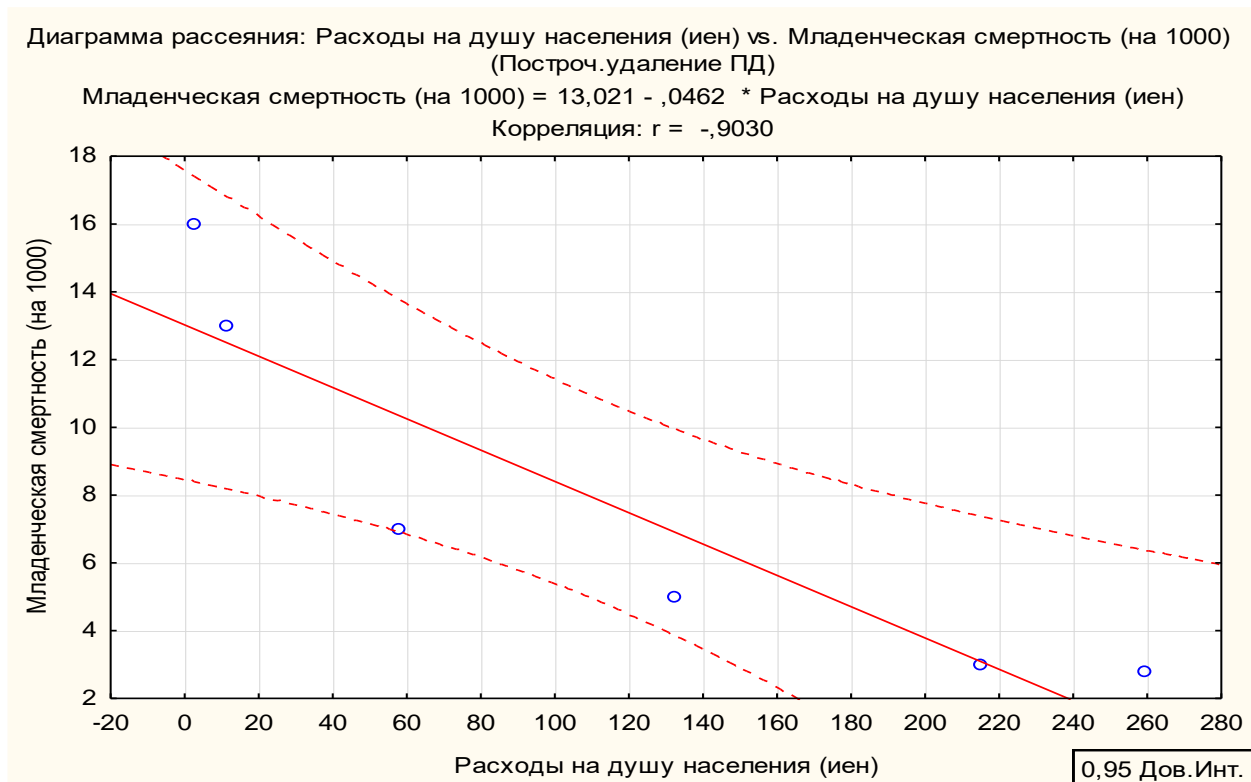


Рис. 1. Корреляционная зависимость расходов на душу населения и ОППЖ

Выводы.

1. По полученным данным при увеличении расходов на душу населения рождаемость в Японии снижается, естественный прирост уменьшается, младенческая смертность также снижается. Однако ожидаемая продолжительность предстоящей жизни увеличивается (!).

2. За исследуемый период частота посещений врача в год в поликлинике увеличилась с 5 до 15 раз в год. Это позволяет сделать вывод о мотивации японцев на первичную профилактику – недопущение заболеваний.

3. На изменение структуры финансирования здравоохранения Японии повлияли демографическая проблема (софинансирование здравоохранения), ориентация на профилактику и реабилитацию в здравоохранении.

4. Как следствие, ориентация на профилактику и реабилитацию в здравоохранении, позволила здравоохранению снизить расходы на

стационарную помощь, скорую неотложную помощь без потери качества обслуживания и позволила повысить показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения / Мировая статистика здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения – 2014. – 170 с.
2. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение. Гуманитарная энциклопедия: Исследования [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006–2020 (последняя редакция: 08.02.2020). URL: <https://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>
3. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни. Гуманитарная энциклопедия: Исследования [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006–2020 (последняя редакция: 08.02.2020). URL: <https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info>
4. Мировая статистика здравоохранения, 2017 г.: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития [Worldhealthstatistics 2017: monitoringhealthfortheSDGs, SustainableDevelopmentGoals]
5. Shiba N. Prospective care of heart failure in Japan: lessons from CHART studies / N. Shiba, H. Shimokawa // Circulation Journal. – April 2011. – Vol. 75. – P. 425-438.

РОЛЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Берхеева З.М., Сабитова М.М., Сафина К.Р.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Республиканский центр профпатологии МЗ РТ

Актуальность. В настоящее время особое внимание уделяется сохранению здоровья и профилактике хронических неинфекционных

заболеваний (ХНИЗ), поскольку среди основных причин смерти они стоят на первом плане [1, 2]. ХНИЗ являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения, как в мире, так и в Российской Федерации [3]. К ним относятся сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет. В 2018 году вклад в общую смертность болезней системы кровообращения составил 46,8%, новообразований - 16,3%, болезней органов пищеварения - 5,2% болезней органов дыхания - 3,3%.

В 2020 г. произошло изменение федеральной нормативной базы, регламентирующей проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (ПМО) работников [5], позволившее их гармонизировать с диспансеризацией [4].

Цель работы: изучить возможности эффективности медицинских осмотров работающих с неблагоприятными производственными факторами в свете изменений нормативно-правовой базы.

Материал и методы исследования. Анализ годовых отчетов медицинских 45 территорий РТ за 2017-2019 гг.

Результаты и обсуждение. ПМО в РТ проходят около 300 тысяч работников (2017г. – 311540, 2018г. – 294927, 2019г. – 297313 чел.). Врач профпатолог в индивидуальных заключениях указывает медицинские рекомендации, включающие амбулаторное и стационарное обследование и лечение, санаторно-курортное лечение. Для работодателя в заключительных актах указываются меры профилактического и лечебно-реабилитационного характера.

Амбулаторное обследование и лечение в 2019г. было рекомендовано 19,04% осмотренных работников (2017г. – 18,6%, 2018г. – 17,8%), стационарное обследование и лечение 0,33% (2017г. – 0,5%, 2018г. – 0,35%) (табл.1). Санаторно-курортное лечение было рекомендовано 6,36% осмотренных работников (2017г. - 6,8%, 2018г. – 5,5). В диспансерном

наблюдении у специалистов нуждались 15,86% осмотренных работников (2017г. - 16,2%). 2018г. – 16,7%.

Таблица 1

Результаты периодических медицинских осмотров работников
в 2017-2019гг. (абс.числа и %)

Показатель	2017г.		2018г.		2019г.	
	%	абс.чис.	%	абс.чис.	абс.чис.	%
Число осмотренных работников, % охвата	311540	97,6	294927	98	297313	97,6
Не имели противопоказаний к выполняемой работе	304818	97,85	290423	98,5	292474	98,38
Имели временные противопоказания к работе	1054	0,34	593	0,2	464	0,16
Имели постоянные противопоказания к работе	3376	1,09	2484	0,8	2781	0,94
Заключение не дано	2292	0,74	1427	0,5	1594	0,54
Выявлено впервые хронических соматических заболеваний	37137	11,9	30067	10,2	35081	11,8
Нуждались в амбулаторном обследовании и лечении	58007	18,6	52626	17,8	56591	19,04
Нуждались в стационарном обследовании и лечении	1540	0,5	1031	0,35	972	0,33
Нуждались в санаторно-курортном лечении	21142	6,8	16661	5,5	18909	6,36
Необходимо диспансерное наблюдение	50520	16,2	49182	16,7	47138	15,86

Впервые были установлены ХНИЗ в 2019г. у 11,8% осмотренных работников (2017г. – 11,9%, 2018г. – 10,2%). В анализируемый период чаще всего выявлялись болезни системы кровообращения, расстройства питания и нарушения обмена веществ, входящие в класс IV МКБ10, крови, мочеполовой системы (табл.2).

Перечень впервые установленных хронических неинфекционных заболеваний
по результатам ПМО

Класс по МКБ-10	Болезни	Количество случаев		
		2017г.	2018г.	2019г.
Класс II	Новообразования	920	434	385
Класс III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4177	3445	3406
Класс IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6765	8563	7964
Класс VI	Болезни нервной системы	720	494	404
Класс VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	2791	1511	2693
Класс VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	543	116	364
Класс IX	Болезни системы кровообращения	8579	6081	8369
Класс X	Болезни органов дыхания	743	864	405
Класс XI	Болезни органов пищеварения	865	930	1108
Класс XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	57	85	90
Класс XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1314	795	774
Класс XIV	Болезни мочеполовой системы	5566	2908	2800
Класс XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	3750	3639	6262

Отдельного внимания заслуживают лабораторные отклонения от нормы, среди которых чаще всего выявлялась гипергликемия, требующая повторного анализа, консультации эндокринолога.

Анализ результатов ПМО свидетельствует о сохранении высокого удельного веса впервые выявленной соматической патологии, практически у каждого десятого осмотренного работника. Чаще всего выявляются болезни системы кровообращения, расстройства питания нарушения обмена веществ. 18-19% лиц, прошедших ПМО, нуждаются в амбулаторном обследовании и лечении. Каждый шестой работник нуждается в диспансерном наблюдении у специалистов. Как показывает практика, работающие граждане зачастую не имеют времени и возможностей обратиться к врачу первичного звена и пройти необходимое обследование.

Несмотря на то, что обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда и диспансеризация определенных групп взрослого населения проводятся согласно разных нормативных правовых актов и имеют разные цели, общим для них является выявление хронических неинфекционных заболеваний.

Анализ объема медицинского осмотра позволил выявить совпадение ряда исследований на ПМО и диспансеризации. Всем обследуемым выполняется определение относительного или абсолютного сердечно-сосудистого риска, флюорография или рентгенография легких, электрокардиография, определение уровня общего холестерина в крови, определение уровня глюкозы в крови натощак, измерение внутриглазного давления, маммография молочных желез в двух проекциях (у женщин старше 40 лет) и др.

При прохождении предварительного или периодического осмотра работник вправе предоставить в медицинскую организацию выписку с результатами диспансеризации из медицинской карты амбулаторного пациента.

Учет результатов профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, проведенных не позднее одного года, дает возможность работодателю сократить расходы на проведение предварительного и периодического медосмотра. Учитывая дороговизну маммографии можно рекомендовать прохождение ее в рамках диспансеризации, что позволит сократить расходы на оплату проведения предварительного и периодического медицинского осмотра, особенно в тех организациях, где сотрудники работают по совместительству или есть постоянная текучесть кадров.

Заключение. Таким образом, изменение федеральной нормативной базы, регламентирующей проведение медицинских осмотров (обследований) работников, гармонизация их с диспансеризацией, направлено на повышение качества и усиление профилактической направленности медицинского наблюдения за работающим населением.

Литература

1. Указ президента Российской Федерации от 6 июня 2019 года N254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».
2. Бухтияров И.В. Современное состояние и основные направления сохранения и укрепления здоровья работающего населения России /И.В. Бухтияров //Медицина труда и промышленная экология. 2019, №9. – С. 527-533.
3. Глобальные факторы риска для здоровья: смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. [Электронный ресурс]. / ВОЗ. – 2015. – Режим доступа: [https:// apps.who.int / iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878_rus.pdf?sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878_rus.pdf?sequence=8), свободный.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н (редакция от 13.12.2019г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ЛЕЧЕБНИКОВ И
ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТА**

Бодров А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В данной статье описываются возможности профессиональной реализации для выпускников программ специалитета по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», успешно прошедших процедуру первичной аккредитации специалиста, так как с 13 октября 2020 г. произошли некоторые изменения, о чем речь пойдет ниже. В целях уточнения должен отметить, что в названии статьи фигурируют наименования квалификаций, которые присваиваются выпускникам соответствующих программ специалитета и успешно сдавших государственный экзамен. Указанные наименования квалификаций – врач-лечебник и врач-педиатр, находят отражение в выдаваемых документах об образовании и о квалификации – дипломе специалиста.

До недавнего времени, а именно, до 13 октября 2020 г. врачи-лечебники и врачи-педиатры после прохождения первичной аккредитации специалиста могли претендовать на замещение только одной должности, а именно, врач-терапевт участковый и врач-педиатр участковый в рамках медицинских специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия», соответственно. Как было отмечено выше, с 13 октября 2020 г. вступили в силу изменения, которые вносились в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н, которые (изменения) в свою очередь были утверждены приказом Минздрава России от 4 сентября 2020 г. № 940н (табл.1) [1].

Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия»

Наименование специальности	Уровень профессионального образования	Должности
Лечебное дело	Высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело»	Врач-терапевт участковый; врач по медицинской профилактике; врач приемного отделения
Педиатрия	Высшее образование – специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия»* Подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности «Педиатрия»	Врач-педиатр; врач-педиатр участковый; врач-педиатр городской (районный); врач по медицинской профилактике; врач приемного отделения; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации – врач-педиатр; врач приемного отделения (в специализированной медицинской организации или при наличии в медицинской организации соответствующего специализированного структурного подразделения)
* Для лиц, получивших образование по основной образовательной программе в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) после 1 января 2016 года и прошедших аккредитацию специалиста, подготовка в интернатуре/ординатуре не является обязательной при замещении должностей врача-педиатра участкового.		

Таким образом, приказом Минздрава России от 4 сентября 2020 г. № 940н раздел «Должности» Квалификационных требований к медицинским и

фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» был дополнен следующими должностями медицинских работников: врач по медицинской профилактике и врач приемного отделения. По всей видимости, целью данного приказа было в том числе расширение возможностей для профессиональной реализации выпускников программ специалитета по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», успешно прошедших первичную аккредитацию специалиста, а также в целях уменьшения возможного кадрового дефицита по приведенным выше должностям медицинских работников.

Далее необходимо уточнить следующее. Если для специальности «Лечебное дело» приказом Минздрава России от 4 сентября 2020 г. № 940н должности дополнены без каких-либо вопросов, то для специальности «Педиатрия» имеет место проблема. Нюанс, который не был учтен разработчиком приказа, заключается в том, что в Квалификационных требованиях к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» по специальности «Педиатрия» имеется сноска № 7 (в статье обозначено символом *). Таким образом, с учетом требования, изложенного в данной сноске, выпускник программы специалитета по специальности «Педиатрия» может претендовать на замещение должностей врача по медицинской профилактике и врача приемного отделения только после освоения программы ординатуры по специальности «Педиатрия». Исходя из изложенного, для специальности «Педиатрия» следовало, помимо дополнения раздела «Должности», также отредактировать сноску № 7 и изложить ее в следующей редакции: «Для лиц, получивших образование по основной образовательной программе в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) после 1 января 2016 года и прошедших аккредитацию специалиста, подготовка в интернатуре/ординатуре не является

обязательной при замещении должностей врача-педиатра участкового, врача по медицинской профилактике, врача приемного отделения».

В заключение будем надеяться, что Минздравом России при дальнейшем внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» будет учтено приведенное в статье обстоятельство [2].

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 сентября 2020 г. № 940н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н» // Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru). 2 октября 2020 г.

2. URL: <https://regulation.gov.ru/projects/List/AdvancedSearch#npa=110024>

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

Бурыкин И.М., Хамедова М.Ш., Жолобова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и старения населения делает вопросы поиска повышения эффективности оказания медицинской помощи крайне актуальным. Россия на данный момент занимает первое место в мире по смертности от заболеваний сердечнососудистой системы. Так из 100 тысяч человек только от инфаркта миокарда в России ежегодно умирают 330 мужчин и 154 женщины, а от инсультов – 204 мужчины и 151 женщина. При этом процент смертей от данных заболеваний составляет

57% от общего числа смертностей. Крайне важным является профилактика данной группы заболеваний на основе повышения приверженности населения к здоровому образу жизни и минимизации факторов риска.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Проведено проспективное поперечное одномоментное исследование лиц, обратившихся за консультацией к кардиологу на уровне Центральной районной больницы. Данные получены в результате обследования пациентов, обратившихся за январь 2019 года.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенных исследований было выявлено, что исследуемые пациенты предрасположены к курению на 11,4%, а стаж курения у них достигает 30-40 лет в 75% случаев. Избыточной массой тела страдает около 44,3% пациентов и только 17,1% показатель индекса массы тела находится в допустимой норме. Выявлено, что 1 и 2 степенью ожирения страдает не меньшее количество пациентов: 30% имеет 1 степень, а 8,6% - 2 степень ожирения. Общеизвестно, что в России и большинстве европейских стран ожирением страдают около 20 % населения (в США 36,2 %). Избыточный вес в России имеют около 60 % населения (в США 70 %). Минимальная доля населения с ожирением в Индии (3,9 %) и Японии (4,3 %). В связи с этим возникает вопрос о контроле потребления калорий, но на фоне выявленных показателей массы тела нами установлено, что только 28,5% контролирует потребление калорий. Показатели содержания клетчатки и овощей в рационе контролируют только 31,5% пациентов. В 2015 году Научный консультативный комитет Великобритании по питанию рекомендовал увеличить потребление пищевых волокон до 30 г в день, но только 9% взрослого населения Великобритании удается достичь этой цели. В США потребление клетчатки взрослыми в среднем составляет 15 г в день. Богатые источники пищевых волокон включают цельнозерновые, бобовые, овощи и фрукты. По данным литературы на каждые 8 г увеличения количества пищевых волокон, потребляемых в день, общее число смертей и заболеваемость

ишемической болезнью сердца, диабетом 2 типа и колоректальным раком снижается на 5-27%.

Анализ в настоящем исследовании контроля потребления соли выявил, что только 60% пациентов контролирует ее потребление. По представленным расчетам ВОЗ, чрезмерным использованием соли в рационах питания в 2010 году было обусловлено 1,65 миллион летальных исходов вследствие сердечно-сосудистых причин, при этом 40,4% случаев развились до 70 лет, т.е. преждевременно. В соответствии с глобальным отчетом ВОЗ по ХНИЗ в 2014 г. уже около 1,7 миллионов смертей в мире было вызвано избыточным потреблением NaCl.

К сожалению, по данным проведенного исследования только 67,1% следят за прогулками на свежем воздухе больше 30 минут. По данным ВОЗ около 60% населения не соблюдают необходимые нормы физической активности для здорового образа жизни.

Полученные данные свидетельствуют, что действующие в Российской Федерации меры в виде центров здорового образа жизни, кабинетов профилактики не достаточны. Проведенные результаты исследования свидетельствуют о необходимости пересмотра политики оценки и повышения приверженности населения к здоровому образу жизни на уровне первичного звена здравоохранения.

**КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРОВ И ПОЛИКЛИНИК
(ПО ОЦЕНКАМ ПАЦИЕНТОВ)**

Валиев Р.И., Чумарёв Н.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Со вступления в юридическую силу Закона РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» у медицинских организаций появилась законная обязательность исполнения

стандартов оказания медицинской помощи. Существующая система в целом позволяет предъявлять требования к организации медицинской деятельности и к качеству ее исполнения [3]. Однако необходимо помнить, что медицинская деятельность направлена, в первую очередь, на пациента, и то, в какой степени, он будет удовлетворен от процесса оказания ему медицинских услуг, зависит его повторное обращение в эту медицинскую организацию, если это будет необходимо, а также, что немаловажно – распространение информации об этом лечебном учреждении среди своего круга знакомых, что в свою очередь формирует имидж медицинской организации [1].

При оказании медицинской помощи населению всегда остро стоит вопрос о том, насколько качественно будет она представлена для пациента. Актуальность проблемы оказания качественной хирургической медицинской помощи высока, в связи с тем, что на данный момент не всегда удается получить медицинскую помощь, полностью соответствующую критериям качества, которые суммируются из рациональной ее организации, включающей использование современных методов диагностики и лечения в стационаре, целенаправленной подготовки врачебных кадров, проведение научных исследований в этой области [2].

Исследования в области качества оказания медицинской помощи населению являются очень ценными, так как позволяют руководителю вовремя корректировать деятельность лечебно-профилактической организации во избежание неудовлетворительного медицинского обслуживания [2].

В связи с этим, в своем исследовании мы решили обратиться к социологическому опросу, как инструменту, позволяющему наиболее полно оценить качество оказываемой медицинской помощи со стороны пациента.

Цель исследования: на основе социологического опроса пациентов оценить качество оказываемой медицинской помощи специалистами хирургического профиля населению.

Результаты исследования. В опросе приняло участие 297 респондентов, среди них 88,9 % женщин и 11,1% мужчин. Среди респондентов были

представлены следующие возрастные группы 16-20 – 47,16%; 21-30 – 3,8%; 31-40 – 6,32%; 41-50 – 4,92%; 51 и старше 2,8%.

Изучение обращений показало, что большинство респондентов за первой медицинской помощью обращались в поликлинику - 87% и 13 % обращались в стационар.

Одним из основных критериев качества оказания медицинской помощи является своевременность – соотношение между временем получения адекватной помощи от момента возникновения потребности в ней. Но здесь надо заметить, что во время обращения в поликлинику некоторые из респондентов отмечали, что не могли дозвониться до регистратуры поликлиники – 11,9%; другая часть респондентов ответила, что не было записи на ближайшее время – 28,4%; часть респондентов ответила, что не было записи на прием – 16,4%; незначительная часть респондентов испытали затруднения при записывании через сайт – 3%; у большинства респондентов затруднений не возникло – 53,7%. В ходе нашего исследования был задан вопрос о времени ожидания на прием к врачу после записи. Большая часть респондентов ответила, что время ожидания составило до 4 часов – 35,8%; некоторым пришлось ожидать прием от 1 до 3 дней – 26,9%; часть респондентов ожидало прием от 4 до 7 дней – 23,9%; от 8 до 14 дней ожидало прием 4,5% респондентов; по 1,5% распределили между собой следующие варианты: не ожидали приема, и врач принял в течение 5 минут от момента указанного времени. По срокам ожидания диагностических процедур ответы распределились следующим образом: не ожидали 40% респондентов; 20% ожидало 2-3 дня; 21,5 % ожидали диагностические процедуры 3-10 дней и 12,3% прошли диагностические процедуры в течение одного дня.

Ответы на вопрос «Как Вы поступили в стационар?» распределились следующим образом: по самообращению обратилось 88,5%, по линии «скорой помощи» - 11,5%. При обращении в стационар за медицинской помощью сроки ожидания оказались намного меньше 70% респондентов ожидали диагностические процедуры до 30 минут; 10% до 60 минут; и 20% респондентов

не ожидали диагностических процедур. По данным нашего исследования, в 75,6% случаев лечебные процедуры назначались своевременно, в большинстве случаев (70,2%) смены лечебных процедур и медикаментов в процессе лечения не отмечалось, в 16,5% была однократная смена лечебных процедур и медикаментов; 13,3 % респондентов затруднились ответить на поставленный вопрос.

Одним из показателей результатов проведенного лечения является исход заболевания. По анализу результатов лечения хирургических заболеваний в условиях стационара в 92,5% случаев отметили улучшение состояния, в 4,5% - без изменений и 3% отметило ухудшение состояния после лечения. Исходы заболевания в условиях поликлиник распределились следующим образом: в 87,5% отметили улучшение состояния, 8,6% не отметили никаких изменений после лечения, 3,9% опрошенных отметили ухудшение состояния.

Также показателем качества оказания медицинской помощи являются пациенты, получившие информацию о предстоящих диагностических и лечебных процедурах. По итогам исследования мы получили следующие данные 91,7% респондентов отметило, что все диагностические и лечебные процедуры были объяснены лечащим врачом в доступной форме; 3,9% респондентов ответили, что о данных процедурах объясняла медицинская сестра; 4,4% - не получили никаких разъяснений.

Одним из критериев качества оказания медицинской помощи является доля пациентов, получивших информацию о дальнейшем восстановительном периоде, с учетом перенесённого заболевания. В 91,7 % случаев пациенты получили рекомендации; в 4,8% ответили отрицательно, 3,5 % затруднились с ответом.

По результатам наших исследований большинство из респондентов довольны работы стационаров и поликлиник – 84,5%, 10,8% неудовлетворены, 4,7% воздержались от ответа. Также перед респондентами ставился вопрос на сколько они удовлетворены работой врачей: 93,7% удовлетворены работой врачей, комментируя это внимательным отношением к себе и разъяснением

всех возникших вопросов; 3,8% не удовлетворены работы врачей, так как не испытывали к себе должного отношения; 2,5% респондентов воздержались от ответа.

По итогам отношения врачей к пациентам, тактике лечения 71,5% опрошенных рекомендовали бы данный стационар/поликлинику своим близким, знакомым; 19,5% рекомендовали бы данный стационар/поликлинику, если бы не было больше выбора; 9,1% не рекомендовали медицинские организации своим знакомым, близким, где они проходили лечение.

По итогам нашего исследования мы выявили, что большинство опрошенных удовлетворены качеством оказываемой хирургической помощи, но среди них также остаются неудовлетворенные оказанием хирургической помощи. Интегральный показатель удовлетворённости населения качеством оказываемой хирургической медицинской помощью обладает информативностью и, возможно, должен использоваться при оценке качества оказания хирургической медицинской помощи.

Литература

1. Ломаков С.Ю. Оценка пациентами качества оказания специализированной помощи онкологическим больным в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ) / С.Ю.Локманов // Вопросы онкологии. – 2013.- №3 - т.94. – С 513-517.

2. Уразманов А.Р., Валиев Р.И., Радченко О.Р./ Оценка показателей деятельности хирургического отделения и качества медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара/ А.Р. Уразманов, Р.И. Валиев, О.Р. Радченко // Фундаментальные исследования. – 2014.- №10. – С 1577-1581.

3. Быковская Т.Ю., Ерошенко А.Ю., Мартиросов В.Ю., Яковенко Е.П./ Проблемные вопросы регулирования организации и контроля качества медицинской деятельности (экспертизы качества медицинской помощи)/ Т.Ю. Быковская, А.Ю. Ерошенко, В.Ю. Мартиросов, Е.П. Яковенко // Менеджмент качества в медицине. – 2018. - №1. – С 24-28.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Галиуллин А.Н., Китаева Э.А., Галиуллин Д.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Одной из главных проблем здравоохранения во всем мире является высокая распространённость хронических неинфекционных заболеваний. Высокая распространённость неинфекционных заболеваний и их осложнений привлекает внимание органов здравоохранения и общества в целом. В современном мире неинфекционными заболеваниями страдают более 50% взрослого населения, однако среди лиц старше трудоспособного возраста её распространённость увеличивается более 90% [1,2]. В настоящее время активно изучаются влияния отдельных факторов риска на развитие хронических неинфекционных заболеваний населения, что свидетельствуют огромное количество публикации в медицинской литературе. В связи с этим считаем, необходимым изучение комплексного подхода профилактики неинфекционных заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста [3].

Цель исследования: разработка мероприятий по медико-социальной профилактике неинфекционных заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста.

Материал и методы. На базе поликлиники № 21 г. Казани нами было проведено медико-социальное обследование лиц старше трудоспособного возраста, обратившихся за медицинской помощью по поводу артериальной гипертонии в количестве 906 человек. Из них 48% составили мужчин, 52% женщин. Для изучения доли влияния медико-социальных факторов на возникновение и развитие АГ у лиц старше трудоспособного возраста был проведен однофакторный дисперсионный анализ. В этих целях нами было составлено 23 однофакторных дисперсионных комплекса. На основании полученных данных были разработаны 10 мероприятий по медико-социальной

профилактике артериальной гипертензии у лиц старше трудоспособного возраста.

Результаты и их обсуждение. Количество обследованных лиц старше трудоспособного возраста составило 906 человека. Из них 435 обследованных – лица мужского, а 471 женского пола. Обследованных лиц в возрасте 55-64 года составило 34%, 65-74 года – 29%, 75-84 года – 28,8%, 85 лет и старше – 8,3%.

По данным исследования, распространенность АГ среди обследованных лиц старше трудоспособного составила 74,5%. С возрастом отмечалось увеличение АГ как среди мужчин, так и среди женщин. Распространенность АГ среди женщин оказалась существенно выше, чем среди мужчин ($p < 0,05$), в то же время были обнаружены существенные различия в зависимости от пола и возраста ($p < 0,05$).

Изучение распространенности медико-социальных факторов среди лиц старше трудоспособного возраста показало, что из всех обследованных образование ниже среднего было выявлено у 26,2% обследованных, 29,1% проживали одни, 17,3% лиц имели подушевой доход ниже прожиточного минимума и 5% обследованных были не удовлетворены своими жилищными условиями. Алкоголем злоупотребляли 52,9% обследованных лиц. Частота употребления алкоголя оказалось выше у мужчин, чем у женщин. Ежедневно к употреблению алкоголя прибегали 66,7% мужчин и 33,3% женщин. Показатели курения были существенно ниже на 21,1%, чем показатели употребления алкоголя. Из всех опрошенных мужчин 81,3% были зависимы от никотина, причем 46,9% из них выкуривали от 10 сигарет в день, а курящих женщин было лишь 18,7%. Как показало исследование, 84% опрошенных нерегулярно занимались утренней гимнастикой, 55% – подсаливали пищу перед употреблением, 71,4% – редко употребляли свежие овощи и фрукты, и 68,2% обследованных ежедневно употребляли сладкое и мучное. Нерегулярно проходили диспансерное наблюдение 48% обследованных, в анамнезе имели сердечно-сосудистые заболевания 100,0% пациентов, сахарный диабет был

обнаружен у 60,6% лиц старше трудоспособного возраста, 57% обследованных имели избыток массы тела.

Анализ данных, показывающих комплексное влияние медико-социальных факторов на развитие АГ у лиц старше трудоспособного возраста свидетельствует о том, что на возникновение и развитие артериальной гипертензии у лиц старше трудоспособного возраста наиболее сильное влияние оказывают медико-биологические факторы ($\eta^2=17,6\%$, $P<0,001$). Второе место занимают факторы – недостатки медицинского обслуживания ($\eta^2=8,5\%$, $P<0,01$), третье место – факторы питания ($\eta^2=7,8\%$, $P<0,01$), четвертое – социальное-гигиенические факторы ($\eta^2=7,4\%$, $P<0,01$) и последнее место принадлежит поведенческим факторам и образа жизни ($\eta^2=6,3\%$, $P<0,05$).

Таблица 1

Рекомендации по снижению неблагоприятных медико-социальных факторов на развитие АГ у лиц старше трудоспособного возраста

<i>Факторы</i>	<i>Мероприятия по ослаблению (устранению) факторов риска</i>
Пол (женский/мужчины) ($\eta^2=6,6\%$)	Проводить разъяснительные беседы среди женщин, имеющих неблагоприятный прогноз, которые более подвержены возникновению артериальной гипертензии. Дать рекомендации по снижению факторов риска, влияющих на АГ, формированию здорового образа жизни, соблюдению режима дня и отдыха, ограничению употребления соленостей и сахаросодержащих продуктов, поддержанию физической активности и по регулярному прохождению диспансеризации и максимальному выполнению рекомендации врача.
Образование – ниже среднего ($\eta^2=6,4\%$)	В этом случае дается рекомендация по режиму труда и отдыха, формированию здорового образа жизни, также объясняется о необходимости прохождения диспансеризации менее 1-го раза в год. При наличии хронических заболеваний рекомендуется регулярное прохождение диспансерного наблюдения для предотвращения различных осложнений.
	При этом пациенту при необходимости дается консультация психолога для коррекции отношений с

Семейное положение – одинокие ($\eta^2=7,9\%$)	близкими, родными и друзьями, а также рассматривается вопрос о привлечении сотрудников социальной защиты для поддержки лиц старше трудоспособного возраста. Вести проактивное наблюдение за состоянием здоровья и АГ.
Подушевой доход – ниже прожиточного минимума ($\eta^2=8,2\%$)	Необходимо задействовать органы социальной защиты и администрацию для определения льгот и надбавок, которые положены пациенту в рамках различных программ.
Наличие вредных привычек: злоупотребление алкоголем ($\eta^2=7,8$), курение ($\eta^2=8,4\%$)	Объяснить вредное влияние алкоголя и никотина на организм человека и развитие заболеваний, в том числе АГ. Подобрать такие способы отказа от алкоголя и курения, которые наиболее подходят для данного пациента. При необходимости направить пациента к врачам-специалистам (наркологу, невропатологу, рефлексотерапевту и др.). При необходимости использовать лечебно-профилактические мероприятия: общеукрепляющее и симптоматическое лечение, дезинтоксикацию, лечение психотерапевтических, соматических и неврологических расстройств.
Наличие хронических заболеваний: ССЗ ($\eta^2=46,0\%$), атеросклероз ($\eta^2=15,9\%$), сахарный диабет ($\eta^2=32,0$), желудочно-кишечные заболевания ($\eta^2=4,6\%$) и заболевания почек ($\eta^2=10,4\%$)	Регулярное наблюдение у участкового врача-терапевта и врачей специалистов в зависимости от нозологии болезни. Обязательное диспансерное наблюдение, вести контроль за течением заболевания. Проведение общеукрепляющих мер, обеспечение правильного режима дня, питания, соблюдение здорового образа жизни, отказ от курения и употребления алкоголя.
Нерегулярное диспансерное наблюдение ($\eta^2=11,4\%$)	Разъяснить пациенту о необходимости проведения диспансерных осмотров для того, чтобы своевременно выявить и лечить, имеющихся заболеваний, в т.ч. и АГ, а также вести динамическое наблюдение и составить мероприятия по предупреждению развития и распространения АГ. Кратность диспансерных осмотров в зависимости от степени АГ от 2 до 4 раз в год.

Заключение. Таким образом, артериальная гипертензия у лиц старше трудоспособного возраста характеризуется неблагоприятным прогнозом,

который обусловлен высокой распространенностью различных медико-социальных факторов риска и их влиянием. Однако сила влияния каждого фактора отличается друг от друга. Сочетанное влияние их в некоторых случаях усиливается, в других - снижается. Большинство этих факторов являются управляемыми, что требует разработки индивидуальных медико-социальных мероприятий для каждого больного с учетом влияний комплекса неблагоприятных медико-социальных факторов риска на возникновение АГ у лиц старше трудоспособного возраста. Полученные данные могут быть использованы для составления программы по оздоровлению и диспансерного наблюдения за лицами старше трудоспособного возраста в целях профилактики и снижения обострения при различных стадиях развития АГ.

Литература

1. Масленникова Г.Я. Сердечно-сосудистые и другие неинфекционные заболевания в странах, входящих в Партнерство Северное Измерение в области Здравоохранения и Социального Благополучия: выбор приоритетов и лучших методов их профилактики / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. - №16 (5). – С. 4-10.
2. Воробьева Н.М. Как уровень артериального давления влияет на 5-летнюю выживаемость лиц старческого возраста и долгожителей? / Н.М. Воробьева, О.Н. Ткачёва, Ю.В. Котовская // Артериальная гипертензия. - 2019. №25(3). – С. 232-245. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2019-25-3-232-245>
3. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации Медицинское образование и профессиональное развитие / Улумбекова Г.Э., Гинойян А.Б., Чабан Е.А. – 2016. – № 2(24). – С. 107–120.

МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Галиуллин Д.А., Залялов Р.Р., Галиуллин А.Н.

ГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Актуальность. Известно, что социально-гигиенический мониторинг (СГМ) как система длительного наблюдения за изменениями показателей здоровья населения проводится для осуществления профилактических, диспансерных мероприятий и оценки результативности деятельности медицинских организаций (Г.Г.Онищенко, 2004, А.В.Шулаев, 2014, Р.Х.Ягудин, 2014, Н.Н.Шамсияров, А.Н.Галиуллин, А.В.Шулаев, 2015, М.И.Темирзянов, А.Н.Галиуллин, Ф.В.Валиев, 2016 и др.). В то же время данные о мониторинге здоровья лиц старше трудоспособного возраста в литературе встречается редко. Имеющиеся сведения не позволяют судить о здоровье этого контингента в зависимости от длительности наблюдения.

Цель работы: провести мониторинг здоровья лиц старше трудоспособного возраста Республики Татарстан по данным официальной государственной отчетности ГАУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» за 2015-2019 гг.

Результаты и их обсуждение. Проведенный мониторинг состояния здоровья лиц старше трудоспособного возраста показал, что распространённость заболеваний у этих лиц увеличилась на 1000 человек этого возраста с 1358 случаев в 2015 году до 1402,6 случаев в 2019 году. При этом показатели первичной заболеваемости за этот период снизились с 532,7 до 507,9 случаев, т.е. на 4,7%. В структуре распространённости болезней среди лиц старше трудоспособного возраста новообразования за 5-летний период наблюдения увеличились с 53,0 до 80,5 случаев на 1000 населения, болезни крови с 8,4 до 8,9 случаев, болезни эндокринной системы, расстройств питания, обмена веществ с 98,3 до 109,9 случаев, болезни мочевой системы выросли с

81,7 до 83,4 случаев. В структуре первичной заболеваемости произошло увеличение психических расстройств на 13,2%, системы кровообращения на 40,5%. Существенное снижение первичной заболеваемости произошло по болезням нервной системы, органов дыхания, мочеполовой системы.

Если в 2014 году показатели смертности в возрасте 85 и более лет составляли 16 755,8 случаев, то в 2019 году этот показатель снизился до 16095,0 случаев. Наиболее высокие показатели смертности были выявлены в Черемшанском (5049,5 случаев на 1000 тысяч населения), Мензелинском (4243,5 случаев), Тетюшском (4490,7), Дрожжановском (4681,1), Новошешминском (5002,9) районах Республики Татарстан. Наиболее низкие показатели смертности были установлены на 100 тысяч среди лиц пенсионного возраста в Набережных Челнах (2613,5 случаев), Нижнекамском (2788,2), Елабужском (3323,5), Лайшевском (3301,6) районах и городе Казани (3295,3 случая). При этом у мужчин общий коэффициент смертности увеличился с 1830,2 случаев в возрасте 60 лет до 16796,9 случаев в возрасте 85 и более лет (89,1 %), у женщин этот показатель вырос с 549,6 случаев в возрасте 55 и до 85 и более лет до 15897,0 случаев на 100 тысяч населения, т.е. на 96,5%.

Установлен рост числа освидетельствованных на инвалидность среди лиц пенсионного возраста. В 2015 году этот показатель вырос с 9009 случаев до 9720 случаев. При этом первичный выход на инвалидность увеличился по злокачественным новообразованиям (на 1,3%), психическим расстройствам (5,9%), болезням нервной системы (3,0%), болезням уха и сосцевидного отростка (37,0%).

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) среди лиц старше трудоспособного возраста имела тенденцию к росту. Так ОПЖ в возрасте 60 лет выросла с 19,6 лет в 2013 году до 20,4 лет в 2018 году. С увеличением возраста показатели ОПЖ медленно снижались. В возрасте 85 и более лет ОПЖ снизилась с 6,0 лет в 2013 году до 5,8 лет в 2018 году, т.е. на 3,4%.

Заключение. Таким образом, проводимый нами мониторинг основных показателей здоровья лиц старше трудоспособного возраста в Республике

Татарстан показал существенный рост распространенности болезней за 2015-2019 гг. При этом наблюдалось увеличение показателей заболеваемости новообразованиями, болезней нервной системы, психических расстройств. Отмечается рост первичного выхода на инвалидность по этим заболеваниям. Выявлено достоверное снижение показателей ОПЖ в возрасте 85 и более лет за 2015-2019 гг. на 0,2 года. Полученные данные мониторинга основных показателей здоровья лиц старше трудоспособного возраста могут быть использованы в планировании, организации оказания медицинской помощи, профилактики и диспансерных мероприятий лицам пенсионного возраста, а также в оценке результативности деятельности медицинских организаций.

Литература

1. Онищенко Г.Г. Современные проблемы ведения и совершенствования социально-гигиенического мониторинга / Г.Г.Онищенко// Благополучная среда обитания-залог здоровья населения: науч.тр. Федерального научного центра гигиены им Эрисмана.- Воронеж, 2004. - С.25-39.

2. Темирзянов М.И., Галиуллин А.Н., Валиев Ф.В. Санитарно-гигиеническая оценка условий труда, питания и заболеваемости отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы на территории Республики Татарстан/ М.И.Темирзянов, А.Н.Галиуллин,Ф.В.Валиев.- Казань, 2016. – 119 с.

3. Шулаев А.В. Научное обоснование организационно-методических основ управления системой здравоохранения в условиях реализации целевых программ и оценки их эффективности: автореферат диссертации д-ра мед.наук /А.В.Шулаев. – М, 2014.- 47с.

4. Шамсияров Н.Н., Галиуллин А.Н., Шулаев А.В.. Мониторинг социально-экономических факторов, состояния окружающей среды города Казани и их влияние на медико-демографические показатели здоровья населения/ Н.Н.Шамсияров, А.Н.Галиуллин, А.В.Шулаев. - Казань, 2015. -135 с.

5. Ягудин Р.Х. Особенности реализации медико-социальных программ в Республике Татарстан и их эффективность: автореферат диссертации д-ра мед.наук/ Р.Х.Ягудин. - Санкт-Петербург, 2014. - 31с.

**НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-19) У
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ НА ПРОИЗВОДСТВЕ?**

Гарипова Р.В., Сафина К.Р., Мифтахова Р.Ю., Гадиев Р.Ф.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Республиканский центр профессиональной патологии МЗ РТ

Актуальность. Коронавирусная инфекция (COVID-19) – острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом вируса из рода коронавирусов SARS CoV-2 с воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями передачи. Вирус SARS-CoV-2 в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации отнесен (РФ) ко II группе патогенности [1].

Установлена роль COVID-19 как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи. Медицинские работники (МР) подвергаются самому высокому риску инфицирования, поскольку в процессе выполнения профессиональных обязанностей имеют длительный аэрозольный контакт. Коронавирусная инфекция у МР является внутрибольничной инфекцией, если возникла при выполнении ими их профессиональных обязанностей [2].

Цель исследования: дифференциация заражения медицинского работника COVID-19 как профессиональное заболевание или несчастный случай на производстве.

Материал и методы исследования. Ретроспективный анализ регистра больных COVID-19 республиканского центра профпатологии Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Метод исследования – нормативный.

Результаты и их обсуждение. Согласно письму Министерства труда и социальной защиты РФ и Федеральной службы по труду и занятости от 10 апреля 2020 г. № 550-ПР «...Повреждение здоровья работников в результате воздействия вредных или опасных факторов, присутствующих на рабочем месте, может расцениваться как производственная травма либо профессиональное заболевание в зависимости от поражающего фактора...». Статья 3 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» дает следующую формулировку несчастного случая на производстве: «...событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных Законом № 125-ФЗ случаях..., и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть». В этой же статье сказано, что «... профессиональное заболевание — хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности и (или) его смерть».

Как несчастный случай на производстве, так и профессиональное заболевание - это страховые случаи.

Заражение МР может произойти:

- 1) во время оказания медицинской помощи при работе в специализированном (перепрофилированном) стационаре для лечения пациентов, страдающих COVID-19;
- 2) при работе в медицинской организации, не специализирующейся на оказании медицинской помощи пациентам, страдающим COVID-19, но, при этом, имеется доказанный (документированный) контакт с такими больными;
- 3) заражение от коллеги.

По Указу Президента РФ от 6 мая 2020 г. № 313 "О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников" страховыми случаями являются:

а) смерть МР в результате инфицирования COVID-19 при исполнении им трудовых обязанностей;

б) причинение вреда здоровью МР в связи с развитием у него полученных при исполнении трудовых обязанностей заболевания (синдрома) или осложнения..., и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности (перечень таких заболеваний (синдромов) и осложнений утвержден Правительством РФ [3]);

в) в соответствии с законодательством РФ стойкая утрата медицинским работником трудоспособности в результате развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного COVID-19..., если заболевание возникло при исполнении им трудовых обязанностей.

В настоящее время организация расследования страховых случаев, указанных в подпунктах "а" и "в" Указа проводится в соответствии с постановлением Правительства РФ от 15 декабря 2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний». Таким образом, экспертиза связи COVID-19 с профессией у МР проводится в центре профпатологии только в случае смерти МР и развитии осложнений.

На сегодняшний день связь COVID-19 с профессией установлена 6 МР: у 5 - с летальным исходом и 1 – развитие осложнений после перенесенной COVID-19. У всех по документам [4] при исполнении ими трудовых обязанностей доказан контакт с пациентами, у которых было подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Нам пришлось столкнуться с ситуацией, когда мы не смогли установить связь COVID-19 с профессией у одного МР (летальный случай). Согласно санитарно-гигиенической характеристики (СГХ) условий труда «...в рамках возможного инкубационного периода (14 дней) до заболевания во время 9

дежурств имел контакт с 25 пациентами, у которых не было подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции ...». При этом в СГХ условий труда говорилось о сотрудниках отделения, заболевших COVID-19 среднетяжёлой формой, осложненной внебольничной двусторонней пневмонией. На наш взгляд, данный случай должен быть расценен как несчастный случай на производстве и расследование подобных случаев заражения МР COVID-19 должно проводиться в соответствии с требованиями статей 227—231 Трудового кодекса Российской Федерации с учетом Постановления Минтруда России от 24.10.2002 N 73 "Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях".

Заключение. Возникновение COVID-19 у медицинского работника при оказании им медицинской помощи как при работе в специализированном (перепрофилированном) стационаре для лечения пациентов, страдающих COVID-19, так и при работе в медицинской организации, не специализирующейся на оказании медицинской помощи пациентам, страдающим COVID-19, с доказанным (документированным) контактом с такими больными, следует расценивать как профессиональное заболевание.

При заражении медицинского работника от коллеги (сотрудника) отделения с доказанным (документированным) контактом необходимо проводить расследование несчастного случая на производстве.

Литература

1. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 "Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)".
2. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (версия 9 от 26.10.2020)
3. Распоряжение Правительства РФ от 15.05.2020 N 1272-р «Об утверждении Перечня заболеваний (синдромов) или осложнений,

вызванных подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вызвавших причинение вреда здоровью отдельных категорий лиц, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 г. N 313 "О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников", и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности»

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 января 2019 г. № 36н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и формы медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания”

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ И СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Гильманова Г.А.

ГАУЗ «Республиканский эндокринологический диспансер» МЗ РТ

Актуальность. Приоритетом в области здравоохранения Российской Федерации (РФ) является профилактика, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению [1]. Проводимые профилактические меры, существующая система оказания медицинской помощи больным с эндокринной патологией, уровень организаторской работы на местах по ее совершенствованию и темпы ее развития не обеспечивают возрастающие потребности населения Республики Татарстан (РТ) в эндокринологической помощи и требуют серьезной реорганизации эндокринологической службы и переориентации на профилактику эндокринных заболеваний.

Цель работы: дать оценку состояния здоровья пациентам с болезнью эндокринной системы (далее – БЭС) по показателям смертности,

заболеваемости и инвалидности, а также состояния эндокринологической службы РТ – её кадрового и ресурсного потенциала.

Методы исследования заключаются в использовании абсолютных сведений, относительных величин, структурных и динамических характеристик сравнения официальных статистических данных [2] и отчётов [3].

Результаты и их обсуждение. За прошедший пятилетний период в РТ и РФ существенно возросла смертность от БЭС. Если в целом по России за 2014-2018 гг. рост составил 2,7 раза, то в РТ за аналогичный период смертность от БЭС выросла в 5,6 раза. Показатель РТ за 2018 г. составил 43,5 случая на 100 тыс. населения, при этом наиболее высоким уровень смертности отмечается среди женщин в сельской местности (73,3 случая на 100 тыс. населения). Наивысшей рост смертности наблюдается в возрастных группах старше 60 лет у мужчин, и 55 лет и старше у женщин, составивший 5,9 раза. При этом в сельской местности рост смертности от БЭС оказался наибольшим и составил 8,1 и 7,2 раза за пять лет соответственно.

Первичная заболеваемость БЭС, в РТ с 2014 г. по 2018 г. возросла с 970 до 1070 случаев на 100 тыс. населения или на 10%. Рост произошел среди детей 0-17 лет, а среди населения 18 лет и старше первичная заболеваемость сохранилась на уровне 890 случаев на 100 тыс. населения. При этом динамика изменений различалась среди городского и сельского населения. Так среди взрослого городского населения она снизилась с 1000 случаев до 880 случаев, а среди сельского населения, наоборот, возросла с 570 случаев до 910 случая или на 60%.

Распространенность БЭС среди всего населения с 2014 г. по 2018 г. возросла с 6410 до 7670 случаев на 100 000 населения или на 20%. В городской местности рост составил 15%, а в сельской местности 40%. Ее уровень в сельской местности достиг 6320 случаев на 100 тыс. населения и приблизился к уровню распространенности среди городского населения. Динамика роста распространенности наблюдается среди детского и взрослого населения в сельской и городской местности.

Ведущими нозологиями в структуре, как первичной заболеваемости, так и распространенности БЭС, являются сахарный диабет (СД), болезни щитовидной железы и ожирение, которые вместе составляют 64% и 80% соответственно. За последние пять лет первичная заболеваемость болезнями щитовидной железы и СД возросла на 13%.

В структуре первичной заболеваемости у детей (0-17 лет) особо выделяются ожирение и болезни щитовидной железы. При этом наблюдается существенная динамика роста ожирения, в то время как число случаев первичных заболеваний щитовидной железы снизилась. У взрослого населения наблюдается рост первичной заболеваемости СД на 12%, а число болезней щитовидной железы и ожирения, наоборот, снизились на 14% и 10% соответственно.

В 6 из 43 районов РТ (Атнинском, Агрызском, Елабужском, Тукаевском, Алексеевском и Балтасинском) первичная заболеваемость БЭС в 2 и более раз превышает среднереспубликанский уровень.

Первичный выход на инвалидность по БЭС среди взрослого населения республики имеет явно выраженную тенденцию роста за последние пять лет. Среди всего населения она выросла на 45%, тогда как среди трудоспособного населения на 10%, а среди лиц старше трудоспособного возраста на 52%.

За 2014-2018 гг. 5567 детей (0-17 лет) получили инвалидность вследствие болезней эндокринной системы, из них 4183 или 75% вследствие СД. При этом динамика роста инвалидизации детей наблюдается как по всем БЭС, так и по СД (на 25% и 37% соответственно). Инвалидность равномерно распределяется среди мальчиков и девочек и имеет показатель 15,1 и 15,2 на 10 тыс. детей.

В медицинских организациях (МО) РТ имеется 184 должности врачей-эндокринологов, включая детских. По итогам 2018 г. работают 134 врача эндокринолога, включая детских. Их численность только за прошедшие пять лет выросла на 23%, укомплектованность физическими лицами составила 73%, при коэффициенте совместительства - 1,25. Из врачей-эндокринологов 129 или

96% работают в городской местности, при этом только треть из них имеет высшую, первую или вторую квалификационные категории.

В МО, оказывающих первичную специализированную медицинскую помощь, выделено 110 должности врачей-эндокринологов при нормативе 155 должностей (1 эндокринолог на 25 тыс. человек). Дефицит составляет 45 должностей. На начало 2019 г. в 8 районах РТ (Атнинском, Высокогорском, Кайбицком, Муслюмовском, Пестречинском, Спасском, Тюлячинском и Ютазинском) нет врачей-эндокринологов, ведущих амбулаторно-поликлинический приём. В Атнинской, Кайбицкой, Муслюмовской и Пестречинской ЦРБ штатные должности врачей-эндокринологов даже не предусмотрены.

При нормативе 282 койки на численность населения республики фактически развернутых эндокринологических больничных коек на начало 2019 г. составляет 173 или 61% от потребностей. Обеспеченность круглосуточными койками на 10 тыс. населения составляет 0,44 при рекомендованном нормативе 0,72. Только за прошедшие пять лет число эндокринологических коек снизилось на 20,3%. Все койки развернуты в МО в городской местности.

Средняя занятость эндокринологической койки в РТ за 2018 г. составила 329 дней, а средняя длительность пребывания больных на круглосуточной койке – 9,4 дней. Снижение по отношению к 2014 г. составило 9,6%. В то же время в МО 9 районов РТ (Елабужском, Менделеевском, Тукаевском, Альметьевском, Алькеевском, Нурлатском, Сабинском, Апастовском и Камско-Устьинском) средняя длительность пребывания больного на койке превышает 10 дней, а ещё в 5 районах РТ (Зеленодольском, Заинском, Нижнекамском, Спасском и Буинском) превысила 11 дней.

ГАУЗ «Казанский эндокринологический диспансер» (далее – диспансер) МЗ РТ является единственной специализированной МО республики, оказывающей первичную специализированную эндокринологическую помощь населению Казани. Создан в 1988 г. путём преобразования Казанского

противозобного диспансера. Размещается диспансер на приспособленных помещениях на первом этаже жилого дома, построенного в 1962 г. Общая площадь – 673,4 кв. метра. В 2018 г. на площади 329 кв. метров проведен капитальный ремонт, т.к. износ на тот момент времени по оценкам специалистов составлял 53%. Все медицинское оборудование (за исключением анализатора гликозилированного гемоглобина и анализатора глюкозы и лактата) приобретено в 2010 г. и ранее и имеют 100%-ный износ. В штате учреждения 19 должностей врачей, из них 14 врачей-эндокринологов, включая 4,5 детских. Имеется дефицит 4,5 должностей врачебного персонала. В качестве структурных подразделений функционируют взрослое и детские отделения и клиническая лаборатория. Ведётся регистр пациентов СД по Казани.

Республиканский диабетологический центр (далее - центр) создан в 1993 г. как функциональное подразделение на базе консультативно-диагностической поликлиники ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ. Представляет собой мультидисциплинарную бригаду врачей: эндокринологов, невролога, офтальмолога и кардиолога для оказания эндокринологической помощи населению районов республики. Центром ведётся регистр пациентов СД из районов республики.

На сегодня в республике нет единого регистра пациентов СД, заболеваниями щитовидной железы, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой недостаточности.

На сегодняшний день в РТ состоит на учёте 202 805 человек с БЭС, в том числе СД 119 437 человек. Из них в Казань – 76 508 человек. Стационарную помощь по эндокринологическому профилю осуществляет 6 МО, включая 1 детское отделение ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница». В настоящее время в РТ функционирует 3 специализированных детских сада для пациентов с СД.

Заключение. Для повышения доступности и качества эндокринологической помощи и снижение на этой основе заболеваемости,

инвалидности и смертности населения РТ от эндокринной патологии, в рамках республиканской программы, считаем необходимым:

- совершенствование мер профилактики эндокринных заболеваний;
- совершенствование и расширение первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам с эндокринными заболеваниями;
- внедрение новых медицинских технологий в диагностике и лечении, методов контроля качества эндокринологической помощи;
- создание Республиканского онлайн регистра эндокринных заболеваний, в том числе СД;
- разработка и внедрение новых технологий в реабилитации пациентов с эндокринными заболеваниями.

Литература

1. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Первичная медико-санитарная помощь. Опыт передовых практик в рамках реализации национального проекта посвящённой 40-летию со дня образования ГАУЗ «Городская поликлиника №18» (Казань, 6 декабря 2019 г.) / Под общей ред. профессора Гильманова А.А. – Казань, 2019 – 87 с.

2. Отчёт о деятельности ГАУЗ «Казанский эндокринологический диспансер» в 2019 г. – 25 с.

3. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2015-2019 годы): Учебно-методическое пособие / М.Н. Садыков, А.Р. Гайнутдинов, Г.Р. Хуснуллина [и др. всего – 15 авторов]. – Казань, 2020 – 267 с.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Гильманова Г.А., Глушаков А.И.

ГАУЗ «Республиканский эндокринологический диспансер» МЗ РТ

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Актуальность. Показатели смертности традиционно признаны объективной, хотя и косвенной, оценкой состояния здоровья населения. По существующему в нашей стране подходу шифровка диагнозов смерти проводится по непосредственной причине гибели индивидуума (как правило, в 46-49% - сердечно-сосудистой недостаточности), а не основного заболевания (например, сахарного диабета), запустившего весь процесс.

Болезни эндокринной системы (БЭС) только в Республике Татарстан (РТ) как непосредственная причина смерти составляют только 3,8% всех умерших, или в пересчёте на всё население – 0,04%, тогда как данной патологией страдает 8,1-8,4% российских граждан. Особенно актуальным смертность от БЭС становится для лиц трудоспособного возраста, когда гибель индивидуума оборачивается для общества и государства потерей работника и его потенциального вклада в экономику региона и страны.

Цель работы: продемонстрировать влияние гибели среди населения РТ от БЭС на основные социально-демографические параметры:

- ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ);
- пребывание в трудовом периоде;
- объёмы участия в общественном производстве, а также показать экономические потери.

Методы исследования сведены к расчётам на основе таблиц смертности, построенным для фактических условий и при устранении гибели от БЭС. Разница по этим таблицам будет выступать величиной социально-демографических потерь [3].

Результаты исследования и их обсуждение. Увеличение ОПЖ при устранении или элиминировании БЭС является результатом того, что в каждом возрасте стало меньше умирать и больше доживать до следующего возраста (табл. 1).

Таблица 1

Изменение ОПЖ при элиминировании смертности от БЭС в РТ за 2018 г., лет

Пол	в фактических условиях (e_0)	при устранении БЭС (e_0^i)	Вероятностный прирост ($\Delta e_0 = e_0^i - e_0$)	Прирост, %
Мужчины	69,03	69,32	0,29	0,4%
Женщины	79,54	80,11	0,57	0,7%

Лучшим комментарием, опровергающим оценку данного прироста ОПЖ (на 0,29-0,57 года), как незначительного, являются слова медицинского демографа Бедного М.С.: «теперь, когда продолжительность жизни велика, даже увеличение на 1/2 или 1/3 года может свидетельствовать о важнейших тенденциях, происходящих в смертности» [1].

Для определения пребывания в трудоспособном периоде (табл. 2), рассчитываем *среднюю продолжительность предстоящей трудовой деятельности* (СППТД, E_{Tr0}).

Сначала рассчитываем для мужчин РТ в фактических условиях ($E_{Tr}^{m_0}$): $E_{Tr}^{m_0} = 2\,971\,715$ человеко-лет / $100\,000$ человек = 29,71 лет, а затем для мужчин РТ при устранении смертности от БЭС ($E_{Tr}^{m_i}$): $E_{Tr}^{m_i} = 2\,975\,249$ человеко-лет / $100\,000$ человек = 29,75 лет.

Аналогично для женщин РТ в фактических условиях ($E_{Tr}^{f_0}$): $E_{Tr}^{f_0} = 2\,900\,806$ человеко-лет / $100\,000$ человек = 29,01 лет, а для женщин при устранении смертности от БЭС ($E_{Tr}^{f_i}$): $E_{Tr}^{f_i} = 2\,902\,914$ человеко-лет / $100\,000$ человек = 29,03 лет.

Изменение СППТД при элиминировании смертности от БЭС в РТ за 2018 г., лет

Пол	в фактических условиях ($E_{Тр0}$)	при устранении БЭС ($E_{Тр0}^i$)	Вероятностный прирост ($\Delta E_{Тр0} = E_{Тр0}^i - E_{Тр0}$)	Прирост, %
Мужчины	29,71	29,75	0,04	0,1%
Женщины	29,01	29,03	0,02	0,1%

Ожидаемый прирост *объёма предстоящей трудовой деятельности* ($\Delta T_{Тр}$) возможен в случае исключения влияния на него смертности от БЭС.

Так в фактических условиях трудовой потенциал ($T_{Тр}$) при определённой доле женщин во всем населении (0,488) равен:

$$T_{Тр} = (1 - 0,488) \times 2\,971\,715 \text{ человеко-лет} + 0,488 \times 2\,900\,806 \text{ человеко-лет} = 2\,937\,111 \text{ человеко-лет},$$

а при устранении гибели от БЭС ($T_{Тр}^i$): $T_{Тр}^i = (1 - 0,488) \times 2\,975\,249 \text{ человеко-лет} + 0,488 \times 2\,902\,914 \text{ человеко-лет} = 2\,939\,949 \text{ человеко-лет};$

Рассчитываем вероятностный прирост $\Delta T_{Тр}$:

$$\Delta T_{Тр} = (2\,939\,949 - 2\,937\,111) \text{ человеко-лет} / 2\,937\,111 \text{ человеко-лет} = 0,00097 \text{ (или } 0,097\%).$$

Одними из критериев, по которым определяют результаты деятельности, являются показатели экономической эффективности [2]. Эффект возможен при снижении экономических потерь от преждевременной смертности.

С учётом объёма валового регионального продукта (ВРП) по РТ за 2018 г., получаем экономические потери от гибели при БЭС ($\Delta \text{ВРП}$):

$$\Delta \text{ВРП} = 2\,440,3 \text{ млрд. рублей} \times 0,00097 \approx 2,367 \text{ млрд. рублей}.$$

Прирост общественного производства в результате устранения гибели от БЭС привел к увеличению объемов ВРП на сумму 2,367 млрд. рублей. Чтобы представить себе значимость этих средств, проведем аналогию с затратами на здравоохранения. В тот год в РТ было израсходовано средств бюджета и ОМС около 58,1 млрд. рублей, а экономический ущерб только в результате смертности от БЭС равен 4,1% затрат на медицину.

Для ориентировочной оценки стоимости одной смерти (Э) добавим:

- объёмы выплат в общественных фондов потребления (657,7 млрд. рублей);
- среднесписочную численность работающего населения (1 386 980 человек);
- численность всего населения РТ (3 898 628 человек).

Подставляя все данные в формулу [2, 3], получаем:

$$\begin{aligned} & \begin{array}{r} 2\,440,3 \text{ млрд. рублей} \\ 1\,386\,980 \text{ человек} \end{array} \times [0,5 \times \frac{657,7 \text{ млрд. рублей}}{3\,898\,628 \text{ человек}} \times 29,71 \text{ лет} - \frac{657,7 \text{ млрд. рублей}}{3\,898\,628 \text{ человек}} \times (69,03 - 29,71 \text{ лет})] + \\ & +0,488 \times \begin{array}{r} 2\,440,3 \text{ млрд. рублей} \\ 1\,386\,980 \text{ человек} \end{array} \times [0,5 \times \frac{657,7 \text{ млрд. рублей}}{3\,898\,628 \text{ человек}} \times 29,01 \text{ лет} - \frac{657,7 \text{ млрд. рублей}}{3\,898\,628 \text{ человек}} \times (79,54 - 29,01 \text{ лет})] = \\ & = 0,01828 \text{ млрд. рублей} \approx 18,3 \text{ млн. рублей на 1 человека.} \end{aligned}$$

Выводы. Гибель от БЭС в РТ способна сократить за год (2018 г.):

- ОПЖ на 0,29 года (или 0,4%) для мужчин и 0,57 года (или 0,7%) для женщин;
- СППТД на 0,04 года (или 0,1%) для мужчин и 0,02 года (или 0,1%) для женщин;
- объём общественного производства на 0,097%, что приводит к потерям ВРП на 2,367 млрд. рублей, а стоимость одного случая смерти от БЭС в результате потери экономики и социальных затрат государства составила 18,3 млн. рублей.

Заключение. Полученные результаты оценки социально-демографической потери вследствие гибели от БЭС являются хорошим аргументом в программах профилактики заболеваемости и сокращения смертности от данной причины.

Литература

1. Бедный М.С. Эволюции и тенденции смертности и средней продолжительности жизни // Демографические процессы и прогнозирование здоровья населения. – М.: Статистика, 1972. – 224 с.

2. Кулагина Э.Н. Экономическая эффективность охраны здоровья. – Горький: НГМА, 1984. – С.62-65.

3. Оценка потенциальных потерь вследствие смертности в дотрудоспособном возрасте: Учеб. пособие / Сост.: К.Ш. Зыятдинов, В.Ю. Альбицкий, Л.А. Никольская, А.И. Глушаков. – Казань: Медицина, 1998. – 64 с.

ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Глушаков В.И., Габбасов С.Э., Исмагилов И.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В здравоохранении Российской Федерации и в том числе в Республике Татарстан одним из важных направлений дальнейшего развития является внедрение малозатратных и эффективных технологий, а также стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению. Переход с дорогостоящей и ресурсоёмкой стационарной на стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи – дневные стационары, несмотря на существенные диспропорции, происходит крайне медленно, особенно в последние годы. По результатам проведённых исследований известно, что до половины пациентов, получающих лечение в большинстве стационаров терапевтического, неврологического и в том числе гинекологического профилей, госпитализированы зачастую необоснованно и могли бы получить эффективную и менее дорогостоящую медицинскую помощь такого же качества в условиях дневных стационаров поликлиник, больничных учреждений и стационаров на дому. При этом большая часть финансирования (около 80%), выделяемых из бюджета страны, направляется на поддержку именно стационаров, то есть развитие стационарозамещающих и других догоспитальных форм оказания медицинской помощи смогло бы сэкономить весомую часть финансовых средств.

Цель работы: рассмотреть темпы развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи на примере дневных стационаров в Республике Татарстан за шесть лет (с 2013 по 2019 гг.)

Задачи: проанализировать численность дневных стационаров всех типов за 2013-2019 гг. и выявить определённые тенденции развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в целом по Республике Татарстан.

Методы исследования. Математико-статистический анализ: исследование и оценка связей и взаимозависимостей, исследование процессов и графический анализ.

Результаты и их обсуждение. Число дневных стационаров вплоть до 2014 года быстро увеличивалось: с 2013 по 2014 года их численность возросла с 173 до 283, т.е. на 10 учреждений. Однако такие темпы перехода со стационарных на стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи с 2015 по 2019 года затормозились и вышли на своеобразное плато (рис.1).



Рис. 1. Динамика числа дневных стационаров в РТ в период с 2013 по 2019 гг.

В 2015 году произошёл прирост с 283 до 286 дневных стационаров, что составило 3 учреждения за год, в 2016 году их численность возросла на один

дневной стационар, а в 2017 году не произошло никакого численного прироста – имелось наибольшее число дневных стационаров (287). С 2018 года наблюдается снижение темпов перехода со стационарных на стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: в этот год число дневных стационаров уменьшилось на 3 учреждения, т.е. их стало 284, а в 2019 году – на одно учреждение и составило 283 дневных стационара. Таким образом, в последние годы наблюдается отрицательная тенденция.

Заключение. Быстрое увеличение численности дневных стационаров в Республике Татарстан происходило активными темпами вплоть до 2014 г. С 2014 по 2019 гг. численность дневных стационаров практически находилось на определённом уровне, образуя своеобразное плато. С 2016 по 2017 гг. было максимальное число дневных стационаров - 287 учреждений. Снижение темпов прироста численности дневных стационаров в Республике Татарстан свидетельствуют о замедлении перехода с дорогостоящей и ресурсоёмкой стационарной на более эффективную и менее дорогостоящую стационарозамещающую форму оказания медицинской помощи в виде дневных стационаров.

Литература

1. Глушаков А.И Развитие стационарозамещающих технологий в Республике Татарстан (по материалам официальной медицинской статистики) / А.И Глушаков // Республиканская научно-практическая конференция «Первичная медико-санитарная помощь. Опыт передовых практик в рамках реализации национального проекта посвящённой 40-летию со дня образования ГАУЗ «Городская поликлиника №18» г. Казани: Сборник материалов конференции. Казань, 6 декабря 2019 г. / Под общей редакцией профессора Гильманова А.А. – Казань, 2019 – 87 с.
2. Приказ Минздрава РФ от 09.12.1999 № 438 "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях"
3. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2014-2018 годы): Учебно-методическое пособие /

М.Н. Садыков, А.Р. Гайнутдинов, Г.Р. Хуснуллина, Р.Р. Залялов [и др., всего – 15 авторов]. – Казань, 2019 – 259 с.

4. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2009-2013 годы): Учебно-методическое пособие / А.Ю. Вафин, В.Г. Шерпутовский, Е.И. Шишмарёва, Н.И. Молокович [и др., всего – 15 авторов]. – Казань, 2014 – 268 с.

5. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2015–2019 годы): учеб.-метод. пособие / М.Н. Садыков, А.Р. Гайнутдинов, Г.Р. Хуснуллина, Р.Р. Залялов [и др.]. – Казань, 2020. – 267с.

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ПРОДОЛЖАЮЩИХСЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДНР

Доценко Т.М., Бугашева Н.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького»

Актуальность. Амбулаторно-поликлиническая помощь всегда была, есть и должна оставаться основной медицинской помощью всем категориям населения [1,3]. В основе значимости этого вида помощи ее доступность, основанная на территориальной приближенности к населению, бесплатностью, что указано в принципах советского здравоохранения, профилактическая направленность, научная обоснованность [2,4]. Ведь 80% и более населения «начинают и оканчивают лечение» именно в основной структуре детской больницы – поликлинике, в которой реализуется профилактическая помощь [5,6]. Именно в условиях поликлиники проводится основной объем лечебной работы, что позволяет стационарам госпитализировать практически больных в основном с тяжёлыми, трудно диагностируемыми видами патологии. Все изложенное лежит и в основе организации медицинской помощи детям –

контингенту разных возрастных групп (с рождения и до 14 лет), где характерна специфика медико-профилактической помощи, которая основана на кардинальных различиях процесса физического их развития, специфике патологии, их общительности, что в свою очередь требует и особенности в организации им медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Цель работы: оценить роль и значение необходимости «разобщения потоков больных и здоровых детей» в условиях детской поликлиники, что является важнейшим обстоятельством для организации лечебной и профилактической работы.

Материалы и методы исследования. В основу работы легли источники литературы с информацией о данных деятельности детских поликлиник в период советского времени, литературные и интернет-источники реформирования здравоохранения в целом и в частности педиатрической службы в довоенный период времени, а так же сведения о деятельности этой службы в Донецкой народной республике в настоящий период времени – времени, продолжающихся военных действий.

Результаты и их обсуждение. Педиатрическая служба, в т.ч. ее амбулаторно-поликлиническая часть, как и наиболее значимая, высоко эффективная, можно сказать, «уникальная» часть здравоохранения Донецкого региона практически полностью была разрушена в плане ее организации детям реформой здравоохранения, проведенной в преддверии войны в Донбассе (2013 г.) и потому в полном объеме подлежит полному восстановлению как в ее объеме, так и дальнейшем развитии [6,7]. Основа работы детских поликлиник – территориальная участковость. Организация медицинской помощи детям в условиях дошкольных и школьных учреждений, были ликвидированы и подростковые поликлинические кабинеты и в целом подростковая служба, ее организующими звеньями – с главным подростковым врачом и главным педиатром.

В настоящее время, несмотря на продолжающиеся военные действия, организация амбулаторно-поликлинической помощи возрождается, проходя соответствующие трудности, сложности этой работы: ведь «разрушать – это не созидать».

Основные сложности связаны с «размещением» детских поликлиник, т.к. для реализации снижения детской заболеваемости, организации всех элементов профилактической работы с детьми необходимы помещения, построенные по «типовым проектам», что позволяет выполнить основную цель в организации этого вида медицинской помощи детям, в частности «разобщению потока больных и здоровых» детей, а так же распределить правильно все структурные подразделения в самой поликлинике.

В настоящее время в полном объеме это невозможно и потому достаточно высокий удельный вес детских поликлиник размещается в «приспособленных» помещениях. Возвращен принцип обслуживания детей по «участковой системе», позволяющий участковому педиатру наблюдать детей с рождения и до исполнения им 14 лет, т.е. организовывать работу по принципу «единого педиатра». Однако, отсутствие подросткового врача, приводит к необходимости в организации медицинской помощи школьникам до 18 лет.

С нашей точки зрения все уровни медицинской помощи (первичная, вторичная, третичная) при условии финансирования должны оказываться детям в условиях одного помещения, что минимизирует «риски» «заражения» детей друг от друга, от взрослого населения, когда родители с детьми вынуждены переходить из помещения в помещение в так называемых «центрах». Кроме того, выстаивание «новой очереди» приводит к нежелательным контактам.

Внутренние структурные подразделения самой детской поликлиники, и это возможно только в поликлиниках, построенных по типовому проекту должны располагаться по принципу специфики патологии профилей педиатров всех уровней, связанной с этиологией конкретной патологии. Разобщение потоков больных и здоровых детей должно начинаться с момента «входа» в поликлинику, где должны быть обозначены «вход для больных» и «вход для

здоровых детей». При этом важным организационным моментом в этом вопросе является последующее разобщение детей еще у регистратуры.

Необходимо возрождение «дней приемов» только здоровых детей – это прием детей до года и детей, направляемых для вакцинации. Для «разгрузки» стационаров на базе детской поликлиники следует организовать дневные стационары.

В основе работы участковых педиатров должна лежать «разъяснительная» работа с матерью, как при оказании медицинской помощи здоровым, так и больным детям, и, в первую очередь это относится к матерям детей младших возрастных групп, особенно первого года жизни, а так же при проведении вакцинопрофилактики.

Выводы.

1. Детские больницы как в основном самостоятельные, должны располагаться в помещениях, построенных по типовому проекту.

2. В основе проекта поликлиники детской больницы должен быть положен принцип «разобщение потоков больных и здоровых» детей. Разобщение этих потоков начинается с дифференцировки «двух выходов» - отдельных для здоровых и больных детей.

3. Структурные подразделения детской поликлиники на уровне «трех уровней» (первичный, вторичный, третичный) оказания им медицинской помощи должны размещаться в одном здании по принципу «специфики патологии» (по возможности).

4. В настоящее время не уделяется должного времени разъяснительной работе с семьей, в частности с матерью, которая должна быть дифференцированной для родителей детей конкретных возрастных групп, а так же для больных детей.

5. Особенности организации диспансеризации детей должны касаться не только всех распределенных по группам здоровья, но и заключаться в специфике проведения назначаемых мероприятий для каждой возрастной группы дифференцировано.

Литература

1. Агарков В.И. Общественное здоровье и концептуальные направления развития здравоохранения ДНР. (Агарков В.И., Грищенко С.В., Костенко В.С., Агарков А.В., Бугашева Н.В.). - Донецк: Донбасс, 2017. - 129с.
2. Романова Т.А. Достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. - Белгород: НИУ БелГУ, 2011.- 352с.
3. Баранов А.А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592с.
4. Дудникова Э.В., Шашель В.А. Поликлиническая педиатрия / Под ред. А.С. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 622с.
5. Профилактическая работа на педиатрическом участке. - Белгород: БелГУ, 2006.- 132с.
6. Агарков В.И., Доценко Т.М., Бугашева Н.В. О необходимости возрождения отечественной педиатрической службы // В кн.: Проблемные вопросы педагогики и медицины. - Донецк, 2015.- С.28-30.
7. Островский И.М., Прохоров Е.В. Здоровье детей глазами родителей. // В кн.: Проблемные вопросы педагогики и медицины. - Донецк, 2015 .- С.273-275.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА И СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Есина Е.Ю., Шевцова В.И., Тимошина Е.А.

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Актуальность. Основными причинами развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) в Российской Федерации являются АГ (95,5%), ИБС (69,7%), перенесенный инфаркт миокарда или ОКС (15,3%), сахарный диабет (15,9%) [1,2]. Бесспорно, ХСН оказывает влияние на качество жизни пациентов.

Изучение вопроса зависимости качества жизни от фракции выброса и стадии ХСН поможет выяснить, как улучшить качество жизни этой группы больных [3,4,5].

Цель работы: определить зависимость качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью от фракции выброса и стадии ХСН.

Материалы и методы. В ходе исследования было опрошено 63 пациента в БУЗ ВО ВГП №3 с хронической сердечной недостаточностью в возрасте от 43 до 86 лет (средний возраст $63,3 \pm 11,14$ года). Из них 7 женщин и 16 мужчин.

Использовались стратифицированные опросники SF-36 и миннесотский, медицинские карты амбулаторных больных, результаты эхокардиографических исследований пациентов в БУЗ ВО ВГП №3. Статистическая обработка произведена с помощью программы Microsoft Excel 2016. Различия статистически достоверны при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования все пациенты были разделены на группы в зависимости от стадии ХСН: 20 – с ХСН 1, 21 – с ХСН 2А, 22 – с ХСН 2Б.

У пациентов с ХСН 1 средний показатель физического компонента здоровья по СФ-36 был выше (рис. 1), чем у пациентов с более тяжелыми стадиями, что свидетельствует о более высоком качестве жизни.

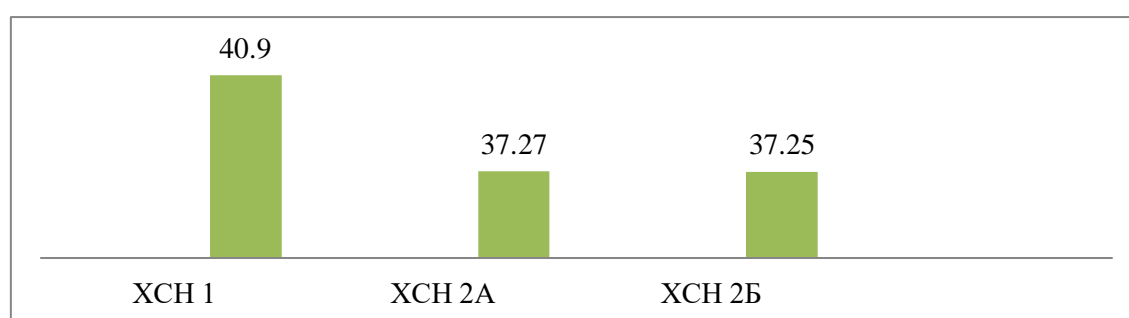


Рис 1. Среднее значение показателей качества жизни по SF-36 (физический компонент) у пациентов с разными стадиями ХСН

Обращает на себя внимание более высокий балл результатов психологического компонента здоровья опросника СФ - 36 у пациентов ХСН 2Б, что свидетельствует о более высоком качестве жизни (рис. 2). Однако

следует указать, что среди пациентов этой группы были пожилые пациенты с нарушением когнитивных функций, сниженной критикой к состоянию здоровья.

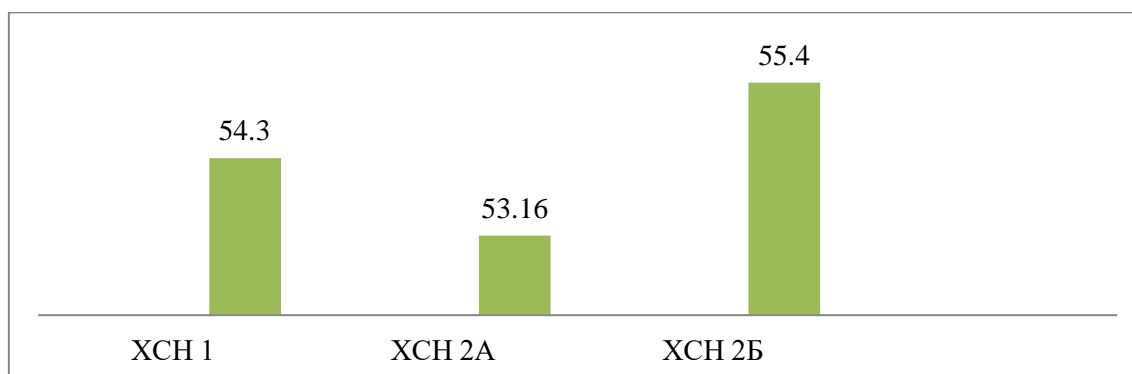


Рис. 2. Среднее значение показателей качества жизни по SF-36 (психологический компонент) у пациентов с разными стадиями ХСН

Согласно результатам миннесотского опросника, у пациентов с ХСН 2Б, средний показатель качества жизни был выше, что свидетельствует о более низком качестве жизни по сравнению с пациентами других групп (рис. 3).

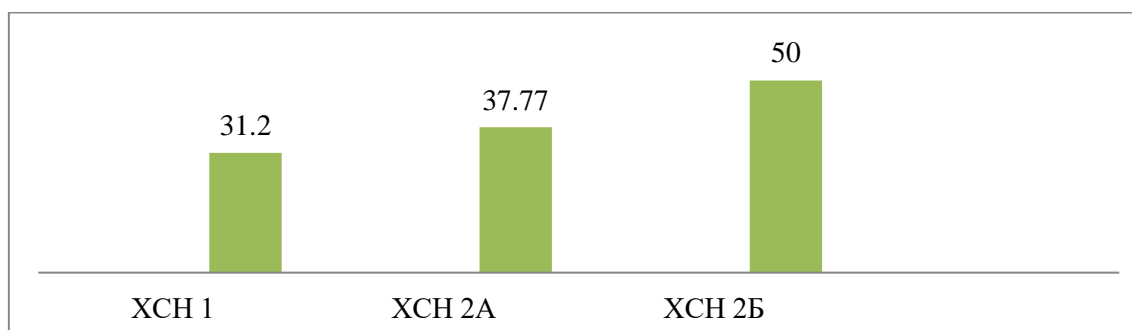


Рис. 3. Среднее значение показателей качества жизни по Миннесотскому опроснику у пациентов с разными стадиями ХСН

На следующем этапе пациенты были разделены на группы в зависимости от фракции выброса: 25 – с сохраненной фракцией выброса, 23 – с промежуточной и 15 – с низкой.

У пациентов с промежуточной фракцией выброса средний показатель физического компонента здоровья был выше (рис. 4).

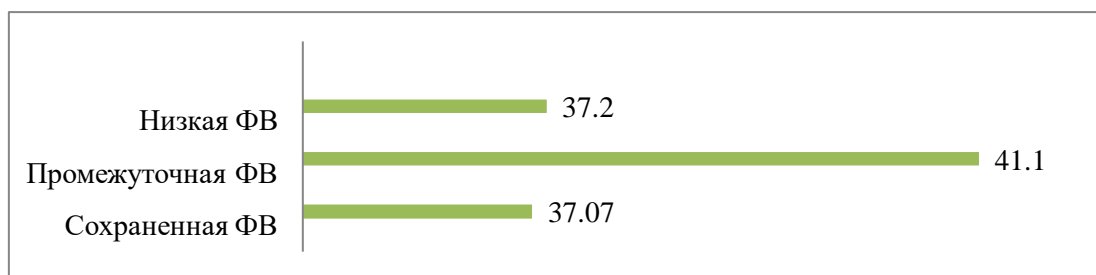


Рис. 4. Среднее значение показателей качества жизни по SF-36 (физический компонент) у пациентов с разными ФВ

У пациентов с низкой фракцией выброса был самый низкий средний показатель психологического компонента здоровья, что свидетельствует о более низком качестве жизни (рис. 5).

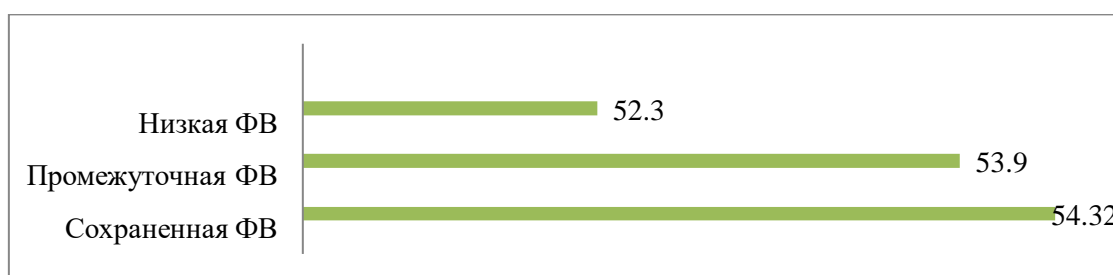


Рис 5. Среднее значение показателей качества жизни по SF-36 (психологический компонент) у пациентов с разными ФВ

У пациентов с низкой фракцией выброса был самый высокий показатель качества жизни по миннесотскому опроснику, что свидетельствует о более низком качестве жизни (рис. 6).

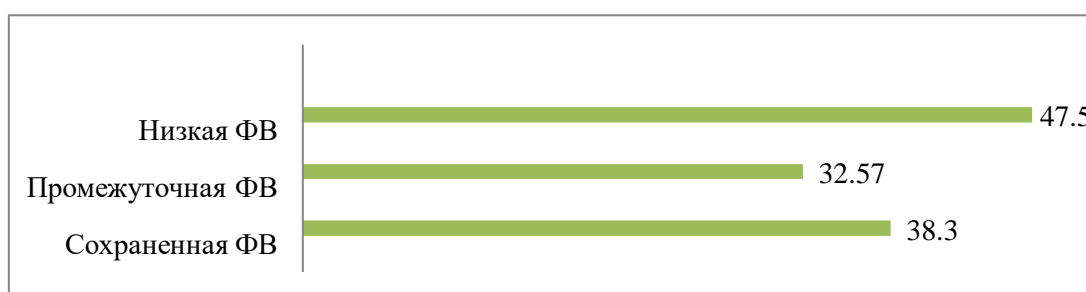


Рис. 6. Среднее значение показателей качества жизни по Миннесотскому опроснику (психологический компонент) у пациентов с разными ФВ

Далее была произведена оценка корреляционных взаимосвязей параметров, исследуемых в работе. Были выявлены следующие корреляционные взаимосвязи: средняя прямая зависимость между SF- 36 (психологический компонент) и возрастом ($r= 0,541$, $p<0,05$) (с повышением возраста снижалась критика к своему состоянию) (табл. 1).

Средняя прямая зависимость выявлена между стадией ХСН и результатами Миннесотского опросника, что свидетельствует о том, что с ухудшением клинических проявлений ХСН снижается качество жизни пациентов.

Таблица 1

Корреляционная матрица. Различия статистически достоверны при $p<0,05$

	Возраст	SF-36 физический компонент	Миннесотский опросник	Фракция выброса
SF-36 психологический компонент	$r=0,541$			
Миннесотский опросник		$r= - 0,755$		
Стадия ХСН			$r=0,4885$	$r= - 0,581$

Выводы:

- 1) качество жизни пациентов ухудшается с прогрессированием стадии ХСН и со снижением фракции выброса;
- 2) психологическое состояние пациентов зависит от возраста, тяжести ХСН и влияет на качество жизни.

Литература

1. Душина А.Г. Особенности хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка / А.Г. Душина, Е.А.

Лопина, Р. А. Либис // Российский кардиологический журнал. -2019. - №24(2). - С. 7-11.

2. Зуйкова В.И. Паллиативная медицинская помощь пациентам с хронической сердечной недостаточностью / В.И. Зуйкова, А.А. Зуйкова // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2020. - № 1. - С. 38-41.

3. Корчагин В.В. Характеристика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в отдельных возрастных категориях на поликлиническом этапе / В. В. Корчагин, Н. В. Страхова, В. И. Шевцова // Профилактическая медицина. - 2018. - № 2-2. - С. 102-103.

4. Галяутдинов Г.С. Диагностика когнитивных нарушений и определение качества жизни у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью / Г.С. Галяутдинов, М.А. Лонкин // Практическая медицина. - 2016. - № 9 (101). - С. 18-21.

5. Пономарёв Д.С. Перспективы улучшения качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью / Д.С. Пономарев // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. - 2016. - №3.

АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

Ивлева М.А., Ханина Е.А., Добрынина И.С.

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Климактерий – физиологический период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма преобладают инволюционные процессы в репродуктивной системе. Климактерий является неизбежным периодом в жизни каждой женщины. Несмотря на то, что климактерический период является физиологичным, только лишь у 30% женщин он протекает бессимптомно, а более чем у 70% женщин данный период характеризуется наличием климактерического синдрома [1].

Климактерический синдром – патологическое состояние, возникающее у женщин в климактерическом периоде и характеризующееся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-трофическими расстройствами [2]. Климактерий можно считать пусковым механизмом в развитии таких заболеваний как ишемическая болезнь сердца, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, желчнокаменная болезнь, остеопороз, различные заболевания неинфекционной природы, психосоматические расстройства, депрессии [3, 4, 5, 6]. Актуальность данной темы значительно велика, так как характеризуется разнообразной соматической патологией, и для того, чтобы правильно ввести женщину в данный период понадобятся усилия таких специалистов как акушеров-гинекологов, терапевтов, эндокринологов, психотерапевтов [7, 8].

Цель исследования: определить степень выраженности климактерического синдрома у женщин в климактерии на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Задачи:

- определить уровень холестерина и глюкозы у женщин с климактерическим синдромом;
- оценить частоту встречаемости соматической патологии в климактерии;
- исследовать психоэмоциональное состояние женщин, находящихся в менопаузе.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №3 г. Тамбова», в период с 06.06.2020 по 22.06.2020, в исследовании принимала участие группа из 53 женщин в возрасте от 40 до 65 лет: от 40-45 лет-10 женщин (18,8%), от 46-60 лет- 29 женщин (54,7%), старше 60 лет-14 женщин (26,5%), средний возраст составлял 58 лет. Проводился сбор жалоб, анамнеза, осмотр, анализ амбулаторных карт пациентов, так же тестирование с помощью опросника SF36 для определения качества жизни, шкала Грина, чтобы оценить отдельно взятые показатели

психоэмоциональной, соматической и вазомоторной сфер и индекс Куппермана, чтобы оценить общее состояние организма женщины.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе уровня глюкозы и холестерина в крови можно отметить, что уровень холестерина и глюкозы у женщин в период менопаузы повышается в зависимости от возраста. Уровень холестерина в группе от 40-45 лет до 5 ммоль/л составил 70% (7 женщин), свыше 5 ммоль/л - 30% (3 пациентки), а уровень глюкозы до 6 ммоль/л в группе от 40-45 лет составил 100% (10 человек). Уровень холестерина в группе от 46-60 лет до 5 ммоль/л - 48,27% (14 женщин), свыше 5 ммоль/л - 51,73% (15 женщин), уровень глюкозы до 6 ммоль/л - 65,52% (19 женщин), свыше 6 ммоль/л - 34,48% (10 женщин). Уровень холестерина в группе старше 60 лет до 5 ммоль/л - 28,5% (4 женщины), свыше 5 ммоль/л - 71,5% (10 женщин), уровень глюкозы до 6 ммоль/л старше 60 лет - 42,85% (6 женщин), свыше 6 ммоль/л 57,15% (8 женщин).

Показатели ИМТ у исследуемых ниже 18,5 не имела ни одна женщина, от 18,5 до 24,99 - 22,64% (12 человек), от 25 до 29,99 - 56,6% (30 респондентов), свыше 30 - 20,76% (11 пациентов). На основании полученных данных можно сделать вывод, что около 80% женщин в климактерии страдают избыточной массой тела.

В результате анализа соматической патологии у женщин разных возрастных групп выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия у 83% (44 человека), ИБС 28,3% (15 пациентов)), пищеварительного тракта (хронический гастрит и панкреатит у 33,96% (18 человек), болезнь Крона 3,7% (2 человека)), сахарный диабет 2 типа у 33,96% (18 человек), заболевания опорно-двигательного аппарата у 83% (44 человека), заболевания мочевыделительной системы (МКБ и пиелонефрит) у 16,98% (9 человек), варикозная болезнь вен нижних конечностей у 24,52% (13 человек), остеопороз у 11,32% (6 человек).

Проанализировав результаты анкетирования по международному опроснику SF36 мы выявили, что женщины в раннем климактерическом

периоде имеют лучшие показатели по всем 8 шкалам опросника, чем женщины двух других возрастных групп. Данные физического функционирования: в группе от 40-45 лет - 62,8 баллов, 46-60 лет - 38,27 баллов, старше 60 лет - 20,5 баллов; ролевое физическое функционирование: от 40-45 лет - 75 баллов, 46-60 лет - 52,5 баллов, старше 60 лет - 15,84 баллов; интенсивность боли: от 40 - 45 лет - 65,4 баллов, 46 - 60 лет - 58,31 баллов, старше 60 лет - 43,75 баллов; показатель общего состояния здоровья: от 40-45 лет - 80,3 баллов, 46-60 лет - 55,6 балов, старше 60 лет - 54,5 баллов; жизненная активность: от 40-45 лет - 75,7 баллов, 46-60 лет - 43,2 баллов, старше 60 лет - 27,24 баллов; социальное функционирование: от 40-45 лет - 56,5 баллов, 46-60 лет - 51,72 баллов, старше 60 лет - 43,2 баллов; ролевое эмоциональное функционирование: от 40-45 лет - 88,8 баллов, 46-60 лет - 45,93 баллов, старше 60 лет - 14,64 баллов; психическое здоровье: от 40-45 лет-70,6 баллов, 46-60 лет - 48,55 баллов, старше 60 лет - 32 баллов.

Оценка по шкале Грина говорит о наличии тревожности или депрессии - 10 баллов и более в 40-45 лет - 20% (2 человека), 46-60 лет у 17,24% (5 человек), старше 60 лет - 64,28% (9 человек). Наличие соматических расстройств – 6 и более баллов от 40-45 лет - 30% (3 человека), 46-60 лет - 31% (9 человек), старше 60 лет - 78,57% (11 человек). Нарушение вазомоторной функции - 4 и более балла в 46 - 60 лет - 6,9 % (2 человека), старше 60 лет - 28,57% (4 человека). Можно отметить, что показатели психоэмоциональной, соматической и вазомоторной сфер становятся более выраженными и ухудшаются с возрастом пациентки.

По индексу Куппермана нами выявлено, что у женщин второй и третьей группы происходит нарастание проявлений климактерического синдрома и более тяжелое течение климактерия. Данные индекса Куппермана: 0-11 баллов: от 40-45 лет - 40% (4 человека); 12-34 балла: от 40-45 лет - 60% (6 человек), 46-60 лет - 20,7% (6 человек); 35-58 баллов: 46-60 лет - 75,86% (22 человека), старше 60 лет - 71,42% (10 человек); свыше 59 баллов: 46-60 лет - 3,44% (1 человек), старше 60 лет - 28,58% (4 человека).

Выводы:

1. Гиперхолестеринемия и гипергликемия наблюдается более чем у 50% женщин, находящихся в климактерическом периоде, и отмечается рост данных показателей с возрастом, что повышает риск развития и прогрессирования артериальной гипертензии, атеросклероза, сахарного диабета.

2. ИМТ превышает норму у 80% женщин, на основании чего можно сделать вывод, что основная масса женщин страдает избыточной массой тела, и это негативно сказывается на их здоровье.

3. Наиболее распространёнными соматическими патологиями оказались заболевания сердечно-сосудистой системы - у 59 респондентов, пищеварительной системы - у 20 респондентов, сахарный диабет - у 18 обследуемых. Это свидетельствует, о том, что климактерий приводит к существенным изменениям в обмене веществ, в трофике тканей и нейровегетативным расстройствам.

4. На основании оценки результатов исследования с помощью опросника SF36 и шкалы Грина можно сказать, что показатели психоэмоциональной, соматической и вазомоторной сфер становятся более выражены и с возрастом прогрессируют у пациенток.

5. Анализ индекса Куппермана показал, что у женщин с возрастом происходит нарастание проявлений климактерического синдрома, что в дальнейшем будет утяжелять течение сопутствующей соматической патологии.

Литература

1. Попов А.А. Соматическая патология у женщин в климактерии: клиничко-функциональные, психологические и организационно-методические аспекты. Автореф. дисс. д.м.н. Екатеринбург, 2009. - 47 с.

2. Кон Ю.И. Климактерический синдром [Электронный ресурс] / Ю. И. Кон // Вестник хирургии Казахстана. - 2014. - №3 (31). – С. 2-6.

3. Качалина Т.С. Перименопауза: эпидемиологические особенности и иммунопатологические процессы у женщин с климактерическим синдромом /

Т.С. Качалина, С.В. Абрамова, Л.В. Новикова // Медицинский альманах. - 2015. - №4. С. 25-28.

4. Медицина климактерия / под ред. В.П. Сметник. – Ярославль: Литтера, 2012. – 848 с.

5. Колбасников С.В. Особенности клиники, вегетативных и когнитивных расстройств у женщин с артериальной гипертонией в зависимости от условий наступлений менопаузы / С.В. Колбасников // Тер. Архив. - 2013. - № 10. - С. 64-67. 279

6. Дворянский С. В. Климактерический синдром: современное состояние вопроса / С.В. Дворянский, Д.И. Емельянова, Н.В. Яговкина // Вятский медицинский вестник. - 2017. - №1 (53). – С. 6-9.

7. Столярова У. В. Психоэмоциональные нарушения при климактерическом синдроме [Электронный ресурс] / У. В. Столярова, Н. Ф. Хворостухина // Фундаментальные исследования. - 2013. - №9-1. – С. 202-206.

8. Красникова Н.В. Соматическая патология у женщин в различные декады климактерического периода / Н.В. Красникова, Г.Н. Шеметова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2013. – Т. 3 (3). – С. 537–539.

АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Исмагилов И.А., Габбасов С.Э., Глушаков А.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В настоящее время происходит активное внедрение стационарозамещающих технологий. Данный вид оказания медицинской помощи актуален ввиду высоких затрат Федерального бюджета России на содержание стационаров круглосуточного профиля, в то же время многие из

пациентов, находящихся в таких стационарах, не нуждаются в пребывании в больницах.

Цель: дать анализ динамики развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи и выявить наиболее успешные периоды их развития в Республике Татарстан (РТ).

Методы: по данным официальной статистики определить и сопоставить:

- количество койко-мест дневных стационаров;
- соотношение койко-мест приходящихся на 1 стационар;
- динамику развития стационарозамещающих технологиям.

Результаты и их обсуждение. Количество койко-мест в дневных стационарах РТ с 2013 по 2015 гг. увеличилось с 6234 до 7129 (или на «+»14%). Последовавшее за этим снижением за 2015-2017 гг. было небольшим – с 7129 до 7071 (или на «-»1%). И сегодня мы имеем довольно неплохой рост с 2017 по 2019 гг. с 7071 до 7344 (или «+»4%) (рис. 1).

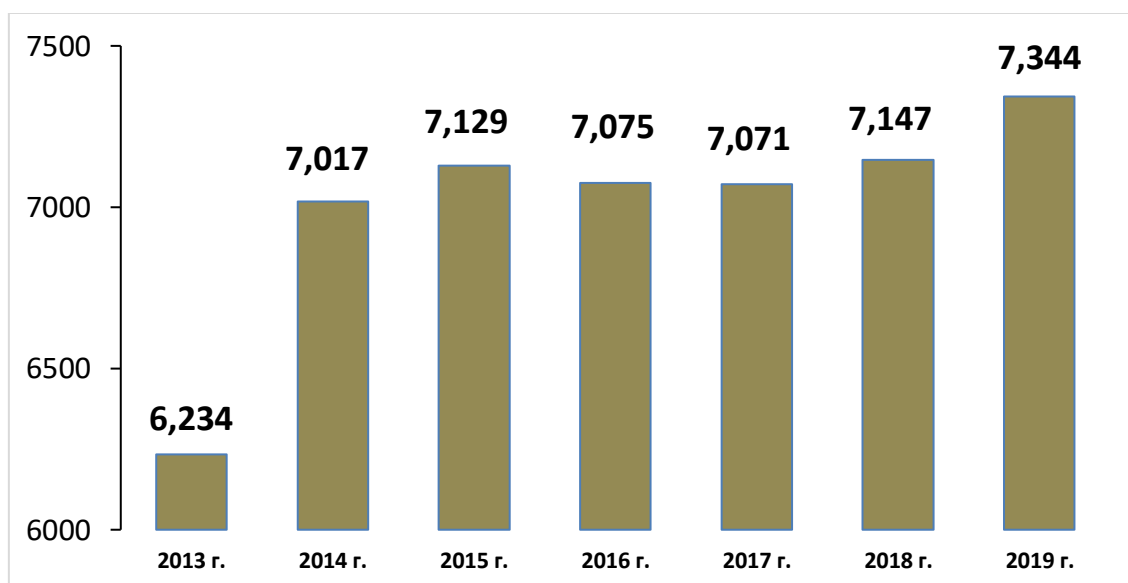


Рис. 1. Число койко-мест в дневных стационарах РТ за 2013-2019 гг.

Число дневных стационаров в 2013 и 2014 гг. резко увеличилось с 173 до 283 (+64%). Однако далее скорость роста замедлилась и за 2014-2015 гг. количество дневных стационаров увеличилось только с 283 до 286 (или на «+»1,06%), а в 2015-2016 гг. ещё меньше – с 286 до 287 (или на «+»0,35%). В

2016 и 2017 гг. количество стационаров не изменилось, а в 2017-2018 гг. наблюдается снижение числа дневных стационаров с 287 до 284 (или на «-»1,04%), и в 2018-2019 гг. вновь уменьшение с 284 до 283 (или на «-»0,35%) (рис. 2).

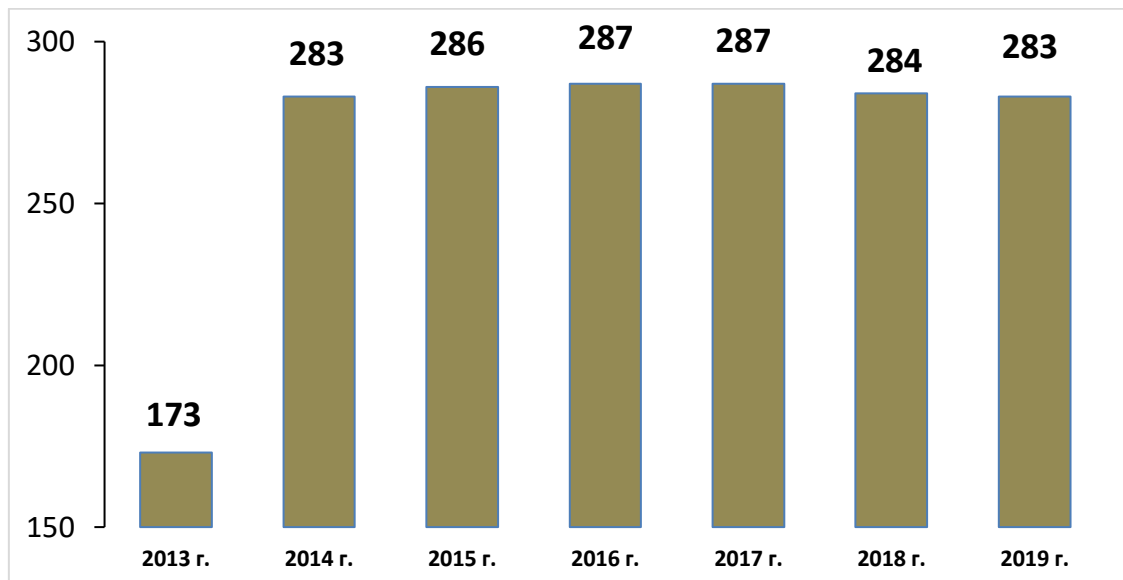


Рис. 2. Число дневных стационаров РТ за 2013-2019 гг.

По средней обеспеченности одного дневного стационара койко-местами с 2013 по 2014 гг. наблюдалось уменьшение с 36,1 до 24,8 коек на один стационар (или на «-» 31%). При этом стоит отметить, что такое резкое снижение связано не с сокращением количества мест, а с резким увеличением количества стационаров.

В 2014 и 2015 гг. соотношение «койко-мест/число дневных стационаров» стало почти равным 24,8 и 24,9 коек на один стационар (или на «+»0,53%). А с 2015 по 2016 гг. вновь наблюдается снижение указанного показателя – с 24,9 до 24,6 (или на «-»1,1%), что связано с увеличением числа дневных стационаров при одновременным сокращением количества мест в них.

С 2016 по 2019 гг. обеспеченность дневных стационаров койко-местами плавно возрастает с 24,6 до 26,0 (или на «+»5,33%), что имеет важное значение, так как в данный период число самих дневных стационаров незначительно уменьшается, чем статистически можно пренебречь, а вот количество коек в

дневных стационаров увеличивается значительно и это – положительная тенденция (рис. 3).

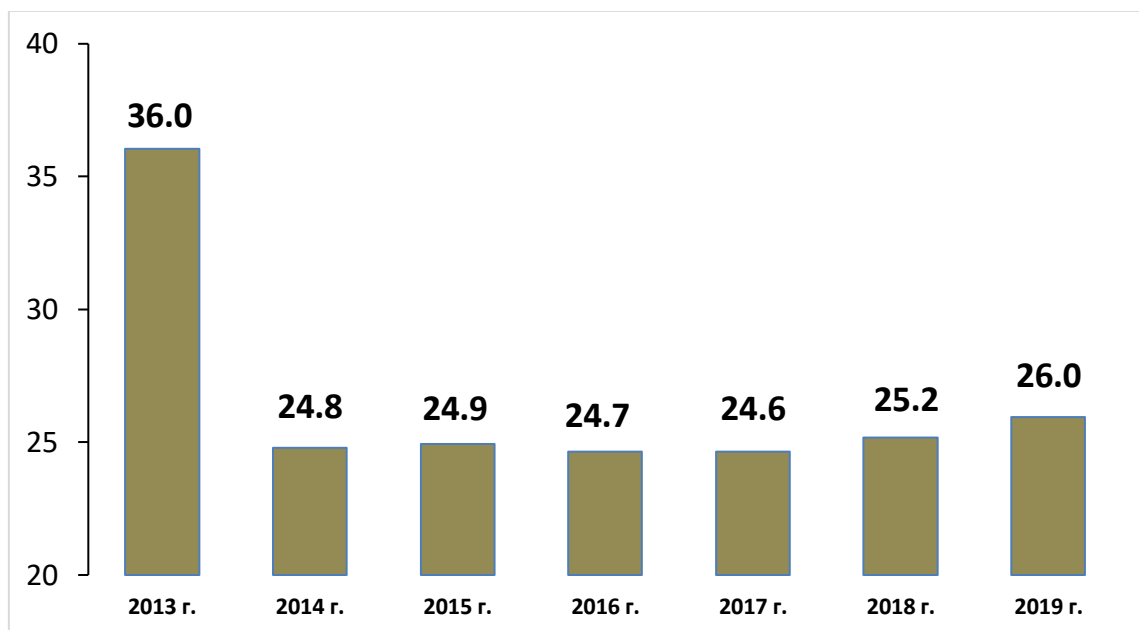


Рис. 3. Обеспеченность койко-местами дневных стационаров РТ за 2013-2019 гг.

Выводы:

1) в динамике число койко-мест в дневных стационарах РТ, начавшее с резкого роста в 2013-2015 гг. при незначительном снижении в 2015 г., с 2016 г. имеет стабильное увеличение;

2) по количеству дневных стационаров, где с 2013 по 2014 гг. также наблюдалось большое увеличение, в 2014-2016 гг. происходит замедление роста и в 2017 г. он даже останавливается, а после с 2017 по 2019 гг. наблюдается снижение количества дневных стационаров;

3) обеспеченность койко-местами дневных стационаров в период с 2013 по 2017 гг. имеет неоднозначную трактовку – с одной стороны, она снижается, с другой стороны количество койко-мест – растёт, что связано с одновременным увеличением числа самих дневных стационаров. В 2017-2019 гг., обеспеченность дневных стационаров койко-местами увеличивается и это связано с возобновлением роста количества койко-мест.

Заключение: динамика развития стационарозамещающих технологий в различные периоды по РТ неоднозначна, однако за последние три года наблюдается положительная тенденция изменения.

Полученные данные могут быть использованы при подготовке программ развития здравоохранения нашей республики.

Литература

4. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2014-2018 годы): Учебно-методическое пособие / М.Н. Садыков, А.Р. Гайнутдинов, Г.Р. Хуснуллина [и др., всего – 15 авторов]. – Казань, 2019 – 259 с.;

5. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2015-2019 годы): Учебно-методическое пособие / М.Н. Садыков, А.Р. Гайнутдинов, Г.Р. Хуснуллина [и др. всего – 15 авторов]. – Казань, 2020 – 267 с.

6. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Первичная медико-санитарная помощь. Опыт передовых практик в рамках реализации национального проекта посвящённой 40-летию со дня образования ГАУЗ «Городская поликлиника №18» (Казань, 6 декабря 2019 г.) / Под общей редакцией профессора Гильманова А.А. – Казань, 2019 – 87 с.

О НАПРАВЛЕНИЯХ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТ ФИЗИЧЕСКИХ ПЕРЕГРУЗОК

Иштерякова О.А., Гусева С.Е., Салихова С.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В настоящее время сохраняется достаточно высокий удельный вес профессиональных заболеваний, выявленных по обращаемости в амбулаторные медицинские организации (22-30% пациентов центра профпатологии обращаются для проведения экспертизы связи заболевания с

профессией самостоятельно). Одной из причин этого является низкое качество выявления ранних признаков ПЗ во время периодических медицинских осмотров (ПМО). Кроме того, работники не всегда обращаются при первых признаках нарушения здоровья, в т.ч. по причине боязни потери работы, а также в связи с имеющимися затруднениями получения своевременной амбулаторной помощи. Еще одним препятствием для ранней диагностики ПЗ является недостаточная профпатологическая настороженность врачей-специалистов и отсутствие утвержденных клинических рекомендаций по большинству ПЗ, алгоритмов ранней диагностики этой группы заболеваний. В результате этого профзаболевания нередко диагностируются на стадии умеренно выраженных проявлений, когда пациент имеет противопоказания к работе и нуждается в реабилитации.

Цель исследования: совершенствование выявления начальных признаков профзаболеваний, ранней диагностики и реабилитации.

Материал и методы: изучение профессиональной заболеваемости в Республике Татарстан (РТ) по данным государственного доклада Роспотребнадзора, центра профессиональной патологии (ЦПП) Татарстана, разработка рекомендаций по ранней диагностике признаков профзаболеваний.

Результаты. По данным государственных докладов Роспотребнадзора о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан, показатель профессиональной заболеваемости на 10000 работников по Республике Татарстан в последние годы составляет 1,8-1,5 на 10000 работников. При этом регистрируется достаточно высокий удельный вес лиц с утратой профессиональной трудоспособности (47-18%). У половины пациентов, направленных на медико-социальную экспертизу (МСЭ) при установлении связи заболевания с профессией, диагностированы умеренно выраженные проявления ПЗ, что свидетельствует о несвоевременном выявлении признаков ПЗ.

Заболевания периферической нервной системы (ПНС) и опорно-двигательной (скелетно-мышечной) системы распространены в общей

врачебной практике (VI-VIII место в структуре общей заболеваемости по обращаемости в последние 3 года) и могут быть выявлены при проведении медосмотров и диспансеризации.

В машиностроении, авиа-, судостроении, строительстве, агропромышленном комплексе, на предприятиях добычи полезных ископаемых и др. имеется риск развития профессиональных заболеваний (ПЗ) от физических перегрузок, сопровождающихся снижением трудоспособности. ПЗ от перенапряжения составляют от 21 до 13% в структуре ПЗ в РТ - III ранговое место.

Наиболее часто диагноз ПЗ от ФП в Татарстане устанавливается животноводам (57,9% от общего числа пациентов в 2018г.), также указанные ПЗ зарегистрированы у обрубщиков (удельный вес составил 15,8%), среди пациентов есть кузнецы, грузчики, каменщики.

Для совершенствования ранней диагностики ПЗ от физических перегрузок (ФП) врачам-специалистам рекомендовано краткое уточнение профессионального анамнеза и условий работы пациента. Для этого целесообразно задать ему следующие вопросы: 1) Где работаете? 2) В чем состоит работа? – уточнение наличия вредных производственных факторов (например, физические и функциональные перегрузки) 3) Сколько лет работаете в этих условиях?

Обязательным является уточнение анамнеза заболевания: при ПЗ от ФП всегда бывает постепенное длительное развитие болезни и, как правило, рецидивирующее течение. При этом обязательное наличие улучшения при длительном перерыве в работе, по крайней мере, в начальные годы болезни.

Начало заболевания в случае развития ПЗ от ФП бывает при стаже от 10 лет (чаще – 15-20л.) в достаточно молодом возрасте – до 45 лет. Острый дебют на фоне полного здоровья не характерен для этих ПЗ.

При сборе анамнеза таких пациентов необходимо уточнить наличие перенесенных травм, эндокринной и инфекционной патологии, заболеваний соединительной ткани. Во всех этих случаях имеется соответствующий

этиологический фактор, и нельзя говорить о преимущественной роли вредных условий труда в развитии клинических синдромов, выявленных на текущий момент. При наличии травмы опорно-двигательной системы той же локализации, что и клинические проявления в настоящее время, затруднительно подтвердить связь болезни с работой, так как дистрофические изменения в результате работы с ФП сходны с посттравматическими изменениями тканей. Дифференциальная диагностика патологии периферической нервной системы (например, полиневропатии конечностей) необходима при наличии эндокринной патологии (гипотиреоз, сахарный диабет) или инфекциях (например, туберкулез, клещевой боррелиоз) ввиду схожести клинических признаков поражения ПНС. Клинические синдромы патологии ПНС, мягких тканей, периартикулярных образований и, тем более, суставной системы требуют тщательной дифференциальной диагностики с коллагенозами и воспалительными артропатиями.

Одной из форм оптимизации ранней диагностики ПЗ от ФП может быть использование разнообразных опросников и карт клинического обследования по наиболее распространенным нозологическим формам ПЗ.

Заключение. Учет профессионального анамнеза, развития и течения, диагностических особенностей профзаболеваний способствует повышению выявляемости ПЗ и профпатологической направленности врачей-специалистов амбулаторного звена, в т.ч. при проведении обязательных медицинских осмотров лиц, работающих с вредными производственными факторами. Достижению цели уменьшения случаев диагностики ПЗ на поздней стадии, выявленных при обращении в амбулаторную сеть, будет способствовать утверждение клинических рекомендаций, содержащих алгоритм ранней диагностики и профилактики профессиональных заболеваний.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПМСП: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Калимуллина З.Н., Нуриахметова А.Д., Салеева Ю.Г.

ГАПОУ «Елабужское медицинское училище»

Актуальность. В последние годы увеличивается мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, открываются врачебные амбулатории. Но в связи с эпидемиологической ситуацией в стране, в т.ч. и в Татарстане получить плановую медицинскую помощь населению всё труднее, а профилактические осмотры, диспансеризации становятся труднодоступными.

Важную роль в организации первичной медико-санитарной помощи занимают специалисты со средним медицинским образованием, которым в настоящее время предоставляется возможность самостоятельно решать ряд медико-санитарных и социальных проблем при оказании медицинской помощи пациентом в пределах своих компетенций.

Цель работы: изучение роли медсестры в оказании первичной медико-санитарной помощи. Она обусловлена решением следующих **задач:**

- изучить индивидуальную функциональную должностную инструкцию медицинской сестры врача общей практики;
- выявить проблемы медсестры ВОП в организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению путем проведения хронометража рабочего времени, интервьюирования, анкетирования;
- разработать рекомендации по оптимизации работы медицинской сестры ВОП.

Сестринский персонал составляет самую многочисленную категорию работников отрасли и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи.

Вместе с тем, система здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров, малоэффективного использования сестринского персонала в практическом здравоохранении, что оказывает

существенное влияние на качество медицинской помощи. Реальная кадровая диспропорция «сестринский персонал – врачи» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями:

- увеличением во врачебной деятельности доли медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации, а подлежащих осуществлению хорошо подготовленным сестринским персоналом;
- недооценка роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной подготовки.

Последнему фактору способствует исчезновение категории младших медицинских работников, функции которого вынужден брать на себя сестринский персонал в ущерб своей профессиональной деятельности.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала должны изменяться в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением:

- развитием первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения;
- реструктуризацией лечебно-профилактических учреждений, направленной на сокращение сроков пребывания в круглосуточном стационаре, расширение объемов помощи на дому;
- увеличение реабилитационных мероприятий;
- формированием больниц/отделений с различной интенсивностью лечения и ухода, внедрением хосписов и оказанием паллиативной помощи инкурабельным больным.

На сестринский персонал возлагается обязанность обеспечить обучение населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами, что позволит облегчить решение ряда медико-социальных проблем силами населения и самих пациентов.

Развитие и совершенствование основных направлений деятельности

сестринского персонала должно сопровождаться научным обеспечением. В основе формирования качественно нового уровня сестринской помощи населению лежит совершенствование профессиональной подготовки.

Хронометраж рабочего времени выявил, что медсестры ВОП на приеме пациентов не укладываются в положенный норматив в 15 минут во времени, так как в день принимают по 35-40 пациентов, по словам медсестер в последнее время и по 55-60 человек в смену. Медсестры выполняют следующие действия:

- приносят в кабинет отложенные на прием амбулаторные карты и результаты обследований;
- готовят кабинет к приему (дезинфекция всех горизонтальных поверхностей; подготовка необходимой документации – бланки всех видов, журналы; проверка аппаратуры, медицинских инструментов; проветривание, кварцевание);
- выписывают направления на лабораторные обследования, инструментальные исследования, оформляют листы временной нетрудоспособности, справки, направления на МСЭ;
- консультируют пациентов по подготовке к обследованиям, по рациональному и лечебному питанию, по иммунопрофилактике, диспансеризации;
- проводят антропометрию, измеряют температуру тела, АД;
- регулируют очередь пациентов;
- сдают отработанные амбулаторные карты в регистратуру, статталоны;
- работают с документацией (журналы по диспансеризации, работа с паспортом участка и др.);
- выполняют назначения на дому.

Вопросы организации медико-социальной помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе, по осуществлению профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление социально значимых

болезней и факторов риска, формирование у населения ЗОЖ, повышение квалификации, участие в конференциях и т.д. остаются открытыми.

Анкетирование проводилось путем заполнения опросных листов, в нём приняли участие 98 человек из числа посетителей поликлиники.

Были удовлетворены качеством медицинской помощи 74% больных, отношением лечащего врача довольны 76%, отношением среднего и младшего медперсонала удовлетворены 81%. Из них 73% являются постоянными посетителями врачебной амбулатории.

Предложили улучшить оснащенность лечебной и диагностической аппаратурой 35,7% опрошенных, сократить время ожидания - 20,8%, повысить культуру обслуживания - 14,7%.

Подводя итог проведённому исследованию, можно сделать следующие **выводы:**

1. Основным направлением деятельности медицинской сестры является охрана здоровья населения.

2. Анализ должностных инструкций сестринского персонала, показывает, что организацию труда среднего медицинского персонала учреждения, несмотря на некоторые тенденции к улучшению, следует признать несовершенной.

Организация медико-социальной помощи населению на участке требует развития, которое должно выразиться в подготовке квалифицированных медицинских кадров, определении штатных нормативов среднего медицинского персонала для своевременного и эффективного оказания сестринской помощи на участке.

Недостаточно эффективное развитие системы организации первичной медико-санитарной помощи населению обуславливает высокую степень изучения вопросов по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению и роли в этом процессе медицинской сестры общей практики.

В ходе исследования нами был разработан ряд **предложений**, направленный на улучшение деятельности среднего медицинского персонала,

как один из факторов совершенствования первичной медико-социальной помощи населению:

1) включение в должностные инструкции сестринского персонала обязанностей по проведению консультативной работы с населением в плане разъяснения особенностей профилактики заболеваний, ухода за больными, пропаганды здорового образа жизни;

2) в целях повышения эффективности работы первично медико-санитарной помощи населению с медсестрами ВОП следует организовывать постоянно действующие семинары, конференции, круглые столы;

3) изыскание средств на улучшение материально-технического оснащения деятельности медсестрам ВОП. Фактором, способным существенно повысить качество медицинской помощи, представляется внедрение в учреждении единой информационной системы, что позволило бы сократить время на второстепенные направления деятельности в пользу более важных; повысить уровень профессиональной квалификации медсестер; за счет оптимизации использования специализированной информации, уменьшить рабочую нагрузку на персонал;

4) обеспечение полной комплектации медицинских учреждений кадрами среднего медицинского персонала;

5) проведение реальной оценки трудовой деятельности медсестер ВОП.

Литература

1. Гаджиев Р.С. Качество и эффективность труда медицинских сестер городских поликлиник / Р.С. Гаджиев Р.С., Н.О. Садрадинова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. - №1. – С. 49-51.

2. Курков А.Н. Нерешенные проблемы в организации труда среднего медицинского персонала / А.Н.Курков // Проблемы управления здравоохранением. – 2012. - №5 – С. 83-86.

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЁТЕ,
ПО КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ МКБ-Х В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ПО
ДАНЫМ 2018 ГОДА**

Камалова Ф.М., Камалов З.Г.

ГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Одной из приоритетных сторон ценности человеческого капитала является здоровье населения. Важнейшим постулатом в его формировании является профилактическое направление и диспансеризация.

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц (статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»). Согласно результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения по итогам 2013 года к III группе здоровья, то есть к группе лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении, относятся 43,7% взрослых граждан, то есть порядка 50 млн. человек, из них около 39 млн. составляют лица с ХНИЗ (больные гипертонической болезнью, ИБС, цереброваскулярными болезнями, транзиторными ишемическими атаками, сахарным диабетом II типа, хроническим бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой) [1].

Главной причиной постановки на диспансерное наблюдение являются болезни сердечно-сосудистой системы (в 71,7 % случаев по первому заболеванию и 22,6 % по второму). К ведущим причинам постановки на диспансерное наблюдения относятся также болезни эндокринной системы (52,8 %), органов пищеварения (22,6 %) [2].

Диспансерная работа была выбрана как наиболее важный компонент первичной медико-санитарной помощи, в то же время позволяющий судить и об эффективности деятельности всей медицинской организации. [3].

Целью исследования является характеристика состава пациентов, состоящих на диспансерном учете в Республике Татарстан (РТ).

Материал: источником информации послужили официальные статистические данные о лицах, состоящих на диспансерном учете в Республике Татарстан в 2018 году.

Методы исследования: аналитический, сравнительный, статистический (описательная статистика, корреляционный анализ). Уровень значимости для формулировки основных положений принимался $p < 0,05$. Статистическая обработка материалов проводилась с применением пакета статистических программ SPSS Statistics 17.0.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что в течение 2018 года на диспансерном учете состояло 1771370 человек, что составило 45,5% от всей численности населения РТ. Важно отметить, что распределение населения по диспансерному наблюдению по классам болезней неравномерное.

Максимальная численность населения (439770 пациентов), связанная с диспансерным учетом, относится к болезням системы кровообращения (11,3% населения). 6238 детей первого года жизни (11,3% детей первого года жизни) состояли на диспансерном учете по отдельным состояниям, возникающих в перинатальном периоде. По классу болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена состояли на учете 202849 пациентов (5,2% населения). Болезни органов пищеварения охватили диспансерным учетом 4,3% населения (166403 пациентов). На диспансерном учете по новообразованиям состояли 148045 населения (3,8% пациентов). Болезни мочеполовой системы явились основанием для диспансерного учета 3,6% населения (138492 пациентов). Число лиц, состоящих диспансерном учете по классу болезней органов дыхания составляло 124714 пациентов (3,2%

населения). Болезни глаза и его придатков включали диспансерный учет 121747 пациентов (3,1% населения). Далее на диспансерном учете состояли 95877 пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения (2,5% населения), 92275 пациентов с болезнями костно-мышечной системы (2,4% населения), 19001 женщин 15-49 лет с осложнениями беременности и родов (2,1% женщин 15-49 лет), 61989 пациентов с болезнями нервной системы (1,6% населения), 45960 пациентов с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (1,2% населения), 35987 пациентов с болезнями кожи и подкожной клетчатки (0,924% населения), 35683 пациентов с болезнями крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм и болезни кожи и подкожной клетчатки (0,916% населения), 19366 пациентов с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями (0,497% населения), 17762 пациентов с болезнями уха и сосцевидного отростка (0,456% населения), 19 пациентов с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин (0,0005% населения).

Однако, структурное распределение по классам МКБ-Х дает представление о проблемных зонах в состоянии здоровья населения (табл 1).

Таблица 1

Доля лиц, состоящих на диспансерном учете, по отдельным классам болезней от общего числа лиц, состоящих на диспансерном учете в РТ в 2018 году.

Классы болезней МКБ-Х	Сокращенный вариант	% от всех лиц, состоящих на диспансерном учете
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	ИПБ	2,6
Новообразования	НО	8,4
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	БККОИМ	2,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	БЭСРПОВ	11,5
Психические расстройства и расстройства поведения	ПРРП	5,4
Болезни нервной системы	БНС	3,5
Болезни глаза и его придатков	БГП	6,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	БУСО	1,0
Болезни системы кровообращения	БСК	24,8

Болезни органов дыхания	БОД	7,0
Болезни органов пищеварения	БОП	9,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	БКПК	2,0
Болезни костно-мышечной системы	БКМС	5,2
Болезни мочеполовой системы	БМПС	7,8
Осложнения беременности и родов*	ОБР*	1,1
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде**	ОСПП**	0,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	ВААР	1,1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	ТОВП	0,001

* рассчитано на женщин 15-49 лет

** рассчитано на детей первого года жизни

Согласно данным таблицы 1 в порядке убывания доли лиц, состоящих на диспансерном учете, классы болезней идут следующим образом: БСК, БЭСРПОВ, БОП, НО, БМПС, БОД, БГП, ПРРП, БКМС, БНС, ИПБ, БКПК, БККОИМ, ВААР, БУСО, ТОВП. Обращаем внимание на отдельные возрастные группы в виде женщин 15-49 лет и детей первого года жизни детей первого года жизни, которые вносят определенную долю в группу пациентов, состоящим под диспансерным наблюдением по ОБР и ОСПП.

Следует рассмотреть характеристику нозологий, внесших значительный вклад в формирование диспансерной группы пациентов по каждому классу болезней. В частности по классу БСК, 52,0% составили лица с болезнями, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, 20,3% - лица, имеющие ишемическую болезнь сердца и 8,2% - цереброваскулярные болезни. Преимущественная патология по классу БЭСРПОВ включала сахарный диабет инсулинонезависимый (55,2%), болезни щитовидной железы (23,3%), ожирение (8,8%). В составе БОП 29,5% связаны с гастритом и дуоденитом, 23,6% - с болезнями желчного пузыря, желчевыводящих путей, 17,8% - с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки. 78,4% диспансерной группы по новообразованиям связаны с ее злокачественными формами. Гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек и другие болезни почек и мочеточника определяют 28,1% всех диспансерных пациентов по БМПС. По классу БОД выделяются астма, астматический статус (24,8%), бронхит хронический и

неуточненный, эмфизема (12,9%), другая хроническая обструктивная легочная бронхоэктатическая болезнь (12,6%). БГП формируются за счет болезней мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз аккомодации и рефракции (39,4%), глаукомы (25,8%). ПРРП основываются на психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (51,9%). БКМС обеспечиваются на 46,1% артропатиями, 24,3% - деформирующими дорсопатиями, 22,7% - артрозами. БНС определяются на 21,7% эпизодическими и пароксизмальными расстройствами, на 19,9% - расстройствами вегетативной нервной системы. ИПБ обусловлены на 42,0% вирусным гепатитом. Среди состоящих на диспансерном учете по классу БКПК включают 31,4% пациентов с атопическим дерматитом и 19,7% с псориазом. 89,8% состоят на диспансерном учете по поводу анемии по классу БККОИМ.

Исходя из проанализированного массива данных, следует опосредованный вывод о неблагоприятном состоянии здоровья населения, так как практически половина населения РТ состоит на диспансерном учете. С другой стороны, возрастает нагрузка на АПО по оказанию ПМСП. Данная группа пациентов нуждается не только в ПМСП, но и потребляет ресурсы скорой, в том числе скорой специализированной, специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи, проходит реабилитацию, часть из них получает паллиативную медицинскую помощь. В связи с этим актуализируется необходимость реализации стратегии популяционной профилактики, стратегии высокого риска и стратегии вторичной профилактики.

Литература

1. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: метод. Рекомендации / Под ред. С.А. Бойцова, А.Г. Чучалина. - М.: РОПИС, 2014. – 112 с.

2. Сандаков Я.П. Особенности диспансерного наблюдения по двум заболеваниям / Я.П. Сандаков // Пермский медицинский журнал. - 2018. - №2. - С.75-84.

3. Сандаков Я.П., Дягилев И.В. Критерии качества диспансерной работы / Я.П. Сандаков, И.В. Дягилев // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.

СООТНОШЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАНИ В ДИНАМИКЕ ЗА 2002-2018 ГГ.

Камалова Ф.М., Камалов З.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Преемственность и непрерывность в оказании медицинской помощи населению представляют собой важнейшие составляющие качества медицинской помощи населению. Доступность медицинской помощи является социальной детерминантой, обеспечивающей удовлетворенность и здоровье населения. При этом снижение количества обращений населения в амбулаторно-поликлинические учреждения в динамике свидетельствует о недостатках в организации медицинской помощи. Обнаружено, что предпочтение обращения всех возрастных групп населения за скорой медицинской помощью стало следствием неудовлетворенности респондентов работой амбулаторно-поликлинического учреждения [1]. Уменьшение обращений в амбулаторно-поликлиническую службу и высокий уровень обращений в службу скорой медицинской помощи свидетельствуют о недостаточной преемственности между этими службами [1, 2, 3]. Вместе с тем, согласно статистическим данным станции СМП г. Сургута, обращаемость населения и объем выполняемых вызовов бригадами СМП по неотложным состояниям вне рабочего времени АПУ остается достаточно высоким, что

приводит к необоснованному увеличению нагрузки на станцию СМП и является актуальным вопросом совершенствования преемственности этих служб [4]. Позитивные тенденции выявлены в работе Габибулаева Ф.А., который отмечает, что улучшилась преемственность в работе городской станции СМП и амбулаторно-поликлинических учреждений города. По данным экспертных оценок сократилось число вызовов СМП к больным с хроническими заболеваниями с 35,5 до 30,6% [5].

Целью исследования определено выявление взаимодействия амбулаторно-поликлинических организаций (АПО), скорой медицинской помощи (СМП) в Казани и общей заболеваемости в динамике за 2002-2018гг.

Материалом для исследования выбраны официальные статистические данные по Казани за 2002-2018гг.

Методы исследования: аналитический, сравнительный, статистический (описательная статистика, анализ временных рядов, корреляционный анализ). Уровень значимости для формулировки основных положений принимался $p < 0,05$. Статистическая обработка материалов проводилась с применением пакета статистических программ STATISTICA 6.0, SPSS 17.0.

В результате исследования установлено, что за 17 летний период времени обеспеченность населения АПО на 10000 постоянного населения снизилась на 11,6%, число посещений у врачей амбулаторно-поликлинического приема на одного жителя снизилось на 38,8%, число вызовов СМП на 1000 среднегодового постоянного населения снизилось на 8,7%.

Рассмотрение динамики показателей по пятилетним интервалам показало уменьшение обеспеченности населения АПО с 205,9 до 189,1 ($p < 0,0001$), с 189,1 до 166,7 ($p < 0,0001$), с 166,7 до 127,2 ($p < 0,0001$) и увеличение с 127,2 до 182,1 ($p < 0,0001$). При этом, число посещений у врачей на одного жителя уменьшалось с 15,2 до 11,4 ($p < 0,0001$), с 11,4 до 10,2 ($p < 0,001$), не значимо повысилось с 10,2 до 11,0 ($p > 0,05$) и понизилось с 11,0 до 9,3 ($p < 0,0001$). В то время как число вызовов СМП снизилось с 355,0 до 337,0 ($p < 0,0001$), с 337,0

до 315,0 ($p < 0,0001$), выросло с 315,0 до 353,0 ($p < 0,0001$) и понизилось с 353,0 до 324,0 ($p < 0,0001$) (рис.1).

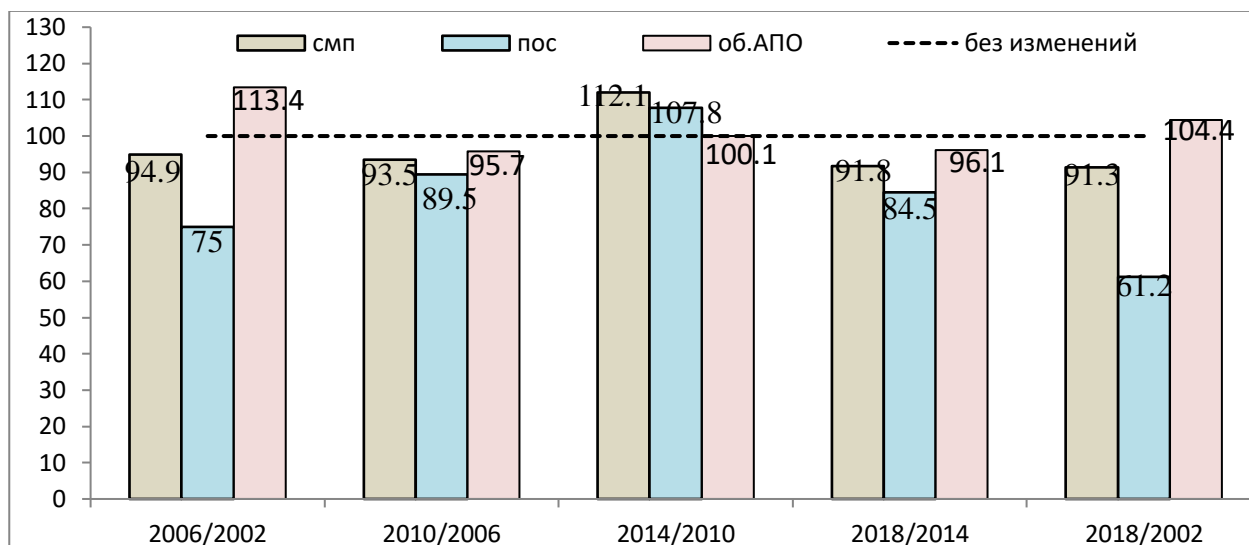


Рис.1. Темп роста или убыли обеспеченности населения АПО, числа посещений к врачам на одного жителя, числа вызовов СМП в Казани за 2002-2018 гг.

Анализ динамики показателей деятельности АПО и СМП показал неравномерное и неоднозначное изменение показателей. На этом фоне выявление закономерностей первичной заболеваемости и распространенности болезней представляется крайне важным (рис.2).

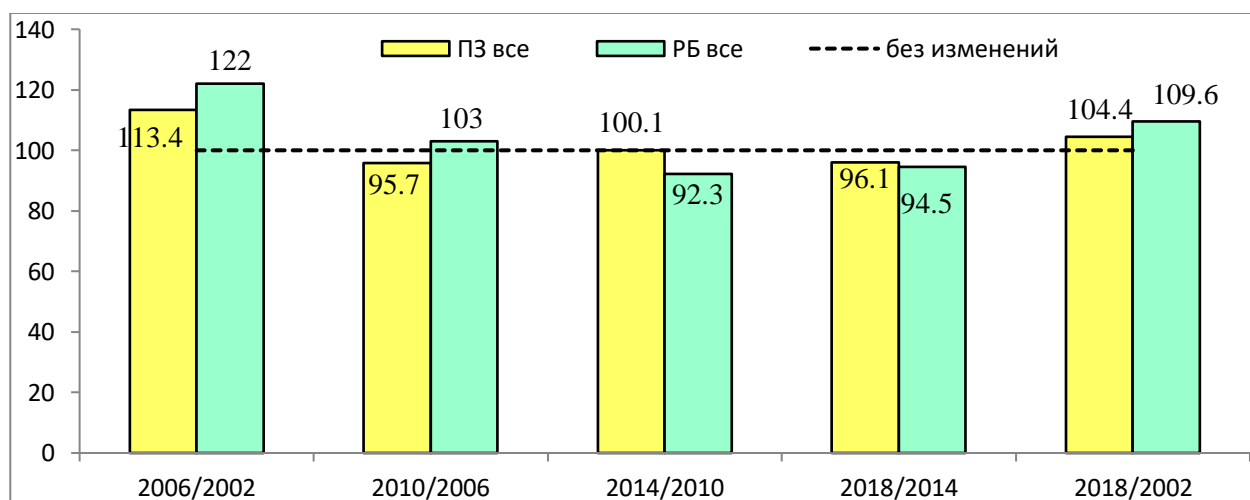


Рис.2. Темп роста или убыли первичной заболеваемости и распространенности болезней в Казани за 2002-2018 гг.

Выявление тенденций заболеваемости показало опережающее увеличение распространенности болезней на 9,6% с 1693,7 до 1855,5 ($p < 0,0001$) при росте первичной заболеваемости на 4,4% с 925,0 до 965,4 ($p < 0,0001$) на 1000 среднегодового населения.

Для первичной заболеваемости не характерна последовательная тенденция в виде роста или убыли явления по пятилетним интервалам. Так с 2002 по 2006 год она выросла с 925,0 до 1048,6 ($p < 0,0001$), снизилась с 1048,6 до 1003,5 ($p < 0,0001$), практически не изменилась с 1003,5 до 1004,2 ($p > 0,05$) и уменьшилась с 1004,2 до 965,4 ($p < 0,0001$). Относительно распространенности болезней следует отметить увеличение с 1693,7 до 2065,8 ($p < 0,0001$), с 2065,8 до 2128,0 ($p < 0,0001$) и затем уменьшение с 2128,0 до 1963,9 ($p < 0,0001$) с 1963,9 до 1855,5 ($p < 0,0001$). Причем максимальный прирост отмечался за 2002-2006 гг., когда первичная заболеваемость возросла на 13,4%, а распространенность болезней - на 22,0%.

Следующим этапом нами проведена оценка корреляционной связи между изученными параметрами системы здравоохранения и общей заболеваемостью населения. Обнаружено наличие прямой средней силы связи между обеспеченностью населения АПО на 10000 населения и числом посещений к врачам на одного жителя ($r = 0,720$, значимость 0,001), из чего следует, что обеспеченность АПО имеет значение для выполненных посещений к врачам в среднем на одного жителя, но объясняется этим фактором лишь на 52,0%.

В свою очередь число посещений к врачам на одного жителя и число вызовов СМП на 1000 населения прямо, средне связаны между собой ($r = 0,634$, значимость 0,006), что в определенной степени говорит о невозможности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) справляться с нагрузкой, определяемой обращаемостью населения по поводу заболеваний населения.

Обеспеченность АПО на 10000 населения и число вызовов СМП на 1000 населения значимо между собой не связаны ($r = 0,157$, значимость 0,548). Также обеспеченность АПО и первичная заболеваемость ($r = - 0,148$, значимость

0,571), распространенность болезней и обеспеченность АПО ($r = - 0,120$, значимость 0,646) значимо между собой не взаимодействуют.

Обращает на себя внимание снижение первичной заболеваемости при увеличении числа посещений к врачам на одного жителя ($r = - 0,509$, значимость 0,037) и при росте числа вызовов СМП ($r = - 0,574$, значимость 0,016). Аналогичная закономерность сложилась соответственно и для распространенности болезней ($r = - 0,530$, значимость 0,029) и ($r = - 0,756$, значимость 0,0001). Следовательно, снижение показателей общей заболеваемости в большей степени определяется СМП, нежели посещениями в АПО.

Заключение. Формулируя заключение, следует весьма неутешительный вывод о нереализованном тезисе приоритетности первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время скорая медицинская помощь становится срочной помощью для ПМСП. Противоречие между возможностями АПО и потребностями в получении качественной медицинской помощи по поводу заболеваний требует пересмотра ресурсных возможностей АПО и повышения эффективности профилактической работы среди населения.

Литература

1. Артюхов И.П., Капитонов Ф.В. Динамика возрастной структуры амбулаторных посещений и вызовов скорой медицинской помощи населения малого города за 2011-2015 годы / И.П. Артюхов, Ф.В. Капитонов // Здравоохранение РФ. - 2017. - №1.- С.17-22.
2. Верткин А.Л., Узуева Э.И. Преемственность в оказании скорой и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи / А.Л. Верткин, Э.И. Узуева // Врач скорой помощи. -2012 – №12. - С. 37.
3. Верткин А.Л., Узуева Э.И. Особенности взаимодействия работы амбулаторно-поликлинической службы и скорой медицинской помощи / А.Л. Верткин, Э.И. Узуева // Врач скорой помощи. – 2013. - № 1. – С. 33.
4. Ершов В.И., Салманов Ю.М., Аркуш С.И. О результатах переадресации вызовов скорой медицинской помощи в неотложной форме в

амбулаторно-поликлинические учреждения за 2014-2016 годы (на примере г. Сургута) / В.И. Ершов, Ю.М. Салманов, С.И. Аркуш // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. - 2017. – № 1. – С. 20-24

5. Габибулаев Ф.А. Научное обоснование системы организации и повышения качества оказания скорой медицинской помощи взрослому городскому населению. 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2012. - 24 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Лукоянова А.С., Ханина Е.А., Добрынина И.С.

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Актуальность. В настоящее время оценка приверженности пациентов к антигипертензивной терапии является одной из актуальных задач здравоохранения. Одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний является повышенное давление. Среди осложнений можно встретить: ишемическую болезнь сердца, хроническую сердечную недостаточность, геморрагический и ишемический инсульт, транзиторные ишемические атаки, хроническая болезнь почек. Болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин смертности населения и в структуре причин инвалидности трудоспособного населения, что приводит к значительным потерям трудоспособного населения, как следствие этого, стране наносится большой экономический и демографический ущерб. Сейчас отмечается тенденция к «омоложению» сердечно-сосудистых заболеваний, что требует раннего начала рациональной антигипертензивной терапии [6].

Цель исследования: изучить гендерные особенности приверженности к антигипертензивной терапии среди населения различных возрастных групп на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Задачи исследования:

1. Проанализировать факторы риска и наследственную предрасположенность у выбранных групп пациентов.
2. Определить частоту встречаемости степени и стадии гипертонической болезни в зависимости от гендерной принадлежности.
3. Оценить приверженность к лечебным рекомендациям обследуемых на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ТОГБУЗ «Расказовская ЦРБ», в нём приняло участие 60 человек. Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании. Критерием включения в исследование пациентов являлось наличие поставленного диагноза артериальной гипертензии, не зависимо от степени и стадии. Среди обследованных 30 женщин и 30 мужчин, в возрасте от 31 до 70 лет. Внутри каждой группы выделяем 2 возрастных периода: 31-50 и 51-70 лет (по 15 человек в каждой группе мужчин и женщин). Проводился сбор жалоб, анамнеза, осмотр и анализ амбулаторных карт. При оценке результатов используется метод статистического наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате анализа данных видно, что отягощенный наследственный анамнез наблюдается у 8 мужчин и 9 женщин из 30 человек, вредные привычки, такие как курение и алкоголизм встречаются 20 мужчин и 3 женщин, ожирение имеют 24% мужчин и 63% женщин (среди них ожирение 1 степени у 5 мужчин и 12 женщин, 2 степени у 2 мужчин и 7 женщин). Сахарным диабетом 2 типа страдают 17% мужчин (5 человек) и 33% женщин (10 человек). Можно сделать вывод, что мужчины чаще имеют вредные привычки и не соблюдают предписания врача по модификации образа жизни. Женщины же, напротив, чаще страдают ожирением и сахарным диабетом, что может быть связано с несоблюдением

предписаний врача, низкой физической активностью, гормональными нарушениями [1].

Из анамнеза 60 обследуемых известно, что впервые диагностировано повышение давления I степени гипертонической болезни у 22 человек - 5 мужчин (в возрастной группе 31-50 лет - 1, 51-70 лет - 4) и 17 женщин (31-50 лет - 10, 51-70 лет - 7), II степень гипертонической болезни выявлена у 24 обследуемых, из которых 16 мужчин (31-50 лет - 9, 51-70 лет - 7) и 8 женщин (31-50 лет - 3, 51-70 лет - 5) и у 14 впервые была диагностирована гипертоническая болезнь III степени - у 9 мужчин (31-50 лет - 5, 51-70 лет - 4) и 5 женщин (31-50 лет 2, 51-70 лет - 3). Можно отметить, что АГ I степени чаще впервые диагностируется у женщин в возрасте 31-50 лет, в то время как у мужчин выявление АГ, как правило, уже II и III степени. Данная ситуация может быть связана с тем, что женщины более ответственно относятся к своему самочувствию и чаще обращаются за медицинской помощью при первых признаках повышения давления. Также, в данном возрастном промежутке у женщин меняется гормональный фон, в связи с наступлением климактерического периода (средний возраст 45-50 лет), который проявляется нейровегетативными проявлениями. Многие мужчины пренебрегают обращением за медицинской помощью при незначительном изменении самочувствия, тем самым болезнь прогрессирует, и повышаются риски осложнений [3].

Проанализировав поражения органов мишеней, выявили, что гипертоническую болезнь I стадии имеют 18 человек из 60 (мужчины 31-50 лет - 5, женщины 31-50 лет - 9, мужчины 51-70 лет - 1, женщины 51-70 лет - 3); II стадия выявлена у 32 пациентов (мужчины 31-50 лет - 8, женщины 31-50 лет - 5, мужчины 51-70 лет - 10, женщины 51-70 лет - 9); III стадию имеет 10 человек (мужчины 31-50 лет - 5, женщины 31-50 лет - 9, мужчины 51-70 лет - 1, женщины 51-70 лет-3).

При анализе длительности заболевания у выбранных пациентов выявлено, что значительная часть больных страдает АГ 15-20 лет.

Целевые значения давления (САД 120-129 и ДАД 80-85 мм.рт.ст) достигли всего 1,7% больных, с высоким нормальным уровнем АД (САД 130-139 и/или ДАД 85-89 мм.рт.ст.) – 5%, с медикаментозно достигнутой АГ I степени (САД 140-159 и/или ДАД 90-99 мм.рт.ст.) – 20%. Из этого можно сделать вывод, что приверженность больных к антигипертензивной терапии низкая и составляет 26,7% из 100%. Наибольшая приверженность наблюдается у женщин в возрастной группе 51-70 лет, наименьшая – у мужчин 31-50 лет. Из 60 больных у 16 пациентов отмечается приверженность к антигипертензивной терапии, из которых 11 женщин и 5 мужчин. Следовательно, женщины имеют более высокую приверженность к терапии.

Всем обследуемым пациентам были назначены гиполипидемические препараты (статины). Можно сказать, что у 66,7% исследуемых пациентов не достигнут целевой (<4.0 ммоль/л) и нормальный уровень (<4.9 ммоль/л) общего холестерина. У женщин преобладают показатели общего холестерина в диапазоне 5,0-6,0 ммоль/л, у мужчин – 6,0-7,0 ммоль/л. Из этого следует, что у пациентов низкая приверженность к антиатеросклеротическим препаратам (либо больные не принимают препараты на постоянной основе, либо им нужно повысить дозировку препарата). По результатам данного исследования видно, что у женщин целевые и нормальные уровни общего холестерина встречаются чаще (13 женщин и 7 мужчин) [2,5].

Проанализировав назначение лекарственных препаратов, можно сказать, что пациенты с АГ I степени получают монотерапию, как правило, это ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, который назначают в 60% случаев, блокаторы рецепторов ангиотензина II – в 25% или б-адреноблокаторы – в 15%. Больные АГ II и III степени принимают комбинацию 2 или 3 препаратов из основных 5 классов антигипертензивной терапии. В комбинации из 2 препаратов преобладают: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и антагонисты кальция, б-адреноблокаторы и диуретик или дигидропиридиновый антагонист кальция и б-адреноблокатор. Из комбинации 3 препаратов чаще всего назначают: ингибиторы ангиотензин-превращающего

фермента и дигидропиридиновый антагонист кальция и β -адреноблокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина II и дигидропиридиновый антагонист кальция и β -адреноблокаторы или ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и антагонист кальция и диуретик [4].

Выводы:

1. Среди факторов риска развития артериальной гипертензии у мужчин преобладают вредные привычки (курение, алкоголизм), у женщин – ожирение, что говорит, о несоблюдение рекомендаций врача.

2. При сравнении своевременности выявления повышенного давления было выявлено, что у женщин чаще диагностируется АГ I степени, как правило, в более молодом возрасте (31-50 лет), у мужчин в запущенном состоянии – АГ II и III степени в позднем возрасте (51-70 лет), женщины более ответственно относятся к своему самочувствию и чаще обращаются за медицинской помощью при первых признаках повышения давления.

3. Приверженность к антигипертензивной терапии у больных на данном терапевтическом участке низкая – у 26,7% пациентов, что значительно повышает риск сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией. Общероссийская общественная организация «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига». - Санкт-Петербург, 2015. – 29 с.

2. Аронов Д.М. Некоторые аспекты патогенеза атеросклероза / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов //Атеросклероз и дислипидемии. – 2011. – № 1. – С.48 – 56.

3. Беленков Ю.Н. Гендерные различия в распространенности и эффективности лечения артериальной гипертензии в Европейской части Российской Федерации: результаты исследования ЭПОХА-2007 / Ю.Н. Беленков, И.В. Фомин, Ю.В. Бадин, Д.С. Поляков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев // Проблемы женского здоровья – 2011.– №4.(Т.6). - С.5 – 11.

4. Вёрткин, А.Л. Роль алгоритмизации назначения гипотензивной терапии и совершенствования методики повышения квалификации врачей в лечении артериальной гипертензии / А.Л. Вёрткин, А.С. Скотников Ю.В. Прохорова // Справочник врача общей практики. - 2016. - № 5. - С. 5-16.

5. Вопросы комбинированной гипотензивной терапии: будущее за сартанами / В.В. Скворцов [и др.] // Терапевт. - 2016. - № 1. - С. 17-25.

6. Чазова И.Е. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии: пособие для врачей / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, И.М. Чихладзе. – М.: Медицина для Вас, 2015. – 84 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Г. КАЗАНИ

Морозов В.И., Тагирова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Несмотря на проводимые мероприятия по оптимизации работы первичного звена в системе отечественного здравоохранения в последние годы, остается еще немало нерешенных проблем в организации работы амбулаторно-поликлинической помощи детям с хирургическими заболеваниями.

Цель работы: выявить проблемы амбулаторной детской хирургии и предложить концептуальные принципы их решения.

Материалы и методы. Проанализирована работа врачей детских хирургов на приемах 10 поликлиник г. Казани за 2019 год и первое полугодие 2020 года.

Результаты. Анализ работы детских хирургов всех 10 поликлиник г. Казани показал, что наиболее актуальными проблемами в их работе в настоящее время являются:

1. Неукомплектованность поликлиник постоянными врачами специалистами – детскими хирургами (доминируют врачи совместители из ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ и частных внебюджетных клиник).

2. Неукомплектованность кабинетов детских хирургов медицинским оборудованием в отдельных поликлиниках (нехватка стандартных манипуляционных и перевязочных, отдельных инструментов и ламп освещения).

3. Недостаток, а порой и полное отсутствие «ручной работы» (выполнение малых оперативных вмешательств) в отдельных поликлиниках.

4. Запись плановых пациентов в программе Госуслуги нередко перекрывает прием неотложных пациентов с хирургической патологией.

5. До настоящего времени не отрегулированы окончательно потоки пациентов по профилю (медосмотр, прием первичных больных, прием детей-инвалидов, прием хронических больных).

6. Не всегда проводится клинический разбор сложных случаев с участием врача – детского хирурга первичного звена и администрации поликлиники.

7. В последнее время появился поток так называемых «сельских пациентов» с неотложными хирургическими заболеваниями из прилегающих к г. Казани сельских районов, который в определенной степени подтверждает недостаток врачей специалистов детских хирургов в районах Татарстана.

8. Не во всех поликлиниках города осуществляется полноценная диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями, особенно детей, ранее оперированных в стационарах. В результате не проводится полноценная программа реабилитации и затягивается время восстановительного периода после перенесенного хирургического заболевания.

Выводы. В целях устранения вышеизложенных недостатков в работе детских хирургов первичного звена, на наш взгляд, необходимы:

1. Полная укомплектованность поликлиник г. Казани специалистами – детскими хирургами на постоянной основе.

2. Модернизация и полная доукомплектованность кабинетов детского хирурга городских поликлиник в соответствии с ГОСТом и профильными приказами Минздрава РФ и РТ.

3. Обеспечение возможности выполнения отдельных («малых») хирургических вмешательств в амбулаторных условиях.

4. Разработка и реализация графика клинических разборов и клинических конференций в течение календарного года при участии куратора хирургической службы из сотрудников администрации поликлиник и, при необходимости, главного внештатного детского хирурга – эксперта Управления Здравоохранения г. Казани.

5. Включение в программу записи на приём к детскому хирургу поликлиники в Госуслугах подпунктов: «неотложная помощь», «первичная консультация», «медосмотр», «диспансеризация», «ребёнок с инвалидностью».

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Мухаметдинова А.А., Миннегалимова К.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В декабре 2019 г. в Ухане (провинция Хубэй, Китай) зарегистрирована серия необъяснимых случаев пневмонии - в дальнейшем у заболевших выделен новый штамм коронавируса. В начале января 2020 г. Всемирная организация здравоохранения вил предварительно назвала вирус новым коронавирусом 2019 г. (2019-nCoV) и уже в конце месяца, 30 января, объявила вспышку 2019-nCoV чрезвычайной ситуацией международного значения в области общественного здравоохранения. В феврале 2020 г. инфекционному заболеванию присвоено название коронавирусной инфекции COVID-19 (Coronavirus disease 2019), а возбудителем признан тяжелый острый респираторный синдром коронавируса-2 (SARS-CoV-2).

За последние 17 лет семейство коронавирусов стало причиной уже третьей эпидемии. На первый взгляд схожесть коронавирусной инфекции COVID-19 с вспышками атипичной пневмонии в 2002 г. и ближневосточного респираторного синдрома в 2012 г. не вызывала сильных опасений. Однако с учетом быстрого роста новых случаев заражения по всему миру и высокого уровня летальности 11 марта 2020г. Всемирная организация здравоохранения объявила о пандемии COVID-19.

Цель: провести анализ организация поликлинической помощи в период новой коронавирусной инфекции в РФ.

Задачи:

- проанализировать процесс оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе Covid-положительным пациентам;
- изучить, что входит в комплексную оценку после перенесенного COVID-19;
- оценить использование телемедицинского консультирования в период новой коронавирусной инфекции.

Медицинская помощь на амбулаторном этапе: медицинское наблюдение, в том числе дистанционное; проведение при необходимости рентгенологического исследования и/или КТ органов грудной клетки; проведение в установленные сроки молекулярнобиологических исследований на наличие РНК коронавируса SARS-CoV-2; пациенту после выписки необходимо соблюдать режим самоизоляции до получения двух отрицательных исследований на наличие РНК SARS-CoV-2 (в том числе взятых при госпитализации).

Необходим телефонный контакт с пациентом сразу же после получения информации о его выписке для уточнения следующей информации:

1. Восстановлена ли трудоспособность (больничный лист открыт или закрыт).
2. Состояние пациента — общее самочувствие, наличие кашля, одышки, повышение температуры тела, толерантность к физической нагрузке.

В соответствии с полученной информацией разрабатывается дальнейшая тактика в отношении пациента. При сохранении признаков нетрудоспособности решается вопрос о продлении листка нетрудоспособности. Необходимо максимально ограничить очные консультации и посещения пациента врачом поликлиники, организовав дистанционный мониторинг по телефону. При выявлении признаков ухудшения состояния — осмотр пациента и определение дальнейшей тактики.

При восстановлении трудоспособности и наличии двух отрицательных результатов пациент выписывается к труду.

Объем и кратность диспансерного наблюдения зависят от степени тяжести перенесенной пневмонии.

Необходимо информировать пациентов о том, что если у них развиваются прогрессирующие или новые респираторные симптомы до даты планового осмотра, им следует обратиться за медицинской помощью либо к врачу терапевту, либо вызвать скорую помощь.

Комплексная оценка после перенесённого COVID-19 должна включать:

1. Оценку наличия и выраженности одышки, оценку потребности в терапии, в том числе в кислородотерапии.
2. Оценку и коррекцию вентиляционной функции легких и дыхательной недостаточности.
3. Симптоматическое лечение или паллиативную помощь, когда это необходимо.
4. Рассмотрение необходимости в реабилитации.
5. Оценку психосоциального статуса и последующее решение вопросов в случае необходимости. В некоторых странах рассматривается возможность размещения одиноких пациентов, пациентов с проблемами с жилищными условиями и выписанных из стационара в контролируемых учреждениях интернатного типа.
6. Оценку наличия тревоги/депрессии и коррекцию.
7. Оценки риска тромбоэмболии легочной артерии.

В результате можно сделать следующие **выводы**:

- плановое посещение медицинских учреждений во время пандемии COVID-19 следует отложить;

- учитывая высокую контагиозность возбудителя, значительную нагрузку на врачей первичного звена в период эпидемии, целесообразным является широкое применение дистанционных технологий амбулаторной тактики ведения пациентов с ХНИЗ в условиях пандемии COVID-19;

- телемедицинское консультирование (аудио- или видеоконтакты) проводят участковые врачи. При необходимости могут привлекаться врачи кабинетов (отделений) медицинской профилактики, средний медицинский персонал, страховые представители, которые должны передавать информацию участковому врачу, при возможности — врачи кабинетов высокого риска. Также по направлению лечащего врача к выполнению данных функций могут быть привлечены специализированные медицинские организации (центры дистанционного наблюдения), непосредственно осуществляющие дистанционное наблюдение соответствующих показателей здоровья, которые должны передавать информацию участковому (лечащему) врачу;

- учитывая высокий риск увеличения числа госпитализаций и смертности в группе больных высокого риска развития осложнений в связи с ХНИЗ, целесообразно особое внимание уделить данной группе пациентов. Для дистанционного диспансерного наблюдения больных высокого риска развития осложнений в связи с ХНИЗ целесообразно создать на базе медицинских организаций субъектов Российской Федерации, осуществляющих диспансерное наблюдение, функциональных направлений (отдельных структур), за которыми закрепляются врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-кардиологи, непосредственно осуществляющие диспансерное наблюдение с использованием телемедицинских технологий, с нормативом прикрепления 2000-3000 тыс. больных на одного врача;

- при проведении дистанционного консультирования целесообразно использовать чек-листы, однако вопросы могут быть дополнены с учетом клинической ситуации;

- коррекция назначенного лечения (лекарственной терапии) осуществляется дистанционно, включая выписку электронного рецепта на лекарственные препараты;

- выполнение плановых исследований следует отложить, если в этом нет острой необходимости;

- периодичность дистанционного диспансерного наблюдения определяется индивидуально, зависит от течения заболевания, необходимости коррекции терапии, но частота диспансерных осмотров должна быть не реже частоты, обозначенной в «Порядке проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», утвержденном приказом Минздрава России от 29.03.19 №173н;

- по результатам дистанционного консультирования должна заполняться «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма №030/у);

- если у пациента возникла необходимость в получении дополнительной консультации у участкового врача, он должен сообщить об этом в колл-центр или регистратуру соответствующего учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь.

Важно донести до сведения всех пациентов с ХНИЗ, что в условиях пандемии COVID-19 им необходимо продолжить прием всех рекомендованных препаратов.

В заключение необходимо подчеркнуть, что отечественное здравоохранение в целом справляется в борьбе с новой коронавирусной болезнью COVID-19. Совместно с ограничительными мерами и дополнительной поддержкой государства обеспечивают профилактику инфекций качественную медицинскую помощь больным. Расчеты показывают, что в Российской Федерации 0,015% (для сравнения: в США -0,244%, в Италии, Испании, Великобритании 0,51116, 0,5717 и 0,5714%, соответственно). Также и доля инфицированного населения ниже: 0, 16% в РФ (в других странах- от

0,20% до 0,57%). В то же время предстоит серьезно проанализировать состояние структур, функционирования здравоохранения в период пандемии, определить пути восстановления медицинских организаций, профилактики новых вспышек коронавирусной инфекции в ближайшие два года. Важно сделать серьезные выводы из глубокого анализа ситуации с учетом негативного опыта после двух опасных вспышек COVID в 2003 и 2009 годах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В КЛИНИКЕ НУРИЕВЫХ

Рогова С.С., Закирова А.Н.

ООО ВРТ Клиника Нуриевых

Оставаться на рынке услуг возможно только постоянно улучшая бизнес-процессы. В Клинике Нуриевых в качестве основы была принята система японского менеджмента, адаптированная и дополненная, исходя из специфики медицинской организации. Внедрение основных инструментов японского менеджмента позволяет достичь высокого уровня качества, и, как результат, увеличить эффективность производства. Самым важным в данной системе является понятие ценности для пациента – полезность оценивается с точки зрения пациента. Ориентация работы клиники в подобном ключе направлена на повышение удовлетворенности обслуживанием у пациентов и устранение потерь. Устранение потерь в свою очередь приводит к эффективной работе сотрудников.

Для бесперебойной работы лечебных процессов необходимо оптимизировать и стабилизировать процесс управления запасами на складе по принципу системы вытягивания. Специалисты клиники разработали программу, в которой можно отследить движение каждой позиции. В зависимости от колебаний спроса пересчитываются минимальные запасы. Используется система канбан – карточка, позволяющая поддерживать определенное количество материалов на рабочем месте, путем визуальных

сигналов. Таким образом, система просчитывает минимальное количество, которое необходимо для процесса, а карточка канбан со штрих-кодом осуществляет пополнение материалов. При этом передача информации производится при помощи программы на телефоне. Ассистент врача сканирует, штрих-код при достижении минимума, и на склад приходит сообщение о необходимости пополнения расходных материалов.

В Клинике Нуриевых активно используется ротация сотрудников, т.е. один сотрудник обладает компетенцией нескольких подразделений. Подобная универсальность необходима не только в случае чрезвычайных ситуаций (больничных и т.д.), но и позволяет использовать сотрудника в течение его рабочего дня в нескольких ролях. Если наблюдается пик загрузки в каком-либо отделении, то приходит сотрудник, который обладает компетенцией, в данный момент недозагружен и помогает разгрузить поток пациентов.

Также для сокращения повышенной нагрузки в отделении нами был реализован проект по разделению потоков пациентов, что позволило сократить очереди в отделениях и оптимизировать маршрут движения. Потоки первичных и вторичных пациентов были разделены. Оформление пациентов после приёма врача происходит не в регистратуре, а в отделениях ассистентами врача. Такой подход является клиентоориентированным и повышает производительность труда персонала.

Разгрузить поток пациентов и повысить эффективность процессов помогает инфомат. Многие операции в работе врача и медсестры были переданы инфомату. Пациент садится за компьютер, изучает подготовку к процедуре, проходит тест по закреплению освоенного материала и распечатывает договор, ИС, памятку. Использование инфоматов создало самообучающуюся и регулируемую систему.

Также в работе клиники внедрен Личный кабинет (ЛК) – это электронный сервис, предназначенный для постоянного доступа пациентов к своим медицинским данным. Пациент получает результат анализа, заходя в ЛК, что высвобождает время персонала. Помимо этого пациент может записаться на

прием и оплатить консультацию онлайн, используя ЛК. При помощи ЛК сокращается и оформление пациента в регистратуре, т.е. пациент подходит на приём, показывает штрих-код на телефоне, регистратор сканирует и работает в карте пациента, исключая при этом ошибки ручного ввода информации при идентификации пациента. С одной стороны, сокращается время оформления пациента в регистратуре, с другой стороны минимизируются ошибки идентификации пациентов.

Следует отметить, что в Клинике Нуриевых разработаны правила идентификации пациентов, т.е. для каждого вида работ с пациентом используется соответствующие уровни идентификации. Каждый уровень подобран экспериментальным путем, т.е. при каждой операции используется оптимальное количество личных данных пациента. Подобный подход исключает возможность утечки информации, путаницы в анализах и т.д.

Для исключения ошибок и повышения производительности работы мы по возможности исключаем ручной труд в пользу автоматизации (встраивание элементов защиты в процесс). Например, если врач ввел некорректные данные о пациенте, программа сообщит ему об этом и не даст дальше работать с другими пациентами. Для ускорения скорости обработки информации, исключения ошибок при наборе данных пациентов, используются сканер для считывания штрих-кода. Медсестре не приходится набирать личные данные пациента, а следует просто отсканировать штрих-код и автоматически появится направление на анализы, в карте пациента.

Наиболее часто в Клинике Нуриевых используется такой инструмент бережливого производства как визуализация. Визуализация информирует о статусе выполнения работы. Индикаторы цвета сообщают нам визуально о состоянии: норма или не норма. Также видны текущие результаты, отклонения от нормального процесса. Примером такого визуального контроля являются чек-листы, графические рабочие инструкции, информационные стенды. Помимо визуализации рабочих инструкций, стандартов мы применили визуализацию непосредственно в работе с пациентами. Например, при

проведении какой-либо операции пациентке с аллергическим анамнезом помимо браслета с личными данными, выдается “красный аллергический браслет” на котором указана информация на какой препарат у пациентки аллергия. После проведенной операции состояние пациентов контролируется при помощи “красных меток”. Ассистент врача после операции следит за состоянием пациента по чек листу и при появлении хотя бы одной “красной метки” (признаков ухудшения самочувствия), ассистент врача связывается с оперирующим врачом.

Для комфортного посещения клиники была создана цветовая навигация, которая в свою очередь помогает пациенту быстро найти нужный кабинет, не теряя времени. Цветовая навигация представляет собой цветовой справочник на стене с указанием состава врачей, от них идет напольный указатель, помогающий пациенту идти в правильном направлении.

В Клинике Нуриевых особое внимание уделяется эргономики рабочего места. Рабочее место должно быть безопасным, исключить лишние движения сотрудника и обеспечить всем необходимым для эффективной работы. Самым главным инструментом бережливого производства для организации эргономичного и эффективного рабочего места является 5S (сортировка, систематизация, содержание в чистоте и порядке, стандартизация и самодисциплина). Использование 5S позволяет создать типовые эргономичные рабочие места с возможностью быстрой переналадки на разные виды работ.

Также в клинике была внедрена система «точно вовремя». Проанализировав процесс с точки зрения добавленной ценности и проработав устранение потерь, определили время проведения различных процедур. Так, например, в клинике пришли к идее процедуры одного дня. Пациент проходит всю подготовку в день процедуры, тем самым сокращая производственный цикл. Периодически проводится хронометраж процедур, т.е. постоянно оценивается, есть ли потери рабочего времени, лишние движения в процедурах. Например, ранее в одной из процедур при передаче шприца с жидкостью участвовала медсестра, т.е. врач после работы с пациентом передавал шприц

медсестре, медсестра в свою очередь передавала шприц эмбриологу, и эмбриолог оценивал содержимое шприца. После проведение хронометража данной процедуры, мы обнаружили, что функционально передача шприца через медсестру никак не аргументирована и поэтому можно убрать из данной цепочки медсестру, чтобы передача шприца осуществлялась между врачом и эмбриологом. Тем временем медсестра высвобождается для подготовки следующего шприца. В итоге продолжительность процедуры сократилась в два раза (рис. 1).



Рис.1. Продолжительность процедуры до и после проведения хронометража

Для быстрого определения несовершенств в работе процесса была придумана система написания бланков несоответствия. Данный инструмент позволяет быстро, своевременно определять проблемные участки в процессе и совершенствовать выстроенный процесс. Если сотрудник видит в своей работе, что «что-то пошло не так», как описано в стандарте, либо данный момент был не прописан в стандарте, сотрудник пишет бланк несоответствия, который даёт

возможность быстро обнаружить несоответствие и устранить причину данного несоответствия.

Внедрение инструментов бережливого производства в Клинике Нуриевых не только создаёт комфортные условия для пациентов, но и оптимизирует работу клиники, устраняя производственные потери, тем самым повышая производительность работы сотрудников.

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, В АСПЕКТЕ РАЗВИТИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА.

Сабирова Э.Р., Низамов Р.Х., Бурыкин И.М.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике
Татарстан (Татарстан)» Минтруда России
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава РФ

Актуальность. В рамках национального проекта «Здравоохранение» было принято решение о начале работы над Федеральным проектом «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (далее ЕГИСЗ)». В целях сокращения сроков и упрощения процедуры освидетельствования граждан для установления инвалидности предусматривается поэтапный переход к обмену необходимыми документами между организациями здравоохранения и учреждениями медико-социальной экспертизы в Республике Татарстан. Высокий уровень качества заполнения документов при направлении на медико-социальную экспертизу избавит от сбоев в работе единой информационной системы, значительно облегчит процедуру прохождения медико-социального освидетельствования, позволит избежать ошибок в работе врачей-экспертов.

Цель работы. Анализ качества предоставляемых медицинскими организациями документов, особенностей оформления с учетом структурно-

функциональных нарушений, социального статуса, профессионального маршрута, в том числе больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также оценка перспектив развития взаимодействия между медицинскими организациями и учреждениями медико-социальной экспертизы в вопросах улучшения качества работы.

Материалы и методы. Изучены «Направления на медико-социальную экспертизу» (далее направления на МСЭ) лиц с БСК, освидетельствованных в дальнейшем в Федеральном казенном учреждении «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Минтруда России, (далее Главное бюро). Направления были отобраны методом случайной выборки среди лиц с патологией сердечно-сосудистой системы трудоспособного возраста, которые впервые обратились в бюро медико-социальной экспертизы и были признаны инвалидами той или иной группы.

Критериями оценки качества предоставляемых направлений на МСЭ являлись полнота заполнений всех разделов, соответствие описанного специалистами объективного статуса выставленному диагнозу, наличие указаний на нуждаемость в мероприятиях медицинской реабилитации, в том числе лекарственной терапии, оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий. Выявлены следующие основные дефекты при заполнении направлений на МСЭ. Во-первых, это несоответствие формулировки выставленного диагноза утвержденным классификациям. Во-вторых, противоречия между диагнозом в направлении на МСЭ и имеющимися у больного результатами обследований, таких как эхокардиоскопия сердца, холтеровское мониторирование ЭКГ и АД. У многих отсутствовал подробный анамнез с оценкой таких факторов риска как наследственность, курение, повышенное потребление соли, низкий уровень физической активности. Приказ Минтруда России N 52н, Минздрава России N 35н от 31.01.2019 "Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» определяет необходимый

перечень обследований при направлении на МСЭ. Но не всегда этот приказ используется специалистами медицинских учреждений в полном объеме. Отсутствие вследствие этого доказательной базы не дает возможность специалистам бюро МСЭ принять решение в день поступления документов. Ответственность за выполнение разработанной в этих случаях программы дополнительного обследования ложится на больного, вынужденного в короткие сроки проходить большой комплекс обследований, иногда в платном порядке.

Результаты и их обсуждение. Специалисты Главного бюро начиная с 2012 года работают в специализированной программе - Единая автоматизированная вертикально интегрированная информационно-аналитическая система (далее ЕАВИИАС) по проведению медико-социальной экспертизы. Использование данной информационной системы, а также электронных форм основных документов, в деятельности Главного бюро в Республике Татарстан позволяет обеспечивать открытость при проведении освидетельствования. ЕАВИИАС стала основополагающей системой для развития межведомственного электронного взаимодействия. Приказ Минтруда России, Минздрава России № 578н/606н от 06.09.2018 утвердил электронную форму направления на МСЭ. Постановление Правительства РФ № 95 от 20.02.2006 "О порядке и условиях признания лица инвалидом" закрепило общий порядок отправки направления на МСЭ в электронном виде посредством формирования в медицинских информационных системах медицинских организаций (далее МИС МО), передачи из МИС МО посредством государственной информационной системы субъекта, ЕГИСЗ в ЕАВИИАС. Данное постановление исключает участие гражданина в процессе передачи документов в учреждения медико-социальной экспертизы. Даже при отсутствии доступа к информационным системам направление на МСЭ передается на бумажном носителе с учетом требований законодательства в области персональных данных и соблюдением врачебной тайны без участия граждан. Таким образом, всю ответственность за информацию, содержащуюся в предоставляемых на МСЭ документах, несет медицинская организация.

Некачественное оформление медицинских документов при направлении на МСЭ приводит к удлинению сроков освидетельствования, появлению вероятности ошибок при принятии решения, неправильной оценке реабилитационного прогноза и потенциала инвалида, и как следствие неверной разработке рекомендаций по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, недостаточной оценке нуждаемости в технических средствах реабилитации. В дальнейшем в случае несогласия заявителя с решением, даже при обращении в суд будет приниматься во внимание ошибочная информация из медицинских документов.

Заключение. Качественного заполнения предоставляемых на МСЭ документов является важным элементом процесса медико-социальной реабилитации. Для достижения высоких показателей работы специалистов Главного бюро и медицинских организаций требуется и в дальнейшем вести постоянную оценку эффективности межведомственного взаимодействия, нацеленную на своевременное выявление и исправление возникающих проблем и дефектов.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

Садурдинов А.О.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

При организации амбулаторной анестезиологической работы в условиях дневного хирургического стационара необходимо, чтобы были соблюдены все нормативные акты, касающиеся: помещений для операционных с возможностью проведения общего обезболивания и ИВЛ; палаты пробуждения обязаны быть оборудованы передовыми средствами неинвазивного мониторинга сердечно-сосудистой и респираторной систем; строго соблюдены условия по ведению документации предоперационного осмотра пациентов, в

том числе наркозной карты, протоколов обезболивания и наблюдения за больными непосредственно после операции; важный аспект имеют учет и сохранение сильнодействующих препаратов (анестетиков, анальгетиков, бензодиазепинов и др.). В случае интра - и послеоперационных осложнений должна быть учтена возможность экстренной госпитализации больного в стационар.

К сожалению, по многим из вышеуказанных аспектов развития и организации анестезиологической службы в амбулаторных условиях нет общего мнения, так как нет общих стереотипов ведения больных в условиях дневного хирургического стационара, адаптированных напрямую для нашего здравоохранения, не разрешены вопросы правовой защиты врачей, не установлены допускаемые риски в работе анестезиолога и хирурга в амбулаторных условиях, что в совокупности и определяет безопасность анестезиологического обеспечения [1].

Выбранная тематика достаточно актуальна потому как, по сравнению с рядом зарубежных стран, в которых количество своевременных вмешательств, исполняемых в амбулаторных условиях, достигает 40-60 (70%), показатель амбулаторной хирургической помощи в России находится на довольно низком уровне. Но, это не означает, что данное направление не развивается. Наиболее востребованными считаются анестезиологи в амбулаторной гинекологической практике, урологии, травматологии, расширяются возможности инвазивных методов изучения в крупных консультативно-диагностических центрах, также требующие динамического контроля за состоянием пациентов, как в ходе обследования, так и в конце процедуры (к примеру, при проведении спиральной рентгеноконтрастной томографии).

Так как предоперационный контакт анестезиолога с амбулаторным больным весьма ограничен во времени, весьма важно собрать детальный анамнез заранее и предоставить максимально детальные инструкции по предоперационной подготовке, в том числе, время последнего приема еды, лекарств и период прибытия в амбулаторный центр, а кроме того, необходимо

удостовериться в присутствии соответствующего транспорта для отправки домой, где пациент ни в коем случае не может быть оставлен один. Отсутствие транспорта и человека, присматривающего за пациентом дома, на протяжении как минимум одних суток, считается противопоказанием к хирургическому вмешательству с использованием препаратов анестезии (помимо местных анестетиков) в амбулаторных условиях.

В разных амбулаторных центрах получение анамнеза и иной нужной информации совершается по телефону. Как правило, в этом участвует медсестра, заполняющая обширную анкету в ходе телефонного разговора. В определенных крупных амбулаторных центрах один из анестезиологов ведет предоперационный прием пациентов, посещающих центр за 1-2 недели до операции.

В день оперативного вмешательства больной прибывает в амбулаторный центр и, после прохождения процедуры регистрации, встречается с анестезиологом. В процессе беседы с пациентом анестезиолог устанавливает детали анамнеза, выполняет осмотр с особенным вниманием состоянию дыхательных путей, рассказывает план анестезиологического пособия с детальным изложением возможных побочных эффектов, риска осложнений, а кроме того, других альтернатив обезболивания.

В нынешнее время в Европе и США наиболее часто в дневных хирургических стационарах применяют четыре вида обезболивания: чистую местную либо чистую проводниковую анестезию; местную либо проводниковую анестезию в комбинации с седацией; общую и спинальную анестезию.

Максимально возможное использование регионарных способов считается значительной составляющей частью амбулаторной анестезиологии. Максимальная дистализация и селективность регионарных блокад дает возможность исключить лишние побочные эффекты более проксимальных (нейраксиальных) подходов. К примеру, артроскопические операции на коленном суставе, проводимые под блокадой седалищного и бедренного нервов

с легкой в/в седацией либо без нее, дают возможность пациенту быстро подняться на ноги и исключить таких неприятных побочных эффектов спинальной либо эпидуральной анестезии, как продленный моторный дефицит двух нижних конечностей, задержка мочи, головная боль. При этом длительность такого рода дистальной селективной блокады существенно продолжительнее, нежели эпидуральной и спинальной [2].

Амбулаторные операции на конечностях в подавляющем большинстве случаев ведутся с использованием регионарных способов. В тех вариантах, когда допустимо использование катетера, как, к примеру, при межлестничном доступе к плечевому сплетению при операциях на плечевом суставе, используется одноразовый насос-груша для использования местного анестетика на протяжении 48 часов после выписки пациента домой. Максимальное использование регионарных методов, пропофола для седации и тотальной внутривенной анестезии, а кроме того, доступного арсенала антиэметиков (дексаметазон, ондансетрон и прочие серотониновые 5НТЗ антагонисты, дроперидол, метоклопромид) дают возможность уменьшить частоту послеоперационной тошноты и рвоты до минимального количества.

После завершения операции пациента переводят в палату послеоперационного наблюдения. Время, проведенное пациентом в такой палате, определяется, не только характером анестезиологического пособия (общая анестезия, регионарная анестезия либо их комбинация, седация), но и видом хирургического вмешательства с вероятными побочными эффектами и осложнениями. Медицинские сестры, работающие в палате послеоперационного наблюдения, имеют точный перечень критериев, согласно которым пациент может быть выписан домой. Главные из них: хорошие показатели ЧСС, АД, SPO₂, температуры тела; отсутствие сильной боли; способность пациента к пероральному приему жидкости (отсутствие тошноты и рвоты) и произвольному мочеиспусканию (отсутствие задержки мочи) [3].

После оценки состояния, больные могут отправляться домой, однако в первые сутки они будут пребывать под патронажным контролем. Больные

должны получить четкие инструкции по поведению в течение первых суток после операции, им должны быть предоставлены контактные телефоны.

Таким образом, с увеличением популярности малоинвазивных своевременных вмешательств амбулаторная хирургия занимает все более прочные позиции. Местная анестезия в комбинации с седацией, спинальная анестезия и общее обезболивание — все эти разновидности анестезии применяются в условиях хирургического дневного стационара. Важно не обобщать понятия лучшей анестезии, а независимо оценивать потребность выбираемого типа обезболивания в каждом конкретном случае. Появление современного инструментария и оборудования, наравне с улучшением имеющихся и возникновением новых хирургических подходов, все более и более малоинвазивных, значительно упрощает главную функцию анестезиолога по обеспечению безопасного и безболезненного для пациента послеоперационного этапа, в том числе первые 24-48 часов после выписки домой.

Дальнейшее развитие амбулаторной анестезиологии должно не только лишь увеличить престиж амбулаторной хирургии, но и увеличить ее возможности. Однако нужно помнить, что нельзя допускать неожиданного, неконтролируемого формирования амбулаторной анестезиологии, чтобы полностью устранить вероятность выполнения анестезии в неприспособленных помещениях, не имеющих соответствующего оснащения и стандартов пред-интра- и послеоперационного ведения пациентов.

Литература

1. Мерекина М.Д. Анализ развития стационарозамещающих технологий в России / М.Д.Мерекина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. - № 3.
2. Стоун Д. Наглядная анестезиология [Текст] / Д. Стоун, У. Фоусетт; пер. с англ. А. В. Алексеева; под ред. В. А. Светлова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 120 с.

3. Шляфер С.И. Анализ работы дневных стационаров медицинских организаций разного типа, оказывающих помощь в амбулаторных условиях / С.И.Шляфер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. - № 3. – С. 14-22.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ г. ЕЛАБУГА

Фардиева Г.Х.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Елабужская центральная районная больница»

Актуальность. По данным ВОЗ, здоровье на 50–55 % зависит от образа жизни и социальных условий, на 20–22 % – от генетических факторов, на 19–20 % – от среды обитания, и лишь на 7–10 % – от уровня системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи. Большинство случаев возникновения ССЗ связано с образом жизни и модифицируемыми психофизиологическими факторами. Наличие даже одного из факторов риска увеличивает смертность мужчин 50–69 лет в 3,5 раза, а совместное действие нескольких факторов – в 5–7 раз.

С целью изучения информированности населения об основных факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактики в г. Елабуга проведено анкетирование. В его задачи входило определение уровня знаний людей о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, выявление распространенности факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Елабуги.

Результаты и их обсуждение. Было проведено анонимное анкетирование 133 жителей города Елабуги в возрасте от 18 до 70 лет. Анкета включала 14 вопросов, по выявлению факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний и результаты опроса.

Предлагалось ответить на вопросы, касающиеся факторов риска ССЗ, такие как пол, возраст, наследственность, курение, неправильное питание, избыточный вес, стрессы, физическая активность, повышенное артериальное давление (табл.1). По результатам анкетирования предлагалось пройти скрининговое обследование сердечно-сосудистой системы в поликлинике по месту прикрепления.

Среди анкетированных было 69 женщин и 64 мужчин в возрасте от 18 до 70 лет. При анализе анкет было выявлено наличие у близких родственников сердечно - сосудистых заболеваний. Менее половины опрошенных (45%) ответили, что у них были случаи инсульта, инфаркта миокарда и гипертонической болезни у близких родственников.

Следующим фактором риска развития сердечно - сосудистых заболеваний является избыточный вес и питание. На вопрос, «Какой пищи Вы отдаёте предпочтение?» ответили, что разнообразной с преобладанием овощей и фруктов 92(69%) опрошенных; мясной, молочной ответили 28(21%) человек. Мучную пищу употребляют 13(10 %) человек.

Вес исследуемых в 41% случаев не превышал нормы, а избыточным весом страдают 78 (59%) .

При опросе респондентов на вопрос «Как Вы употребляете соль и специи?» получены следующие результаты: у 93(70%) респондентов ограничено, 22(16%) - не употребляют, 18(14%) респондентов указали, кладу много специй и обильно посыпаю солью.

Еще одним фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является курение. Курение увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний вдвое, ускоряет развитие атеросклероза артерий, прекращение курения приводит через 2–4 года к снижению риска инсульта, инфаркта, гипертонической болезни. На вопрос «Курите ли Вы сигареты в настоящее время?» ответили, что не курят 11(83%). На вопрос «Сколько сигарет выкуриваете в день?» ответили, что менее 20 сигарет курят 14(11%), более 20 сигарет курят 8(6%).

Другим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является алкоголь. На вопрос «Употребляете ли Вы спиртные напитки?» ответили, что не употребляют спиртные напитки 92 (69%), иногда употребляют 37(28%), регулярно употребляют 4(3%).

На вопрос «Регулярно ли Вы занимаетесь спортом?» отвечали, что 63 (47%) исследованных респондентов регулярно (1-2 раза в неделю) занимаются спортом, 36(27%) исследуемых, от случая к случаю (1-2 раза в месяц), а 34(26%) не занимаются. Это говорит о значительных показателях гиподинамии.

Следующая группа риска включала жесткие сроки и стрессы на учебе или работе, которые в свою очередь приводят к нарушениям процессов саморегуляции организма в ответ на изменения внешней и внутренней среды, декомпенсируют соматическую патологию и являются важным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В результате анкетирования было выявлено следующее: стрессовым ситуациям подвергаются часто 16 исследуемых, что составляет 12%; иногда возникают стрессовые ситуации у 72(54%) человек, стрессам не подвержены 45(34%) человек.

Таблица 1

Частота факторов риска среди опрошенных жителей г. Елабуга

	Отягощенная наследственность	Избыточная масса тела	Курение	Двигательная активность			Повышенный уровень АД
				Низкая	Умеренная	Высокая	
Итого	45(34%)	78 (59%)	22 (17%)	34 (26%)	36 (27%)	63(47%)	48 (36%)
мужчины	27 (60%)	31(40%)	20 (91%)	14(41%)	14(39%)	42(67%)	21(44%)
женщины	18(40%)	47(60%)	2 (9%)	20(59%)	22(61%)	21(33%)	27(56%)

При опросе респондентов на вопрос «Впадаете ли Вы в беспокойство, суетитесь, неожиданно срываетесь с места по делам, которые можно было отложить до удобного случая?» были получены следующие результаты: 64% респондентов ответили, нет, 25% респондентов ответили очень редко, 8% иногда и 3% ответили очень часто.

При анкетировании у 5(4%) респондентов имелись сердечно - сосудистые заболевания. Так как они ответили, что переутомившись или сильно понервничав, чувствовали, что сердце колотиться, в его работе возникают перебои, 73(55%) человек ответили «иногда».

Наиболее частыми жалобами повышения артериального давления являются головокружение, мелькание мушек перед глазами, нарушение зрения.

Мелькание «мушек» перед глазами и радужные круги ответили «очень часто» 9(7%) респондентов, «иногда» - 34(25%) .

Учитывая, что одним из важных факторов риска является повышение уровня АД, нами было изучено наличие повышения АД. Артериальная гипертония при показателях АД более 160/95 мм рт. ст. увеличивает риск развития инсульта в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм рт. ст – в 10 раз

Уровень АД часто превышал норму у 48 (36 %) анкетированных, редко превышал норму у 47(35%) респондентов, при этом 38(29%) не знают свое артериальное давление.

Так, опрос позволил установить, 43(32%) респондента набрали от 1 до 4 баллов, у них риск ниже среднего. У 90 чел (68%) респондентов отмечена средняя степень риска развития сердечно - сосудистых заболеваний. Эти респонденты набрали от 5 до 20 баллов. Респонденты, набравшие свыше 20 баллов, находятся в зоне серьезного риска. Но по результатам исследований таких не было.

Выводы. Среди анкетированных респондентов более половины имеют избыточную массу тела. Респонденты с избыточным весом нуждаются в обучении в «Школе борьбы с ожирением», 36% – в «Школе артериальной

гипертензии», 17 % – в «Школе борьбы с курением». Наиболее значимыми факторами риска является артериальная гипертензия –36%, заболевания сердца –11%, курение –17%, стресс – 12 %. По результатам этих исследований они находятся в зоне риска.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ТЕПЛОЭЛЕКТРОЦЕНТРАЛИ

Халиуллина Л.Р., Сабитова М.М.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Актуальность. Теплоэлектроцентраль (ТЭЦ) является одной из наиболее распространенных разновидностей тепловых электростанций. Они работают на органическом ископаемом топливе (уголь). Работа на предприятиях энергетической отрасли сопряжена с комплексом вредных факторов производственной среды, способных вызвать профессиональные и производственно-обусловленные заболевания [1, 2].

Цель исследования: изучение состояния здоровья работников ТЭЦ.

Материал и методы. Проведен анализ факторов производственной среды на основе изучения списка контингентов работников и списка лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (ПМО). Состояние здоровья работников оценивалось по результатам ПМО 271 работника ТЭЦ. Полученная информация обобщалась, систематизировалась и анализировалась с использованием электронных таблиц программы *EXCEL*.

Результаты и их обсуждение. Основными неблагоприятными факторами производственной среды являются смесь углеводородов, производственный шум, сменный режим работы, физические перегрузки.

По профессии – это были слесари по обслуживанию тепловых сетей (126 чел.), машинисты насосных установок, котлов и энергоблока (33 чел.), электрогазосварщики (21 чел.), слесари-ремонтники (18 чел.), электромонтеры (14 чел.).

В числе наиболее распространенных заболеваний, выявленных на ПМО, оказались артериальная гипертензия (АГ) 19,9% (54 чел.), нейросенсорная тугоухость 5,2% (14 чел.). У 4,06% (11 чел.) работника выявлено ожирение, у 3,3% (9 чел.) - сахарный диабет. Железодефицитная анемия наблюдалась у 3,7% (10 чел.). Патология органа зрения и мочеполовой системы составила 1,1% (3 чел.) и 0,74% (2 чел.) соответственно. Практически здоровые составили 37,3% (101 чел.) обследованных лиц. У 7 человек установлено подозрение на профессиональную нейросенсорную тугоухость, что составило 2,6% от числа обследованных работников. Исследование уровня глюкозы в крови натощак выявило неуточненную гипергликемию у 9,6% (26 чел.) обследованных.

Анализ распространенности хронических заболеваний в зависимости от профессии показал большой удельный вес их среди слесарей, электрогазосварщиков и машинистов.

Проведенное ранжирование работников по группам здоровья показало, что основной контингент (138 чел.) имеет II группу здоровья (51%), I и III группы составили 26% (70 чел.) и 23% (63 чел.).

Увеличением числа случаев с возрастом характеризуется артериальная гипертензия. Данный феномен общеизвестен, многочисленными исследованиями доказана роль возраста и вредных условий труда в развитии АГ [3]. В то же время отмечается увеличение частоты АГ в зависимости от профессионального стажа с максимальным удельным весом у лиц со стажем работы 15-19 лет (44,2%).

Заключение. Показано влияние условий труда изучаемого производства на состояние здоровья работников, а именно наличие подозрения на профессиональную тугоухость у слесарей по ремонту электрооборудования электростанций и ремонту газового оборудования, машиниста-обходчика по котельному оборудованию. Кроме того, установлена роль производственного шума и сменного режима работы в распространенности АГ. Результаты исследования позволили рекомендовать комплекс лечебно-профилактических мероприятий для работников с НСТ в условиях санатория-профилактория.

Литература

1. Аналитический доклад объединения РаЭл. «Вопросы сохранения и укрепления здоровья работающих, состояние профессиональных заболеваний в электроэнергетике» - Москва, 2008 [электронный ресурс] – Режим доступа <http://www.rael.elektra.ru>.
2. Машина Т.Ф. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников энергетической промышленности АО «КЕГОС» /Т.Ф Машина, М.Г. Калишев, Б.С. Жумалиев Б.С. и соавт. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2020. – № 2. – С. 54-58.
3. Укла А.А., Распространенность артериальной гипертензии и оценка влияния на нее факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в организованной популяции /А.А. Укла, В.П. Подпалов В.П., А.И. Счастливенко, С.М. Чубрик // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. - № 1 (59). - С. 53-61.

РОЛЬ И МЕСТО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хузаханов Ф.В., Хисамутдинова Ю.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье-это состояние физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Данное определение подразумевает и то, что психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья населения.

Перманентные изменения социально-экономических условий жизнедеятельности, безработица и другие психотравмирующие влияния факторов социальной среды, в ряде случаев способствует трансформации жизненных условий существования человека, что в дальнейшем вызывает и

провоцирует проявление психической дезадаптации. Известно, что адаптивный потенциал нашего организма весьма обширен, но тем не менее человек зачастую не успевает внутренне подстроиться к тем преобразованиям, которые происходят в современном мире. Таким образом, одним из нежелательных последствий выявляется возрастание психической дезадаптации в связи с психоэмоциональными расстройствами субклинического уровня.

По мнению ряда авторов, несмотря на усилия по развитию и совершенствованию системы охраны здоровья, во всем мире за последние столетия распространенность психическими расстройствами существенно возросла в 3-7 раз, а заболеваемость расстройствами непсихотического уровня – более чем в 40 раз, приводя в 35-45% случаев к частичной или полной потере трудоспособности.

По официальной статистике, удельный вес пограничных (непсихотических) нервно-психических расстройств в структуре первичной заболеваемости психических расстройств по России в 2015 году составляет 72,1%, по ПФО – 71,6% с тенденцией к их дальнейшему росту и распространенности у населения (Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Николаева Т.А. и др. 2016). В Республике Татарстан в 2015 году данный показатель составляет 63,2%, из них 57% лица трудоспособного возраста, а по г. Казани – 66,3% и 84% соответственно. Во многом это обстоятельство обусловлено факторами социально-психологического напряжения в современных условиях, что требует усовершенствования подходов к решению данной проблемы.

В силу этих обстоятельств невозможно недооценить актуальность медицинских психологов в первичном звене здравоохранения. В настоящее время признается, что психологические проблемы играют решающую роль практически в каждом состоянии здравоохранения, и что решение этих проблем повысит благосостояние и качество жизни.

Медицинские психологи могут сделать больше с точки зрения профилактики психического здоровья населения, например диагностика и коррекция пограничных нервно-психических и психосоматических нарушений,

состояний психической дезадаптации и социально-стрессовых расстройств, а также организацию психопрофилактических и психогигиенических мероприятий.

Особенно важно выявлять донозологические (предболезненные) формы с целью первичной профилактики, учитывая многообразие причин снижения качества жизни людей.

Таким образом, медико-психологическая помощь населению должна заключаться в предупреждении психоэмоциональных расстройств, психосоматических заболеваний, «профессионального выгорания» и психической дезадаптации, что в свою очередь продлит период эффективного трудоспособного возраста.