



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

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Республиканской научно-практической конференции
**«Актуальные вопросы оказания первичной медико-
санитарной помощи населению»**,
посвященная 95-летию со дня образования кафедры
общественного здоровья и организации здравоохранения
Казанского ГМУ и 100-летию со дня рождения профессора
М. Х. Вахитова

г. Казань, 5 декабря 2018 г.

УДК 061.3:614.2
ББК 51.1
авт. знак А43

Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы оказания первичной медико-санитарной помощи населению», посвященная 95-летию со дня образования кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Казанского ГМУ и 100-летию со дня рождения М.Х. Вахитова: Сборник материалов конференции. Казань, 5 декабря 2018 г. /Под общей редакцией профессора Гильманова А.А. – Казань, 2018. – 55 с.

Рецензенты: проф. А.А. Гильманов, проф. Ф.В. Хузаханов, проф. О.Р. Радченко

Редактор: Р.И. Валиев

© ФГБОУ ВО Казанский Государственный
медицинский университет, 2018

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТНОМНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Альмухаметов А.А.^{1,2}, Гильманов А.А.¹, Абашев А.Р.^{1,2}

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

²Медико-санитарная части ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет».

Приоритетным направлением развития Университетской клиники ФГАОУ ВО КФУ (далее – МСЧ КФУ) является совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи жителям Республики Татарстан, прикрепленным на поликлиническое обслуживание. В настоящее время завершается модернизация амбулаторно-поликлинического подразделения МСЧ КФУ, целью которой является повышение качества и удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью, через обеспечение комфортных условий и доступности медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

В результате модернизации в МСЧ КФУ сформирована инфраструктура (подготовлены помещения, оснащенные современным оборудованием экспертного класса, внедрены концептуально новые организационные решения в обслуживании и маршрутизации пациентов:

- потоки больных разделены на «неотложных» и «плановых». Первая группа направляется в отделение неотложной помощи, где работает отдельная группа врачей и фельдшеров. Сразу же в день обращения пациент получает весь спектр диагностической помощи: от консультаций до функциональных исследований.

- организация оказания медицинской помощи в режиме «единого окна». В поликлинике различные подразделения объединены в клинико-диагностические блоки (отделения) в зависимости от профиля решаемых проблем (кардиология, гастроэнтерология, хирургия), что обеспечивает достижение комплексности и законченности в оказании медицинской помощи.

- развитие диагностических возможностей: эндоскопические кабинеты, в которых можно, в том числе и под наркозом, получить исследования, а также крупный центр лучевой диагностики с компьютерным томографом..

- приоритет профилактики в работе персонала, сформирован центр профилактики.

В дальнейшем, после детальной отработки в условиях МСЧ КФУ, данные организационные решения имеют перспективу трансляции в практическое здравоохранение.

ОЦЕНКА РАННИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА ПО ДАННЫМ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Берхеева З.М., Антонов А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Развитие наиболее социально значимых ССЗ, в основе которых лежит прогрессирование атеросклероза с дальнейшим возникновением его осложнений, в последние 15 лет рассматривается с позиций «сердечно–сосудистого континуума».

В 1991 году Dzau и Braunwald предложили концепцию сердечно–сосудистого континуума (cardiovascular continuum), представляющего собой цепь последовательных событий, приводящих в финале к развитию застойной сердечной недостаточности и смерти больного. Факторы риска АГ являются базисом в формировании сердечно-сосудистого континуума [1, 2].

Материал и методы исследования. Проведен скрининговый медицинский осмотр 3682 работников нефтеперерабатывающего предприятия с участием кардиолога. Распределение по полу было следующим: мужчины – 1816, женщины – 1866. Всем были проведены общий анализ крови, и биохимические исследования (холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности и другие), электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца.

Результаты. У 47% обследованных мужчин и 17,5% женщин определялась гиперхолестеринемия. Повышенное содержание триглицеридов отмечено у 34,5% мужчин и 6,7% женщин, ЛПВП – у 5,4% мужчин и 1,6% женщин; ЛПНП – у 32,5% мужчин и 16,3% женщин, ЛПОНП – 18,6% мужчин и 3% женщин.

На ЭКГ были выявлены следующие изменения: фибрилляция предсердий у 15 мужчин (0,8%), желудочковая экстрасистолия у 46 мужчин (2,5%) и 40 женщин (2,15%), ПБПНПГ – у 34 мужчин (1,9%) и 48 женщин (2,6%), гипертрофия левого желудочка – у 718 мужчин (39,5%) и 190 женщин (10,2%), признаки ПИКС у 10 мужчин (0,55%) и 2 женщины (0,1%). Эхокардиография позволила выявить гипертрофию левого желудочка у 865 мужчин (47,6%) и 217 женщин (11,6%).

Кардиологом диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) у 881 обследованного мужчины (48,5%) и 240 женщин (12,9%). Среди больных с ГБ дислипидемия установлена у 853 мужчин (47%) и 326 женщин (17,5%).

Метаболический синдром чаще регистрировался у женщин (143 чел. – 7,7%) по сравнению с мужчинами (63 чел. – 3,5%).

Заключение. В целях продления профессионального долголетия и снижения заболеваемости ССЗ среди работников обследованного предприятия нами предложена комплексная программа профилактики ГБ. При приеме на работу и проведении периодических медицинских осмотров необходимо определять общие факторы риска развития ГБ: наследственную предрасположенность, индекс массы тела, курение, гиподинамию, психосоциальный стресс. В связи с особой распространенностью общих факторов риска, таких как курение, ожирение, дислипидемия профилактические мероприятия должны носить массовый характер. Основа профилактики – ориентация работников на самосохраняющее поведение, организация антитабачной пропаганды, создание на предприятии школы здорового образа жизни, внедрение массового спорта.

В целях борьбы с ожирением и немедикаментозной коррекцией дислипидемии рекомендуется внедрение в столовые предприятия блюд с пониженным содержанием насыщенных жиров и ограничение продуктов богатых холестерином; включение в рацион блюд, обогащенных белком, пищевыми волокнами и микроэлементами.

Список литературы

1. Атаманчук А.А. Кардиоваскулярный континуум в медицине труда /А.А. Атаманчук, Л.И. Дмитрук //Медицина труда и промышленная экология. – 2015. №9. – С.24.

2. Носов А.Е Особенности ранних этапов сердечно-сосудистого континуума в работников нефтедобывающего предприятия / А.Е.Носов, А.С. Байдина, О.Ю. Устинова // Мед. труда. – 2013. - №11. – С.9-12.

3. Dzau V, Braunwald E. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. *Am Heart J.* 1991 Apr;121(4 Pt 1):1244–63.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 3» г. КАЗАНИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Блохина М.В., Хафизова И.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

ГАУЗ «Городская поликлиника № 3» г. Казани

За последние десятилетия возросла роль сестринского персонала в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ. Деятельность медицинских сестёр обеспечивает потребность населения в

профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи. При этом качество сестринских медицинских услуг зависит не только от профессионального уровня специалистов, оказывающих эти услуги, но и от условий их оказания, внутренней среды организации, наличия и качества лечебно-диагностического оборудования, медикаментов, материалов, а также от состояния здоровья пациентов, их поведения и т.д.[1].

Целью нашей работы явился комплексный анализ деятельности сестринской службы терапевтического отделения ГАУЗ «Городская поликлиника № 3» г. Казани и разработка мероприятий, направленных на улучшение качества и организации работы сестринской помощи населению.

В результате исследования мы выяснили, что за последние три года отделение в среднем только на 60% укомплектовано сестринскими кадрами. Коэффициент текучести сестринских кадров в 2017 г. возрос до 25%. Хронометраж работы участковой медицинской сестры показал, что большая часть рабочего времени затрачивается ею на заполнение документации и мало времени остаётся на проведение мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний.

В результате интервью с медицинскими сёстрами почти все отметили, что им часто приходится задерживаться после окончания рабочей смены. В качестве мероприятий по улучшению деятельности сестринской службы они предлагают уменьшить нагрузку на сестринский персонал, приём пациентов вести только по электронной очереди, обеспечить рабочие места новыми компьютерами, организовать курсы обучения на рабочем месте по актуальным для современного сестринского дела темам.

89% опрошенных пациентов полностью удовлетворены работой медицинских сестёр; среди неудовлетворённых 80% указали на недостаточное внимание к ним сестринского персонала, остальные – на излишнюю поспешность сестринского персонала в работе. Почти четверть респондентов отметили, что медицинские сёстры не всегда разъясняют им правила подготовки к лабораторным и диагностическим обследованиям. При этом большинство (85%) опрошенных считают медицинских сестёр доброжелательными и милосердными. Среди предложений по улучшению организации и качества сестринской помощи в терапевтическом отделении поликлиники половина респондентов указали на необходимость «разгрузить» медицинских сестёр в связи с излишней поспешностью в работе, 35% предложили усилить работу по профилактике заболеваний – проведению бесед с пациентами.

Таким образом, с целью улучшения организации и качества сестринской медицинской помощи населению, оказываемой в терапевтическом отделении ГАУЗ «Городская поликлиника № 3» г. Казани, целесообразно:

1) доукомплектовать отделение участковыми медицинскими сёстрами: провести мотивационные беседы с выпускниками медицинских училищ и колледжей, обратиться с просьбой к администрации КБМК и медико-фармацевтического училища направлять студентов в поликлинику на учебную и производственную практику;

2) продолжить оптимизацию системы информационного обеспечения поликлиники, полностью внедрить в её деятельность программное обеспечение для автоматизации рабочего места медицинской сестры, что позволит снизить затраты рабочего времени на работу с учётно-отчётной документацией;

3) организовать обучение сестринского персонала на рабочем месте по актуальным для современного сестринского дела темам: «Амбулаторное ведение онкологических больных на дому, обучение родственников мероприятиям по уходу за ними», «Методика проведения обучающих занятий в Школах здоровья», «Правила эффективного общения с пациентом» и др.

Список литературы:

1. Казакова А.А. Совершенствование профессиональной подготовки медицинских сестер – основа повышения качества сестринской услуги // Главная медицинская сестра. – 2007.- №9. – С 96 - 101.

2. Крюков А.Е. Основные направления повышения эффективности работы медсестер // Медицинская сестра.- 2014.- № 4. – С. 6-8.

БЕРЕЖЛИВЫЕ LEAN ТЕХНОЛОГИИ – ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Бурыкин И.М.¹, Хафизьянова Р.Х.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Бережливые технологии - это подход к управлению, разработанный в компании Toyota и используемый для повышения эффективности работы компаний. В последние годы этот метод начал использоваться в системе здравоохранения для повышения эффективности деятельности медицинских организаций и улучшения качества медицинской помощи.

В целях внедрения бережливых технологий в систему здравоохранения, на базе Казанского государственного медицинского университета был создан Учебно-методический центр “Бережливых технологий в здравоохранении”.

В рамках работы этого центра на базе ряда поликлиник города Казани были реализованы пилотные проекты: рационализация рабочих мест врачей по системе 5S и картирование потоков добавленной ценности (Value stream map). При внедрении системы 5S

было выявлено значительное число проблем на рабочих местах врачей: нерациональное расположение мебели, излишние запасы бланков и расходных материалов. В рамках проекта проведена сортировка и рационализация расположения мебели, документов и медицинских инструментов на рабочем месте. В результате внедрения системы 5S сократилось используемое рабочее пространство, выстроенные единые подходы к оснащению рабочих мест. Улучшена работа врачей с пациентами и исключены лишние движения врача. По итогам работы были разработаны стандарты рабочих мест.

Картирование потоков добавленной ценности позволило выявить значительное число узких мест, которые являлись причиной возникновения очередей. Были выявлены потери, связанные с ожиданиями, излишними перемещениями персонала и пациентов. На основе полученных данных сформирован проект по улучшению процессов.

Полученные результаты подтверждают перспективность использования lean методов для повышения эффективности деятельности медицинских организаций.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Гарипова Р.В., Валиев Р.И., Антонов А.М., Попкова А.А., Шаталова Е.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Периодический медицинский осмотр (ПМО) проведен 283 врачам различных специальностей. Средний возраст обследованных составил $44,3 \pm 0,6$ лет, профессиональный стаж $18,2 \pm 0,6$ лет.

Анализ и группировку выявленных болезней проводили в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (ВОЗ, 1995). В качестве сравнения были приняты показатели заболеваемости населения Республики Татарстан.

Обработка и анализ данных периодических медицинских осмотров по выявленным нарушениям здоровья (термин МКФ ВОЗ, 2001) проведен с расчетом отношения шансов OR, относительного риска RR и их доверительных интервалов 95% CI [1], а также этиологической доли EF [2, 3] с последующим определением степени их профессиональной обусловленности (Денисов Э.И., 1999) и вероятностной оценкой их характера по критериям руководства Р 2.2.1766-03 (Денисов Э.И., Степанян И.В., Челищева М.Ю., 2011 (свид. о гос. регистрации №2011610345 от 11.01.2011)).

Анализ ПМО позволил выявить наличие хронической патологии у 92,5% обследованных лиц. Наиболее распространенными были болезни системы кровообращения

(39,3%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (35,2%), органов пищеварения (28,4%), органов дыхания (25,8%). Широко распространенными оказались болезни глаза, в основном, за счет миопии и гиперметропии - 34,4%. Уровень заболеваемости врачей составил 2194,9 на 1000 человек.

Патология сердечно-сосудистой системы формируется, в основном, за счет гипертензивной (гипертонической) болезни сердца (I11), ишемической болезни сердца (I25) и варикозного расширения вен нижних конечностей (I83). Заболевания желудочно-кишечного тракта представлены язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (K26, K27), хроническим гастритом (K29.3-K29.7), дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) (K82.8). Болезни костно-мышечной системы представлены остеохондрозом шейного и поясничного отдела позвоночника (M42).

Структура заболеваний от профессионального стажа показала, что у врачей с увеличением профессионального стажа отмечается рост артериальной гипертензии ($p < 0,001$), ДЖВП ($p = 0,015$), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки ($p = 0,023$), фибромиомы матки ($p < 0,001$), доброкачественных новообразований молочной железы.

Проведенный ПМО показал, что среди врачей часто регистрировались нарушения рефракции и аккомодации в виде миопии и гиперметропии. Статистический анализ позволил установить корреляционную связь между низкими уровнями искусственной горизонтальной освещенности и развитием нарушений рефракции и аккомодации у врачей.

Анализ материалов с расчетом отношения шансов (OR), относительного риска (RR) и доверительных интервалов (95% CI) выявили, что среди врачей наиболее высоким оказался относительный риск вертеброгенной патологии (RR=7,59), эндоцервицитов с наличием эрозии и эрозии шейки матки (RR=7,1), дискинезий желчевыводящих путей (RR=6,96).

Таким образом, данные, полученные при проведении периодического медицинского осмотра, показали высокую распространенность хронической общей соматической патологии среди врачей (92,5%). В среднем на одного врача приходится 2,2 заболевания.

Для врачей высокую степень профессиональной обусловленности имеют заболевания органов пищеварения, костно-мышечной системы, мочеполовой системы.

Список литературы

1. *Kirkwood, B.R. Essentials of medical statistics / B.R Kirkwood, J.A.C. Sterne. - Oxford: Blackwell Publishing, 2003. - P. 501*
2. *Miettinen, O.S. Estimability and estimation in case-referent studies / O.S. Miettinen // Am. J. Epidemiol. - 1976. - Vol. 103, № 6. - P.226-235.*
3. *Методические рекомендации по оценке профессионального риска по данным периодических медицинских осмотров», утв. Научным Советом*

**О НЕОБХОДИМОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ**

Гарипова Р.В., Валиев Р.И., Антонов А.М., Ахметова Г.Р., Степанов Р.М.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Среди работников здравоохранения Республики Татарстан (РТ) в структуре профессиональных заболеваний (ПЗ) аллергическая патология занимает третье место, составляя 6,0% [1]. На наш взгляд, уровень зарегистрированной профессиональной заболеваемости аллергического генеза в здравоохранении РТ на сегодняшний день не отражает реальной картины. Истинные цифры профессиональных аллергических заболеваний у медработников (МР), по-видимому, значительно превосходят установленные в центре профпатологии. Это можно объяснить отсутствием изучения аллергологического анамнеза при проведении периодических медицинских осмотров (ПМО), нежеланием самих медработников установления диагноза профзаболевания, к настоящему времени не разработаны клинические рекомендации по профессиональной аллергологии. При выявлении аллергических заболеваний МР, как правило, трудоустраиваются без направления в центр профпатологии.

Проведенный ПМО сотрудников нескольких медицинских учреждений выявил высокую распространенность дерматитов (экзем) у МР. Так из 942 осмотренных МР данная патология была обнаружена у 13, составив 13,8 на 1000 осмотренных [2].

Почему же профессиональные заболевания у МР, фактически уже сформировавшиеся, не выявляются на более ранних стадиях?

Казалось бы, необходимость ранней диагностики ПЗ не вызывает ни у кого сомнения: чем раньше будет выявлено заболевание, тем больше вероятность эффективного лечения и реабилитации МР, тем меньше опасности утраты профессиональной, а, тем более, общей трудоспособности.

Говоря об этом, следовало бы ожидать, что, во-первых, сами МР должны быть заинтересованы в длительном сохранении высокого уровня профессиональной трудоспособности, а с другой – быть заинтересованным в выявлении у себя всех заболеваний, в том числе, и профессиональных на ранних стадиях.

Во-вторых, в этом должен быть заинтересован руководитель медицинского учреждения, поскольку все компенсационные выплаты осуществляются Фондом социального страхования.

Кроме того, медицинская организация тоже должна быть заинтересована в раннем выявлении ПЗ, поскольку ПМО можно рассматривать как вариант диспансеризации и их основная цель – вторичная профилактика заболеваний за счет их раннего выявления.

Однако, в реальных условиях все это далеко не столь очевидно. Более чем в 70% случаев диагноз ПЗ устанавливался при непосредственном обращении за медицинской помощью.

Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н [2] регламентировал: при предварительных и ПМО в условиях специализированной медицинской организации, имеющей право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией или по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в медицинских осмотрах, в перечень врачей-специалистов для лиц, имеющих контакт с аллергенами должен быть включен врач-аллерголог, а среди необходимых лабораторных исследований проведение специфической аллергодиагностики и спирометрии с бронходилатационной пробой.

Таким образом, врачи-аллергологи, участвующие в проведении медицинских осмотров, должны пройти повышение квалификации по специальности «Профпатология» на циклах тематического усовершенствования в системе последипломного образования.

Огромную роль приобретает и достаточное оснащение медицинской организации, имеющей право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией, средствами и методами лабораторной и функциональной диагностики.

Таким образом, уровень зарегистрированной профессиональной заболеваемости аллергического генеза в здравоохранении РТ на сегодняшний день не отражает реальной картины, так как выявляется она зачастую на поздних стадиях. Как правило, диагноз профессионального аллергоза устанавливался при непосредственном обращении за медицинской помощью.

Список литературы

- 1. Гарипова Р.В. Анализ профессиональной заболеваемости медицинских работников Республики Татарстан / Р.В. Гарипова, З.М. Берхеева // Медицина труда и экология человека. - 2015. - № 4. - С.107-113.*
- 2. Гарипова, Р.В. Оптимизация профилактики профессиональных заболеваний медицинских работников: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.02.01 / Гарипова Раиля Валиевна. - Казань, 2014. - 45 с.*

3. *Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н «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.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ

Гарипова Р.В., Антонов А.М., Валиев Р.И., Попкова А.А., Шаталова Е.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Периодический медицинских осмотр (ПМО) проведен 283 врачам различных специальностей. Средний возраст обследованных составил $44,3 \pm 0,6$ лет, профессиональный стаж $18,2 \pm 0,6$ лет.

Анализ и группировку выявленных болезней проводили в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (ВОЗ, 1995). В качестве сравнения были приняты показатели заболеваемости населения Республики Татарстан.

Обработка и анализ данных периодических медицинских осмотров по выявленным нарушениям здоровья (термин МКФ ВОЗ, 2001) проведен с расчетом отношения шансов OR, относительного риска RR и их доверительных интервалов 95% CI [1], а также этиологической доли EF [2, 3] с последующим определением степени их профессиональной обусловленности (Денисов Э.И., 1999) и вероятностной оценкой их характера по критериям руководства Р 2.2.1766-03 (Денисов Э.И., Степанян И.В., Челищева М.Ю., 2011 (свид. о гос. регистрации №2011610345 от 11.01.2011)).

Анализ ПМО позволил выявить наличие хронической патологии у 92,5% обследованных лиц. Наиболее распространенными были болезни системы кровообращения (39,3%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (35,2%), органов пищеварения (28,4%), органов дыхания (25,8%). Широко распространенными оказались болезни глаза, в основном, за счет миопии и гиперметропии - 34,4%. Уровень заболеваемости врачей составил 2194,9 на 1000 человек.

Патология сердечно-сосудистой системы формируется, в основном, за счет гипертензивной (гипертонической) болезни сердца (I11), ишемической болезни сердца (I25) и варикозного расширения вен нижних конечностей (I83). Заболевания желудочно-кишечного тракта представлены язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (K26, K27), хроническим гастритом (K29.3-K29.7), дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) (K82.8). Болезни костно-мышечной системы представлены остеохондрозом шейного и поясничного отдела позвоночника (M42).

Структура заболеваний от профессионального стажа показала, что у врачей с увеличением профессионального стажа отмечается рост артериальной гипертензии ($p < 0,001$), ДЖВП ($p = 0,015$), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки ($p = 0,023$), фибромиомы матки ($p < 0,001$), доброкачественных новообразований молочной железы.

Проведенный ПМО показал, что среди врачей часто регистрировались нарушения рефракции и аккомодации в виде миопии и гиперметропии. Статистический анализ позволил установить корреляционную связь между низкими уровнями искусственной горизонтальной освещенности и развитием нарушений рефракции и аккомодации у врачей.

Анализ материалов с расчетом отношения шансов (OR), относительного риска (RR) и доверительных интервалов (95% CI) выявили, что среди врачей наиболее высоким оказался относительный риск вертеброгенной патологии (RR=7,59), эндоцервицитов с наличием эрозии и эрозии шейки матки (RR=7,1), дискинезий желчевыводящих путей (RR=6,96).

Таким образом, данные, полученные при проведении периодического медицинского осмотра, показали высокую распространенность хронической общей соматической патологии среди врачей (92,5%). В среднем на одного врача приходится 2,2 заболевания.

Для врачей высокую степень профессиональной обусловленности имеют заболевания органов пищеварения, костно-мышечной системы, мочеполовой системы.

Список литературы

4. *Kirkwood, B.R. Essentials of medical statistics / B.R Kirkwood, J.A.C. Sterne. - Oxford: Blackwell Publishing, 2003. - P. 501*
5. *Miettinen, O.S. Estimability and estimation in case-referent studies / O.S. Miettinen // Am. J. Epidemiol. - 1976. - Vol. 103, № 6. - P.226-235.*
6. *Методические рекомендации по оценке профессионального риска по данным периодических медицинских осмотров», утв. Научным Советом Минздравсоцразвития России и РАМН «Медико-экологические проблемы здоровья работающих» 13 июня 2006 г. – М., 2006.*

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УРОНЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гасайниева М.М., Мингазова Э.Н.

¹ ГБУ РД Детская РКБ имени Н.М. Кураева, Махачкала

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного
здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

³ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Медико-социальной основой решения проблемы воспроизводства населения исследователи считают профилактику как гинекологических, так и уронефрологических заболеваний. В виду тесного анатомо-физиологического соседства мочевыделительной и половой систем органов, при отсутствии должного лечения названных заболеваний высока вероятность снижения репродуктивного потенциала, формирования бесплодия. Частота распространенности бесплодия в России в среднем достигает 19% и имеет тенденцию к росту. Профилактика и лечение бесплодия, равно как и приводящих к нему уронефрологических заболеваний и патологий, открывает доступ к резерву увеличения репродуктивного потенциала населения [7,9,11].

Цель исследования: провести анализ данных о современных особенностях распространенности уронефрологических заболеваний среди взрослого и детского населения.

По данным многих исследователей общая уронефрологическая заболеваемость находится в пределах от 177 до 210 на 1000 детского населения. Их доля в общей структуре заболеваемости колеблется от 2,5 до 15% и частота в последнее десятилетие увеличилась в 2-3,5 раза. Дети с хронической почечной недостаточностью составляют 11% от всех больных с ХБП, причём в терминальной стадии – 0,32% []. В Национальных рекомендациях по кардио-нефропротекции за 2013 г. изложено, что хроническая болезнь почек повышает сердечно-сосудистую смертность в 10 раз не только на терминальных, но и на ранних стадиях ХБП. Смертность от патологии почек у лиц трудоспособного возраста РФ в 8–10 раз выше, чем в других странах. Более 60% нефрологических больных моложе 40 лет, иными словами, патологиями почек в основном страдает молодое трудоспособное население с неиспользованным репродуктивным потенциалом. Определяется нарастание среднегодового уровня первичной инвалидности в группе лиц молодого возраста (18-44), обусловленной заболеваниями мочеполовой системы. Так, за пятилетие показатель у взрослого населения в некоторых регионах страны составил до +16,7%, в целом по Российской Федерации – +8,3% [2,3,5,8].

При анализе статистических данных уронефрологической заболеваемости детей целесообразно делить на основные группы: гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек и другие болезни почки и мочеточника, почечная недостаточность, мочекаменная болезнь (МКБ), онкоурологические заболевания. Динамика изменений уровней заболеваемости в четырех выделенных группах изменялась неравномерно. Наибольший рост среди детского населения наблюдается у онкоурологических заболеваний (+66,9%). Среди детей широко распространены инфекционные заболевания мочевой системы, которые вдобавок ко всему имеют латентное и рецидивирующее течение и выявляются зачастую случайно. В среднем микробно-воспалительные поражения составляют 70-80 % от всех заболеваний в мочеполовой сфере у детей, и их распространенность достигает 18,0–22,0% . При чем, в 25–71% случаев наблюдается сочетание воспалительных заболеваний мочевых путей и гениталий у девочек, что негативно сказывается на формировании их репродуктивного потенциала [1,4,6,10,12]. В структуре общей заболеваемости микробно-воспалительная патология органов мочевой системы имеет большой удельный вес и уступает лишь острым инфекциям дыхательных путей. Нередко первые признаки нефропатий проявляются в школьном возрасте, что связано с латентным течением и отсутствием своевременной диагностики врожденных патологий.

Список литературы:

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2010. №1. С. 4-11.
2. Галиулина О. М., Кузиванова Т. Ю., Владимирова И. А. Динамика первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие болезней мочеполовой системы // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2014. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-pervichnoy-invalidnosti-vzroslogo-naseleniya-altayskogo-kрая-vsledstvie-bolezney-mochepolovoy-sistemy> (дата обращения: 07.08.2018).
3. Дикова Н.С., Папаян А.В. Распространенность заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей. III Конгресс педиатров-нефрологов России. СПб., 2003: 103–104.
4. Зайцева Е.С., Станкевич З.А., Сукало А.В., Тур Н.И. Сочетанные микробно-воспалительные заболевания мочевой и половой систем у детей. – Мн.: БГМУ, 2009. – 61 с

5. *Иванова И. Е. Комплексное клинико-организационное исследование патологии почек у детей на территориях эколого-биогеохимического риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кзн., 2011*
6. *Игнатова М.С. Актуальные вопросы педиатрической нефрологии. Нефрология 2011; (1): 11-16*
7. *Мамедова Р. Ю., Караханова М. С., Фейзуллаева Н. Н., Глыджева Ф. В. Уронефрологические заболевания у детей как факторы риска, влияющие на репродуктивное здоровье // International Scientific Review № 8(18) / International Scientific Review of the Problems and Prospects of Modern Science and Education: XVI International Scientific and Practical Conference (Boston, USA - 08 June, 2016)*
8. *Марченко В.В. Социально-гигиенические и организационные аспекты диализной помощи населению: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006.*
9. *Прибыш И. А. Медико-социальное исследование женского бесплодия и организация стационарной помощи этим больным: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 15 с.*
10. *Рудов И.В. Социально-гигиенические аспекты, медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов вследствие болезней почек в Ростовской области: автореф. дис. . канд. мед. наук / И.В. Рудов. Екатеринбург, 2008. — 24 с.*
11. *Шарафутдинов М.А. Социально-гигиенические аспекты болезней мочеполовой системы и медико-организационные основы медицинской помощи больным (в условиях Республики Башкортостан): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2011. 259 с.*
12. *Becker A. Obstructive uropathy / A. Becker, M. Baum // Early Hum. Dev. 2006. - Vol. 82, №1. - P. 15-22*

**К 100-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА ВАХИТОВА МУХАМЕТА
ХАЙРУТДИНОВИЧА ПОСВЯЩАЕТСЯ**

Гибадуллина З.Н., Хузаханов Ф.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Вахитов Мухамет Хайрутдинович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Казанского государственного медицинского института с 1966 по 1984 гг. Родился 10 ноября 1918 года в селе Янасалы Рыбно-Слободского района ТАССР. Окончив семь классов в селе Шумбут, в 1934 году поступил в Чистопольскую фельдшерско-акушерскую школу, которую окончил с отличием.

В 1938 году был зачислен на лечебный факультет Казанского государственного медицинского института.

Весной 1942 года студентам последних курсов без сдачи государственных экзаменов выдали копии диплома и направили в Москву на месячные курсы по санитарно-химической защите войск. В июне 1942 года М.Х. Вахитов был назначен в медико-санитарный батальон в качестве командира отделения санитарно-химической защиты. Участвовал в сражениях за Сталинград, Таллин, в освобождении от фашистских захватчиков Польши и Чехословакии.

По возвращении в 1946 году с армии М.Х. Вахитов продолжил обучение на пятом курсе Казанского мединститута. В 1947 году, получив диплом установленного образца по специальности «фтизиатр», был зачислен начальником сектора статистики в аппарат Министерства здравоохранения ТАССР, а позже стал заведовать лечебно-профилактическим отделом.

Вскоре Мухамет Хайрутдинович осознал желание заниматься научно-педагогической деятельностью, и в 1951 году директором КГМИ Р.А. Вяселевым был приглашен ассистентом на кафедру организации здравоохранения. В 1959 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Некоторые данные о заболеваемости рабочих нефтяной промышленности Татарской АССР в за 1954-1957 годы», а в 1965 году – докторскую на тему: «Воспроизводство населения Татарской АССР в прошлом и настоящем и его санитарная оценка». С 1966 по 1984 года – заведующий кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения. С выхода на пенсию в 1984 году по 1996 год работал профессором-консультантом на кафедре.

Автор более 50 научных работ. Под его руководством выполнены 2 докторские и 16 кандидатских диссертаций.

За период работы на кафедре Мухамет Хайрутдинович выполнял колоссальную общественную работу: являлся бессменным председателем совета научных медицинских обществ Татарской АССР с 1957 по 1987 гг., членом проблемной комиссии по социальной гигиене и организации здравоохранения МЗ СССР, членом коллегии МЗ ТАССР, состоял в членстве редакционного совета «Казанского медицинского журнала», более 25 лет входил в совет по защите кандидатских диссертаций.

В 1970 году удостоился звания заслуженного деятеля науки ТАССР. Был награжден орденами Ленина, Отечественной войны I и II степеней, Красной Звезды, медалями СССР.

Список литературы:

М.Х. Вахитов. Коротко о прожитом и пережитом. – Казань, 1999 – 15 с.

Профессор Мухамет Хайрутдинович Вахитов (К 60-летию со дня рождения) // КМЖ. –

**РАЗЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ
ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РАЙОНАХ С СЕЛЬСКИМ И СМЕШАННЫМ
НАСЕЛЕНИЕМ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)**

Гильманов А.А., Сафин Р.И., Глушаков А.И.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Сохранение здоровья населения и снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) являются одними из актуальных задач, решение которых необходимо для успешного социально-экономического развития страны, её национальной безопасности и благосостояния (Программа «Здоровье работающего населения России на 2004-2015 гг.»).

Здоровью сельского населения традиционно посвящено много работ, в том числе казанских исследователей [1].

Нами были проанализированы показатели ЗВУТ в пяти сельских и столько же смешанных (сельско-городских) районах Республики Татарстан (РТ) за последнее пятилетие [2].

Если ЗВУТ в целом по РТ за 2012-2016 гг. на 100 работающих составил $35,3 \pm 0,03$ случаев, то в смешанных районах он отмечался на уровне $42,3 \pm 0,04$, а в сельских районах - только $39,4 \pm 0,02$ случаев. При этом различие по числу случаев ЗВУТ фиксировалось при практически одинаковом количестве дней нетрудоспособности (в среднем 560,8 и 553,0 соответственно). Этот факт можно объяснить неравенством в доступности медицинской помощи. Однако длительность одного случая ЗВУТ в сельских районах немного выше ($14,1 \pm 0,05$ дней), чем в смешанных районах ($13,3 \pm 0,04$ дней). Продолжительность заболеваний характеризует качество лечебно-диагностического процесса, а также тяжесть и запущенность заболеваний [3].

Дальнейшие исследования, касаемые здоровья сельского населения РТ, нами будут направлены на изучение ЗВУТ работников птицеводческого комплекса «Ак Барс Пестрецы», что позволит детально разобрать ЗВУТ по категориям работающих, вскрыть недостатки медицинского обеспечения и рекомендовать к существующей системе профилактики дополнительные мероприятия узкогрупповой направленности.

Список литературы:

1. *Здоровье сельчан: оценка и выбор приоритетов (взгляд гигиениста) / Н.Х. Амиров, Р.Я. Хамитова, А.И. Глушаков. – Казань, 2007. – 267 с.*
2. *Статистика здоровья и здравоохранения (по РТ за 2014-2017 годы): Учебно-методическое пособие. – Казань: Медицина, 2018. – 262 с.*
3. *Медико-социальные, экономические и организационно-управленческие аспекты продолжительности заболеваний взрослого населения / А.А. Гильманов. – Казань: Медицина, 2003. – 255 с.*

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ
ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ.**

Гильманов А.А., Амирова А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань)

Экономическая эффективность по это соотношение затраченных трудовых, материальных, финансовых ресурсов к полученным экономическим результатам (производству медицинских услуг касательно медицинских организаций). Поэтому при анализе экономической эффективности нужно оценить имеющиеся у медицинской организации ресурсы для оказания стационарной помощи. Проводится анализ кадрового ресурса – штатные должности, физические лица, укомплектованность в %, коэффициент совместительства в %, коэффициент текучести в % по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу. Далее оцениваются материальные ресурсы: стоимость основных фондов: первоначальная (балансовая) стоимость, остаточная стоимость, коэффициент износа в динамике за 3 года. Необходимо также определить степень обеспеченности работников основными фондами, для этого подсчитывают показатели фондовооружённости, фондоотдачи, стоимости валовой продукции в динамике за 3года. Далее анализируется исполнение финансово-хозяйственного плана при оказании стационарной помощи (оценка финансового ресурса). Определяется общая сумма доходов с определением сумм доходов из основных источников (ОМС, бюджет, внебюджет) в динамике за 3 года. Определяется общая сумма расходов и с их распределением по статьям (зар.плата, коммунальные услуги, арендная плата, транспортные услуги, содержание имущества, продукты питания и т.д.). Рассчитывается общая сумма кредиторской задолженности с отдельными расчётами по ОМС, по бюджету и по статьям (медикаменты, продукты питания, коммунальные услуги и т.д.). По круглосуточному стационару анализируется коечный фонд, пролеченное количество

больных с определением занятости койки в году, среднего времени пребывания больного на койке и оборота койки с расчётом показателей рекомендуемых

Программой гос. гарантий оказания бесплатной мед. помощи гражданам РФ (K_1 коэффициент рационального использования коечного фонда, K_2 коэффициент эффективного использования, эффективность деятельности стационара в %). По дневному стационару анализируется коечный фонд, пролеченное количество больных с определением занятости койки в году, среднего времени пребывания больного на койке и оборота койки. Оценивать эффективность деятельности дневного стационара необходимо используя нормативы для его работы в 2 смены. Рекомендуется проводить оценку фонда оплаты труда (общая сумма фонда оплаты труда с определением его структуры по категориям персонала с анализом сумм по каждой части выплат (базовая, компенсационная, стимулирующая)). Также включаются данные по выполнению «Дорожной карты» по заработной плате по категориям персонала.

После проведённого анализа приводятся выводы о экономической эффективности работы и делаются предложения по повышению её эффективности.

Список литературы.

1. *Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017г. №1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018г.».*
2. *Белявский А.Р. Анализ хозяйственно-экономических результатов деятельности медицинских организаций // Экономика здравоохранения.-2009.- №10. С.26-30*
3. *Гайдаров Г.М. Современные подходы к экономическому анализу эффективности деятельности многопрофильного лечебно-профилактического учреждения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - №5. С.34-37.*
4. *Алексеев Н.А. Анализ эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений // Здравоохранение Российской Федерации.-2004. - №5. С.8-11.*

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОТНИКОВ ПТИЦЕВОДЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ (НА ПРИМЕРЕ «АК БАРС ПЕСТРЕЦЫ»)

Гильманов А.А., Сафин Р.И., Глушаков А.И.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Большинство исследователей подтверждают, что у работников птицеводческих комплексов заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) выше, чем на

других сельскохозяйственных предприятиях. Существует необходимость детального изучения состояния здоровья данной категории работников и внедрения новых подходов в профилактике ЗВУТ.

Полученные многолетние данные по птицеводческому предприятию «АК Барс Пестрецы» позволяют говорить, что уровень ЗВУТ в $28,9 \pm 0,40$ случаев и $621,59 \pm 0,08$ дней на 100 работающих, а также длительность одного случая – $21,5 \pm 0,18$ дней, по шкале оценки Е.Л. Ноткина соответствуют по случаям – «очень низкому» (менее 50), а дней – «ниже среднего» (до 600-800 на 100 работающих) уровням.

При детальной проработке материала были учтены возрастные характеристики работников, стаж, а также профессиональная направленность. В исследование вошли работники в возрасте от 16 до 64 лет (средний возраст составил $39,7 \pm 0,7$ лет), рабочий стаж сотрудников предприятия – от 3 до 20 и более лет. Было установлено, что наибольшие значения ЗВУТ соответствуют группам со стажем 16-20 лет. При этом подтверждена прямая сильная корреляционная связь между длительностью пребывания на листке нетрудоспособности и продолжительностью стажа.

При изучении ЗВУТ выявлено, что большинство случаев приходится на непосредственно работающих в цехе ($16,58 \pm 0,16$ случаев на 100 работающих в год). А изучение структуры заболеваемости и частота выхода на листок нетрудоспособности подтвердили лидирующие позиции болезней органов дыхания ($15,3$ случаев и $376,4$ дня). Интенсивные физические нагрузки работников цехов, сопровождающие труд грузчиков или водителей, приводящие к ЗВУТ ($3,6$ случаев на 100 работающих), были в основном за счёт повреждений опорно-двигательного аппарата. Работники, занимающие руководящие должности (администрация, бухгалтерия и т.п.), находились на листке нетрудоспособности по заболеваниям, обусловленными психо-эмоциональным напряжением, артериальной гипертензией и т.п.

Таким образом, выявлено, что условия труда могут привести к функциональным нарушениям и стойким патологическим изменениям в деятельности организма работающих.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Гильманова Г.А

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Достижение поставленных целей по обеспечению оптимальной доступности для населения первичной медико-санитарной помощи в результате реализации национального

проекта «Здравоохранение» на 2019-2024 годы по направлению «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» требует необходимости оценки показателей в этой сфере по каждому субъекту Российской Федерации, в том числе на этапах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2016 годы. Анализ данных официального статистического наблюдения, позволяют нам в динамике объективно оценить результаты оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Татарстан.

Статистические материалы за 2006-2017 годы свидетельствуют о сложившейся устойчивой динамике снижения числа поликлинических посещений на жителя в год. По медицинским организациям, реализующим Программу государственных гарантий системы Министерства здравоохранения РТ показатель за 2017 год составил 6,7 посещения, что на 46 процентов ниже показателя за 2006 год и на 26,8 процентов ниже показателя за 2012 год. Снижение показателя фиксируется ежегодно, но начиная с 2014 года ее темп существенно ускорился.

Показатель числа посещений на жителя в год существенно отличается по муниципальным образованиям. Самым высоким показатель является в Алькеевском районе и составляет 12,4 посещения на жителя, что превышает средний показатель по республике на 1,8 раза. В соседнем с Алькеевским в Аксубаевском муниципальном районе показатель по итогам 2017 года составил 3,5 на жителя, что 1,9 раз ниже среднереспубликанского показателя. Разница в показателях Алькеевского и Аксубаевского районов составляет 3,5 раза. Кроме Аксубаевского муниципального района в первой пятерке с самыми низкими показателями находятся Бугульминский (4,2), Заинский (4,2), Лаишевский (4,4), Арский (4,5) и Рыбно-Слободский (4,5) районы.

Значительным является снижение числа посещений в фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). На 1 сельского жителя показатель по итогам 2017 года составил 2,9 посещения, что ниже показателя за 2006 год 3,2 раза. С 2013 года в статистике начал использоваться показатель числа посещений к средним медицинским работникам ФАП на прикрепленное население. За пятилетний период показатель снизился с 13,1 до 5,6 или 2,3 раза. Самый низкий показатель отмечается в Высокогорском муниципальном районе и составляет за 2017 год 1,9 посещения, что 2,9 раза ниже среднего показателя по республике. Самые низкие показатели числа посещений на прикрепленное население имеют Зеленодольский (2,8), Пестречинский (2,8), Альметьевский (3,1), Лаишевский (3,5) и Бугульминский (3,5) муниципальные районы. В то же время показатель Балтасинского муниципального района (14,5) в 5 раз превышает среднереспубликанский показатель и 7,6 раза показатель Высокогорского района.

Представленные данные свидетельствуют о необходимости более глубокого анализа результатов работы амбулаторно-поликлинических учреждений по обеспечению доступности первичной медико-санитарной помощи.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГЛАУКОМОЙ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Девяткин А.А.¹, Галеева Ф.С.², Бородина Н.Д.²

¹Научно-образовательный центр «ТестГен»,

²ГБУЗ «Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского»

В последнее время в России отмечается рост заболеваемости глаукомой. Это связано как с увеличением числа случаев сосудистой патологии и глаукомы в целом, постарением населения, так и с улучшением качества осмотров и обследования пациентов на базе высокотехнологического скрининга. Также играет существенную роль тот факт, что скрининг на глаукому проводят не только офтальмологи поликлинического звена, но и Центры здоровья, Центры медицинской профилактики, созданные в большинстве городских поликлиник, а также оптометрические кабинеты и мобильные офтальмологические комплексы.

В связи с этим в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, появилась определенная группа пациентов с диагнозом - подозрение на глаукому. Чаще всего этот диагноз ставится при выявлении повышенного внутриглазного давления, либо при значительном снижении как центрального, так и периферического зрения без объективных причин.

Также в последние годы широкое распространение получил диагноз «офтальмогипертензия». Он устанавливается в случаях повышения внутриглазного давления неглаукоматозного характера. Ложная гипертензия связана с повышенной реактивностью пациента на проводимую тонометрию, либо с техническими погрешностями в проведении и оценке результатов обследования, высоким индивидуальным уровнем внутриглазного давления. Симптоматическая гипертензия проявляется кратковременным или длительным повышением внутриглазного давления на фоне другого заболевания, офтальмологического или общесоматического, что можно объяснить дисбалансом возрастных изменений в гидродинамике глаза. При офтальмогипертензии отмечается

доброкачественное течение без поражения зрительного нерва. Однако в ряде случаев возможен ее переход в глаукому.

Целью настоящей работы явилось изучение вопроса оценки качества оказания офтальмологической помощи пациентам с глаукомой в условиях медицинских организаций, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь.

За 9 месяцев 2018 года нами было принято 9672 пациента, из них по поводу глаукомы - 7872 пациента (81%). Все они были направлены в наш специализированный глаукомный центр городскими поликлиниками. Среди этой группы «глаукомных» пациентов направительный диагноз «подозрение на глаукому» был у 2244 пациента (29%).

При дальнейшем обследовании было установлено, что более чем у половины таких пациентов глаукома при углубленном офтальмологическом обследовании не была установлена. Данный факт свидетельствует о том, что врачам-офтальмологам, работающим в условиях медицинских организаций, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь, следует более широко использовать имеющийся у них ресурс клинико-диагностических технологий, позволяющий совершенствовать качество лечебно-диагностической помощи пациентам с физиологическими и патологическими изменениями внутриглазного давления.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Железова П.В., Мингазова Э.Н

ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики Костромской области» г. Кострома
ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени
Н.А. Семашко», г. Москва
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Одним из наиболее часто используемых в аналитических отчетах и научных исследованиях критериев здоровья населения является заболеваемость. В Костромской области отмечается сокращение количества зарегистрированных больных на 1000 человек среди детей: 2502,1 в 2008 году и 2441,9 в 2016 году. Однако при этом общая заболеваемость среди подростков (15-17 лет) в 2016 году значительно выше, чем в 2008 году: 2118,9 и 1803,8 на 1000 человек соответственно.

Особого внимания требует значительное увеличение зафиксированных случаев болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ среди подростков. Так если в 2008 году было отмечено 40,5 случаев на 1000 человек, то в 2016 году

это показатель увеличился практически в 3 раза и достиг значения 114,0. Среди зафиксированных болезней наиболее существенный рост приходится на ожирение – с 10,4% в 2008 году до 50,4% в 2016 году, а также диабет – с 1,8% до 4,7%.

Кроме того, заметно увеличились случаи болезней органов дыхания – с 646,1% до 825,0%, органов пищеварения – с 147,1% до 227,6% и глаз – с 159,2% до 173,2%, в частности миопии с 97,6% до 119,0%.

Также стоит отметить, что при снижении у подростков болезней мочеполовой системы в целом с 132,0% до 107,0% участились случаи расстройства менструального цикла у девушек 15-17 лет с 27,2% до 31,8%.

По итогам 2017 года был проведен анализ репродуктивного здоровья девушек-подростков Костромской области. По его итогам наблюдается рост общей заболеваемости среди девочек-подростков с 2408,1 в 2016 г. до 2571,2 в 2017 году на 1000 девочек или на 6,8%. В структуре заболеваний первое место занимают болезни органов дыхания – 39,7% (2016г. – 37,8%), заболеваемость на 1000 девочек-подростков составила 1021,8 (в 2016 г. – 909,3). На втором месте болезни органов пищеварения на их долю приходится 10,9% (2016 г. – 11,1%), заболеваемость – 279,5 на 1000 девочек (2016 г. – 267,7).

Третье место занимают болезни глаза и его придаточного аппарата – 8,5% (2016 г. – 8,8%), или 219,5 на 1000 девочек. Далее следуют травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин – 8,3% (2016 г. -7,0%), заболеваемость составила 212,6 на 1000 подростков (2016 г. – 168,7).

В 2017 году у девушек отмечается увеличение частоты нарушений менструальной функции на 20% в сравнении с предыдущим годом, с 31,8 в 2016 году до 38,2 на 1000 девушек; в то же время наблюдается снижение числа воспалительных гинекологических заболеваний (сальпингит, оофорит) на 4,9% (2017 г. – 2,9 на 1000 девочек-подростков, 2016 г. - 3,0).

Не улучшилось состояние здоровья беременных, заболеваемость остается на высоком уровне. Так анемия встречается у 39,8%, болезни мочеполовой системы – 13,9%, болезни системы кровообращения – 13,3%, поздний токсикоз – 2,1%.

Без осложнений закончилось родов в 2017 году – 46,0%, 2016 году – 56,6%, 2015 году 51,3%.

Преждевременные роды зарегистрированы в 2017 году – 4,96%, 2016 году – 5,0%, в 2015 году – 4,9%.

Сохраняется тенденция к снижению аборт в 2017 году – 19,6 на тысячу женщин фертильного возраста, в 2016 году – 23,3 на тысячу женщин фертильного возраста, в 2015 году- 23,6 на тысячу женщин фертильного возраста. Снижение количества абортов отмечено

у женщин в возрасте 18-44 лет с 26,8 на тысячу женщин соответствующего возраста в 2016 году до 23,1 на тысячу женщин соответствующего возраста в 2017 году. Уменьшение количества абортот отмечено и у подростков: с 3,5 в 2015 году до 2,6 случаев на тысячу девочек-подростков в 2017 году. У девочек до 14 лет в 2017 году абортот не проводилось, в 2016 году – 2 случая, в 2015 году - 4 случая.

Список литературы:

Щетин В.О., Чичерин Л.П., Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н., Карпова О.Б. Основные тенденции заболеваемости детей в России //Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья – 2013- № 2 – С. 319-324

Ляликов С.А. Заболеваемость детей в различные периоды детства // Гродненского государственного медицинского - 2009-№ 2 (26)- С.176-180

Волков И.М., Шувалова И.П., Мухамедрахимова Л.В. Методические подходы изучения заболеваемости детей // Педиатрическая фармакология - 2005., Т. 2S –С. 58

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА В РАБОТЕ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМ МОНИТОРИНГА ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ.

Иванов Д.А., Искандаров И.Р., Павлова Е.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Одним из самых важных аспектов в работе современной амбулаторно-поликлинической службы является оказание помощи женщинам в период беременности. На амбулаторном этапе такая помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов[1].

Оценка перинатального риска имеет ключевое значение при ведении беременности. От этого напрямую зависит исход беременности, который влияет на перинатальную и материнскую смертность. Переоценить важность этих показателей очень трудно. Текущая демографическая ситуация в Российской Федерации остается неблагоприятной. В 2017 году зафиксирована естественная убыль населения[2].

В нашей стране оценку перинатального риска начали внедрять системно с 1981 года, когда был издан приказ МЗ СССР №430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женских консультаций». Разделение беременных по

группам перинатального риска, дифференцированное их ведение во время беременности и родов позволило снизить уровень перинатальной смертности на 30%, по сравнению с группой беременных, которые находились под стандартным для того времени наблюдением [3].

С тех пор прошло достаточно много времени. Оценка рисков, как и их влияние на беременность и роды пересматривалась. На данный момент группы рисков рассчитываются согласно приказа Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н, а также с помощью шкалы оценки перинатального риска В.Е. Радзинского. Следующим шагом в повышении эффективности работы акушерско-гинекологической службы стало внедрение современных информационных систем, которые позволяют организовать единое информационное пространство для мониторинга беременных и своевременного выявления женщин с высокой степенью риска осложнений беременности и родов.

В Свердловской Области одними из первых начали внедрять подобную систему в работу медицинских организаций отвечающих за родовспоможение в регионе. В результате сформировалось единое информационное пространство для достоверного разделения беременных по группам риска осложнений беременности и родов. Сплошной мониторинг оценки рисков проводится среди всех женщин региона в период беременности, родов и после родоразрешения. Также появилась возможность оперативно маршрутизировать женщин при возникновении осложнений беременности.

Ряд регионов Российской Федерации уже внедряет аналогичные системы, поэтому актуальным вопросом становится оценка эффективности работы этих систем и целесообразность их внедрения. С целью решения данного вопроса нами будет проведено научное исследование, в котором мы сравним показатели работы амбулаторного звена акушерско-гинекологической службы Свердловской области, в котором система мониторинга работает уже несколько лет, с аналогичными данными Республики Татарстан, где такая система еще не внедрялась.

Список литературы:

- 1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»*
- 2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] / Естественное движение населения - 2018. - Режим доступа:*

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#

3. *Радзинский, В.Е. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. - Москва: ЭКСМО, 2009 г. - 25 с.*

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Искандаров И.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Проблемы организации амбулаторной помощи населению продолжают оставаться актуальными для здравоохранения России [1].

Результаты многочисленных социологических исследований качества амбулаторной помощи показывают, что до 60% пациентов не удовлетворены уровнем медицинского обслуживания в поликлинике. Среди основных недостатков работы поликлиник респондентами указывались большие очереди, проблемы с записью на прием, некомпетентность врачей, низкое качество обслуживания, неудовлетворительная работа регистратуры и неудобный график работы поликлиники [2,3].

По данным исследования мнения населения о качестве амбулаторной помощи, оказываемой в неотложной форме, основными причинами неудовлетворенности явились: режим работы диагностических служб поликлиники, длительное ожидание приема врача в поликлинике, плохая работа регистратуры, неудобное расписание работы врача-терапевта, отсутствие приема врачей узких специальностей [4].

Обоснованные нарекания населения вызывает качество и доступность неотложной амбулаторной помощи в выходные и праздничные дни.

Недостаточная эффективность деятельности учреждений амбулаторно-поликлинического звена некоторые авторы связывают с несоответствием возложенного на поликлиники объема дополнительной работы по оказанию неотложной помощи с ограниченным кадровым и материально-техническим ресурсным обеспечением первичной медико-санитарной помощи [5].

Проведенные в последние годы изменения в системе здравоохранения Российской Федерации, которые сводились к повышению эффективности использования ресурсов, внедрению новых диагностических и лечебных технологий, а также внедрению электронной очереди и электронных медицинских карт не смогли существенно изменить ситуацию [6]. До сих пор не до конца изученными являются вопросы структуры амбулаторной помощи по времени суток, дням недели и месяцам года, не проведен хронометраж амбулаторного

посещения в зависимости от условий оказания помощи, наличия диагностических процедур, не оценена эффективность амбулаторной неотложной помощи, оказываемой в условиях приемного отделения стационара.

В связи с этим было проведено комплексное медико-статистическое исследование по совершенствованию организации неотложной первичной медико-санитарной помощи на примере крупного промышленного города.

Список литературы:

- 1) Зулин Я.В. Совершенствования организации амбулаторно - поликлинической помощи населению / Я.В. Зулин, В.А. Борцов // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 2. – С. 41.
- 2) Авсаджанишвили В.Н. Медико-социальное исследование детей дошкольного возраста с заболеваниями органов дыхания и пути их оздоровления в амбулаторных условиях: автореф. дис. канд. мед. наук : 14.02.03 / Авсаджанишвили Василий Нугзарович. – Москва, 2016. – 14 с.
- 3) Артеменко Н.А. Историко-генетический анализ деятельности врачей в системе первичной медицинской помощи / Н.А. Артеменко, Т.Л. Петрище // Вестник ВГМУ. – 2012. – Т. 11, № 2. – С. 189-199.
- 4) Войт Л.Н. Изучение мнения населения о качестве оказываемой амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи (на примере г. Благовещенска) / Л.Н. Войт, Н.Л. Демиденко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 122-125.
- 5) Андриянова Е.А. Стратегии взаимодействия населения с учреждениями амбулаторно-поликлинической помощи / Е.А. Андриянова, Ю.А. Позднова // Вестник медицинского института РЕАВИЗ. – 2013. – № 1. – С. 44-48.
- 6) Васин Д.Л. Анализ танатопраксической деятельности скорой медицинской помощи в г. Москве / Д.Л. Васин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 19, № 3. – С. 1-11.

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СРЕДНЕГО ЧИСЛА ПОСЕЩЕНИЙ К ВРАЧАМ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

Камалова Ф.М., Камалов З.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Амбулаторно-поликлинические учреждения – ведущее звено в системе оказания медицинской помощи, задачи приоритетного развития которой неоднократно

подчеркивались в документах государственного и отраслевого уровня о структурно-функциональных преобразованиях и реализации задач по эффективному реформированию отечественного здравоохранения с целью повышения доступности и качества оказываемой населению медицинской помощи [1,2,3].

Целью нашего исследования явилось выявление тенденций в динамике среднего числа посещений к врачам амбулаторно-поликлинических учреждений в Республике Татарстан за 2002-2017гг. с учетом территориального распределения с учетом численного состава населения.

Объектом нашего исследования 43 муниципальных образования (МО). В первую группу вошли 11 муниципальных образований с общей численностью населения 208 565 человек, во вторую - 11 муниципальных образований с общей численностью 313 552 человек, в третью - 11 муниципальных образований с общей численностью 458 105 человек и в четвертую 10 муниципальных образований с общей численностью -1 177 936 человек.

Предмет исследования – среднее число посещений к врачам амбулаторно-поликлинических учреждений в Республике Татарстан за 2002-2017гг.

Методы исследования – аналитический, сравнительный, статистический.

В результате нашего исследования установлено, что за период с 2002 по 2017гг. в 43 муниципальных образованиях среднее число посещений к врачам колебалось в широком диапазоне.

Так, в первой группе за 16летний интервал времени в 7 МО среднее число посещений к врачам снизилось на 3,5 - 36,7%, а в 4 МО – возросло на 8,0 – 36,6%. В то же время, по пятилетним интервалам, отмечался неоднозначный характер изменений. В частности, в 4 МО наблюдалось неравномерное снижение, в 2 МО – неровный рост, в остальных периоды снижения и роста показателя чередовались.

Относительно второй группы аналогичный анализ показал, что во всех МО среднее число посещений к врачам снизилось на 0,4 - 41,2%. Однако, по пятилеткам обозначился разный характер изменений. В частности, лишь в 2 МО наблюдалось неровное снижение, в 1 МО – неравномерный рост, в остальных наблюдалось снижение и рост показателя.

Применительно к третьей группе подобный анализ показал, что во всех МО среднее число посещений к врачам снизилось на 0,8 - 42,8%, за исключением одного, где отмечался весьма незначительный рост на 0,6%. Причем, рассмотрение по пятилетним интервалам показало достаточно сходную картину изменений, так как в 7 МО наблюдалось неровное снижение, а в 4 МО выявлено снижение и рост изучаемого показателя.

Четвертая группа МО показала во всех МО резкое снижение среднего числа посещений к врачам на 31,9 - 60,1%. Разбор по пятилетним интервалам показал в 9 МО снижение, а в 2 МО отмечалось снижение и рост среднего числа посещений к врачам.

Нами выявлено, что во всех муниципальных образованиях характерен тренд на снижение посещений (см.рис.1).

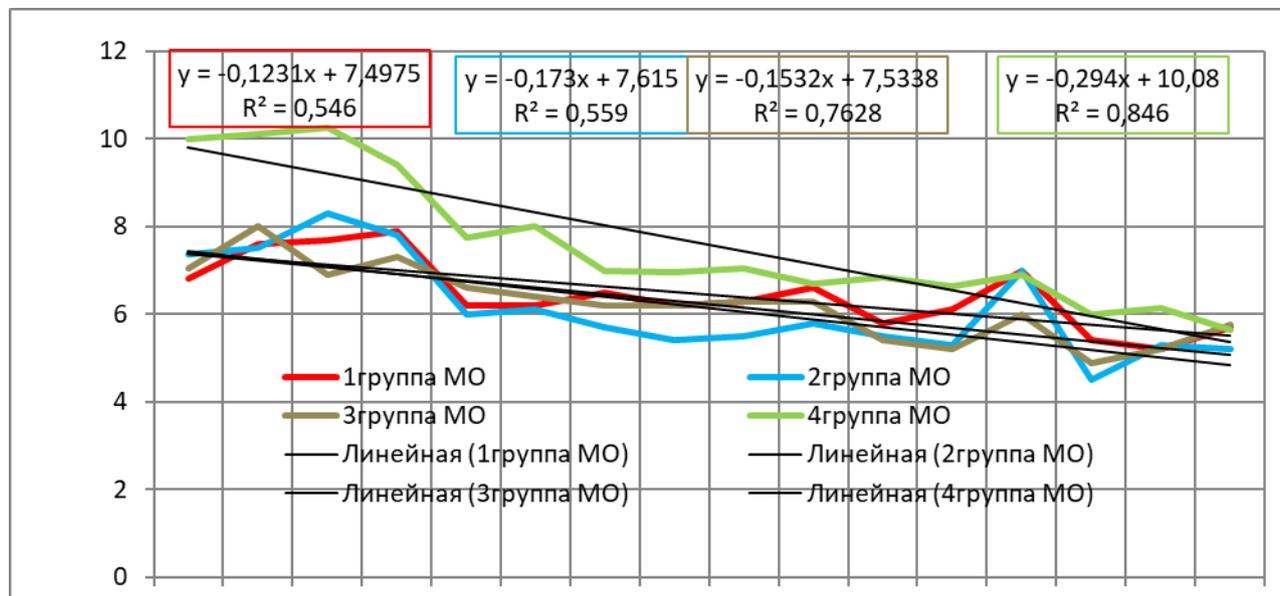


Рисунок 1. Динамика медианного значения числа посещений к врачам амбулаторно-поликлинических учреждений в четырех подгруппах муниципальных образований за 2002-2017 гг.

Таким образом, выявлена неблагоприятная, характерная для муниципальных образований с различной численностью населения, тенденция по снижению среднего числа посещений к врачам, которая требует адекватности оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи населению, эффективности первичной медико-санитарной помощи как приоритетного звена в технологической цепочке по охране и улучшению здоровья населения Республики Татарстан.

Список литературы

1. Багирова Г.Г., Баянова Н.А., Давыдова Ю.Д. Анализ показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи в Оренбургской области // *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – № 3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24742> (дата обращения: 13.11.2018).
2. Карайланов М.Г., Русев И.Т. Доступность медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга на современном этапе. *Исследования и практика в медицине*. 2016; 3(2): 84-87. DOI: 10.17709/2409-2231-2016-3-2-12.
3. Щепин В. О., Миргородская О. В. Объем и структура амбулаторно-поликлинических посещений у врачей в Российской Федерации в 2009-2011 гг. // *Проблемы*

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obem-i-struktura-ambulatorno-poliklinicheskikh-posescheniy-u-vrachey-v-rossiyskoy-federatsii-v-2009-2011-gg> (дата обращения: 13.11.2018).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СИСТЕМЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Короткова К.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

В последние годы значительное количество исследований посвящено разработке систем поддержки и принятия управленческих решений для лечебно-профилактических учреждений различного уровня [3]. Но несмотря на множество исследований в области разработки нейронных сетей, медицинских устройств, программного обеспечения и приложений, способствующих совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи, организация системы скорой медицинской помощи до сих пор является критическим элементом современной системы здравоохранения [4, 7, 8].

Руководители станций скорой медицинской помощи несут ответственность за догоспитальный компонент, который состоит из оказания экстренной или неотложной медицинской помощи и транспортировки, выполняемой с момента прибытия на вызов до передачи его в приемное отделение больницы [4, 6]. Сложность создания информационно-аналитических систем в данном случае заключается в учете стохастически и динамически изменяющихся показателей системы [5]. Поэтому для системы скорой медицинской помощи классически выделяют три уровня принятия управленческих решений – в стратегическом, тактическом и оперативном режиме (режиме реального времени) [2, 6].

С целью создания системы принятия управленческих решений на стратегическом и тактическом уровнях нами было разработано приложение для обработки баз данных скорой медицинской помощи, информация из которых служит основой для проведения анализа и картографического представления данных, для пространственного анализа данных использовалось программное обеспечение QGIS. Создан ряд тематических карт, демонстрирующий статистику вызовов по конкретным диагнозам на территории г. Красноярска, схемы маршрутизации пациентов, местоположение медицинских учреждений, а так же карты отображающие подстанции скорой медицинской помощи и адреса которые

ими обслуживаются. Программа обеспечивает подготовку аналитических материалов для руководителей, помогая принимать управленческие решения в области повышения доступности и качества скорой медицинской помощи.

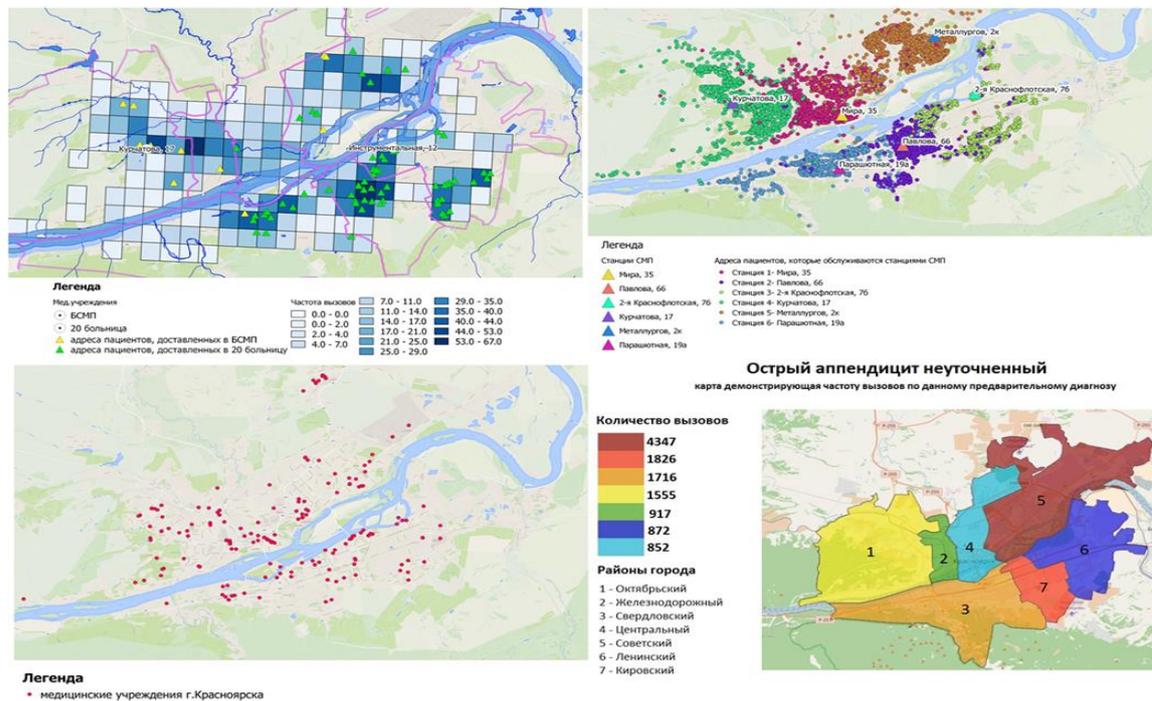


Рис.1 Примеры тематических карт

В данном исследовании мы предлагаем использование разработанного нами программного продукта для наглядного отображения показателей работы скорой медицинской помощи, как вариант повышения качества обработки и анализа информации, ее обобщения и предоставления в форме, удобной для оперативной выработки управленческих решений [1]. Для полного и всестороннего совершенствования системы необходимы решения, действующие в режиме реального времени, которые позволят бригадам скорой медицинской помощи всегда обеспечивать адекватный охват зон обслуживания при уменьшении времени отклика и транспортировки.

Список литературы:

1. Багненко С.Ф. Вопросы информатизации и автоматизации работы службы скорой медицинской помощи в российской федерации / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, И.П. Миннуллин, О.Г. Кисельгоф, В.В. Зинин и др. // Скорая медицинская помощь. – 2013. - Т. 14. - № 4. - С.08-12.

2. Бегичева С.В. Модель оптимального размещения станций и филиалов скорой медицинской помощи [Электронный ресурс] / С.В. Бегичева // Интернет-журнал «Науковедение». – 2016. – Т. 8. - № 6. – Режим доступа: <http://naukovedenie.ru/PDF/111TVN616.pdf>.

3. Савинов Т.Х. Анализ системы информатизации государственного управления здравоохранением в Московской области / Т.Х. Савинов, М.А. Михеев // *Инновации и инвестиции*. - 2016. - № 12. - С. 139-143.

4. Шильникова Н.Ф. [Некоторые подходы к организации скорой медицинской помощи на муниципальном уровне](#) / Н.Ф. Шильникова, А.И. Сенижук, А.Ю. Знаменский // [Дальневосточный медицинский журнал](#). - 2018. - № 2. - С.108-112.

5. Aringhieri R. *Emergency medical services and beyond: Addressing new challenges through a wide literature review* / R. Aringhieri, M.E. Bruni, S. Khodaparasti, J.T.V. Essen // *Computers & Operations Research*. – 2017. - № 78. – P.349-368.

6. Bélanger V. *Recent optimization models and trends in location, relocation, and dispatching of emergency medical vehicles* / V. Bélanger, A. Ruiz, P. Soriano // *European Journal of Operational Research*. – 2019. - № 1. – P.1-23.

7. Dibene J.C. *Optimizing the location of ambulances in Tijuana, Mexico* / J.C. Dibene, Y. Maldonado, C. Vera, M.D. Oliveira, L. Trujillo, O. Schütze // *Computers in Biology and Medicine*. – 2017. - № 80. – P.107-113.

8. Nickel S. *Ambulance location under stochastic demand: A sampling approach* / S. Nickel, M. Reuter-Oppermann, F. Saldanha-da-Gama // *Operations Research for Health Care*. – 2016. - № 8. – P.24-32.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЕМ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ «АЗИНО»
ГАУЗ «ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

Мустафаева А.А., Зиатдинов АИ., Сенек С.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ»

Сегодня современная отечественная педиатрия в своем развитии достигла значительных успехов. Существенное снижение уровня младенческой и детской смертности, повышение выживаемости при онкологических заболеваниях, значительное улучшение качества выхаживания недоношенных новорожденных детей. Эти и многие другие показатели наглядно демонстрируют первые позитивные результаты модернизации системы здравоохранения, проводимой государством в последнее время. Однако, несмотря на значительные достижения, в отрасли по-прежнему сохраняются серьезные проблемы на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Не секрет, что именно по состоянию

детских поликлиник, уровню доступности и качества медицинской помощи, оказываемой ими, население судит в целом обо всей системе детского здравоохранения [3].

Среди инновационных технологий эффективного управления медицинскими организациями выделяют реализацию процессно-ориентированного управления, что доказано имеющимся позитивным практическим опытом внедрения представленной методологии во многих российских и зарубежных медицинских организациях [1, 2, 4, 5].

С целью повышения доступности и качества оказания медицинской помощи детскому населению микрорайона «Азино» г.Казани в детской поликлинике «Азино» ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (далее – детская поликлиника «Азино») реализован проект «Современная детская поликлиника – забота о каждом», в результате которой в работу детской поликлиники «Азино» внедрены новые решения и оптимизированы процессы приема вызовов на дом и прохождения профилактических осмотров для детей до 1 года путем организацией функционирования отделения неотложной помощи и медицинской профилактики, что позволило перераспределить нагрузку между врачами-педиатрами поликлиники; а также процессы оформления справок и направлений путем создания кабинета доврачебного приема, что позволило перераспределить нагрузку между врачом-педиатром и средним медицинским персоналом.

Разработаны 60 стандартных операционных процедур с составлением регламентов взаимодействия сотрудников и определением ответственных на каждом из этапов реализации процесса.

Реализация процессного управления оказанием медицинских услуг в детской поликлинике «Азино» способствовало созданию пациентоориентированной медицинской организации, отличительными признаками которой являются отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения, а также высокий уровень удовлетворенности пациентов работой детской поликлиники.

Список литературы:

1. *Ермакова С. Э. Модернизация здравоохранения. Процессно-ориентированная система управления // Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG. – 2012. – 333 с.*
2. *Дорган С. Значимость эффективного управления больницами / С. Дорган, К. Картер, Д. Лейтон // Health International. – 2011. – № 11 – С. 79 – 91.*

3. Кочкина, Н. Н. *Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения* / Н. Н. Кочкина, М. Д. Красильникова, С. В. Шишкин // *Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики»*. М.: Изд. дом Высшей школы экономики. – 2015. – 56 с.
4. Hammer M. *Reengineering Work: Don't automate, obliterate* // *Harvard Business Review*, 1990. 68(4): 104 – 113.
5. Hammer M., Champy J. *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. N-Y: Harper Collins, 1993.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН.

Наумов А.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На сегодняшний день в системе здравоохранения имеется несоответствие численности медицинских работников к фактическим требованиям населения. Отмечается существенное нарушение баланса между врачами терапевтами и специалистами узкого профиля. Первичная медико-санитарная помощь является основой оказания медицинской помощи. Одним из главных показателей оказания первичной медицинской помощи является показатель обеспеченности населения медицинским персоналом.

Еще один показатель, который учитывается при оказании первичной медико-санитарной помощи – соотношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала. [2]

По данным автора Мигуновой Ю.В. в Российской Федерации наблюдается тенденция снижения численности состава как врачей так и средних медицинских работников. Такой дефицит кадров можно объяснить низкой мотивацией, так за период с 2010-2015 гг. уровень заработной платы медицинских работников был в 1,3 раза ниже среднего уровня в целом по стране. Рядом авторов было отмечено, что заключение «социального контракта» индивидуально с каждым врачом может полечь большую заинтересованность, как опытных врачей, в виду их надбавок за опыт и репутацию, так и молодых специалистов, которые будут иметь материальный стимул для приобретения необходимой репутации. Однако не только достаточное финансирование решит проблему, но и эффективное использование денежных средств. По мнению ряда специалистов акцент в финансировании необходимо сделать именно на сектор амбулаторно-поликлинической помощи. [3]

Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками в сельской местности значительно в 3,5 раза ниже чем по России. В промежуток с 2000-2015 г.

отмечалось снижение численности врачей, особенно с сельских местностях. Кроме этого, за данный промежуток было отмечено также снижение обеспеченности средними медицинскими работниками. Такая тенденция как относительно низкая заработная плата и недостаток специалистов приводит к тому, что медицинские работники вынуждены работать на нескольких ставках. По данным авторов Калашникова К. Н. и Лихачёвой Т. Н. коэффициент совместительства у врачей составил 1,8, а у среднего медицинского персонала 1,6.[1] Высокая нагрузка на медицинских работников в таких условиях не может не сказаться на качестве оказания медицинской помощи.

Список литературы:

- 1. Вакуленко И.В. [и др.]. Анализ дефектов оказания медицинской помощи населению // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика Материалы конференции. 2017. С. 36–41.*
- 2. Каспрук Л.И. Некоторые результаты исследования оказания первичной медико-санитарной помощи населению // Оренбургский медицинский вестник. 2018. № 1 (6). С. 41–45.*
- 3. Мигунова Ю.В. Проблемы и противоречия кадрового обеспечения медицинских организаций // Общество: социология, психология, педагогика. 2017.*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г. КАЗАНЬ.

Нигматуллина Д.Х., Салахова М.М., Аглиуллина А.М.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Скорая медицинская помощь в Российской Федерации – это самый массовый вид медицинской помощи. Качество и эффективность ее оказания являются одним из приоритетных вопросов национальной безопасности. Эффективность управления работой станции скорой медицинской помощи (ССМП) непосредственно влияет на величину потерь общества, в связи с чем возникает необходимость постоянного пересмотра подходов и направлений в организационной и методической работе ССМП с целью повышения ее качества и эффективности.

Цель: Изучить особенности организации ССМП и разработать научно-обоснованные предложения по совершенствованию организации службы скорой медицинской помощи.

Задачи исследования:

1. Проанализировать уровень обращаемости населения за скорой медицинской помощью в г. Казани за 2010-2016 гг.

2. Оценить состояние организации скорой медицинской помощи городскому населению изучаемого города и обосновать необходимость оптимизации деятельности станции скорой медицинской помощи.

Материалами для исследования послужили статистические данные о деятельности службы скорой медицинской помощи в Казани за 2010-2016 годы.

В результате проведенного исследования с 2010 по 2016 гг. количество вызовов бригады скорой медицинской помощи в г. Казани увеличилось на 7%. Среднее количество вызовов составило 1065. Наибольшее количество вызовов было в 2016 гг, и составило 1108, а наименьшее в 2011 году – 1004. При этом количество безрезультатных вызовов бригад скорой помощи с 2010 по 2016 годы выросло на 44,8%. Стоимость безрезультатных выездов в 2016 гг. составило 58 763 400 рублей. За изучаемый период количество штатных должностей врачей, работающих на скорой помощи снизилось на 23,7%, а число средних мед должностей выросло всего на 7%.

Увеличилась нагрузка на 1 бригадо-смену. Для фельдшерских бригад показатель увеличился на 15,7%, а для врачебных на 11,6%. Согласно литературным данным увеличивающаяся нагрузка на бригаду СМП формирует предпосылки к эмоциональному выгоранию сотрудников.

Выводы. Таким образом, полученные результаты говорят о проблемах в организации скорой медицинской помощи, которые требуют дальнейшего изучения для разработки предложений по оптимизации использования ресурсов службы. Необходимо снизить количество безрезультатных вызовов, увеличить доступность амбулаторно-поликлинического звена (создание отделений неотложной медицинской помощи при приемно-диагностических отделениях крупных стационаров для самообращения).

О НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Пономарева И.В.

Частное учреждение образовательная организация высшего образования

«Медицинский университет «Реавиз», г. Самара

Нарушения психического здоровья населения представляют одну из серьезнейших проблем здравоохранения не только в России, но и во всем мире. Психические и поведенческие расстройства имеются у 10% взрослого населения, и по прогнозам ВОЗ этот показатель будет расти.

В России также отмечается неблагоприятная ситуация по психическим расстройствам. По данным Росстата в 2016 году взято под наблюдение пациентов с диагнозом, установленным впервые на 100 тыс. населения -41,0. Рост показателя первичной заболеваемости психических расстройств 2016 года по сравнению с 2015 годом выявлен в Южном и Дальневосточном округах, в других округах показатель снижается [1]. В РФ к концу 2015 года насчитывалось более 1 млн. человек, имеющих группу инвалидности по психическим расстройствам [2].

Изучение основных медико-статистических показателей психического здоровья населения в Самарской области за период с 2006 по 2016 год выявило тенденцию снижения первичной заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения. В 2006 году показатель первичной заболеваемости на 100 тыс. населения составлял 783,4, а в 2016 году он снизился до 446,9. Взято под наблюдение с впервые установленными психическими нарушениями на 100 тыс. населения в 2006 году-30,4, в 2016 году- в 2 раза меньше (14,4). Показатель первичной инвалидности по психическим расстройствам и расстройствам поведения снизился незначительно: на 10 тыс. населения с 2,9 до 2,0.

Таким образом, по официальной статистической информации показатели психического здоровья в целом по России и в Самарской области снижаются. Ряд ученых обращают внимание на то, что статистические официальные данные не всегда отражают истинную картину по психическим расстройствам, так как это связано с рядом факторов, среди которых большое значение имеет проблема стигматизации психических расстройств, дискриминация пациентов с психическими нарушениями, менталитет населения РФ, снижение доступности психиатрической помощи.

По оценкам ВОЗ среди пациентов, обратившихся в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, 20,0% страдают психическими расстройствами. В РФ еще более высокий уровень психиатрических проблем у пациентов, обращающихся в поликлиники (по данным разных авторов от 30 до 60% и более) [3]. Сложившаяся ситуация требует создание новых современных форм внебольничной психиатрической помощи в условиях медицинских организаций, оказывающих ПМСП [4].

В России разработаны и предложены для внедрения различные модели взаимодействия психиатров со специалистами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь: психиатр работает в структуре поликлиники, самостоятельно принимает больных, которых направляют ему врачи, а также консультативная, смешанная, пятиуровневая модели [3,5].

В настоящее время в здравоохранении возникла потребность интеграции отдельных видов психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения. Обучение врачей общей практики и участковых врачей по психиатрии будет способствовать профилактике психических расстройств, ранней диагностики и адекватному лечению психических нарушений. Организация новых моделей психиатрической помощи и укреплению психического здоровья пациентов должна осуществляться, прежде всего, в рамках первичной медико-санитарной помощи, что требует объединения усилий в этом направлении организаторов здравоохранения, психиатров, а также врачей общей практики и участковых врачей.

Список литературы

1. Тимошилов, В.И. Первичная заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в России и Черноземье в 2015-2016 годах / В.И. Тимошилов, И.Н. Тюнякин // *Новации в медицине и фармакологии: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Вып. 2. Рязань, 2017. С.51-52.*
2. Казаковцев, Б.А. Травмы, отравления и другие внешние воздействия как предикторы показателей психического здоровья в России / Б.А. Казаковцев, Н.К. Демчева, Е.П. Какорина // *Психическое здоровье. Вып. 3. 2017. С. 9-15.*
3. Гурович, И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств / И.Я. Гурович // *РМЖ. Т. 25. 2001. С. 1202.*
4. Довженко, Т.В. Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность / Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, В.Н. Краснов и др. // *Социальная и клиническая психиатрия. №1. 2016. С. 50-57.*
5. Семенова, Н.В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / Н.В. Семенова // *Российский психиатрический журнал. №2. 2012. С. 25-29.*

НЕГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕГОДНЯ.

Рахматуллина Д.Р., Уразманов А.Р., Зиганшин Б.М., Валиев Р.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Коммерческая организация - это юридическое лицо, основная цель которых, получение максимального количества дохода. В здравоохранении коммерческие организации в большей степени функционируют в таких сферах, которые связаны с оказанием стоматологических, ортопедических, лечебно-косметологических, гинекологических услуг. Коммерческие организации также действуют в сфере лечебной физкультуры (ЛФК), нетрадиционных методов лечения и пр. Результаты деятельности этого

вида здравоохранения, как правило, представляют собой частные блага, которые оказываются потребителям в основном по рыночным ценам.

Частная система здравоохранения, в отличие от государственной имеет ряд преимуществ, которые привлекают как пациентов, так и квалифицированных медицинских работников. Основное отличие в том, что у неё (частной системы здравоохранения) более широкие финансовые возможности и значительная административная самостоятельность, что позволяет привлекать наиболее квалифицированный медицинский персонал, закупать новейшее медицинское оборудование, применять не только в теории, но и на практике уникальные технологии лечения. Комфорт- вот что привлекает пациентов в частной системе здравоохранения: отсутствие очередей, удобство расположения (часто, некоммерческие учреждения здравоохранения расположены почти в шаговой доступности), простота записи к медицинским работникам, более гибкий и удобный график работы, отсутствие обедов и выходных, нет привязки к прописке. Важнейшим преимуществом негосударственных учреждений здравоохранения является высокая квалификация медицинских работников наиболее инновационные и результативные технологические процессы диагностики и лечения, внимание, дружелюбность и доброжелательность персонала, высокий уровень обслуживания.

Формирование коммерческой медицины дает возможность удовлетворить растущие с каждым днем потребности населения в качественном медицинском обслуживании на базе уникальных технологий при использовании современных видов оборудования и в комфортных условиях. Однако, в ранний период развития платной медицинской помощи уровень ее оказания не многим отличается от государственного, так как коммерческие учреждения берут на себя дополнительную, часто заместительную роль в обеспечении медицинской помощью платежеспособного населения, формируя конкурентную среду на рынке платных медицинских услуг.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТАЮЩИХ

Сабитова М.М., Берхеева З.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Состояние условий труда оказывает существенное влияние на состояние здоровья работников и, как следствие, на уровень профессиональной и общесоматической заболеваемости [1, 2]. Проведение обязательных предварительных и периодических

медицинских осмотров (ПМО) в отношении отдельных категорий работников закреплено трудовым законодательством [3]. По данным Государственной инспекции труда в Республике Татарстан (РТ) на ряде производств работодателем осуществляется допуск работников без прохождения регламентированных медицинских осмотров, психиатрических освидетельствований, а также при наличии медицинских противопоказаний. В результате - поздняя диагностика профзаболеваний при активном обращении за медицинской помощью самих больных на более тяжелых стадиях, зачастую с утратой трудоспособности

Цель. Оценка эффективности периодических медицинских осмотров (ПМО).
Результаты. На территории РТ первичную медико-санитарную помощь по профпатологии в амбулаторных условиях около 100 медицинских организации разных форм собственности. При выборе медицинской организаций для работодателя приоритетными являются такие критерии, как низкая цена, сокращенные сроки обследования, удобное время работы, отсутствие очередей, высококвалифицированный персонал, современное высокотехнологичное оборудование. Не все государственные и муниципальные учреждения здравоохранения имеют надлежащую конкурентоспособность.

Профессиональная заболеваемость (ПЗ) в Российской Федерации (РФ) и РТ на протяжении последних 5 лет сохраняется в пределах 1,47-1,7 случаев на 10000 работающих в и 1,3-1,87 – в Республике Татарстан. Показатель ПЗ в РТ в 2017г. составил 1,85 случаев на 10000 работающих, в РФ 1,31.

У 25% работников впервые установленные ПЗ привели к утрате профессиональной трудоспособности. Основная доля профессиональных заболеваний – 87% выявлена при прохождении работниками ПМО.

Однако, по-прежнему, многие категории работников, подлежащих медосмотрам, остаются неосмотренными с установленной периодичностью по вине работодателей. В результате имеет место поздняя диагностика профессиональной патологии при активном обращении за медицинской помощью самих больных с выраженными стадиями заболевания.

Выводы. Можно выделить причины низкой выявляемости профессиональных заболеваний со стороны медицинских организаций (низкое качество ПМО вследствие слабой подготовки врачей по вопросам профпатологии, недостаточное материально-техническое оснащение медицинских организаций) и законодательства и работодателя (отсутствие экономических механизмов, стимулирующих работодателя к улучшению условий труда; высокий уровень ПЗ на предприятии может привести к повышению тарифов на социальное страхование; финансирование ПМО работодателем ставит в зависимость медицинскую организацию).

Список литературы:

1. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018. – С. 94--105.*
2. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Республике Татарстан в 2017 году: Государственный доклад – 2018. – С. 128-137.*
3. *Трудовой кодекс Российской Федерации. – М.: Бек, 2010. – 213с.*

**ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ
ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
РАБОТНИКОВ (НА ПРИМЕРЕ «АК БАРС ПЕСТРЕЦЫ»)**

Сафин Р.И., Гильманов А.А.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

При изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) в зависимости от вида деятельности сотрудника было выявлено, что большинство случаев приходится на персонал, непосредственно работающих в цехе ($16,58 \pm 0,16$ случаев на 100 работающих в год). Так, птичники и птицеводы имеют наибольшие показатели ЗВУТ, при этом значимых различий среди мужчин и женщин всех возрастов в указанных профессиональных группах не выявлено.

По частоте распространенности первое место занимают болезни органов дыхания, в том числе ОРВИ (15,3 случаев и 376,4 дня на 100 работающих), затем болезни органов желудочно-кишечного тракта, а также аллергические заболевания (риниты, астма, экзема и дерматиты), хотя и значительно реже (7,6 случаев на 100 работающих). Такой фактор риска, как концентрация смешанной пыли, приводит к обструкции дыхательных путей и дальнейшей хронизации процессов. В состав пыли входят используемые антибиотики, вакцины, витамины, ферменты, антистрессовые добавки др. [1].

В результате подтверждено, что условия труда приводят к функциональным нарушениям и стойким патологическим изменениям в деятельности организма работающих, повышению и развитию профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.

Следует отметить, что болеющим людям – до 36 случаев за три года наблюдения (низкий уровень), листки нетрудоспособности были выданы травматологами, хирургами, неврологами, терапевтами и врачами общей практики.

На исследуемом птицеводческом предприятии применяются общепринятые меры профилактики ЗВУТ (предварительные и периодические медосмотры), но дополнение их с учётом доминирующей патологии в каждой категории работников позволит снизить уровень ЗВУТ [2].

Список литературы

4. Гильманов А.А. Производственные и профессиональные факторы и их роль в развитии заболеваний с временной утратой трудоспособности у работников птицефабрик / А.А. Гильманов, Р.И. Сафин // *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – №6.
5. Сафин Р.И. Профилактика заболеваний у работников птицефабрик / Р.И. Сафин, А.А. Гильманов // *Уральский медицинский журнал* – 2018. – №4 (159). – С. 131-135.

**ПРИЧИНЫ ЗАДЕРЖКИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА
ЛЕГКИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЦИЕНТАМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ**

Сухова Е.В.

Частное учреждение образовательная организация высшего образования

«Медицинский университет «Реавиз», г. Самара

Туберкулез является социально опасным заболеванием. Один больной-бактериовыделитель способен за год заразить около ста человек. Профилактикой данного социально значимого заболевания является лечение больных. И вполне очевидно, что для своевременного лечения и безопасности членов общества необходимо своевременное выявление больных. Поэтому важен анализ причин несвоевременности диагностики туберкулеза легких на этапе поликлинической помощи.

Обследовано 38 больных туберкулезом легких, в возрасте от 22 до 64 лет, из них 12 женщин, 26 мужчин, 21 житель городской местности, 17 сельской. Они были отобраны методом случайной выборки из пациентов, проходящих курс стационарного лечения по поводу инфильтративного туберкулеза легких. Объем туберкулезного процесса варьировал от сегмента до доли легкого, распад легочной ткани был у 30 больных. Бактериовыделение было подтверждено у 28 больных. Для изучения своевременности диагностики автором была разработана анкета из 20 вопросов.

Результаты исследования.

8 пациентов были выявлены при прохождении флюорографии (периодический медосмотр – 7, для допуска в бассейн – 1). Причины задержки диагностики туберкулеза легких у женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Причины задержки диагностики туберкулеза у женщин

Количество	Причины	Длительность в месяцах
1	Связывала с курением	6
2	Одинокая мать, не хотела оставить детей	7
2	Не придавала значения своему кашлю	6
2	Сразу обратилась к терапевту, лечилась неоднократно с диагнозом «грипп», без R-G	9
1	Диагноз ТБ при интраоперационной биопсии по поводу С-R легкого	11

Причины задержки диагностики туберкулеза у мужчин представлены в таблице 2.

Таблица 2

Причины задержки диагностики туберкулеза у мужчин

Количество	Причины	Длительность в месяцах
13	Страх потерять работу, проводил самолечение	До 11
1	Не имел документов	24
9	После неуспешного самолечения обратился к терапевту, лечился неоднократно с диагнозом «грипп» без R-G	6
3	После неуспешного лечения у терапевта по поводу «гриппа» с диагнозом «пневмония» был направлен на консультацию фтизиатра без R-G	11
3	Лечился у терапевта по поводу «гриппа», без R-G, по собственной инициативе сделал ККФ, госпитализирован с пневмонией, ТБ выявлен в больнице	10
1	Лечился у терапевта по поводу «пневмонии», без R-G, выписан, доставлен с легочным кровотечением в ТБ больницу	7

Как видно из представленных таблиц, 18 человек из 30 с подтвержденным диагнозом туберкулеза легких в течение нескольких месяцев безуспешно амбулаторно лечились у терапевта с диагнозом «грипп». При этом пациентам с кашлем не была сделана ни ККФ, ни R-G легких. Не выполнены регламентированные мероприятия по диагностике туберкулеза легких.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕНИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Сухова Е.В., Казначеева И.Г., Панина Л.Ю.

Частное учреждение образовательная организация высшего образования

«Медицинский университет «Реавиз»,

Лечебно-диагностический комплекс «Медгард», г. Самара

Основоположник андрогогики М.Ш. Ноулс издал в 1970 г. труд по обучению взрослых, который назвал «Современная практика образования взрослых. Андрогогика против педагогики». Тем самым он подчеркнул, что обучения взрослых отличаются от принципов обучения детей. Взрослый человек при обучении играет ведущую роль, он играет активную роль в обучении, он является уже сформировавшейся личностью, имеет жизненный и личностный опыт, поэтому перед обучением должны ставиться конкретные цели. Взрослому человеку нужна сильная мотивация для обучения, внутренняя убежденность. И эту мотивацию должен сформировать врач перед началом образовательной школы. При проведении образовательных программ для пациентов между обучающим (врачом) и обучающимся (пациентом) должны быть установлены партнерские отношения. От них обоих в равной степени зависит успех обучения. Оптимальной формой обучения взрослых являются тренинги. Они рассчитаны на приобретение совершенно конкретных навыков в ходе обучения. У взрослых людей целесообразно использовать мнемотехнические приемы в ходе информирования и обучения.

Именно с учетом методов андрогогики была разработана программа обучения больных туберкулезом легких. Система комплексного воздействия на больного туберкулезом легких была названа «Фтиза- Школа» и включает позитивное информирование, регламентированную медикаментозную терапию, коррекционный блок, направленный на изменение отношения к болезни, выработку мотивации к лечению, повышение общей адаптации организма, психологической адаптации личности. Работа с каждым пациентом включает подготовительный, основной, заключительный этапы. Подготовительный этап заключается в проведении клинических исследований,

психологической и социальной диагностике. Основной этап заключается в комплексном воздействии. Заключительный этап включает оценку эффективности лечения, вторичную психологическую профилактику, ориентацию на продолжение дисциплинированного выполнения врачебных назначений.

Обучение необходимым навыкам (личной гигиены, специальных дыхательных упражнения и т.д.) проводилось в форме тренингов, с использованием тренинговых технологий. Разработанная система комплексного воздействия «Фтиза-Школа» была апробирована на группе больных из 286 человек (190 мужчин и 96 женщин). Работа проводилась 2-3 раза в неделю с группой, состоящей из 10-12 человек разного пола и возраста. Продолжительность одного занятия – 60 минут. Базой служили стационарные отделения Самарской городской больницы № 4 и специализированное БМСЭ № 10.

Анализ результатов проведенной работы показал, что комплексная система воздействия "Фтиза-Школа" благоприятно меняет отношение к болезни и терапии. Это выражается в появлении уверенности в излечимости этого заболевания. Уверенность в излечении повышается как у мужчин ($T=2,7$), так и у женщин, ($T=1,1$). По другому важному критерию - правильности выполнения врачебных предписаний - также отмечаются благоприятные изменения. Точность выполнения врачебных назначений повышается как у мужчин ($T=2,5$), так и у женщин ($T=1,7$). Мужчины начинают более строго относиться к различным нетрадиционным методам лечения. ($T=3,0$), у женщин отношение к ним меняется незначительно ($T=0,6$). В результате воздействия комплексной программы и мужчины, и женщины в равной степени укрепляются в вере в благополучный исход заболевания у себя ($T=4,4$ у мужчин, $T=1,9$ у женщин).

Таким образом, при проведении образовательных программ для больных людей целесообразно использовать технологии тренинга и учитывать принципы андрогогики.

УЧЕТ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СТРАХОВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

Сухова Е.В., Панина Л.Ю., Логинова М.В.

Частное учреждение образовательная организация высшего образования

«Медицинский университет «Реавиз»,

Лечебно-диагностический комплекс «Медгард»,

ООО «Профмедцентр», г. Самара

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний [1]. При лечении больных особое значение придается дисциплине лечения, сотрудничеству

между врачом и пациентом, обучению больных людей самоконтролю, самопомощи. Для группового обучения больных людей была создана сеть образовательных «Астма – Школ» [2]. Целесообразно при проведении образовательных программ для больных и формированию мотивации к лечению учитывать специфические страхи больных людей. Целью проведенного исследования явилось изучение причин развития страхов у больных бронхиальной астмой. С помощью специально разработанной анкеты было проведено анкетирование 100 больных БА (62 мужчин и 38 женщин) среднего возраста $38,8 \pm 3,7$ лет. Балльные показатели результатов анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Балльные показатели результатов анкетирования больных БА

Утверждения	Балльный показатель
Я боюсь наступления приступа	76,18
Я боюсь умереть от приступа удушья	74,54
Я боюсь гормональных препаратов	71,70
Я боюсь привыкнуть к ингаляторам	61,88
Я боюсь, что не смогу сделать карьеру	57,98
Я боюсь, что у лекарств много побочных действий	53,90
Я боюсь проблем с трудоустройством	52,60
Я боюсь, что мне придется вести образ жизни больного	47,60
Я боюсь рано умереть	35,64
Я боюсь, что мне придется ограничивать себя в чем- то из- за болезни	33,68
Я боюсь, что должен изменить привычный образ жизни	28,50
Я боюсь, что не смогу соблюдать все рекомендации	27,32
Я боюсь, что мне назначили много лекарств	20,72

У больных БА наиболее высоки страхи перед развитием приступа удушья и перед смертью во время приступа. Страхи больных БА специфичны. Корреляционным анализом по Пирсону была выявлена прямая статистически достоверная зависимость между страхами: «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Я боюсь, что мне придется ограничивать себя в чем- то из- за болезни» ($r = 0,394$; $p = 0,005$); «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Я боюсь, что не смогу соблюдать все рекомендации» ($r = 0,384$; $p = 0,003$); «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Я боюсь гормональных препаратов» ($r = 0,415$; $p = 0,001$). Таким образом, страх перед

побочным действием препаратов прямо взаимосвязан с другими страхами. В основе всех страхов у больного БА лежит страх перед побочным действием препаратов.

Список литературы

1. Чучалин, А.Г. Предисловие // В кн.: *Бронхиальная астма* / Под.ред. А.Г. Чучалина: в 2-х т. Т.1. М.: Агар, 1997: С. 3-9.
2. *Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. (Пересмотр 2011 г).* / Под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 108 с.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕТЕВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Ульянов Ю.А.¹, Мингазова Э.Н.^{2,3}

¹ Стоматологический комплекс «ПрезиДент», 119021, г. Москва

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

³ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В современной России на протяжении последних двух десятилетий активно развиваются бизнес-структуры, работающие на основе сетевого взаимодействия и административной интеграции. Среди организаций, оказывающих первичную стоматологическую помощь, выделяют одиночные кабинеты, отдельные клиники и центры, сетевые организации, а также многопрофильные медицинские центры, оказывающие наряду с другими и стоматологические услуги. В нашем исследовании мы уделили внимание преимуществам сетевой формы организации стоматологической помощи.

Целью исследования явился научный анализ конкурентных преимуществ сетевых стоматологических структур и перспектив их развития с учетом складывающихся рыночных условий в медицинской сфере, в том числе и при оказании первичной стоматологической помощи.

Материалы и методы исследования: изучение и обобщение опыта, аналитический, социологический, статистический.

Результаты исследования. Маркетинговые исследования стоматологических услуг в России показали, что в 2016 г. 104,4 млн чел воспользовались ими, что соответствует 69,8% населения страны. По сравнению с предыдущим годом численность пациентов

стоматологических клиник в стране сократилась на 1,8%. По данным экспертных оценок причина спада в ухудшении экономической ситуации и сокращении реальных доходов населения. С другой стороны, по-прежнему сохраняется высокий уровень обращаемости за первичной стоматологической помощью в связи с широкой распространенностью заболеваемости кариесом в стране как среди взрослых, так и среди детей. Данные обстоятельства привели к тому, что объем оказанных стоматологических услуг в России в 2016 г снизился, но не значительно - лишь на 2,1% относительно предыдущего года и составил 238,4 млн приемов [2]. Пациенты старались экономить на услугах стоматологов и обращались в стоматологические клиники реже. В некоторых случаях пациенты оформляли лечение в кредит или в рассрочку. Распространенной практикой в условиях кризиса стала поэтапная оплата дорогостоящего стоматологического лечения [1,3,4].

Все вышесказанное накладывает более жесткие требования к организационным формам оказания услуг. В этой связи повышается значимость сетевых принципов организации стоматологических услуг: систем информации и коммуникации. Основными факторами стабильности и эффективности сети являются: устойчивость информационных связей (постоянный анализ и адаптация к внешней потребительской среде, учет временного фактора, расширение пространства сети, стремление к автономным формам труда, наличие межорганизационного общего сетевого информационного ресурса), согласованность действий участников сети, наличие и выполнение внутрисетевых стандартов, внутрисетевая корпоративная культура, ориентация на определенный «отработанный» сегмент клиентов, наличие гибкой ценовой политики, широкая географическая распространенность, что позволяет пациенту оставаться клиентом данной сети независимо от места работы или проживания

Закключение. Анализ показал, что сегодня при оказании первичной стоматологической помощи наибольшие преимущества у сетевых стоматологических клиник. Польза от перехода частных клиник в сетевую бизнес-структуру дает положительный эффект не только в показателях рентабельности и успешности работы самих клиник, но и в повышении уровня оказания качества стоматологической помощи, в том числе и первичной.

Список литературы:

- 1. Бобровский А.В. Сетевые медицинские организации: стратегия развития и особенности менеджмента / Бобровский А.В.// Бюллетень сибирской медицины.-2010.-№ 6. –С. 155-159.*
- 2. Analysis of the market of dental services in Russia in 2011-2015, The forecast for 2016-2020. «BusinessStat».*

3. Korneyko O. *Assessment of the problems of regional business organizations in the market of dental services in crisis conditions* / Korneyko O., Serova A. // *International Journal of Applied and Basic Research*. – 2015. - № 8. – p. 552-555.

4. Postaliuk M., Postaliuk T., Vagizova V.I // *Investment Management and Financial Innovations*. – 2013/ - №4. - V.10. – P.88-94.

К 95-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАНСКОГО ГМУ

Уразманов А.Р., Валиев Р.И., Рахматуллина Д.Р., Зиганшин Б.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Общественное здоровье и здравоохранение – это наука и в то же время деятельность по охране и укреплению здоровья населения, продлению жизни с помощью привлечения усилий людей и проведению соответствующих организационных мероприятий на всевозможных уровнях.

С течением времени в мире появилась потребность объяснения природы здоровья и болезни не одного человека, а групп населения, сообществ, жителей городов и сельских поселений так и появилась учебная дисциплина и наука общественное здоровье и здравоохранение.

Казанский университет начал одним из первых формировать науку об общественном здоровье и здравоохранении. В 60 годах 19 века в Казанском университете началось преподавание студентам курса лекции по общественному здоровью и общественной гигиене профессором Александром Васильевичем Петровым. В 1923 году профессор Валериан Владимирович Милославский на базе Казанского университета на медицинском факультете основал кафедру социальной гигиены. Эта кафедра наряду с подобными кафедрами первого и второго Московских медицинских институтов, положила начало подготовке высшей школой медицинских кадров России. Первыми руководителями отечественного здравоохранения стали выпускники Казанского университета, известные теоретики и государственные деятели - Народный комиссар (1918-1930), академик АМН СССР Николай Александрович Семашко и его заместитель - организатор не только гражданского, но и военного здравоохранения, профессор Зиновий Петрович Соловьев.

В разные годы кафедрой заведовали деятель общественной медицины, ученик Н. А.Семашко. Гран Моисей Маркович , выдающийся организатор здравоохранения, видный социал - гигиенист, активный общественный деятель, один из первых профессоров – татар Мухамедьяров Фатых Фарифович , при Треймане Василие Васильевиче произошло

объединение кафедры организации здравоохранения и истории медицины и заведующем стал известный социал - гигиенист, один из первых историков медицины, талантливый педагог и организатор здравоохранения, заслуженный врач ТАССР Эпштейн Товий Давидович , известный специалист в области социальной гигиены и организации здравоохранения Республики Татарстан Вахитов Мухамет Хайрутдинович, известный специалист в области общественного здоровья и здравоохранения Галиуллин Афгат Набиуллович,

Общественное здоровье и здравоохранение как научное направление и предмет преподавания в отличие от более старых дисциплин таких как хирургия, терапия и др. со своим названием определилось только в начале второго тысячелетия. С 1922 по 1941 год – социальная гигиена, с 1941 по 1966 год – организация здравоохранения, с 1966 по 1991 год – социальная гигиена и организация здравоохранения, с 1991 по 1999 год – социальная медицина и с 1999 года – общественное здоровье и здравоохранение.

Это объясняется особенностями самого предмета, который родился на стыке многих научных дисциплин и являет собой пример комплексности и сочетания теории и практики врачевания, профилактики, социальной медицины и гигиены.

На данный момент на кафедре ведется обучение по различным программам обучения профессиональной переподготовки: «Организация здравоохранения и общественное здоровье», повышения квалификации: «Организация здравоохранения и общественное здоровье», непрерывного медицинского образования: по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение»

РОЛЬ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ОЗДОРОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Хузиханов Ф.В., Мухаметдинова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

За последние десять лет число здоровых детей снизилось с 45,5 до 33,9%, соответственно увеличилось в 2 раза число детей с хронической патологией и инвалидностью.

23 % детей дошкольного возраста, у детей школьного возраста число сокращается в четыре раза, при этом частота хронической заболеваемости возрастает в два раза.

в 80-х гг. Эксперты ВОЗ определили соотношение различных факторов обеспечения здоровья, выделив в качестве основных четыре производные: генетические факторы 15-20%; состояние окружающей среды 20-25%; медицинское обеспечение 10-15%; условия и образ

жизни людей 50-55%. Влияние на показатели здоровья зависит от возраста, пола и индивидуально-типологических особенностей человека.

Заболевания подростков часто поздно выявляются. Это связано, во-первых, с невнимательностью отношению к своему здоровью. Во-вторых, в стране плохо налажена работа первичного звена системы здравоохранения. По мнению Баранова, необходимо серьезно модифицировать систему школьных медкабинетов.

Наряду с перечисленными факторами риска, отрицательное влияние на состояние здоровья оказывает кадровые и материально-техническое обеспечение отделений организации медицинского обеспечения детей в образовательных амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Список литературы:

1. Баранов А.А., Щеплягина Л.А.
2. Вафин А.Ю. *Статистика здоровья населения и здравоохранения : учебно-методическое пособие / А.Ю. Вафин, В.Г. Шерпутовский, Е.И. Шимарева, Н.И. Молокович –Казань : 2016. – 268 с.*
3. Онищенко Г.Г. *Проблема улучшения здоровья учащихся и состояние общеобразовательных учреждений / Г.Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2005. - № 2. – С.40-43.*

РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Хузиханов Ф.В., Ганиева Г.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

При положительной тенденции в повышении качества медицинской помощи беременным, роженицам и детям за последние два десятилетия следует отметить, что показатели материнской смертности в России остаются высокими [1]. Как известно, одной из ведущих причин материнской смертности является внематочная беременность и неуклонный рост частоты встречаемости данной патологии, диктует необходимость формирования комплекса медико-организационных мероприятий, направленных на оптимизацию работы по профилактике внематочной беременности, снижению гинекологической заболеваемости и формированию здорового образа жизни в условиях женской консультации [2]. Проведено социально-гигиеническое исследование, посвященное

образу жизни женщин, имевших в анамнезе внематочную беременность, и факторов, на него влияющих.

Результаты исследования выявили необходимость проведения активной политики по повышению личной ответственности женщин в части сохранения и укрепления собственного репродуктивного здоровья, формирования сознательной приверженности принципам здорового образа жизни, потребности в здоровье. Образ жизни подавляющего числа женщин, участвовавших в анкетировании, характеризовался многочисленными факторами риска, и низкой информированностью о влиянии этих факторов на возникновение внематочной беременности и возможностях их устранения. В целом большинство женщин указали на дефицит информации по вопросам репродуктивного здоровья, а получаемые ими рекомендации оценивались как неполные. Проанализировав факторы риска, влияющие на возникновение внематочной беременности, а также сведения об образе жизни, привычках, мотивации, можно прийти к выводу, что в условиях амбулаторной акушерско-гинекологической службы следует корректировать подход к вопросам формирования здорового образа жизни, сделать их приоритетными в работе лечебных учреждений. Предоставление женщинам достоверных сведений позволит формировать мотивацию к улучшению репродуктивного здоровья, обучать принципам здорового образа жизни, а также вырабатывать навыки предупреждения возникновения внематочной беременности. Целью профилактической работы в условиях женской консультации должна стать минимизация отрицательных факторов риска для здоровья женщин. Так же одной из задач женской консультации должно быть систематическое предоставление актуальной, наглядной информации, посвященной вопросам профилактики факторов риска, приводящих к внематочной беременности и формирования здорового образа жизни.

Список литературы.

1. Радзинский В.Е. Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы// StatusPraesens. – 2014. — 24 с.

2. Петрова, Е.В. Внематочная беременность в современных условиях / Е.В.Петрова//Акушерство и гинекология. - 2010. - №1. - С.31-33.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ВСЕРОССИЙСКИХ ТРУДОВЫХ ОБЪЕКТОВ СТУДЕНЧЕСКИХ ОТРЯДОВ

Сидорова К.А., Хузаханов Ф.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Молодежная общероссийская общественная организация «Российские Студенческие Отряды» – это крупнейшая молодежная организация страны, с полувековой историей, которая занимается гражданским и патриотическим воспитанием, развивает творческий и спортивный потенциал бойцов. Всего через школу студенческих отрядов прошло более 18 миллионов человек.

В 2017 году Молодежная общероссийская общественная организация «Российские Студенческие Отряды» – объединила 240 тысяч участников из 74 регионов страны.

Во время трудового семестра 2018 года было организовано 6 Всероссийских (Всероссийская студенческая стройка «Мирный атом» численностью 247 человек, Всероссийская студенческая стройка «Космодром восточный»- 3456 человек, Всероссийский студенческий медицинский отряд «Коллеги»-35 человек, Всероссийский педагогический отряд «Орленок»- 100, Всероссийский педагогический отряд «Дельфин. ru»- 257 человек, Всероссийский студенческий сервисный отряд «Ялта») и 5 межрегиональных трудовых проектов (межрегиональная студенческая стройка «Питер»-250 человек, межрегиональная студенческая стройка «Калининград»- 198, межрегиональная студенческая стройка «Алтай»-70, межрегиональный сельскохозяйственный отряд «МОСТ»-67 человек).

Главным в таком масштабном процессе является обеспечение безопасных условий труда, комфортного быта, отсутствие серьезных случаев травматизма, отравлений и организация доступной и качественной первичной медика - санитарной помощи бойцам с учетом специфики их деятельности.

В этой связи нами было проведено социально-гигиеническое исследование, в котором было охвачено 1000 респондентов-участников студенческих отрядов, среди которых

69, 4 % респондентов были участниками Всероссийского трудового проекта, 29,2% - межрегионального, 1,1% окружного. В исследовании приняло участие 1000 респондентов, среди которых 71,1 % - бойцы студотряда, 21,5% комиссар и командир студотряда, 1,1% командир и комиссар трудового объекта. Расстояние нахождения трудового проекта от населенного пункта у 56% респондентов находилось от 500-2000 метров, 14,8% от 2-10 км, 14.1 % более 40 км.

Общая численность бойцов трудового проекта у 36,6 % респондентов составила свыше 400 бойцов, 33,1% от 100-250 человек, 20,4% от 2500-400 человек. 43% респондентов во время трудового семестра занимались строительными работами, 21,1% перевозкой пассажиров, 19,7 в сфере во время работы в гостиничных комплексах, Во время реализации трудового проекта инструктаж был проведен 97,2% респондентов, 2, 1% затрудняется ответить, 0,7% респондентам не был проведен. Во время трудового семестра 26,1% респондентов утверждает, что было нарушение техники безопасности, 73,9 % респондентов

ответили не было. Среди жалоб на здоровье среди бойцов на первое место выходит насморк-63,7%, на второе место боль в горле-62, на третье повышение температуры - а у 58,8%- не отмечается. Во время реализации трудового проекта у 42,6% респондентов случались отравления, 57,4% респондентов не случилось. 48,9 % респондентов отмечает, что на их трудовом объекте пострадавших от отравления было более 200 человек, 31% отмечает от 1-10 человек. Среди неотложных состояний, возникающих на трудовом объекте, являются 31,7% острая зубная боль, 27,5 солнечных удары, 25%-носовые кровотечения, 21, 8% ожоги от солнечных лучей.

Таким образом, для сохранения состояния здоровья бойцов студенческих отрядов, проведение профилактической работы, оказания медика - профилактической помощи надлежащего качества, возрастает необходимость в отряд вернуть должность «медик отряда», который имеет сертификат среднего медицинского работника.

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Хузаханов Ф.В., Шаяхметова Р.Р.

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

В системе медицинских мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, ведущее место занимает первичная медико-санитарная помощь. Еще до рождения ребенка детская поликлиника осуществляет дородовый патронаж беременных с целью подготовки их к материнству, что особенно актуально в современных условиях.

Систематическое профилактическое наблюдение детей является одним из важнейших разделов работы детской поликлиники. Однако кратность профилактических посещений детьми участкового врача, патронажных посещений медицинской сестрой на дому в течение всего периода раннего детства в ряде случаев было ниже нормативного.

Цель исследования: провести анализ обслуживания детей раннего возраста, рожденных путем кесарева сечения.

Нами были изучены показатели оказания профилактической помощи 1146 детям, родившимся путем КС, по данным опроса родителей и изучения медицинской документации. Проведенный анализ данных показал, что профилактическая работа с детьми и их семьями не соответствовала современным требованиям. Во всех группах имело место низкое качество диспансеризации детей, как закономерный результат несоблюдения нормативных сроков и частоты медицинских осмотров и активных посещений детей. При этом значимых различий в наблюдении детей в различных типах семей не наблюдалось. Всё это свидетельствует о

низкой санитарной культуре матерей, неадекватном качестве первичной медико-санитарной помощи детям и недостаточном уровне санитарно-просветительной работы.