

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

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения*



## **Сборник статей**

**Республиканской научно-практической конференции  
«Актуальные вопросы организации внебольничной  
медицинской помощи населению»**

**г. Казань, 3 декабря 2021 г.**

УДК 614.2(082)  
ББК 51.1я4  
авторский знак С23

**Республиканская научно-практическая конференция  
«Актуальные вопросы организации внебольничной медицинской  
помощи населению»: Сборник статей по итогам конференции.  
Казань, 3 декабря 2021 г. /Под общей редакцией профессора  
Гильманова А.А. – Казань, 2021. – 87 с.**

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

**© ФГБОУ ВО Казанский государственный  
медицинский университет, 2021**

## Содержание

<b>Альмухаметов А.А., Галиахметов А.И., Гильманов А.А., Фазылов В.Х., Галиуллин Н.И. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....</b>	<b>5</b>
<b>Амирова А.Р., Глушаков А.И. ИЗМЕНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ.....</b>	<b>7</b>
<b>Ахметзянова Г.З. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЯПОНИИ.....</b>	<b>12</b>
<b>Блохина М.В. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ.....</b>	<b>14</b>
<b>Валиев Р.И., Чумарёв Н.С. ОБРАЩАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ.....</b>	<b>19</b>
<b>Галиуллин Д.А. РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА.....</b>	<b>22</b>
<b>Гильманова Г.А. НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>26</b>
<b>Жиденко Е.А. РЕГИСТР ГЛАУКОМНОГО ПАЦИЕНТА КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....</b>	<b>30</b>
<b>Иштерякова О.А., Шарифуллина Н.Ф. ФОРМЫ И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОЦЕНКА ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ.....</b>	<b>35</b>
<b>Камалова Ф.М. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ И ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ПО СОСТОЯНИЮ НА 2018 ГОД.....</b>	<b>39</b>
<b>Мулярчик О.С. КАДРОВЫЙ СОСТАВ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РАБОТОЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....</b>	<b>43</b>
<b>Нигматуллина Д.Х., Гильманов А.А. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....</b>	<b>48</b>
<b>Романова М.М., Чернов А.В. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19.....</b>	<b>54</b>
<b>Романова М.М., Чернов А.В. ИННОВАЦИОННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>60</b>
<b>Садурдинов А.О. СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....</b>	<b>63</b>
<b>Сальянова Г.Р., Хузиханов Ф.В. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.....</b>	<b>66</b>
<b>Тилелюева Е.С. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....</b>	<b>69</b>

<b>Чернов А.В., Романова М.М. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....</b>	<b>72</b>
<b>Чернов А.В., Романова М.М. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>78</b>
<b>Юнусова Е.Р., Шулаев А.В., Хузиханов Ф.В. РАЗРАБОТКА НОРМАТИВОВ ВРЕМЕНИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ДЕТСКИХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ.....</b>	<b>83</b>

## **ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

**Альмухаметов А.А.<sup>1</sup>, Галиахметов А.И.<sup>1</sup>, Гильманов А.А.<sup>1</sup>,  
Фазылов В.Х.<sup>1</sup>, Галиуллин Н.И.<sup>2</sup>**

1. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

2. ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ»

Мы вступили в новую эру профилактики ВИЧ инфекции, когда приоритеты расширились от биомедицинских открытий до внедрения эффективных комбинированных методов профилактики на популяционном уровне. Однако остаются пробелы в знаниях и проблемы с реализацией. Мы рассмотрим тенденции в быстро меняющейся среде профилактики ВИЧ и новые зарубежные подходы в исследовании, которые сосредоточены на реализации эффективных и действенных стратегий комбинированной профилактики, которые должны переломить ситуацию с пандемией ВИЧ.

Всемирный день борьбы со СПИДом отмечается ежегодно 1 декабря и 2021 год не станет исключением. Целью Всемирного дня борьбы против СПИДа является повышение глобальной осведомленности о ВИЧ/СПИДе и демонстрация международной солидарности перед лицом пандемии.

ВИЧ по-прежнему является серьезнейшей проблемой общественного здравоохранения, которая затрагивает миллионы людей во всем мире. За последние десятилетия был достигнут существенный прогресс, но важные глобальные цели, намеченные на 2020 г. достигнуть не удалось.

Разобщенность, неравенство и несоблюдение прав человека – пороки общества, из-за которых продолжается вызванный ВИЧ глобальный кризис в области здравоохранения. Распространение COVID-19 усугубляет проблемы, связанные с неравенством, и мешает предоставлять людям, живущим с ВИЧ, необходимые услуги, что делает их жизнь еще труднее.

Ситуация с распространением ВИЧ-инфекции расценивается мировым сообществом как одна из наиболее глобальных угроз общественному здоровью. Задача по снижению распространения ВИЧ-инфекции к 2030 г. получила

отражение в Целях в области устойчивого развития в отношении здравоохранения Генеральной Ассамблеи ООН (2015 г.), Глобальной стратегии для сектора здравоохранения по ВИЧ-инфекции на 2016—2021 гг. Всемирной организации здравоохранения (2016 г.), Стратегии Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД на 2016—2021 гг. (2015 г.). Центральное место в международных программах занимает подход с позиции общественного здравоохранения, основанный на принципах межсекторной интеграции и децентрализации, доступности выявления, лечения и мониторинга, медико-социальном сопровождении. Достижение цели требует изменения подходов к существующим программам при ВИЧ-инфекции.

Динамика новых случаев ВИЧ, говорит об актуальности проблемы, несмотря на снижение данного показателя. Добиться положительных цифр помогает глобальное спонсирование международных и внутренних программ по борьбе со СПИД. Каждый год на предотвращение развития эпидемия тратится более 20 миллиардов долларов США. Этот тренд отражается в ежегодном увеличении лиц получающих АРВТ и снижении смертности от заболеваний связанных со СПИД. За последние 20 лет, количество лиц, получающих АРВТ увеличилось почти в 20 раз, смертность от СПИДа снизилась в 2,5 раза. Развитые страны в официальной статистике больше не фиксируют прирост заболеваемости среди местного населения, а только увеличения числа зараженных за счет миграции.

На данный момент больше всего вопросов вызывает страны Восточной и Южной Африки, которые лидируют по всем показателям, включая распространенность, заболеваемость, смертность, однако стоит отметить и кратное увеличение охвата АРВТ.

Каскад комплекса услуг в виде охвата профилактикой населения, обеспечения необходимыми медикаментами и условиями, что в дальнейшем приводят к увеличению числа лиц с «нулевой вирусной нагрузкой» демонстрирует свою эффективность.

Резюмируя рассмотренные данные, мы отобрали самые эффективные меры вмешательства, заимствованные у стран с лучшими показателями. Первая мера касается уделению внимания высокоэффективным мерам профилактики, а именно, разработке программ распространения мужских и женских презервативов, обеспечению безопасности инъекций и безопасности крови, информационной работе, направленной на изменение характера поведения, сексуальному просвещению. Также максимальное использование преимущества профилактики на основе АРВТ, что включает в себя: распространение антиретровирусной терапией на всех людей, живущих с ВИЧ внедрение стратегически эффективных сочетаний Доконтактной (PrEP) и послеконтактной профилактики (PEP). В завершении, широкомасштабное осуществление всеобъемлющего комплекса мер, направленных на снижение вреда, употребления наркотиков. Стоит уделять первоочередное внимание высокоэффективным мерам вмешательства, при наличии возможности, включая предоставление стерильного инъекционного оборудования проведение опиоидной заместительной терапии, распространение информации о снижении риска и предоставление лечения от наркотической зависимости. Реализации этих мер позволило уменьшить заболеваемость ВИЧ инфекцией до 7,1 случая на 100 тыс. населения в странах Западной и Центральной Европы и Северной Америке. Необходимо рассмотреть реализацию данных мер в Российской Федерации.

**ИЗМЕНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА  
СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН  
ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ**

**Амирова А.Р., Глушаков А.И.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Распространенность сахарного диабета (СД) в мире приняла характер эпидемии, по прогнозам Всемирной организации

здравоохранения уже к 2025 г. количество этих больных увеличится в 2 раза и достигнет одной трети миллиарда человек [1]. Данная проблема СД является приоритетной для всех развитых странах мира, включая и Российскую Федерацию (РФ). Среди населения РФ число больных СД составило 5,1 млн. человек [2]. В Республике Татарстан (РТ), крупнейшем регионе РФ, общее количество больных СД неуклонно растет, и приблизилось к началу 2021 г. к 140 тыс. человек [3].

**Цель:** оценить динамику последнего десятилетия и сложившийся под её влиянием современный уровень распространенности СД среди взрослого населения в РТ.

**Материалом исследования** стали официальных статистических сведений распространенности СД среди лиц трудоспособного и старше трудоспособного (пенсионного) возрастов.

**Методы исследования** были сведены к расчёту относительных величин с соответствующим их сопоставлением.

**Результаты исследования.** За последнее десятилетие произошло увеличение распространенности СД среди взрослого населения РТ на «+»47,8% или с 3091,2 случаев в 2011 г. до 4570,2 случаев в 2020 г. на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста (табл. 1).

Таблица 1

Распространённость СД среди взрослого населения РТ за 2011-2020 гг.,  
на 100 тысяч среднегодового постоянного населения соответствующего  
возраста

Наименование нозологий	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Сахарный диабет (СД)	3 091,2	3 208,1	3 268,8	3 421,7	3 762,2	4 035,6	4 008,7	4 151,9	4 406,3	4 570,2
и з н е г о:										
ИнсулиноЗависимый СД	180,1	192,1	188,0	196,7	216,2	228,7	229,0	237,4	249,0	245,4
ИнсулиноНЕзависимый СД	2 909,0	3 016,0	3 080,8	3 225,0	3 546,0	3 806,9	3 779,7	3 914,6	4 157,3	4 316,4

Источник: рассчитано по сведениям ГАУЗ «РМИАЦ МЗ РТ»

При среднем темпе прироста распространенности СД среди взрослого населения РТ за 2011-2020 гг. на «+»5,4%, ежегодный темп прироста в 2015 и 2016 гг. составил «+»10,0% и «+»7,3%, что позволило достичь уровня 3421,7 и 3762,2 случая на 100 тысяч населения. Уже к 2015 г. было обеспечено на «+»21,7%, а к 2016 г. и на «+»30,6% увеличение темпа прироста к базовому уровню 2011 г. из «+»47,8% за все десятилетие. Последнее скачок ежегодного темпа прироста на «+»6,1% отмечено в 2019 г., что способствовало увеличению показателя до 4406,3 случаев на 100 тысяч взрослого населения, после чего несколько сбросив темпы ежегодного прироста до «+»3,7%, тем ли менее способствовало приросту величины распространённости СД среди взрослого населения РТ до 4570,3 случаев на 100 тысяч населения.

Практически стабильно всё последнее десятилетие удельный вес инсулиноНЕзависимого СД среди взрослых РТ составляет 94,1-94,4%, тогда как инсулиноЗАвисимый СД – только 5,9-5,6% (табл. 1).

Распределение по крупным возрастным категориям взрослого населения – лицам трудоспособного возраста (или «трудоспособным») в границах для мужчин 18-59 лет и женщин 18-54 года, а также – лиц старше трудоспособного возраста (или «пенсионеры») в границах для мужчин 60 лет старше и женщин 55 лет и старше, выявило значительное превышение величины распространённости СД среди последней возрастной категории (рис. 1).

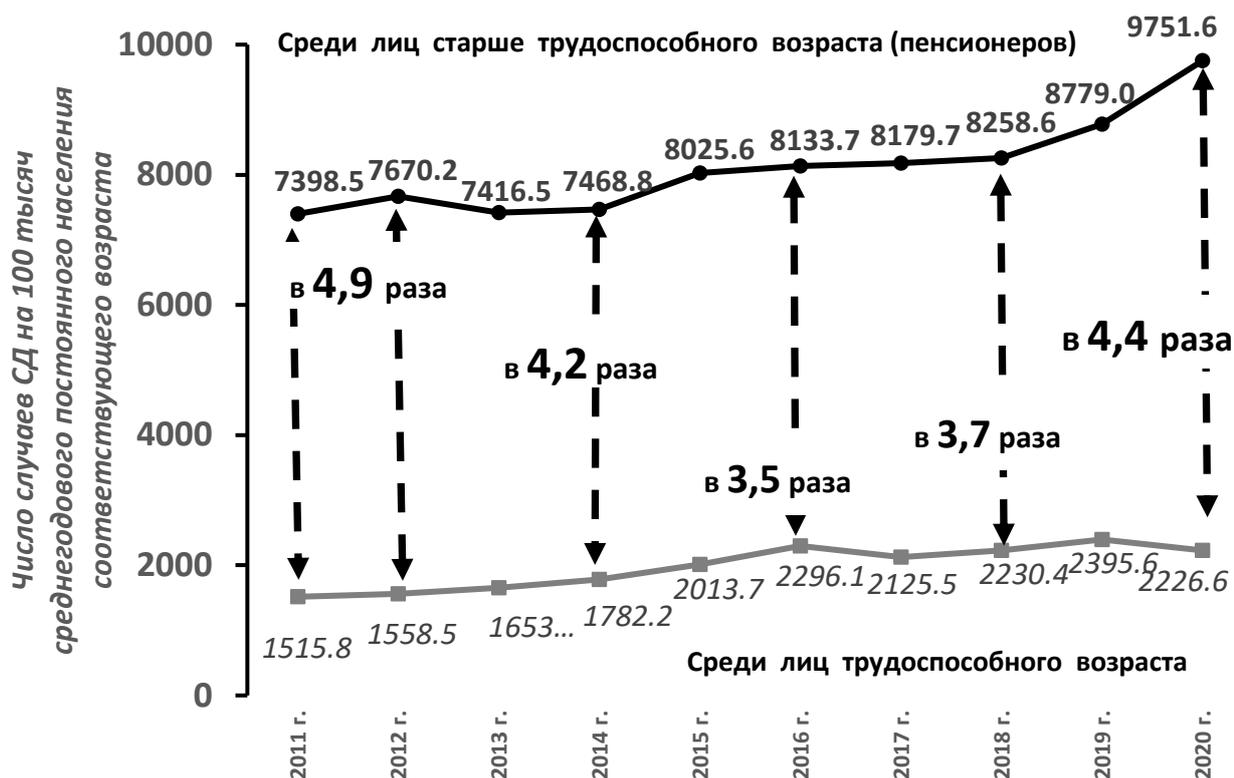


Рисунок 1. Распространённость СД среди отдельных возрастных категорий взрослого населения РТ за 2011-2020 гг

Источник: рассчитано по сведениям ГАУЗ «РМИАЦ МЗ РТ»

Так разрыв в уровне распространённости СД составлял:

- высокое значение за 2011-2012 гг. в 4,9 раза (или 7398,5-7670,2 случая среди «пенсионеров» против 1515,8-1558,5 случаев среди «трудоспособных» на 100 тысяч человек населения соответствующего возраста);
- снижение за 2016-2018 гг. до 3,5-3,7 раза (или 8133,7-8258,6 случая среди «пенсионеров» против 2296,1-2230,4 случаев среди «трудоспособных» на 100 тысяч человек населения).
- новое увеличение за 2020 г. до 4,4 раза (или резком росте до 9751,6 случая среди «пенсионеров» против немного снижающемся до 2226,6 случаев среди «трудоспособных» на 100 тысяч человек населения).

**Выводы:** 1) за последнее десятилетие произошло полутора кратное увеличение распространённости СД среди взрослого населения РТ, прирост

распространённости СД происходил неравномерно и уже к середине 2010-х годов было отмечено  $\frac{2}{3}$  всего увеличения показателя;

2) остается стабильно неизменным соотношение типов СД, где 94% составляет инсулиноНЕзависимый и только 6% - инсулиноЗАвисимый;

3) прирост распространённости СД обеспечен в большей степени лицами старше трудоспособного возраста (пенсионерами), нежели лицами трудоспособного возраста;

4) имеющее место снижение разрыва величины показателей распространённости между «пенсионерами» и «трудоспособными» к концу 2010-х годов поменяло свой вектор на увеличение разрыва, чему способствовали рост распространённости среди лиц старше трудоспособного возраста (пенсионеров) и некоторого снижения аналогичного показателя среди лиц трудоспособного возраста.

**Заключение.** За последнее десятилетие произошло полуторакратное увеличение распространённости СД среди взрослого население, что в большей степени обусловлено ростом данной патологии среди лиц старше трудоспособного возраста. Это требует соответствующей коррекции организации эндокринологической помощи с учётом изменения динамики и современного уровня распространённости СД среди взрослого населения.

#### **Список литературы:**

1. Глобальный доклад по диабету (Global report on diabetes). – ВОЗ, 2018. – 84 с.

2. Общая заболеваемость населения России в 2020 году: статистические материалы. Часть I / Минздрав России; Департамент анализа, прогноза и инновации развития здравоохранения ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения. – М., 2021. – 160 с.

3. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2016-2020 годы): Учебно-методическое пособие. – Казань, 2021. – 267 с.

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЯПОНИИ**

**Ахметзянова Г.З.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Медицинская реабилитация в Японии считается лучшей в мире. Здесь высокие технологии гармонично сочетаются с традиционными восточными методиками оздоровления, с тысячелетним опытом врачевания и новейшими научными разработками. Традиционный массаж Шиацу, меридианная энергетическая диагностика сочетаются с позитронно-эмиссионной томографией.

В Японии медицинская реабилитация осуществляется сразу после возникновения заболевания. Считается, что реабилитация на ранних этапах более эффективна и способствует профилактике дисфункциональной дистрофии и др. Так, если после инсульта, реабилитационные мероприятия начаты со следующего дня после поступления, то через 30 - 40 дней пациента переводят в отделение реабилитации восстановительного типа еще на 180 дней. Если пациенту требуется уход по истечении этого срока, то он использует страховку по уходу [3].

Для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), переломом шейки бедра и др., когда необходима социальная или психологическая помощь, - она осуществляется с участием многопрофильной команды специалистов с целью возвращения пациента домой и в социум.

После геморрагического или ишемического инсульта, перелома шейки бедренной кости и др. на реабилитацию можно поступить только в течение 2 месяцев от начала заболевания. В случае повреждения суставов, связок и мышц - в течение одного месяца. Пропустив эти сроки, пациент не может поступить на реабилитацию. Обычно ОМС покрывает до 70% расходов на реабилитацию, остальные 30% пациент оплачивает сам.

В Японии с 2000 года учреждена страховка по уходу. Взносы на эту дополнительную страховку выплачивают лица старше 40 лет. Такая помощь

дает возможность после прохождения реабилитации в больнице, получать помощь на дому, в дневном стационаре и др. [5].

Условием эффективной реабилитации является процент успешного возвращения пациентов в домашние условия. В Японии этот показатель достигает 70%.

Если принять во внимание схему маршрутизации «медицинское учреждение - отделение реабилитации - специализированные пансионаты», то процент возвращения в домашние условия составляет 79,4% или 8 из 10 [6].

В случае, если пациенту будут нужны уход и помощь после выписки, то уже в отделении реабилитации привлекаются члены семьи и социальные работники с целью обучения их по уходу за пациентом с учетом его физического и психического состояния. Это важно и в том числе для предотвращения чрезмерного утомления самих опекунов. Примерно за 2 месяца до выписки рассматривается вопрос о доработке домашнего интерьера. Перед выпиской организуется несколько пробных ночевок в домашних условиях.

Реабилитационная медицина Страны восходящего солнца получила мировое признание. К данной проблеме здесь применяют комплексный подход, который позволяет достигать высоких результатов. Важнейшей составляющей восстановительного процесса является индивидуальное составление программы с учетом диагноза и состояния пациента. Они обязательно включают физиотерапевтическое воздействие. Это методы электролечения, светотерапии, водолечения, грязелечения, ультразвуковое лечение, лечебная физкультура, массаж. Одно из важнейших преимуществ физиотерапии - в предотвращении медикаментозного воздействия на организм. Сегодня Япония является одной из лучших для прохождения реабилитации.

Темпы старения населения, снижение численности населения, рост числа расходов на здравоохранение в Японии и во всем мире диктуют необходимость повышать качество реабилитационной медицины.

### Список литературы:

1. Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/>.
2. Japanese Association of Rehabilitation Medicine (JARM). Available from: <http://www.jarm.or.jp/civic/specialist.html>.
3. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011ga6-att/2r98520000011gk1.pdf>.
4. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196294.pdf>.
5. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2gou\\_leaflet.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2gou_leaflet.pdf).
6. Kaifukuki Rehabilitation Ward Association. Available from

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

**Блохина М.В.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Изучаемая нами проблема в настоящее время является актуальной, поскольку сестринский персонал чаще всего большую часть своего рабочего времени проводит с пациентом и именно от него зависит сохранение и восстановление здоровья больного. Основной задачей современной медицинской сестры является умение понять пациента, помочь решить его проблему, поддержать в процессе адаптации, стимулировать к совместному сотрудничеству, установить доверительные отношения, что является основой концепции пациент-ориентированного подхода в здравоохранении.

**Цель работы:** определить роль медицинской сестры в реализации пациент-ориентированного подхода в оказании медицинской помощи в отделении реабилитации дневного стационара ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер (РКОД) МЗ РТ».

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать и оценить процесс реализации пациент-ориентированного подхода в оказании сестринской медицинской помощи в отделении реабилитации дневного стационара диспансера.

2. Изучить мнение сестринского персонала о роли медицинской сестры в реализации пациент-ориентированного подхода в оказании медицинской помощи пациентам.

3. Исследовать удовлетворённость пациентов организацией сестринской медицинской помощи с позиций пациент-ориентированного подхода.

4. Разработать рекомендации по развитию пациент-ориентированного подхода в оказании сестринской медицинской помощи в отделении реабилитации дневного стационара онкологического диспансера.

**Материал и методы исследования.** В работе использовались такие методы исследования, как аналитический, социологический, статистический и метод наблюдения.

На первом этапе исследований нами проведены анализ и оценка реализации пациент-ориентированного подхода в оказании сестринской медицинской помощи в отделении реабилитации дневного стационара РКОД МЗ РТ. Работа основывалась на результатах социологических исследований, осуществленных в 1993 году By the Picker Institute & Harvard Medical School, которые легли в основу международной концепции пациент-ориентированности. Исследования показали, что в основе метода пациент-ориентированности лежит реализация семи основных принципов.

1. Уважительное отношение к ценностным ориентирам пациента, его потребностям и предпочтениям, обеспечение прав личности на оказание квалифицированной медицинской помощи.

2. Логичность, целостность и преемственность лечебно-диагностического процесса.

3. Создание комфортной среды для пациента на всех этапах медицинского воздействия.

4. Осведомлённость пациента о каждом этапе лечения, о мерах, предпринимаемых на каждом этапе медико-социальной реабилитации.

5. Обеспечение пациенту эмоциональной поддержки.

6. Создание условий для общения пациента с близкими, родственниками, друзьями, которые могут оказать поддержку и тем самым стимулировать выздоровление.

7. Непрерывность процесса восстановления в соответствии с отведенным для этого временным промежутком.

На втором этапе исследования методом интервьюирования изучено мнение сестринского персонала отделения реабилитации дневного стационара РКОД МЗ РТ о роли медицинской сестры в реализации пациент-ориентированного подхода в оказании медицинской помощи пациентам. Третьим этапом работы явилось исследование удовлетворённости пациентов организацией сестринской медицинской помощи с позиций пациент-ориентированного подхода. Анкетирование проводилось в течение недели. За это время мы опросили пациентов, которые впервые поступали в отделение, и тех, кто уже находился в реабилитационном периоде. Общее число опрошенных составило 100 человек.

**Результаты и их обсуждение.** Медицинская помощь в отделении реабилитации дневного стационара РКОД МЗ РТ основана на принципах пациент-ориентированного подхода, и основная роль в их реализации принадлежит медицинской сестре. Именно она является связующим звеном между врачом и пациентом, обеспечивая согласованной действий медицинского персонала; создаёт комфортные условия пребывания пациентов в отделении; информирует пациентов обо всех деталях реабилитационного процесса, в т.ч. вне медицинской организации; обеспечивает условия общения

пациента с его ближайшим окружением. В результате интервью с медицинскими сёстрами мы выяснили, что сестринский персонал отделения в целом осведомлён о сути пациент-ориентированного подхода в здравоохранении и рекомендует внедрять его во все медицинские организации. На главный вопрос о том, какова роль медицинской сестры в реализации пациент-ориентированного подхода, все опрошенные ответили, что именно медицинская сестра проводит с пациентом 80% времени, остальные 20% распределяются между психологами, врачами, реабилитологами и другим медицинским персоналом отделения. Первым человеком, которого встречает пациент, поступая в отделение реабилитации, является именно медсестра, которая беседует с ним, заполняет дневник пациента, составляет маршрутный лист, уточняет у пациента, каких целей он хочет добиться в процессе реабилитации, оказывает консультативную помощь как самому пациенту, так и его близким родственникам, предоставляя достоверную и актуальную информацию о состоянии больного. Кроме того, медицинские сёстры отметили, что стараются обеспечить эмоциональную поддержку пациентов, но не имеют для этого достаточных знаний и навыков.

Опрос пациентов отделения реабилитации дневного стационара РКОД МЗ РТ показал, что большинство из них (82%) отмечают улучшения в состоянии здоровья в процессе прохождения реабилитации, им комфортно находиться в отделении, они чувствуют индивидуальный подход к себе стороны среднего медицинского персонала. Однако 18% пациентов на момент опроса не ощутили персонализированного подхода в процессе реабилитации.

Почти все пациенты (98%) подтверждают, что медицинские сестры проявляют открытость, дружелюбие, вежливость и внимательность при общении. Также опрошенные удовлетворены доступностью, открытостью и полнотой информации о своём реабилитационном процессе. Лишь малый процент (2%) высказались о том, что не обладают полной информацией о видах и содержании реабилитационных мероприятий. Основная часть респондентов (86%) знают о том, как продолжить реабилитационные мероприятия у себя

дома, осведомлены об ограничениях относительно физических нагрузок, диеты, повседневной работы в целом. 76% положительно отозвались об эмоциональной поддержке со стороны медицинских сестёр, так как последняя является неотъемлемой частью реабилитационного процесса.

**Заключение.** С целью развития пациент-ориентированного подхода в оказании сестринской медицинской помощи в отделении реабилитации дневного стационара ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» целесообразно продолжить работу по реализации принципов пациент-ориентированного подхода; осуществлять индивидуальный подход к каждому пациенту непосредственно при поступлении его в дневной стационар; организовать обучение сестринского персонала способам гармонизации психоэмоционального состояния пациентов; оптимизировать процесс информирования пациентов обо всех этапах реабилитации: подробно описывать и рассказывать о том, какие процедуры эффективнее будут именно для конкретного пациента, об особенностях повседневной жизни в этот период, о том, что можно делать и что делать категорически запрещено, о реабилитационных мероприятиях дома, в амбулаторных условиях, в санаторно-курортных зонах; создать памятку для медицинских сестёр ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», включающую описание всех принципов пациент-ориентированного подхода, соответственно использовать её при работе с пациентами; сестринскому персоналу принимать активное участие в научных конференциях, изучать дополнительную литературу, посвященную вопросам реализации пациент-ориентированного подхода в здравоохранении.

**ОБРАЩАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЗА  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ**  
**Валиев Р.И., Чумарёв Н.С.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Показатель обращаемости характеризует интенсивность обращений населения за медицинской помощью в медицинские организации. Этот показатель является одним из источников сведений о заболеваемости. Важным индикатором, характеризующим благополучие общества и государства, как в краткосрочной перспективе, так и в прогнозе на будущее, является состояние здоровья детей и подростков. В настоящее время все чаще публикуются данные об ухудшении здоровья подрастающего поколения. Для разработки адекватной и наиболее эффективной стратегии и тактики медицинского обеспечения детского населения необходимо знание и мониторинг состояния его здоровья. При этом организация деятельности детских учреждений на любом территориальном уровне должна основываться не только на анализе обобщенных показателей состояния здоровья детского населения, но и на обращаемости в медицинские организации [1].

Высокое медико-социальное значение болезней органов пищеварения обусловлено их хроническим рецидивирующим течением, развитием тяжелых, осложненных форм, формированием заболеваний в наиболее ответственные периоды развития и роста ребенка [2]. В период получения общего образования организм учащегося испытывает повышенные умственные и физические нагрузки, а также большой расход энергии совместно с повышенной необходимостью потребления пищевых веществ. Частота заболеваний органов пищеварения за последние годы имеет тенденцию к росту, что также актуализирует данную проблему [3].

**Цель работы.** Дать характеристику обращаемости детей школьного возраста за медицинской помощью. По данным опроса-анкетирования оценить

и выделить обращения по поводу болезней желудочно-кишечного тракта в общей структуре обращаемости.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные отчетной формы «Заболеваемость детей по основным классам болезней», с официального сайта Федеральной службы государственной статистики. Использовано программное обеспечение Microsoft Excel для ранжирования и подсчета статистических величин исследования.

**Результаты.** Респондентами нашего опроса выступили ученики Республики Татарстан. В структуре анкетированных преобладают девочки и составляют 75,3% от опрошенных, мальчики соответственно 24,7%. Среди всех детей, к первой группе здоровья относятся 61,9%, ко второй группе 21,9%, к третьей группе 12,6%, к четвертой группе 3,3%, к пятой группе 0,5%. Среди всех опрошенных, хронические заболевания имеют 20,9%, не имеют 79,1% соответственно.

В своей работе помимо анкетирования школьников, нами был выполнен анализ документа «Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам болезней», на сайте Федеральной службы государственной статистики. По результатам этого анализа, мы провели ранжирование болезней, которые были выявлены по результатам анкетирования (табл.1).

Таблица 1

Ранжирование нозологий по данным государственной статистики и анкетирования

<i>Ранг</i>	<i>По данным гос. статистики</i>	<i>По данным анкетирования</i>
1	Болезни органов дыхания	Болезни органов дыхания
2	Болезни кожи и подкожной клетчатки	Болезни глаза и его придаточного аппарата
3	Болезни органов пищеварения	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
4	Болезни глаза и его придаточного аппарата	Болезни органов пищеварения
5	Болезни уха и сосцевидного отростка	Болезни нервной системы
6	Болезни нервной системы	Болезни уха и сосцевидного отростка
7	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Болезни мочеполовой системы
8	Болезни мочеполовой системы	Болезни кожи и подкожной клетчатки

По приведённым данным видно, что вычисленный нами ранг болезней органов пищеварения согласно данным государственной статистики занимает третье место. По данным анкетирования, вычисленный нами ранг болезней органов пищеварения составляет четыре, что не сильно отличается от такового, согласно официальной статистике.

Эти данные позволяют нам предположить, что болезни органов пищеварения в период обучения в школе, будут оставаться на высоком ранге в структуре общей заболеваемости, в связи с тем, что организм учащегося испытывает повышенные умственные и физические нагрузки вкуче с высокой потребностью в макро- и микронутриентах при отсутствии привычки к рациональному питанию.

**Выводы.** Ранг болезней органов пищеварения согласно данным анкетирования, среди общей заболеваемости детей школьного возраста составил четыре, что является довольно высоким показателем и маркером того, что существует проблема, которую необходимо решать комплексно, в том числе помогать формировать детям школьного возраста позитивные ориентации на рациональное питание и здоровый образ жизни. Причем наиболее эффективно раннее начало профилактики на этапе формирования факторов риска, когда они имеют нестойкий характер.

Ухудшение состояния здоровья детей школьного возраста требует совершенствования системы медицинского обслуживания на уровне общеобразовательных учреждений и в первичном звене амбулаторно-поликлинической помощи. Своевременная организация профилактической работы, в первую очередь, направленная на снижение уровня школьно-обусловленных заболеваний, проведение углубленных осмотров, а в последующем оздоровления; консультативное обеспечение по вопросам охраны здоровья детей и подростков в семье, половому и физическому воспитанию, медицинской профессиональной ориентации позволяют управлять процессами формирования здоровья детей школьного возраста, что в последующем приводит к снижению показателей заболеваемости [4].

### Список литературы:

1. Абдурашидова П.Б. Характеристика состояния здоровья детей по обращаемости в детскую республиканскую консультативную поликлинику / Вопросы детской диетологии. 2008, №2, – С. 55- 56.
2. Шашель, В.А. Болезни органов пищеварения у детей Краснодарского края (клинико-эпидемиологические и экологические особенности): специальность 14.00.09 «Педиатрия»: автореферат диссертации на соискание звания доктора медицинских наук/ - Москва, 2004. - 58 с. - Библиогр.: с. 55. - Место защиты: Науч.-исслед. ин-т дет. гематологии МЗ РФ. - Текст: непосредственный.
3. Лазарева Л.А., Гордеева Е.В. Анализ заболеваемости детей и подростков болезнями органов пищеварения / Международный научно-исследовательский журнал. 2017, №1-1 (55) – С. 133-135.
4. Кулакова Е.В., Богомолова Е.С., Бадеева Т.В., Кузмичев Ю.Г. Заболеваемость детей школьного возраста по данным обращаемости в условиях крупного города / Медицинский альманах. – 2015. - №2 (37) – С. 74-76.

**РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-  
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕ  
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ  
ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ  
ИНСТРУМЕНТОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА**  
Галиуллин Д.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

**Актуальность.** В Республике Татарстан 183,1 тыс. пациентов пенсионного возраста - это лица с 2 и более хроническими заболеваниями (4,7 % от общего числа прикрепленного населения), которые дают 20,5 амбулаторных посещений в год на 1 пациента (17,2 % от общего числа посещений), 146,5 тыс. вызовов в год приходится на скорую и неотложную помощь, осуществляется 73,2 тыс. госпитализаций в год; 64,8% всех случаев

смерти лиц пожилого возраста в 2019 г приходилось на следующие группы заболеваний: болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, сахарный диабет (ФСС РОССТАТ, 2020). У лиц старше трудоспособного возраста отмечается высокий уровень заболеваемости и преобладания хронических болезней, на фоне снижения компенсаторных возможностей организма [1,2]. Уровень заболеваемости у пожилых (60-74 года) в два раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста [4]. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается 4-5 различных хронических заболеваний [2,3,5].

**Целью** нашего исследования явилась разработка новой региональной модели оказания ПМСП лицам старше трудоспособного возраста с множественными хроническими заболеваниями с применением инструментов бережливого производства и обоснование ее эффективности, повышение качества оказания медицинской помощи пациентам старших возрастных групп, находящихся на диспансерном учете и имеющих два и более хронических неинфекционных заболевания путем обеспечения персонифицированного подхода к ведению пациентов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Работали в проекте ведения пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями в пилотном режиме ГАУЗ «Городская поликлиника №3» г. Альметьевск, ГАУЗ «Городская поликлиника №8» и ГАУЗ «Городская клиническая больница №16» г. Казани.

Для реализации комплексного обслуживания лиц старше трудоспособного возраста организуется специальный терапевтический, геронтологический, неврологический, психосоциальный комплекс (ТГНП) (участок). Алгоритм работы участкового врача (гериатра) и медицинской сестры при первичном и повторном посещении пациента старше трудоспособного возраста, функциональные обязанности участковых медицинских сестер, врачей-специалистов, психолога, социального работника

утверждаются главным врачом МО. В соответствии с методикой исследования для стандартизации процесса с помощью проводимого хронометража времени приема разрабатываются алгоритмы первичного и повторного приемов врача и медицинской сестры, с учетом особенностей обслуживания лиц старше трудоспособного возраста, имеющих 2 и более хронических заболеваний.

Дефекты в организации оказания ПМСП лицам старше трудоспособного возраста до создания специального комплекса (участка), внедрения инструментов бережливых технологий являются основой для принятия управленческих решений по созданию организационно-функциональной модели оказания медицинской помощи этим лицам.

Входом в процесс по оказанию ПМСП лицам старше трудоспособного возраста является издание приказа главным врачом МО. В организации оказания ПМСП создание потока ценности по обслуживанию лиц старше трудоспособного возраста с множественными хроническими заболеваниями на специальном территориальном комплексе (участке) врача-терапевта (гериатра) являются определяющим в повышении эффективности и качества медицинской помощи. В данном случае процесс создания ценности начинается от момента подготовки к приему пациента, обращения его в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Ценность для лиц старше трудоспособного возраста создается путем проведения постоянного непрерывного, проактивного наблюдения. Основными критериями участия в программе были соответствие всем перечисленным критериям: пенсионный возраст (женщины – от 55 лет и старше, мужчины – от 60 лет и старше); наличие 2 и более хронических заболеваний из списка: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет второго типа, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, пациенты после инфаркта, инсульта, операций на сосудах. Состояние здоровья должно позволять пациенту самостоятельно посещать поликлинику.

**Результатами** клинических показателей пациентов специализированных участков поликлиники ГАУЗ «Городская поликлиника №8» г. Казани, в которой было развернуто 2 специализированных участка и в течение 2018-2020 гг. проводился весь комплекс мероприятий по обслуживанию лиц старше трудоспособного возраста с множественными хроническими заболеваниями явились достижение целевых показателей артериального давления у 39,1% пациентов, гликированного гемоглобина - 58,1%, общего холестерина - 29,5%. Обращает внимание снижение артериального давления, хотя целевые показатели и не достигнуты у 56,8% пациентов, гликированного гемоглобина - 39,5%, общего холестерина - 50,5%. Количество вызовов бригад скорой помощи в группе пациентов программы снизилось на 69 вызовов (14,5%), количество экстренных госпитализаций в группе пациентов программы за аналогичный период снизилось 12,6%. Региональная модель оказания первичной медико–санитарной помощи пациентам старше трудоспособного возраста позволяет раскрыть реализацию основных приемов оказания ПМСП лицам старше трудоспособного возраста с множественными хроническими заболеваниями с применением инструментов бережливого производства. Методологические подходы, которые представлены в новой модели, помогут решить сложные вопросы при внедрении проектов по медицинскому обслуживанию лиц старше трудоспособного возраста.

### **Список литературы:**

1. Арстангалиева З.Ж. Факторы риска здоровьесбережения российских пенсионеров / Е.В. Чернышкова, С.В. Андриянов, В.В. Масляков // *Фундаментальные исследования*. – 2015. – № 1-5. – С. 896-900;
2. Ложкина Т.Ю. Тенденция старения населения и здоровье лиц старших возрастных групп Томской области / Т.Ю. Ложкина // *Бюллетень сибирской медицины*.- 2009. -№8(2). – С.140-145.
3. Поликарпов А. В., Огрызко Е. В. Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации за 2010-2013 годы // *Менеджер здравоохранения*. – 2015. – №. 2. – С. 103-119.в

4. Шабалин В. Н. Организация охраны здоровья пожилых людей в современном мире /В.Н. Шабалин //Медицинская сестра. – 2008. – №. 5. – С. 3-4.

5. Шляфер С.И. Анализ заболеваемости городского населения старше трудоспособного возраста в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – №1. – С. 13-19.

## **НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Гильманова Г.А.**

ГАУЗ «Казанский эндокринологический диспансер» Минздрава РТ,  
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Приоритетом в области здравоохранения является профилактика, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению. Проводимые профилактические меры, существующая система оказания медицинской помощи пациентам с болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (БЭС), уровень организаторской работы на местах по ее совершенствованию и темпы ее развития не обеспечивают возрастающие потребности населения в эндокринологической помощи и требуют серьезной реорганизации эндокринологической службы и переориентации на профилактику эндокринных заболеваний [1].

За прошедший пятилетний период в Республике Татарстан (РТ) существенно возросла смертность от БЭС и составила 81,3 случая на 100 тысяч населения. Наивысшей уровень смертности наблюдается в возрастных группах старше трудоспособного (среди мужчин 60 лет и старше, и женщин 55 лет и старше), составивший 307,3 случая на 100 тысяч населения [2].

Распространенность БЭС за 2016-2020 гг. возросла с 64,1 до 81,4 случаев на 1000 населения (или на 27,0%), при этом уровень распространенности БЭС в

сельской местности приблизился к уровню городского населения. Ведущими нозологиями в структуре БЭС являются сахарный диабет (СД), болезни щитовидной железы и ожирение.

Первичный выход на инвалидность по причине БЭС среди взрослого населения республики также имеет динамику роста. За последние пять лет отмечен рост на 20,2%, а среди лиц старше трудоспособного возраста – на 21,7%.

В РТ на конец 2020 г. работали 152 врача-эндокринолога (с учётом ВУЗов), за прошедшие пять лет их численность возросла на 31,0%, при этом укомплектованность физическими лицами составила только 77,6%. В медицинских организациях РТ выделено 110 должности врачей-эндокринологов, при нормативе 155 должностей (или 1 должность на 25 тысяч человек), но в ряде районов РТ (Атнинском, Высокогорском, Кайбицком, Муслюмовском, Пестречинском, Спасском, Тюлячинском и Ютазинском) отсутствуют врачи-эндокринологи.

При нормативе 282 койки на численность населения РТ число эндокринологических коек на конец 2020 г. составляло 93 (или 33,0% от нормативных). При этом за прошедшие пять лет число коек снизилось вдвое. Средняя занятость эндокринологической койки за 2020 г. составила 302 дней, а средняя длительность пребывания – 9,5 дней. В ряде районов РТ (Елабужском, Менделеевском, Тукаевском, Альметьевском, Алькеевском, Нурлатском, Сабинском, Апастовском, Камско-Устьинском Зеленодольском, Заинском, Нижнекамском, Спасском и Буинском) средняя длительность пребывания пациентов превышает 10-11 дней.

Казанский эндокринологический диспансер (КЭД) является единственной медицинской организацией в РТ оказывающей первичную специализированную эндокринологическую помощь населению города Казани. Он создан в 1988 г. путем преобразования Казанского противозобного диспансера и размещается в приспособленных помещениях на первом этаже жилого дома, общая площадь – 673 кв. метра. В 2018 г. на площади 329 кв.

метров проведен капитальный ремонт. Износ помещений оставляет 53%. В штате КЭД 19 должностей врачебного персонала, из них 14 должностей врачей-эндокринологов. Функционируют взрослое и детские отделения и клиническая лаборатория, ведется регистр пациентов с СД по Казани.

Диабетологический центр создан в 1993 г. на базе консультативно-диагностической поликлиники Республиканской клинической больницы (РКБ) и представляет собой мультидисциплинарную бригаду, объединяющий как врачей-эндокринологов, так и врача-невролога, врача-офтальмолога и врача-кардиолога, для оказания эндокринологической помощи населению районов республики. Центром ведется регистр пациентов СД из районов республики.

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

В целях дальнейшего формирования эффективной и современной системы эндокринологической помощи, совершенствования мер профилактики и раннего выявления БЭС необходимо утвердить «Республиканскую программу совершенствование эндокринологической помощи в РТ» (далее – Программа).

Предлагаемая Программа ставит своей целью повышение доступности и качества эндокринологической помощи и снижение на этой основе заболеваемости, инвалидности и смертности населения РТ от БЭС и их осложнений.

Задачами Программы будут:

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

Мероприятиями Программы должны стать:

- объединение КЭД с Диабетологическим центром РКБ и создание Республиканского эндокринологического диспансера (РЭД) с филиалами в городах Набережные Челны, Нижнекамск и Альметьевск;
- определение целей и задач РЭД;
- обеспечение организационно-методической помощи медицинским организациям системы здравоохранения РТ по вопросам организации эндокринологической помощи пациентам;
- модернизация материально-технической базы;
- создание новых структурных подразделений; подготовка и переподготовка кадров медицинского и иного персонала;
- обеспечение функционирования регистра пациентов с БЭС;
- участие в обеспечении лекарственными средствами и средствами контроля СД;
- совершенствование мер профилактики СД;
- развитие санаторно-реабилитационной помощи пациентов с СД;
- участие в проведении научных исследований по развитию эндокринологической помощи населению.

#### **Список литературы:**

1. Гильманова Г.А. Динамика и современный уровень распространённости болезней эндокринной системы среди взрослого населения Республики Татарстан / Г.А. Гильманова, А.И. Глушаков // Здоровье человека в XXI веке. XII Всерос. научно-практ. конф. с междун. участием: Сб. науч. статей. Казань, 28-29 октября 2020 г. / Под общ. ред. проф. С.С. Ксембаева. – Казань: ИД «МеДДок», 2020. – С.394-400 (616 с.).

2. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан): Уч.-мет. пособие. – Казань, 2021. – 267 с.

## РЕГИСТР ГЛАУКОМНОГО ПАЦИЕНТА КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ Жиденко Е.А.

ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ имени профессора Е.В. Адамюка»

**Актуальность.** Наиболее актуальной медико-социальной проблемой во всем мире и Российской Федерации становится глаукома. По данным ВОЗ, около 105 млн. человек планеты болеют глаукомой, из них более 5 млн. имеют слепоту на оба глаза. По прогнозам ВОЗ число больных глаукомой в мире к 2030 г. удвоится. В настоящее время в Российской Федерации насчитывается более 1,2 млн. больных глаукомой.

Принцип приоритета профилактики в сфере охраны здоровья закреплён федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ФЗ-323 от 21.11.2011г. Необходимость диспансерного наблюдения пациентов с социально значимыми заболеваниями также определена данным нормативно-правовым актом. К сожалению, диспансерное наблюдение глаукомных пациентов нередко обнаруживает низкую эффективность, которая подтверждается недостаточным охватом диспансерным наблюдением, нерегулярностью наблюдения, неудовлетворенностью пациентов, несвоевременной постановкой на диспансерный учет, неполным объемом диагностических услуг по ряду причин и отсутствием четких графиков очередных плановых осмотров диспансерных больных, в том числе в связи с низкой доступностью специализированной медицинской помощи.

Сложности диспансерного наблюдения на данном этапе требуют принятия определенных управленческих решений. Одним из универсальных инструментов системы здравоохранения является ведение регистра пациентов. На сегодняшний день разработаны и действуют регистры ряда социально значимых заболеваний: «Единый реестр данных об онкологических больных в Российской Федерации», «Федеральный регистр больных с сахарным диабетом», «Федеральный регистр COVID19».

**Цель:** создание Регистра глаукомного пациента в консультативной поликлинике ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка» в качестве потенциальной модели будущего Регистра глаукомного пациента Республики Татарстан.

**Задачи.** 1. Совершенствование диспансерного наблюдения пациентов с глаукомой. 2. Создание инструмента мониторинга, направленного на повышение качества оказания медицинской помощи и ее доступности.

**Материал и методы.** В консультативной поликлинике ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка» в мае 2021 года была создана база данных пациентов с глаукомой. По состоянию на 01.11.2021 данный ресурс содержит 524 уникальные регистровые записи.

Изучение половозрастного состава пациентов Регистра глаукомного пациента показало, что 64,4% пациентов составляют женщины, а 35,6% - мужчины. Подавляющее большинство пациентов относится к возрастной группе 60-80 лет.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст	Мужчины (%)	Женщины (%)
41-50	0.3	0.6
51-60	2	4.2
61-70	16.5	22.2
71-80	14	24.9
81-90	2.5	12.5
91 и старше	0.3	0
Итого:	35.6	64.4

Изучение распределения видов глауком среди мужчин показало, что 93% пациентов страдают первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Таблица 2

## Распределение видов глаукомы среди мужчин

Виды глаукомы	Первичная открытоугольная глаукома	Первичная закрытоугольная глаукома	Глаукома низкого давления	Вторичная глаукома	Всего
Абс. показатель	176	6	7	1	190
Отн. показатель %	93	3.0	3.5	0.5	100

Изучение распределения видов глауком среди женщин показало, что 85% пациентов страдают первичной открытоугольной глаукомой.

Таблица 3

## Распределение видов глаукомы среди женщин

Виды глаукомы	Первичная открытоугольная глаукома	Первичная закрытоугольная глаукома	Глаукома низкого давления	Вторичная глаукома	Всего
Абс. показатель	284	15	35	0	334
Отн. показатель %	85	4.6	10.4	0	100

Сравнивая распределение видов глауком среди мужчин и женщин, делаем вывод, что среди мужчин доля пациентов с открытоугольной глаукомой больше, чем среди женщин. Кроме того, женщины болеют чаще глаукомой низкого давления, чем мужчины (10.4% женщин и 3.5% мужчин).

Распределение пациентов с ПОУГ по стадиям среди мужчин и женщин

Стадии ПОУГ	Мужчины		Женщины	
	Абс. показатель	Отн. показатель (%)	Абс. показатель	Отн. показатель (%)
I стадия	66	37.5	137	50,6
II стадия	54	30.7	63	23.2
III стадия	38	21.6	41	15.1
IV стадия	18	10.2	30	11.1
Итого	176	100	271	100

Изучение распределения пациентов по стадиям ПОУГ среди мужчин и женщин показало, что более половины всех женщин Регистра страдают начальной стадией глаукомы (I стадия), тогда как среди мужчин этот показатель равен лишь 37,5%. Кроме того на долю развитой (II стадия) и далекозашедшей (III стадия) стадий ПОУГ приходится 52.3% мужчин и значительно меньше женщин - 38.4%. Таким образом, среди женщин чаще встречается начальная стадия ПОУГ, а среди мужчин развитая и далекозашедшие стадии.

В ближайшей перспективе планируется изучить эффективность медикаментозных и хирургических методов лечения пациентов Регистра глаукомного пациента. Для этого необходимо проанализировать динамику данных периметрии, оптической когерентной томографии диска зрительного нерва и сетчатки и уровень внутриглазного давления пациентов за определенные периоды времени (6 месяцев, 12 месяцев). По результатам будет дана сравнительная оценка различных схем гипотензивной терапии.

**Выводы.1.** Предполагается, что введение Регистра глаукомного пациента будет способствовать сбору полных и достоверных сведений о пациентах с

глаукомой и формированию достоверной статистической картины по глаукоме в РТ.

2. Создаваемый Регистр глаукомного пациента ожидаемо явится пособием в составлении программ лечения и реабилитации, а также пособием для мониторинга эффективности, безопасности и качества оказываемой МП.

3. Внедрение Регистра глаукомного пациента позволит усовершенствовать диспансерное наблюдение пациентов с данной нозологией в РТ, контролировать динамику процесса конкретных пациентов, проводить анализ методов лечения и их эффективности.

4. Формирование Регистра глаукомного пациента позволит оценивать эффективность проводимой терапии путем анализа длительности течения стадий заболевания в условиях реальной клинической практики.

5. Использование Регистра глаукомного пациента позволит делать выводы о потребностях в ресурсах здравоохранения и их эффективном использовании на основании выявленных данных.

6. Внедрение Регистра глаукомного пациента приведет к формированию единой защищенной базы персональных медицинских данных всех больных с глаукомой в РТ.

7. Наличие Регистра глаукомного пациента, как оптимального инструмента для мониторинга, позволит оценивать качества оказываемой МП в соответствии с клиническими рекомендациями.

**Заключение.** Создание Регистра глаукомного пациента является перспективным направлением в работе по совершенствованию системы диспансерного наблюдения, которое поможет сформировать полную и достоверную статистическую картину по глаукоме в Республике Татарстан, а также позволит оценивать эффективность проводимой терапии путем анализа данных пациентов в соответствии с клиническими рекомендациями.

## **ФОРМЫ И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОЦЕНКА ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

**Иштерякова О.А.<sup>1,2</sup>, Шарифуллина Н.Ф.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

<sup>2</sup>Казанская ГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Численность профессиональных заболеваний, приводящих к стойкой утрате профессиональной трудоспособности, необходимости возмещения ущерба здоровью, является одним из важных показателей состояния здоровья и качества жизни трудоспособного населения. Проведение реабилитации больных профессиональными заболеваниями (ПЗ) с момента их диагностики необходимо для профилактики развития стойкой утраты трудоспособности и инвалидности. Внедрение методик реабилитации лиц с профзаболеваниями и производственным травматизмом и разработка критериев эффективности реабилитации являются актуальными задачами медицины на современном этапе.

При профзаболеваниях работников в целях обеспечения социальной защиты пострадавших на производстве предусмотрены оплата реабилитации и страховые выплаты [1, 2]. Наиболее приоритетными направлениями в системе реабилитации больных ПЗ являются санаторно-курортное лечение (СКЛ) и своевременное рациональное трудоустройство. В Российской Федерации (РФ) нет утвержденной системы оценки эффективности реабилитации [3].

**Цель исследования:** изучение направлений реабилитации и критериев оценки эффективности реабилитации при профессиональных заболеваниях.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с ПЗ: истории болезни, результаты медико-социальной экспертизы (МСЭ) с использованием разработанных статистических карт, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Татарстан (РТ) в качестве дополнения к форме №088/у (Иштерякова О.А., 2008), статистическая обработка.

**Результаты.** Реабилитация включает следующие разделы: медицинская реабилитация - комплекс мероприятий, направленных на лучшее восстановление нарушенных функций, включающий медикаментозные, физиотерапевтические, климатологические и другие методы; рациональное трудоустройство, адекватная профориентация, дополнительное обучение при снижении квалификации составляют профессиональную реабилитацию; социальная реабилитация - меры по социально-бытовой адаптации, социальной защите, дополнительные виды помощи инвалидам по лечению, уходу, питанию, протезированию. Нуждаемость пациента с ПЗ в реабилитации определяет бюро МСЭ на основании заключения центра профпатологии, содержащего рекомендации по реабилитации, в зависимости от диагноза ПЗ и условий работы пациента. При этом оформляется программа реабилитации пострадавшего (ПРП) от несчастного случая на производстве и профзаболевания. При развитии ПЗ с признаками стойкой утраты профессиональной трудоспособности, СКЛ является одной из главных составляющих ПРП, реализуемой за счет средств Фонда социального страхования (ФСС). В структуре мероприятий по реабилитации лиц с ПЗ в Татарстане 94-96% приходится на СКЛ. Все пациенты с ПЗ получают медикаментозную терапию, в соответствии с ПРП. Доля рекомендаций по использованию технических средств реабилитации при ПЗ составляет 3-5% в структуре реабилитационных мероприятий для таких пациентов. Лица с тяжелыми ПЗ или их осложнениями нуждаются в социальной реабилитации (около 1%).

В ходе исследования установлено, что реализация программы реабилитации пострадавшего от ПЗ способствует снижению степени утраты трудоспособности лиц с профзаболеваниями. С введением оплаты реабилитации за счет средств ФСС с 2001 г. в РТ регистрируется снижение удельного веса инвалидов. Изучение показателей реабилитации при ПЗ за 2000-2017 гг. показало: в 2001-2004 гг. суммарный показатель реабилитации больных ПЗ был на уровне 26-22 на 100 повторно освидетельствованных, далее

он находится в диапазоне 13-18 на 100 повторно освидетельствованных по ПЗ. Аналогичный показатель по инвалидам: 17-35 на 100 повторно освидетельствованных инвалидов. В связи со стойкостью развивающихся нарушений функций у больных ПЗ фиксируются достаточно высокие показатели стабильности инвалидности: 83-65 на 100 повторно освидетельствованных инвалидов, с тенденцией к снижению в последние 10 лет.

В качестве критериев эффективности реабилитации при ПЗ предлагается использовать: показатели улучшения состояния здоровья лиц с ПЗ, снижение степени утраты трудоспособности и количества инвалидов, целесообразно проводить оценку рациональности трудоустройства пострадавших от ПЗ, с учетом противопоказаний к работе во вредных производственных условиях, как значимого фактора реализации реабилитационного потенциала пострадавшего на производстве. Целесообразно введение дополнительной оценки функционирования (активности и участия), в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Для учета субъективной динамики состояния здоровья пациента на фоне реабилитации может быть использовано анкетирование больных по вопроснику для уточнения динамики жалоб в ходе лечения. В ходе изучения эффективности реабилитации с использованием соответствующих карт оценки эффективности реабилитации при ПЗ органов дыхания (ОД) и опорно-двигательного аппарата (ОДА) установлено, что проведение восстановительного лечения при ПЗ приводит к статистически значимому уменьшению степени утраты трудоспособности больных с вибрационной болезнью ( $\chi^2=4,2$ ;  $p<0,05$ ) и ПЗ опорно-двигательного аппарата ( $\chi^2=10,4$ ;  $p<0,01$ ).

**Заключение.** В РФ действует система реабилитации лиц, пострадавших на производстве, одно из приоритетных мест в которой занимает СКЛ. Как показали результаты исследования, реабилитация больных ПЗ приводит к

улучшению объективных показателей состояния здоровья с уменьшением степени утраты трудоспособности.

Целесообразно дальнейшее изучение показателей стойкой утраты трудоспособности при ПЗ, рациональности трудоустройства, эффективности реабилитации с учетом объективных данных, условий, в которых трудоустроен пациент. Утверждение научно обоснованной методики проведения и оценки эффективности реабилитации, проведение реабилитации на ранней стадии при выявлении начальных признаков профзаболеваний будет способствовать совершенствованию комплексной реабилитации больных ПЗ и сохранению их трудоспособности.

### **Список литературы:**

1. Конвенция №121 Международной организации труда "О пособиях в случае производственного травматизма" (Вместе с "Перечнем профессиональных заболеваний", "Периодическими выплатами типовым получателям" и "Международной стандартной промышленной классификацией всех отраслей хозяйственной деятельности"), заключена в г. Женеве 08.07.1964. // Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990. / Т. II.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1406 - 1423.
2. Guide to occupational diseases prescribed for compensation purposes. This guide is prepared by the Occupational Safety and Health Branch Labour Department. This Edition February 2009 // URL: <http://www.labour.gov.hk/tc/public/oh/OccupationalDiseases.pdf>
3. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы / Коллектив авторов. Отв. редактор Д.И. Лаврова // М.: Медицина, 2002. – 368 с.

**ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ И ОЖИДАЕМАЯ  
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ МУЖЧИН И  
ЖЕНЩИН В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ РЕСПУБЛИКИ  
ТАТАРСТАН ПО СОСТОЯНИЮ НА 2018 ГОД**

**Камалова Ф.М.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Демографическая политика в Российской Федерации (РФ) определяет целевой показатель для ожидаемой продолжительности жизни 78 лет [1]. Одним из ключевых направлений является повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [2].

В РФ начиная с 2006 г. наблюдается устойчивый рост продолжительности жизни, существенно превосходящий темпы роста в других странах [3]. Данная тенденция продолжалась до 2019 года. Однако, как подчеркивают авторы, характерен разрыв в продолжительности жизни между городскими и сельскими жителями, мужчин и женщин [4,5].

**Целью** исследования явилось выявление различий в ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ) мужчин и женщин Республики Татарстан (РТ) и ее связь с оказанием ПМСП.

**Материалом** исследования послужили официальные статистические данные по ОПЖ по полу в 45 муниципальных образованиях (МО) по состоянию на 2018 год.

**Методы изучения:** библиографический, методы описательной статистики, корреляционный анализ, оценка значимости различий с уровнем  $p < 0,05$ .

В результате нашего исследования обнаружено, что ОПЖ варьирует у мужчин от 71,26 лет в Балтасинском до 64,14 лет – в Мензелинском районе, в то время как у женщин – от 84,14 лет в Атнинском до 75,38 лет в Аксубаевском районе. Причем максимальный разрыв ОПЖ по полу в 14,45 лет зафиксирован в Мензелинском, а минимальный – 8,27 лет в Аксубаевском районе.

Сравнительный анализ полученных данных показал, что ОПЖ у мужчин выше 70 лет установлена в 7 муниципальных образованиях (МО): Балтасинский, Тукаевский, Нижнекамский, Актанышский, городе Казань, Атнинский, Лаишевский. Далее в пределах 69 лет определена в МО: Сабинский, городе Набережные Челны, Муслимовский, Елабужский, Арский, Кукморский, Заинский, Высокогорский, в пределах 68 лет - Рыбно-Слободский, Черемшанский, Камско-Устьинский, Пестречинский, Азнакаевский, Кайбицкий, Альметьевский, Тюлячинский, в пределах 67 лет - Зеленодольский, Буинский, Дрожжановский, Ютазинский, Алькеевский, Нурлатский, Мамадышский, Менделеевский, Аксубаевский, Сармановский, Верхне-Услонский, в пределах 66 лет – Агрызский, Алексеевский, Апастовский, Лениногорский, Бавлинский, в пределах 65 лет – Бугульминский, Чистопольский, Тетюшский, Новошешминский, в пределах 64 лет - Спасский, Мензелинский.

Аналогично для женского населения изучение распределения МО по ОПЖ представлено следующим образом: в пределах 80 лет -Атнинский, Черемшанский, Кукморский, Балтасинский, Тукаевский, Сабинский, Сармановский, Мамадышский, Тюлячинский, Кайбицкий, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, городе Казань, городе Набережные Челны, Дрожжановский, в пределах 79 лет –Лаишевский, Камско-Устьинский, Арский, Актанышский, Буинский, Высокогорский, Азнакаевский, Альметьевский, в пределах 78 лет –Елабужский, Ютазинский, Менделеевский, Муслимовский, Апастовский, Мензелинский, Новошешминский, Нурлатский, Пестречинский, Алексеевский, Агрызский, Тетюшский, Зеленодольский, Заинский, Спасский, в пределах 77 лет – Чистопольский, Бавлинский, Бугульминский, Алькеевский, в пределах 76 лет – Лениногорский, Верхне-Услонский, в пределах 76 лет – Аксубаевский.

В пределах 95% доверительного интервала от 68,54 до 67,48 лет ОПЖ мужчин находилась в 11 МО: Пестречинский, Азнакаевский, Кайбицкий, Альметьевский, Тюлячинский, Зеленодольский, Буинский, Дрожжановский,

Ютазинский, Алькеевский, Нурлатский. При этом, более благоприятная ситуация с ОПЖ мужчин (от 68,54 лет до 71,26 лет) определена в 18 МО: Балтасинский, Тукаевский, Нижнекамский, Актанышский, городе Казань, Атнинский, Лаишевский Сабинский, городе Набережные Челны, Муслимовский, Елабужский, Арский, Кукморский, Заинский, Высокогорский, Рыбно-Слободский, Черемшанский, Камско-Устьинский. Неблагоприятная тенденция выявлена для 16 МО, в которых ОПЖ ниже 67,47 лет вплоть до 64,14 лет: Мамадышский, Менделеевский, Аксубаевский, Сармановский, Верхне-Услонский, Агрызский, Алексеевский, Апастовский, Лениногорский, Бавлинский, Бугульминский, Чистопольский, Тетюшский, Новошешминский, Спасский, Мензелинский.

Относительного подобного сравнения по ОПЖ женщин установлено, что в 95% доверительный интервал от 79,69 до 78,74 лет входят 9 МО: Буинский, Высокогорский, Азнакаевский, Альметьевский, Елабужский, Ютазинский, Менделеевский, Муслимовский, Апастовский. В то же время более благоприятная ситуация с ОПЖ женщин характерна для 19 МО: Атнинский, Черемшанский, Кукморский, Балтасинский, Тукаевский, Сабинский, Сармановский, Мамадышский, Тюлячинский, Кайбицкий, Нижнекамский, Рыбно-Слободский, городе Казань, городе Набережные Челны, Дрожжановский, Лаишевский, Камско-Устьинский, Арский, Актанышский. Однако неблагоприятная обстановка с ОПЖ женщин зафиксирована в 17 МО: Мензелинский, Новошешминский, Нурлатский, Пестречинский, Алексеевский, Агрызский, Тетюшский, Зеленодольский, Заинский, Спасский, Чистопольский, Бавлинский, Бугульминский, Алькеевский, Лениногорский, Верхне-Услонский, Аксубаевский.

Таким образом, на фоне значимых различий ( $p < 0,001$ ) в среднем значении ОПЖ у мужчин (68,01 лет) и женщин (79,22 лет), тем не менее, однородность в показателях ОПЖ характерна больше для мужского населения (7,12 лет) по сравнению с женским (8,76 лет), но на более низком уровне.

Причем, сформированная разница в ОПЖ у мужчин и женщин от 8,27 лет в Азнакаевском до 14,45 лет в Мензелинском МО связана с различным сочетанием ОПЖ мужчин и женщин, то есть при низком значении одного из них, тем не менее, может быть небольшая разница в ОПЖ по полу.

Так, в Мамадышском и Сармановском районах зарегистрирована ОПЖ женщин в более благоприятной подгруппе, а ОПЖ мужчин – в неблагоприятной подгруппе и разница в ОПЖ по полу в порядке ее увеличения занимает 40 и 42 ранговое место. Следует отметить, что в Высокогорском, Елабужском и Муслимовском районах ОПЖ мужчин отмечена в благоприятной подгруппе, ОПЖ женщин – в пределах 95% доверительного интервала, разница в ОПЖ по полу соответствует 15, 3 и 6 ранговому месту. В то время как в Кайбицком Тюлячинском районах ОПЖ женщин отмечена в благоприятной подгруппе, ОПЖ мужчин – в пределах 95% доверительного интервала, разница в ОПЖ по полу относится к 32 и 37 ранговому месту, а в Зеленодольском и Пестречинском районах - ОПЖ мужчин – в пределах 95% доверительного интервала, ОПЖ женщин - в неблагоприятной подгруппе, разница в ОПЖ по полу - 16 и 10 ранговое место.

Корреляционный анализ обеспеченности врачами общей практики, участковыми врачами и среднего числа посещений на одного жителя к врачам амбулаторно-поликлинических организаций с ОЖП отдельно по полу показал наличие прямых, слабых, статистически незначимых связей ( $r = 0,153$  и  $0,057$  для мужчин и  $r = 0,238$  и  $0,064$  для женщин).

Следовательно, в 38 из 45 МО у женщин ОПЖ при рождении достигла целевого показателя 78 лет, в то время как у мужчин ни в одном МО нет такого уровня ОПЖ. Для женщин различия между целевым показателем и достигнутым уровнем составил от 0,47 до 4,62 лет, в то время как для мужчин - от 6,74 до 13,86 лет. При этом есть тенденция к росту ОПЖ при увеличении обеспеченности врачами амбулаторно-поликлинических организаций и роста числа посещений к ним. Резюмируя следует сказать, что территориальная дифференциация ОПЖ при рождении как для женского, так и мужского

населения, на фоне глубокого разрыва ОПЖ между мужчинами и женщинами, с нереализованным потенциалом первичной медико-санитарной помощи определяет вектор для серьезной многофакторной проработки мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни при рождении для всего населения.

### **Список литературы:**

1. Указ Президента РФ от 07.05.18 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».
2. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», 2019.
3. Pomazkin DV (2019) Dynamics of life expectancy in Russia over the last half century and prospects of reaching the 80+ level by 2030. *Population and Economics* 3(2): 22–28. <https://doi.org/10.3897/popcon.3.e37964>
4. Теплых. Г. В. Выявление факторов ожидаемой продолжительности жизни в регионах России: анализ панельных данных. // Региональная экономика. - 2013. - № 7 (286). - С.53 - 64.
5. Кулак А. Г. Статистическая оценка факторов, формирующих динамику ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Беларусь // Системное управление. – 2016. - №2. - С.17 - 24.

### **КАДРОВЫЙ СОСТАВ И УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ РАБОТОЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА Мулярчик О.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Беларусь г. Гродно

**Актуальность.** Важная роль в оказании и обеспечении доступности медицинской помощи населению принадлежит среднему медицинскому персоналу. В свою очередь качество оказываемой лечебно-профилактической помощи будет зависеть от кадрового состава средних медицинских работников,

уровня их профессиональной подготовки, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом.

**Цели и задачи исследования** - проанализировать кадровый состав и удовлетворенность работой среднего медицинского персонала.

**Материал и методы исследования.** Для реализации поставленной цели на основе базы сервиса Google-формы была разработана анкета, включающая следующие разделы: структура среднего медицинского персонала по полу, возрасту, стажу, уровню образования и квалификации; мотивирующие факторы в выборе профессии; удовлетворенность работой; профессиональные планы на будущее. В период с 01.11.2021 года по 08.11.2021 года было проведено добровольное онлайн анкетирование 105 медицинских сестер амбулаторно-поликлинического звена г. Гродно Республики Беларусь различных отделений таких, как педиатрические, терапевтические, хирургические, диагностические, акушерско-гинекологические, стоматологические. Проведена статистическая обработка полученных результатов с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTIKA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

**Результаты и обсуждение.** Из числа опрошенных в 100% (95ДИ (96.55%-100%)) это средний медицинский персонал женского пола. При анализе возрастной структуры работающих медицинских сестер установлено, что 1,9% (95ДИ (0.2311%-6.711%)) приходится на возраст моложе 20 лет, 13,3% (95ДИ (7.486%-21.36%)) на возрастную группу 21-30 лет, 37,1% (95ДИ (27.91%-47.12%)) на лиц 31-40 лет, 24,8% (95ДИ (16.86%-34.14%)) на возраст 41-50 лет, 19% (95ДИ (12.04%-27.87%)) на группу 51-60 лет, 3,8% (95ДИ (1.048%-9.467%)) – это лица старше 60 лет.

По стажу работы респонденты распределились следующим образом: стаж меньше 1 года у 2,9% (95ДИ (0.5933%-8.123%)) опрошенных, 1-5 лет у 6,7% (95ДИ (2.722%-13.25%)), 6-10 лет – 7,6% (95ДИ (3.347%-14.46%)), стаж 11-15 лет имеют 8,6% (95ДИ (3.995%-15.65%)) медицинских сестер, 16-20 лет – 25,7% (95ДИ (17.68%-35.17%)), стаж 20-30 лет у 28,6% (95ДИ (20.18%-38.21%)), больше 30 лет имеет 20% (95ДИ (12.83%-28.93%)) опрошенных.

Анализируя уровень образования респондентов установлено, что 20% (95ДИ (12.83%-28.93%) медицинских сестер имеют дополнительное образование, у 16,2% (95ДИ (9.724%-24.65%) это дополнительное высшее немедицинское образование, у 2,9% (95ДИ (0.5933%-8.123%) - высшее медицинское. Другое дополнительное образование представлено следующими специальностями: педагог - 5,7% (95ДИ (2.126%-12.02%), психолог – 2,8% (95ДИ (0.5933%-8.123%), логопед – 1,9% (95ДИ (0.2311%-6.711%), по 0,95% (95ДИ (0.02372%-5.192%) это агроном, продавец, парикмахер, социальный работник.

Установлено, что 24,8% (95ДИ (16.86%-34.14%) медицинских сестер имеет высшую квалификационную категорию, 49,5% (95ДИ (39.62%-59.45%) – первую категорию, 16,2% (95ДИ (9.724 %-24.65%) – вторую категорию, 9,5% (95ДИ (4.662%-16.82%) опрошенных не имеет квалификационной категории. При этом, анализируя, каким образом средний медицинский персонал повышает свою квалификацию, установлено, что 92,4% (95ДИ (85.54%-96.65%) опрошенных согласно установленного порядка раз в 5 лет проходят курсы повышения квалификации, 41% (95ДИ (31.45%-50.98%) самостоятельно изучает дополнительную литературу на медицинскую тематику, 38,1% (95ДИ (28.79%-48.09%) посещают обучающие конференции, семинары, лекции.

При анализе мотивационных аспектов выбора профессии медицинской сестры выявлено, что 64,9% (95ДИ (54.83%-73.84%) опрошенных всегда мечтали помогать больным, у 26,7% (95ДИ (18.51%-36.19%) респондентов на выбор повлияло желание родителей, 12,4% (95ДИ (6.76%-20.24%) проходили по набранным баллам, 9,5% (95ДИ (4.662%-6.82%) поступали по совету знакомых и 2,9% (95ДИ (0.5933%-8.123%) за компанию.

Исследование удовлетворенности своей работой показало, что 93,3% (95ДИ (86.75%-97.28 %) опрошенных довольны своей работой, а 18,3% (95ДИ (11.26%-27.47%) из них даже очень довольны, только 5,7% (95ДИ (2.126%-12.02%) медицинских сестер не нравится их работа и 1% (95ДИ (0.02372%-5.192%) работа безразлична.

Среди наиболее важных факторов, влияющих на степень удовлетворенности работой, 57,1% (95ДИ (47.11%-66.76%) респондентов отметили возможность помогать пациентам, 50,5% (95ДИ (40.55 %-60.38%) – хороший коллектив, 44,8% (95ДИ (35.05%-54.78%) – близость к дому, 40% (95ДИ (30.56%-50.02%) – удобный график, по 22,9% (95ДИ (15.23%-32.07%) довольны руководством и возможностью повышать свои знания, 9,5% (95ДИ (4.662%-16.82%) возможность профессионального роста, по 1,9% (95ДИ (0.2311%-6.711%) довольны зарплатой и адекватной оценкой и поощрением за заслуги, 1% (95ДИ (12.83%-28.93%) нравится сама организация работы.

На степень неудовлетворенности работой, по мнению респондентов, влияют следующие факторы: 49,5% (95ДИ (39.62%-59.45%) опрошенных недовольны зарплатой, 37,7% (95ДИ (27.91%-47.12%) объемом выполняемых работ, 32,4% (95ДИ (23.57%-42.21%) неуккомплектованностью, текучестью кадров, 30,5% (95ДИ (21.87%-40.22%) отношением пациентов к медицинским работникам, 12,4% (95ДИ (6.76%-20.24%) не удовлетворены руководством, 7,6% (95ДИ (3.347%-14.46%) удаленностью от дома, 4,8% (95ДИ (1.564%-10.76%) не устраивает график работы, по 3,8% (95ДИ (1.048%-9.467%) не нравится коллектив и отсутствие возможности карьерного роста, 1,9% (95ДИ (0.2311%-6.711%) отсутствие возможности повышения своих профессиональных знаний, при этом 15,2% (95ДИ (8.968%-23.56%) респондентов устраивает абсолютно все.

При анализе анкет установлено, что 42,9% (95ДИ (33.24%-52.89 %) опрошенных работают на 1,0 ставку, 36,2% (95ДИ (27.04%-46.15%) на 1,5 ставки, 20% (95ДИ (12.83%-28.93%) на 1,25 ставки и 1% (95ДИ (12.83%-28.93%) на 0,5 ставки. Кроме того 10,5% (95ДИ (5.347%-17.97%) респондентов работают еще дополнительно в сферах, не связанных с медициной.

Установлено, что 41,9% (95ДИ (32.34%-51.93%) опрошенных подвергаются стрессу на работе. Справляться с эмоциональными переживаниями, стрессом после работы помогает общение с семьей – 64,8% (95ДИ (54.83%-73.84%), выезд на природу, дачу – 46,7% (95ДИ (36.87%-

56.66%), прогулки – 42,9% (95ДИ (33.24%-52.89%)), сон – 36,2% (95ДИ (27.04%-46.15%)), общение с друзьями – 29,5% (95ДИ (21.02%-39.22%)), спорт - 8,6% (95ДИ (3.995%-15.65%)), просмотр телевизора – 8,6% (95ДИ (3.995%-15.65%)).

Выявлено, что самым сложным в своей работе 78,1% (95ДИ (68.97%-85.58%)) медицинские сестры считают большой объем бумажной работы, 43,8% (95ДИ (34.14%-53.83%)) большой поток пациентов, 24,8% (95ДИ (16.86%-34.14%)) высокую ответственность за свою работу, 19% (95ДИ (12.04%-27.87%)) работу больше, чем на одну ставку, 11,4% (95ДИ (6.047%-19.11%)) нехватку рабочего времени, 10,5% (95ДИ (5.347%-17.97%)) сложности в нахождении взаимопонимания с пациентами.

При анализе планов опрашиваемых на ближайшие 1-2 года получено, что 70,5% (95ДИ (60.78%-78.98%)) медицинских сестер хотят продолжать работать по этой специальности (должности), 16,2% (95ДИ (9.724%-24.65%)) планируют сменить специальность (должность), но остаться в медицине, 8,6% (95ДИ (3.99%-15.65%)) хотят полностью сменить специальность и уйти из медицины, 3,8% (95ДИ (1.048%-9.467%)) планируют уйти на пенсию.

**Заключение.** В кадровом составе среднего медицинского персонала преобладают работники в возрастной группе 31-50 лет, соответственно больше половины медицинских сестер имеют стаж работы более 15 лет. Почти половина среднего медицинского персонала имеют первую квалификационную категорию и еще четверть высшую, что говорит о том, что это высококвалифицированные и опытные кадры. Большинство медицинских сестер довольны своей работой, а именно возможностью помогать больным людям, коллективом, близостью к дому и удобным графиком. Отрицательными моментами в своей работе отмечают зарплату, объем выполняемых работ, неукомплектованность кадрами и отношение пациентов к медицинскому персоналу. Сложным в работе считают большой объем бумажной работы и большой поток пациентов. При этом большинство медицинских сестёр планируют и дальше работать в медицине по данной специальности.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**Нигматуллина Д.Х., Гильманов А.А.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Короленко А.В. и Барсуков В.И. в своих работах описывают процесс демографического старения населения, оно стало одним из ключевых вызовов на пути развития большинства стран мира в XXI в. Старение является эволюционным и необратимым процессом, поэтому столкнувшиеся с ним государства вынуждены перестраивать свою политику с учетом трансформации возрастной структуры населения. Данный факт способствовал развитию идей реализации ресурсного потенциала данной социально-демографической группы, в частности повышения ее трудовой активности. На трудовую активность лиц пенсионного возраста оказывает влияние целый комплекс внутренних и внешних факторов, первостепенным из которых является здоровье. Следовательно, при разработке мероприятий по сохранению и укреплению здоровья врачей особое внимание следует уделять сложившемуся «портрету» здоровья работающих и неработающих пенсионеров.

**Цель работы.** Изучить информационные источники, описывающие состояние здоровья врачей предпенсионного возраста.

### **Задачи исследования:**

1. Проанализировать и оценить состояние здоровья врачей предпенсионного возраста.
2. Изучить комплексную социально-гигиеническую характеристику врачей предпенсионного возраста.

**Материалы исследования.** Публикации последних лет.

**Методы исследования.** Библиографический.

**Результаты исследования.** Л.М. Карамова и соавторы указывают на то, что в настоящее время в лечебно-профилактических учреждениях заметно

увеличивается доля медицинских работников предпенсионного и пенсионного возраста. Почти четверть выпускников медицинских вузов не приступает к работе врача, определенная часть уходит из медицины в первые годы работы. Причиной в основном является падение престижности профессии, отсутствие периодической защищенности, несоответствие оплаты труда высоким профессиональным требованиям и уровню ответственности. Особенно не хватает врачей в поликлинических учреждениях и на станции скорой медицинской помощи, где укомплектованность доходит до 40–60 %. Работа в таких условиях осложняется еще больше – растет нагрузка и напряженность труда [2].

В работах Г.М. Вялкова и соавторов отмечено, что одной из особенностей кадровой ситуации в здравоохранении России является большой удельный вес среди медицинских работников лиц в возрасте 50 лет и старше. С одной стороны, эти работники обладают достаточным опытом и являются высококвалифицированными специалистами, с другой стороны, у многих из них развиваются хронические заболевания, повышается заболеваемость, в том числе с временной утратой трудоспособности. Одним из современных приоритетных направлений системы здравоохранения РФ является стратегия здорового образа жизни и сохранение здоровья населения трудоспособного возраста. Таким образом, прослеживалась закономерность повышения заболеваемости с возрастом, так как количество заболеваний в период от 35 до 45 лет увеличивается на 18,5%, от 45 до 50 лет – на 20,2%, от 50 до 65 лет – на 40,3%. В период от 50 до 55 лет наблюдается увеличение накопления заболеваний практически в 2 раза (11,4%). Прослеживается единство возрастных критериев накопления хронической патологии у медицинских работников как в нашей стране, так и за рубежом [4].

В исследовании S. van den Berg et al. указано, что в Европейском союзе нарастание заболеваемости отмечается с 50 лет, а наличие мультиморбидности и низкого уровня образования значительно увеличивает частоту и длительность временной нетрудоспособности. Таким образом, данные анализа отечественной

и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что хронические заболевания и факторы риска их развития в мире как в общей популяции, так и среди медицинских работников встречаются довольно широко и имеют тенденцию к нарастанию. Максимальный прирост сочетанной патологии, особенно в возрасте от 50 до 60 лет, требует повышенного внимания к состоянию здоровья медицинских работников, что необходимо учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий [4].

Согласно исследованию И.Л. Максимова, подробно описывающее структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачебного персонала предпенсионного возраста клинической больницы, на первом месте находятся болезни органов кровообращения (45,5%), далее следуют болезни органов дыхания (23,9%), заболевания органов пищеварения и болезни костно-мышечной системы (по 5,2%), глаза и его придатков (4,1%), заболевания мочеполовой системы (3,1%), заболевания нервной системы и психические расстройства (2,3%), гинекологические заболевания (1,5%), новообразования (0,8%). Было показано, что наибольшие показатели заболеваемости встречаются среди врачей диагностических и терапевтических отделений, что обусловлено условиями труда. Альтернативно, показатели заболеваемости среди врачей хирургического профиля оказались наименьшими [8].

По мнению Гурьянова М.С., распространенность хронических заболеваний оказалась среди врачей предпенсионного возраста в 13,3 раза выше, чем среди остального медицинского персонала. Отмечено, что большинство медицинских работников связывали ухудшение состояния своего здоровья с трудовой деятельностью, в том числе с использованием медицинского оборудования. На сегодняшний день хронические болезни имеют 70% врачей, и только 40% из них состоят на диспансерном учете [6].

А.В. Короленко и соавторы отмечают, что во многом способность сохранять трудоспособность определяется наличием или отсутствием у человека хронических заболеваний. Согласно данным, проанализированные авторами, доля респондентов пенсионного возраста, указавших на их наличие у

себя, за пятилетний период с 2016 года сократилась с 6% до 39 %. Этот факт наряду с тенденцией повышения удельного веса положительных оценок здоровья в целом может свидетельствовать об улучшении его состояния среди граждан данной возрастной категории. При изучении роли индивидуального здоровья в принятии решения о продолжении трудовой активности особое значение приобретает рассмотрение субъективных параметров здоровья и самосохранительного поведения в разрезе работающих и неработающих граждан пенсионного возраста. Такой подход необходим как для определения мотивов и установок, влияющих на трудовую активность, так и для выявления «скрытого» потенциала здоровья среди нетрудящихся граждан. Подобную оценку позволяют осуществлять данные социологических исследований. В проведенном исследовании А.В. Короленко участвовало 1500 человек, из которых 451 — в пенсионном возрасте, в том числе 132 — работающие пенсионеры, 319 — неработающие пенсионеры [9].

Согласно Андреевой И.Л., повышенный объем информации у врачей, необходимость постоянной концентрации внимания, экстренного принятия решений, высокий уровень профессиональной ответственности создают основу для возникновения заболеваний, как профессиональных, так и общих. В силу профессиональной девиации медицинские работники предпенсионного возраста зачастую не уделяют должного внимания собственному здоровью, а ежедневное общение с заболевшими людьми нередко приводит к тому, что они перестают реагировать на появление у себя болезни как на экстраординарное состояние, требующее специализированной помощи. Не секрет, что нередко медицинские работники формально относятся к профилактическим осмотрам, несвоевременно и не всегда реагируют на данные обследований, а при выявлении заболеваний лечатся самостоятельно, не обращаясь за помощью к коллегам. Автор отмечает, что работающие врачи предпенсионного и пенсионного возраста значительно реже по сравнению с неработающими испытывают как легкие недомогания, так и имеют серьезные болезни, приводящие к потере трудоспособности. Среди респондентов пенсионного

возраста, осуществляющих трудовую деятельность, больше всего оказалось тех, кто никогда, но имел тяжелых болезней, влекущих потерю способности работать или вовсе полную недееспособность. Однако около 5 % работающие врачи-пенсионеры ежемесячно сталкиваются с болезнями, ведущими к полной или частичной нетрудоспособности, что свидетельствуют о первостепенности иных факторов при формировании стратегии их трудового поведения [1].

Царевой О.В. и соавторами было проведено медико-социологическое исследование, в ходе которого было изучено влияние неблагоприятных факторов на состояние здоровья врачей предпенсионного возраста. Исследование проведено методом опроса с использованием специально разработанной анкеты. Респондентам было предложено оценить степень влияния факторов на состояние своего здоровья. В число факторов, которые могут оказать воздействие на состояние здоровья, входили: плохие условия труда, физическая перегрузка на работе, психоэмоциональное напряжение на работе, конфликтная обстановка в коллективе, наличие вредных привычек (курение), нерациональное и несбалансированное питание, низкая двигательная активность (гиподинамия), неблагоприятный психологический климат в семье, низкая заработная плата, финансовые трудности, неустроенность быта, отсутствие профилактория и других спортивно-оздоровительных учреждений. Степень влияния оценивалась в баллах от 0 до 10 (максимально). По мнению, как мужчин, так и женщин - участковых терапевтов самое сильное влияние на состояние их здоровья оказывает психоэмоциональное напряжение на работе, которое оценивается соответственно в 5,6 и в 5,9 баллов. На второе и третье место по степени воздействия лица обоего пола поставили одни и те же факторы: низкую заработную плату (4,5 балла - мужчины, 4,4 балла - женщины) и финансовые трудности (соответственно 4,3 балла и 3,7 балла). Мужчины высоко оценили отрицательное воздействие на свое здоровье отсутствие профилактория и других спортивно-оздоровительных комплексов (3,0 и 3,3 балла). Женщины воздействие каждого из названных выше факторов оценили в 3,0 балла. В свою очередь ими так же оценено (3 балла) воздействие

физических перегрузок на работе, нерационального и несбалансированного питания. Мужчинами-терапевтами воздействие таких факторов как гиподинамия (низкая двигательная активность), плохие условия труда, физические перегрузки на работе, работа по совместительству, неустроенность быта были оценены в интервале от 2,8 до 2,4 балла. Влияние конфликтной обстановки в коллективе, неблагоприятного психологического микроклимата в семье, курения, оценено ими в интервале от 1,9 до 1,6 баллов. Влияние нерационального и несбалансированного питания оценивается наиболее низко – 0,3 балла. Женщины-терапевты к факторам, оказывающим умеренное воздействие на состояние их здоровья (2,4 — 1,0 балл), отнесли плохие условия труда, работу по совместительству, неустроенность быта, низкую двигательную активность, конфликтную обстановку в коллективе, неблагоприятный психологический климат в семье. Самое низкое влияние, по их мнению, оказывают вредные привычки (курение) — 0,6 балла, мужчины же оценили этот фактор значительно выше – 1,4 балла [10].

**Заключение.** В связи с резко возросшим темпом и интенсивностью рабочей активности медицинских работников предпенсионного возраста, повышением психологической нагрузки на врачей, здоровье медицинских работников приобретает всё большую актуальность, поэтому необходимо обратить внимание и изучить здоровье врачей данной возрастной категории для благополучного продления их трудовой деятельности.

#### **Список литературы:**

1. Андреева И. Л., Гуров А. Н., Катунцева Н.А. К оценке показателей здоровья и условий труда медицинских работников//Москва, 2013;8:51-5.
2. Карамова Л.М., Хафизова А.С., Башарова Г.Р. Сравнительная характеристика состояния здоровья медицинских работников скорой медицинской помощи и других учреждений здравоохранения. Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием//Уфа, 2016; 430–435.

3. Бердяева И.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей//Амурская область, 2018-Вып 67. – С. 5-12.
4. Вялкова Г.М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении//Москва,2020-Вып 72. – С. 5-6.
5. Гатиятуллина Л.Л. Состояние здоровья медицинских работников. Вестник современной клинической медицины//Москва, 2016;9(3):69-75.
6. Гурьянов М.С. Заболеваемость медицинских работников различных возрастных групп по данным дополнительной диспансеризации//Медицинский альманах, 2011; 2:25-8.
7. Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г. Заболеваемость медицинских работников (профессиональные аспекты). Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке»//Архангельск, 2017.
8. Максимов И.Л. Состояние здоровья врачей многопрофильной больницы//Здравоохранение РФ.– 2003.– №3.– С. 38–39.
9. Короленко А.В., Барсуков В.Н. Состояние здоровья как фактор трудовой активности населения пенсионного возраста//Вестник Пермского университета. Филомофия. Социология. 2017. Вып. 4. С.-643-657.
10. Царева О.В. Некоторые результаты социологического опроса врачей-терапевтов московской области//Москва, 2016-Вып 67. – С. 5-12.

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ  
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19  
Романова М.М., Чернов А.В.**

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

**Актуальность.** Глобальная стратегия Всемирной организации здравоохранения в области рациона питания, физической активности и здоровья во многом определяет развитие медицины в мире и в нашей стране в 21 веке, включая профилактику хронических неинфекционных и

инфекционных заболеваний при оказании внебольничной медицинской помощи [7, 8, 11, 12, 14]. В современных условиях пандемии COVID-19 актуализировались буквально в режиме реального времени вопросы первичной, вторичной, третичной профилактики и здоровьесбережения.

Течение любого инфекционного процесса определяется состоянием макроорганизма, микроорганизма и особенностями их взаимодействия. «Человек как существо наиболее биологически и социально развитое должен быть подготовлен к защите своего организма от вируса, вызвавшего пандемию» [6]. При продолжающейся второй год пандемии между развитием человека как биологического вида и возможностью противостоять распространению новой коронавирусной инфекции наблюдается несоответствие. Поэтому необходимы анализ и определение перспектив совершенствования и обновления подходов и методов профилактики и здоровьесбережения.

**Целью исследования** явилось исследование состояния и перспектив развития инновационных подходов, технологий и методов профилактики и здоровьесбережения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

**Методы и материалы.** Для достижения поставленной цели применялись: теоретический анализ, системный синтез научной и методической литературы, нормативно-правовые документы, результаты собственных исследований, статистические данные.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Эффективная профилактика при оказании внебольничной медицинской помощи приобретает особое значение в период пандемии COVID-19 для снижения заболеваемости, так как «уменьшение патогенного воздействия условий возникновения инфекционного заболевания по сути сводится к восстановлению правильного восприятия реальности, научению организма адекватному реагированию, предупреждению и устранению устойчивого патологического состояния, воспитанию конструктивного эмоционального поведения, созданию условий для перевода патологической адаптации в физиологическую, укреплению слабых звеньев организма» [6].

Проведенный анализ программ профилактической направленности в вузах страны показал, что стандартная модель отсутствует, однако, в целом присутствуют все современные компоненты и технологии здоровьесбережения [9]. При этом наиболее распространены физкультурно-оздоровительные технологии, технологии обеспечения жизнедеятельности, но недостаточно использованы, по нашему мнению, личностно-развивающие технологии, аксиологический и эмоционально-волевой компонент; обладают максимально позитивным влиянием в период пандемии медико-гигиенические и здоровьесберегающие технологии с гносеологическим и эмоционально-волевым структурными компонентами.

По данным изучения научной литературы выявлены инновационные подходы в этом направлении. Так, авторы концепции конструктивной физической культуры [3], определяют, что ее методическими принципами являются: сущностно-эмоциональное воспитание и общая гомеостатическая тренировка. «Конструктивная свобода создает способность и обеспечивает возможность совершенствоваться. Для этого необходимы: правильное восприятие реальности, достаточные ресурсы и эффективное мышление. Процесс совершенствования, который заключается в выработке новых адаптационных программ и создании биологических структур, их выполняющих, следует понимать, как здоровье». Необходимо учитывать, что «эффективное мышление человека является основой его самосовершенствования, а знание особенностей человеческого мышления позволяет дать рекомендации по его самоорганизации» [3].

При изучении инноваций в профилактике при просветительско-педагогической деятельности наше внимание привлек дистанционный интерактивный цикл обучающих профилактических бесед-лекций с применением аксиолитического, гносеологического структурных компонентов, который носил и физкультурно-оздоровительный характер, а также элементы социально-адаптирующих, лечебно-оздоровительных и личностно-развивающих технологии [4].

Компьютерные технологии в условиях пандемии приобрели важное значение во всех сферах жизни человека и общества [1], в том числе в здравоохранении при оказании внебольничной медицинской помощи. Среди комплекса профилактических показателей в условиях пандемии наиболее ценными являются такие, которые позволяют оценивать адаптационный потенциал, который определяет возможность сохранения здоровья [5]; тесно связан со структурой питания, пищевым и метаболическим статусом, состояние которых в свою очередь признается критически важными в условиях пандемии COVID-19 [2].

Поэтому нами разработаны и реализованы на практике компьютерные технологии программного обеспечения оценки питания и адаптационного потенциала [10, 13]. Показано, что их применение в медицинских организациях, оказывающих внебольничную медицинскую помощь, позволяет объективизировать данные по особенностям питания, образа жизни, адаптационных возможностей и признаков предпатологии. Данные программные приложения могут применяться как скрининговый метод для диагностики пищевого статуса, оценки питания, адаптационного потенциала, коррекции образа жизни в практическом здравоохранении, в том числе при оказании внебольничной медицинской помощи в рамках диспансеризации населения, при профилактических осмотрах, в центрах здоровья, при проведении медицинской реабилитации.

Полагаем, что в условиях пандемии назрела необходимость формирования отношения к здоровью как к процессу непрерывного развития с прогрессивным обновлением, необходимым для эволюционирования человеческой личности как индивида и человечества в целом. Считаем, что такой подход и внедрение принципов конструктивной физической культуры позволит качественно повлиять на заболеваемость, смертность, демографическую ситуацию в стране.

**Заключение.** В условиях пандемии COVID-19 в нашей стране развиваются и совершенствуются научные и практические подходы к

профилактике и здоровьесбережению, включая инновационные и компьютерные технологии при оказании внебольничной медицинской помощи. Полученные результаты исследования следует учитывать при формировании базовых и индивидуальных профилактических и здоровьесберегающих программ. Дальнейшие исследования по разработке и реализации инновационных подходов, технологий и методов профилактики будут способствовать повышению мотивации к сохранению здоровья, повышению качества жизни, снижению заболеваемости новой коронавирусной инфекцией и другими заболеваниями, повышению качества и эффективности оказания внебольничной медицинской помощи.

### **Список литературы:**

1. Альтбах Ф. Дж., Ханс де Вит. Информационные технологии в контексте COVID-19: поворотный момент? // Международное высшее образование. - 2020. - № 103. - С. 6-8.
2. COVID-19: новые вызовы для медицинской науки и практического здравоохранения / В.А. Тутельян [и др.] // Вопросы питания. - 2020. - Том 89. № 3. - С. 6-13.
3. Конструктивный подход к модернизации системы физического воспитания населения России / Г.В. Бугаев [и др.] // Пространство физической культуры. - 2020. - С. 41-46.
4. Курс оздоровительного образования студентов в условиях пандемии, вызванной COVID-19 / В.К. Волков [и др.] // Физическая культура и спорт в системе образования. 2020. № 3. С.43-46.
5. Образ жизни, адаптационные возможности, синдром хронической усталости и признаки предпатологии у студентов / М.М. Романова [и др.] // Профилактическая медицина. - 2018. - Т. 21. № 2-2. - С. 69-70.
6. О значении конструктивной физической культуры и саногенетического лечения в преодолении пандемии, вызванной COVID-19 / Волков В.К. [и др.] // Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология. - 2020. - № 6. - С.136-140.

7. Оптимальное питание – основа здорового образа жизни. / В.А. Тутельян [и др.] / В книге: Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. М.: Научная книга. - 2019. - С. - 228-249.
8. Особенности совершенствования медицинской помощи по профилю «диетология» в Воронежской области / М.М Романова и др. // Вопросы питания. - 2013. - Т. 82. - № 1. - С. 59-63.
9. Развитие современного ВУЗа: новые методы и технологии. Коллективная монография / Отв. редактор А.Ю. Нагорнова. Ульяновск, 2021. - 216 с.
10. Романов Н.А., Романова М.М., Чернов А.В. Компьютерные технологии в здоровьесбережении молодежи / Неделя науки 2020: материалы Международного молодёжного форума. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2020. - С. 250-252.
11. Романова М.М., Махортова И.С., Золотарёва И.В. Пищевое поведение, привычки питания и качество жизни у больных с синдромом диспепсии и ожирением //Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 44. - С. 186-190.
12. Романова М.М., Чернов А.В. Некоторые особенности структуры питания пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями // Профилактическая медицина. - 2021. - Т.24. №5-2. - С. 92.
13. Романова М.М. Чернов А. В., Романов Н.А. Инновационное программное обеспечение организации индивидуального диетического лечебного и профилактического питания // Системный анализ и биоуправление в медицинских системах. - 2020. - Том 19. № 4. - С. 153-158.
14. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела / О.Ю. Ширяев [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2014. - Т.17. № 1. - С.183-187.

**ИННОВАЦИОННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ  
ОКАЗАНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
Романова М.М., Чернов А.В.**

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

**Актуальность.** Значение и роль цифровых технологий неуклонно и ежедневно возрастает в жизни человека и общества, что особенно ярко и остро проявилось в внезапно возникших условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, буквально в режиме «он-лайн», включая научную медицину и практическое здравоохранение [4, 5].

Период пандемии объемно проявил существующие и открыл вновь возникшие проблемы в организации медицинской помощи при проведении реабилитационных мероприятий в стране, включая оказание внебольничной медицинской помощи [2]. Медико-социальные аспекты реабилитации пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции тесным образом связаны с психологическими и социальными аспектами [3, 9], что обусловлено в том числе с формированием у ряда лиц постковидного синдрома, включая поражение центральной нервной системы и когнитивные расстройства [3, 4]. Уже наблюдается и ожидается большое количество проблем, связанных с физическими, когнитивными и психосоциальными нарушениями у людей до, во время пандемии, а также после нее [2, 9]. В связи с вышеизложенным, разработка и реализация применения цифровых компьютерных технологий в практическом здравоохранении в современных условиях представляется весьма актуальной.

**Целью исследования** явились разработка и изучение эффективности применения цифрового программного обеспечения компьютерного психометрического тестирования для повышения качества оказания внебольничной медицинской помощи при проведении реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы.** В исследовании применялись методы системного, дискриминантного и сравнительного анализа, формализованные методы анализа, синтеза, систем сбора и обработки данных, язык программирования C#, технология ADO.NET Entity Framework (EF) [1, 10], встроенные возможности генерации графиков, отчётов и анализа распределения. В работе использовалось разработанное нами компьютерное приложение по психометрическому тестированию, включавшее батарею тестов, в том числе опросники FPI, ТОБОЛ, Гамильтона, объединенных в единую базу данных. В исследование, в основную в группу включены 30 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях свободной выборки. Средний возраст составил  $47,1 \pm 8,7$  лет. При статистической обработке данных применялись параметрические и непараметрические критерии.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно статистической обработке результатов, полученных при проведении психометрического тестирования с применением разработанного цифрового программного обеспечения установлено, что для пациентов старших возрастных групп при исследовании аффективной сферы были характерны высокий уровень тревоги, средний уровень депрессии, а согласно результатам многопрофильной личностной оценке - раздражительность и предрасположенность к депрессивному и стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации. При этом расстройства аффективной сферы различной степени выраженности выявлялись в 76% случаев. Для внутренней картины болезни были характерны и встречались достоверно чаще других такие типы отношения к болезни как апатический, обсессивно-фобический, тревожный и неврастенический типы ( $p < 0,05$ ). Менее характерными и наиболее редко встречающимися оказались гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни.

Известно, что при новой коронавирусной инфекции COVID-19 могут возникать в том числе нейрокогнитивные и психические нарушения, и при проведении реабилитационных мероприятий «обучение больного ... играет ключевую роль в любой программе реабилитации и формировании позитивной

мотивации» [2]. Безусловно, оптимальная организация школ здоровья для пациентов с применением индивидуального психологического подхода [6, 7, 8] при оказании внебольничной медицинской помощи будет способствовать повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

**Заключение.** Согласно полученным данным проведенного исследования, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы выявлены субклинически и клинически выраженные расстройства аффективной сферы, личностные характеристики, влияющие на формирование тревожно-депрессивных расстройств, в большинстве случаев неблагоприятная внутренняя картина болезни, особенно среди лиц старших возрастных групп. Разработанное нами программное приложение может быть использовано на этапах проведения медицинской реабилитации, в том числе при проведении консультирования с применением телемедицинских технологий, при разработке и реализации индивидуальных программ реабилитации постковидных пациентов в медицинских учреждениях, оказывающих внебольничную медицинскую помощь. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости психологической, а у ряда пациентов и психотерапевтической медицинской помощи при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

#### **Список литературы:**

1. Иванов С. О., Ильин Д.В., Большаков И.Ю. Сравнительное тестирование языков программирования // Вестник Чувашского университета. - 2017. - №2. - С. 222-227.
2. Новая коронавирусная инфекционная болезнь COVID-19: особенности комплексной кардиологической и респираторной реабилитации Бубнова М. Г. и др. // Российский кардиологический журнал. - 2021. - Т.26, № 5. - С. 44-87.
3. Постковидный синдром: опыт терапевта и психотерапевта. [Электронный ресурс] URL: <https://shopdon.ru/blog/postkovidnyy-sindrom-opyt-terapevta-i-psikhoterapevta/> (Дата обращения: 11.11.2021)

4. Реабилитация после COVID-19: проблемы и возможности. [Электронный ресурс] URL: <http://council.gov.ru/media/files/k2bagAToYCeVPZ9QMSTX78x3CEqpMFvg.pdf> (Дата обращения: 11.11.2021)
5. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19. - М., 2020. 46 с.
6. Романова М.М., Алексенко А.С. Особенности оптимизации организации школ здоровья в центре здоровья // Вопросы диетологии. - 2011. Т. 1. - № 3. - С. 6-7.
7. Романова М.М., Алексенко А.С., Музалькова Т.И. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в центре здоровья // Профилактическая медицина. - 2012. - Т. 15, № 2-1. - С. 122.
8. Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела / О.Ю. Ширяев и др. // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2014. - Т.17, № 1. - С.183-187.
9. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin. Neurosci. 2020; (February).
10. EntityFramework. [Электронный ресурс] URL:<http://msdn.microsoft.com/ru-ru/data/ef.aspx/>. (дата обращения 11.11.21).

**СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ  
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Садурдинов А.О.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) в настоящее время представляют собой одну из наиболее актуальных проблем здравоохранения во

всем мире. Это обусловлено тем, что ХНИЗ считаются главной причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения в большинстве развитых стран, в том числе – и в России [1]. Как следствие, ХНИЗ оказывают значительное негативное влияние на социально-экономическое развитие стран [2]. В этой связи разработка и реализация стратегий профилактики ХНИЗ входят в число приоритетных задач как международных организаций, так и отечественных институтов, так или иначе связанных с охраной здоровья граждан.

На сегодняшний день наиболее широкое распространение в мире получили две стратегии профилактики ХНИЗ: популяционная и высокого риска [3]. В нашей стране в рамках обеих стратегий разрабатываются региональные и национальные программы профилактики ХНИЗ. В качестве примера реализации этих стратегий в РФ можно привести Приложение к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 января 2020 года №8 «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» [1]. Популяционная стратегия профилактики ХНИЗ представлена в этом документе таким направлениями как: создания условий, обеспечивающих возможность вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культурой и спортом; разработка программ популяризации рационального питания; разработка нормативных правовых мер, направленных на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака и т.д. Следует отметить, что в нашей стране уже действует ряд мер в рамках популяционной стратегии профилактики ХНИЗ: ограничение продаж табачных изделий и алкогольных напитков по возрасту и времени, запрет на курение в общественных местах, открытие центров медицинской профилактики и здоровья и т.д.

Стратегия высокого риска представлена в вышеназванном документе такими мероприятиями как: повышения охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией; повышения охвата профилактическим

консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска и т.д. Отметим, что эта стратегия профилактики ХНИЗ уже активно реализуется в нашей стране. Так, по данным официальной статистики за период с 2008 по 2016 г. реализации Национальной онкологической программы показатель активного выявления злокачественных новообразований возрос более, чем на 10% [4].

Что касается перспектив, то специалисты считают весьма многообещающей стратифицированную стратегию профилактики ХНИЗ [5]. Эта стратегия предполагает деление популяции на группы различного риска — страты на основании расчета генетического риска, для которых разрабатываются дифференцированные профилактические мероприятия. Пока эта стратегия не получила практической реализации в нашей стране, однако, возможно, будет реализована в ближайшем будущем.

#### **Список литературы:**

1. Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года / Приложение к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 января 2020 года №8. М., 2020

2. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Профилактика неинфекционных заболеваний как возможность увеличения ожидаемой продолжительности жизни и здорового долголетия. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. - 18(2). – С. 5-12

3. Кобякова О.С., Куликов Е.С., Малых Р.Д. и др. Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний: современный взгляд на проблему. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2019. - 18(4). – С. 92-98

4. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ "НМИРЦ" Минздрава России, 2017. – 236 с.

5. Burton H., Sahoo G.S., Pharoah P. et al. Time to revisit Geoffrey Rose: strategies for prevention in the genomic era? Italian Journal of Public Health, 2012. - 9(4).

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.**

**Сальянова Г.Р, Хузаханов Ф.В.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Введение.** Внематочная беременность (ВБ) - гинекологическое заболевание, занимающее одно из основных мест в структуре причин госпитализации и смертности у женщин репродуктивного возраста. В структуре материнской смертности в мире ВБ занимает до 10%. В России доля ВБ в структуре материнской смертности за 2019 год составила 4,5%. Однако каждый год в нашей стране сохраняется тенденция к неуклонному росту ВБ, как и во всем мире: так, в 50-60-х гг. XX в. частота ВБ составляла в среднем 0,4%, а в наши дни, по некоторым, достигает 2,4%, а среди беременных после ЭКО - до 5% [1].

Рост данной патологии, диктует необходимость организации комплекса профилактических мероприятий, направленных на оптимизацию работы по предупреждению возникновения внематочной беременности, снижению гинекологической заболеваемости и формированию здорового образа жизни среди пациенток в условиях женской консультации.

**Цель** нашей работы изучение факторов риска, способствующих внематочной беременности, образа жизни женщин, имеющих в анамнезе внематочную беременность.

**Материалы и методы:** для определения факторов риска развития внематочной беременности мы провели ретроспективный анализ медицинских

карты амбулаторного больного в количестве 530 шт., взяв 2 равные по количеству группы пациенток с диагнозом ВБ в анамнезе и без.

**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. У пациенток с диагнозом внематочная беременность: наиболее часто выявлялись такие предрасполагающие факторы как: курение 131 (49,43%), заболевания мочеполовой системы 206 (77,74%), операции органы репродуктивной системы, в том числе малые 140(52,83%), раннее начало половой жизни 67 (25,28%), большое количество половых партнеров 107 (40,38%), отсутствие контрацепции 204 (76,98%).

Среди женщин без внематочной беременности в анамнезе удельный вес факторов риска был значительно ниже: курение 18(6,79%), заболевания мочеполовой системы 37 (13,96%), операции 49(18,49%), раннее начало половой жизни 13(4,91%), большое количество половых партнеров 23 (8,68%), отсутствие контрацепции 28(10,57%). Наличие данных факторов значительно превышено у пациенток с внематочной беременностью в анамнезе, по сравнению с женщинами без внематочной беременности в анамнезе (разница статистически значима,  $p > 0,05$ ). В целом большинство женщин указали на дефицит информации по вопросам репродуктивного здоровья, а получаемые ими рекомендации оценивались как неполные.

**Выводы.** 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.

Проанализировав факторы риска 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. С целью профилактики внематочной беременности необходимо:

— продолжить мероприятия по внедрению рекомендаций по ведению ЗОЖ во всех медицинских организациях, оказывающих помощь женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде;

— продолжить мероприятия по совершенствованию профилактики внематочной беременности с целью снижения риска возникновения критических акушерских состояний и случаев материнской смерти;

— принять меры по проведению мониторинга течения беременности и формированию групп риска, а также по совершенствованию работы женских консультаций и поликлиник, в том числе путем осуществления контроля и учета случаев ВБ;

— продолжить мероприятия по профилактике абортот;

— продолжить работу по повышению квалификации медицинских работников женских консультаций.

### **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-

3. Филиппов О.С., Гусева Е.В. Материнская смертность в Российской Федерации в 2019 г. // Проблемы репродукции. - 2020. - № 26(6-2). - №8-26.

## ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ Тилелюева Е.С.

ФГБОУ ВО Омский государственный университет путей сообщения  
СП СПО «Омское медицинское училище железнодорожного транспорта»

**Актуальность.** Дефицит йода и связанные с ним йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) в последние годы приобрели острую социальную значимость и стали одной из приоритетных проблем отечественного здравоохранения. Они относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных болезней человека. На сегодняшний день более 2 миллиардов жителей Земли испытывают дефицит йода. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), 1,5 миллиарда жителей Земли имеют риск развития ЙДЗ; у 655 миллионов людей в мире диагностирован эндемический зоб (ЭЗ); 43 миллиона имеют нарушения функции мозга и умственную отсталость вследствие йодного дефицита [1].

Комбинированное воздействие струмогенных факторов различного генеза (природный йоддефицит, техногенная химическая нагрузка, дисбаланс эссенциальных микроэлементов) ведет, в свою очередь, к задержке физического и нервно-психического развития детей, снижению их умственных способностей, ухудшению состояния репродуктивного здоровья подростков и женщин детородного возраста, повышению уровня заболеваемости и, как следствие, к ухудшению показателей качества жизни и здоровья нации.

Среди химических факторов формирующих загрязнение среды обитания, наиболее серьезную угрозу для здоровья населения представляют тяжелые металлы, большинство из которых выступает в качестве струмогенов, способных оказывать негативное влияние на тиреоидный обмен. При избыточном поступлении металлов в организм происходит их накопление в ткани щитовидной железы с последующей блокадой рецепторного аппарата, прямым токсическим действием и конкурентным вытеснением йода. Наиболее

высокие темпы роста йоддефицитной тиреоидной патологии регистрируются на территориях со стабильно высоким уровнем техногенного загрязнения среды обитания [2].

Омская область является крупным промышленным центром, а также Сибирский регион характеризуется природно-обусловленным дефицитом йода, что создаёт гигиенически неблагоприятные условия сочетанного воздействия струмогенных факторов техногенного и природного происхождения на население.

Гипотеза исследования: если реализовать практические рекомендации, направленные на первичную профилактику возникновения йоддефицитных заболеваний у населения, то уровень информированности населения о способах профилактики йоддефицитных заболеваний повысится.

**Цель исследования:** теоретически обосновать и реализовать практические рекомендации, направленные на первичную профилактику возникновения йоддефицитных заболеваний у населения.

**Задачи исследования:**

1. Разработать критерии и показатели эффективности применения практических рекомендаций, направленных на первичную профилактику возникновения йоддефицитных заболеваний у населения.

2. Разработать и реализовать практические рекомендации, направленные на первичную профилактику возникновения йоддефицитных заболеваний у населения.

**Материал и методы исследования:** анализ и синтез, анкетирование.

На базе БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4» Центр здоровья нами проведено анкетирование десяти человек с целью выявления уровня информированности у взрослого населения о том, что такое йоддефицитные заболевания, о способах профилактики возникновения йоддефицитных заболеваний. Нами была разработана анкета, состоящая из 6 вопросов.

На основании анализа результатов анкетирования, можно сделать вывод, о том, что не все участники исследования знают о способах первичной профилактики возникновения йоддефицитных заболеваний.

Нами разработаны критерии и показатели эффективности реализации практических рекомендаций в процессе проведения бесед по первичной профилактике возникновения йоддефицитных заболеваний: информированность; доступность и достоверность информации; создание условий для реализации практических рекомендаций; деятельность по реализации рекомендаций.

Таким образом, на основании разработанных нами критериев и показателей эффективности реализации буклета в процессе проведения беседы по первичной профилактике возникновения йоддефицитных заболеваний, были разработаны беседа и буклет, направленные на повышение уровня информированности населения о способах профилактики возникновения йоддефицитных заболеваний.

**Результаты и их обсуждение.** На втором этапе исследования мы провели беседу, в процессе которой участники просветительской беседы задавали уточняющие вопросы и были достаточно активны. Участники беседы понимали информацию, размещенную в буклете. Каждый слушатель беседы получил практические рекомендации в виде буклета.

Для сравнительного анализа результатов эффективности проведения беседы и реализации буклета о способах первичной профилактики возникновения йоддефицитных заболеваний нами было проведено повторное анкетирование. Проанализировав полученные данные, мы пришли к выводу, что уровень информированности участников исследования составляет 100%. Всем участникам просветительских бесед выдавался теоретический раздаточный материал в виде буклета на тему: «Первичная профилактика йоддефицитных заболеваний».

**Заключение.** Цель в работе достигнута, мы теоретически обосновали и реализовали практические рекомендации, направленные на первичную профилактику возникновения йоддефицитных заболеваний у населения.

Гипотеза, сформулированная в начале работы, подтвердилась - если реализовать практические рекомендации, направленные на первичную профилактику возникновения йоддефицитных заболеваний у населения, то уровень информированности населения о способах профилактики йоддефицитных заболеваний повысится. Разработанные нами беседа, практические рекомендации в виде буклета на тему: «Первичная профилактика йоддефицитных заболеваний», являются эффективными для ознакомления населения, что подтвердилось результатами анкетирования.

#### **Список литературы:**

1. Елизарова А.Т. Гигиенические аспекты йоддефицитных заболеваний населения Томской области: автореф. дис. ... канд. мед. - Томск, 2005. - 23 с.
2. Лужецкий К.П. Гигиеническая оценка воздействия природных и техногенных химических факторов на развитие йоддефицитных заболеваний у детей и совершенствование профилактических мероприятий (на модели Пермского края): автореф. дис. ... канд. мед. - Пермь, 2010. - 25с.

## **АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

**Чернов А.В., Романова М.М.**

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

**Актуальность.** Появление в конце 2019 года вспышки новой коронавирусной инфекции COVID-19, дальнейшее ее распространение и условия мировой пандемии обусловили появление новых вызовов перед мировым сообществом, поставили ряд задач для систем здравоохранения, связанных в том числе с оказанием внебольничной медицинской помощи. На

сегодня в режиме реального времени продолжается процесс накопления и обсуждения информации об эпидемиологии, диагностике, клинических особенностях, лечении, профилактике и реабилитации этого заболевания [4, 5, 6, 10].

Эффективная реализация поэтапной организации реабилитации и динамичное совершенствование средств и методов реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших COVID-19, имеет важнейшее значение для восстановления здоровья и трудоспособности, социально-экономического благополучия, повышения качества жизни населения, оптимизации демографической ситуации в стране. Особая роль в процессе реабилитации отводится внебольничной медицинской помощи, санаторно-курортным медицинским организациям.

**Цель исследования:** повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи лицам с новой коронавирусной инфекцией путем оптимизации реабилитационных мероприятий, определение перспектив развития реабилитации при оказании внебольничной медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, находящиеся на третьем этапе медицинской реабилитации, с разным течением, поражением систем, осложнениями. Помимо стандартного обследования проводились в том числе оценка нутритивного статуса [1, 3], оценка аффективной, когнитивной сфер, пищевого поведения [9], оценка качества жизни. Применялись базисные и индивидуальные программы реабилитационных мероприятий. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ Microsoft Excel 10.0 и Statistica 10.0 for Windows с применением параметрических и непараметрических критериев.

**Результаты и их обсуждение.** При построении программ реабилитации учитывались: синдромно-патогенетический принцип и принцип индивидуального подхода; клинические паттерны болезни; комплексная направленность; сосредоточенность на восстановлении наиболее

поврежденных функций организма больного. В программы включены медикаментозный, физический, образовательный и психологический аспекты. Целевое назначение разработанной и реализуемой в санатории им. Горького программы реабилитации на третьем этапе пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 заключается в улучшении качества жизни, обеспечении возможности полного восстановления нарушенных функций организма, социальной, бытовой и профессиональной активности пациента.

Лечебный эффект программы направлен на восстановление нарушенных функций со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, пищеварительной, центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, нормализацию психоэмоциональной сферы. Особенности реабилитационных методов основывались на персонифицированном подходе к коррекции индивидуального набора функциональных/патологических нарушений конкретного больного (в первую очередь учитывались степень поражения легких, риск кардиореспираторной декомпенсации и вероятных тромбоэмболических осложнений, симптомы утомляемости, астении, миалгии и депрессии, выраженность нутритивной недостаточности, аффективных расстройств, когнитивных нарушений).

В базисную программу включены такие процедуры как лечебная физкультура в зале (индивидуально и в группе); дыхательная гимнастика; проведение пробы Штанге, пробы Генчи; скандинавская ходьба; терренкур; лечебная физкультура; ингаляционное воздействие кислорода и лекарственных препаратов; спелеовоздействие; лечебные ванны: жемчужные, хвойные, морские, камфорно-пихтовые, «сухие» углекислые ванны; лечебные души: циркулярный, шарко, восходящий; подводный душ-массаж; массаж ручной классический; светотерапия, воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением, магнитотерапия, электрофорез лекарственных препаратов, воздействие электрическим полем ультравысокой частоты, электросон, воздействие высокочастотными электромагнитными полями,

диадинамотерапия; воздействие синусоидальными модулированными токами; назначение диетической терапии; воздействием климатом; психотерапия.

Разработанные и внедренные базисные и индивидуальные программы реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, способствовали достижению общих и частных целей реабилитации; в динамике наблюдались оптимизация клинической симптоматики; функции внешнего дыхания; повышение показателей общих функциональных резервов организма, толерантности к физическим нагрузкам; снижение нарушений аффективной сферы, когнитивных функций; повышение качества жизни, статистические достоверные по отдельным шкалам и показателям ( $p < 0,05$ ).

В Консенсусе экспертов российских сообществ (2021) рассматриваются вопросы комплексной медицинской реабилитации больных после новой коронавирусной инфекции. Подчеркнуто, что при проведении реабилитационных мероприятий «обучение больного (и его родственников) играет ключевую роль в любой программе реабилитации и формировании позитивной мотивации», ознакомить с профилактикой «возможных последствий болезни, разъяснить важность приверженности рекомендациям врача, лекарственной терапии и реабилитации» [2]. Полагаем, что рациональная организация школ здоровья для пациентов [7, 8], будет способствовать повышению эффективности реабилитационных мероприятий. Значительную роль в таком обучении могут и должны занимать медицинские психологи, специалисты по эрготерапии.

**Заключение.** Реабилитация пациентов, перенесших COVID-19, имеет важнейшее значение для восстановления и сохранения здоровья населения. Поэтому ее эффективные организация и реализация, включая индивидуальный подход, достижение общих и частных целей и задач при оказании внебольничной медицинской помощи, определяют медико-социальные последствия пандемии для общества и государства в целом.

Успешное преодоление медико-социальных последствий пандемии COVID-19, дальнейшее развитие системы реабилитации после новой

коронавирусной инфекции и всей системы реабилитации в целом в нашей стране, полагаем, связано с несколькими факторами: дальнейшее динамичное совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения в стране; реализацией в работе на практике в полном объеме приказов ведомственных министерств по направлениям реабилитации и внебольничной медицинской помощи; утверждением клинических методических рекомендаций по применению Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в стране; совершенствованием программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации в системе дополнительного профессионального образования, включая реабилитацию и внебольничную медицинскую помощь.

Очевидно, что эти меры во многом определяют устранение негативных медико-социальных последствий пандемии COVID-19, будут способствовать повышению качества оказания внебольничной медицинской помощи, реабилитационных мероприятий, оптимизации демографической ситуации в стране.

#### **Список литературы:**

1. Бабкин А.П., Романова М.М., Зуйкова А.А. Особенности питания, вкусовой чувствительности и циркадианный ритм экскреции метаболитов оксида азота у больных с синдромом диспепсии и метаболическим синдромом // Вопросы питания. - 2018. - Т. 87. № S5. - С. 71.

2. Новая коронавирусная инфекционная болезнь COVID-19: особенности комплексной кардиологической и респираторной реабилитации Бубнова М. Г. и др. // Российский кардиологический журнал. – 2021. - 26(5):4487

3. Оценка пищевого статуса больных хронической болезнью почек, получающих заместительную почечную терапию / М.М. Романова [и др.] // Вопросы питания – 2018. - Т. 87. № S5. - С. 114-115.

4. Постковидный синдром: опыт терапевта и психотерапевта. URL: <https://shopdon.ru/blog/postkovidnyy-sindrom-opyt-terapevta-i-psikhoterapevta/>  
(Дата обращения: 11.11.2021)
5. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19): Временные методические рекомендации. М. 2020.
6. Реабилитация после COVID-19: проблемы и возможности. URL: <http://council.gov.ru/media/files/k2bagAToYCeVPZ9QMSTX78x3CEqpMFvg.pdf>  
(Дата обращения: 11.11.2021)
7. Романова М.М., Алексенко А.С. Особенности оптимизации организации школ здоровья в центре здоровья // Вопросы диетологии. 2011. Т. 1. № 3. С. 6-7.
8. Романова М.М., Алексенко А.С., Музалькова Т.И. Оценка возможностей модификации факторов риска развития неинфекционных заболеваний в центре здоровья // Профилактическая медицина. 2012. Т. 15. № 2-1. С. 122.
9. Романова М.М., Махортова И.С., Золотарёва И.В. Пищевое поведение, привычки питания и качество жизни у больных с синдромом диспепсии и ожирением // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2011. № 44. С. 186-190.
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912–920.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Чернов А.В., Романова М.М.

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

**Актуальность.** Ближайшими целями развития здравоохранения в нашей стране являются «увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий» [11]. В современных условиях актуализируются процессы цифровизации, интенсификации труда в здравоохранении, возможности адекватного реагирования на моральные, эмоциональные, психические, этико-деонтологические аспекты работы в контексте перегрузок [1, 5, 6, 9].

В то же время возрастают требования к профессиональным качествам и профессиональным компетенциям медиков благодаря совершенствованию квалификационных характеристик и требований, утверждению профессиональных стандартов по отдельным специальностям [7, 8, 10]. Все вышеизложенное особенно ярко проявилось в условиях пандемии COVID-19 [12], которые в том числе увеличивают психоэмоциональные нагрузки и нервное перенапряжение в повседневной профессиональной деятельности медицинских работников.

**Целью исследования** явилось изучение состояния здоровья медицинских работников в контексте особенностей психоэмоциональной сферы при оказании внебольничной медицинской помощи.

**Методы и материалы.** В условиях свободной выборки в исследование включено 60 медицинских работников, врачей и медицинских сестер. Средний возраст составил  $47,1 \pm 6,2$  лет. Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический методы

исследования, включая использование шкал Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и депрессии (HDRS); опросника В. В. Бойко (далее – опросник 1); опросника, разработанного на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон в адаптированном варианте Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (далее – опросник 2) [2]. Информированное согласие на личное участие в исследовании подписано всеми участниками. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью компьютерной программы «Statistica 10.0» с применением пара- и непараметрических критериев ( $p < 0,05$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ статистически обработанных полученных результатов проводился как по общим показателям, так и по средним показателям средних оценок в выделенных группах (врачи и медицинские сестры) и подгруппах (возрастные категории, гендерные особенности, стаж профессиональной деятельности). В исследуемой группе медицинских работников были выявлены признаки тревожно-депрессивных изменений аффективной сферы у 44 лиц (71%), при этом наиболее выражены были среди психопатологических вариантов тревожно-меланхолический и субдепрессивный типы, среди врачей и медицинских сестер в подгруппах в возрастной категории от 40 до 50 лет, со стажем работы от 10 до 20 лет и более 20 лет. При анализе показателей по шкалам тревоги и депрессии HARS и HDRS отмечались преимущественно субклинически выраженные формы тревожных и депрессивных расстройств.

Отдельные симптомы синдрома профессионального выгорания согласно опроснику 1 выявлялись у 52 (83,8%) обследованных медиков. При этом преобладала фаза «истощения», в старшей возрастной подгруппе - стадия «деперсонализации». По структуре отдельных симптомов у врачей доминировали такие как «психосоматические и психовегетативные нарушения», «расширение сферы экономии эмоции», «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку»; у медицинских сестер чаще проявлялись

«эмоциональная отстраненность», «личная отстраненность», «эмоциональный дефицит», «неадекватное эмоциональное нравственное реагирование».

Согласно статистической обработке результатов анкетирования по опроснику 2, средний интегральный показатель выгорания в группе врачей составил  $6,5 \pm 0,9$ , средняя степень эмоционального выгорания, в группе медицинских сестер –  $7,8 \pm 2,1$ , высокая степень выгорания. При анализе по подгруппам наибольшее выгорание по шкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация/цинизм» наблюдалась в подгруппе медицинских сестер возрастной категории от 40 до 50 лет и подгруппе врачей женского пола возрастной категории старше 50 лет со стажем более 20 лет.

При проведении корреляционного анализа выявлены корреляционные связи, прямые и обратные, средней интенсивности между отдельными средними показателями состояния аффективной сферы и синдрома профессионального (эмоционального) выгорания ( $p < 0,05$ ).

Результаты исследования в определенной мере согласуются с другими данными [3, 4], позволяют констатировать, что в отечественном здравоохранении и медицинском образовании повышается приоритетность вопросов высокой стрессоустойчивости, воспитания надежных морально-волевых качеств у медицинских работников, своевременного и эффективного выявления, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния здоровья в медицинской среде, особенно при оказании внебольничной медицинской помощи. Поэтому необходима оптимизация психологической подготовки при формировании профессиональных компетенций в рамках программ образовательных стандартов высшего и среднего медицинского образования и дополнительных программ профессионального образования на этапах постдипломного дополнительного профессионального образования врачей и медицинских сестер.

**Заключение.** Таким образом, изменения психоаффективной сферы выявляются у медицинских работников, как среди врачей, так и среди медицинских сестер, преимущественно выражены в старших возрастных

группах. Учитывая вышеизложенное, считаем необходимым и целесообразным постоянное проведение мониторинга состояния здоровья, включая состояние психоаффективной сферы, медицинских работников, оказывающих внебольничную медицинскую помощь, например при проведении профилактических медицинских осмотров или в рамках диспансеризации. Оптимизация, разработка и реализация мероприятий по сохранению психологического здоровья, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния психоэмоциональной сферы медицинских работников внесут вклад в повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению страны.

### **Список литературы:**

1. Бабанов С.А. Синдром эмоционального выгорания // Врач скорой помощи. - 2012. - № 10. - С. 59-65.
2. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания. [Электронный ресурс] URL: <https://psycabi.net/testy/391-oprosnik-professionalnoe-emotsionalnoe-vygoranie-pv-metodika-k-maslach-i-s-dzhekson-adaptatsiya-n-vodopyanova-e-starchenkova-testy-dlya-diagnostiki-sindroma-pv> (дата обращения: 11.11.2021)
3. Миков Д.Р. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. - 2018. - Вып.1. - С. 88-97.
4. Огнерубов Н.А., Огнерубова М.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. - 2018. - № 2. - С. 23-26.
5. О проблемах адаптации студентов / М.М. Романова [и др] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19. № 1. С. 99-103.
6. Оценка некоторых особенностей результатов диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения региона / М.М. Романова [и др] // Успехи современного естествознания. - 2014. - № 5-2. - С. 41-45.

7. Профессиональная подготовка субъектов образовательного процесса в современном вузе. / Отв. ред. Нагорнова А.Ю. Ульяновск: «Зебра», 2020. - 294 с.
8. Романова М.М., Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н. К вопросу о нравственном воспитании студентов медицинского университета // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2016. - № 63. - С. 79-84.
9. Романова М.М., Зуйкова А.А., Ширяев О.Ю. Оценка организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения глазами пациентов и медицинских работников // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2015. - № 59. - С. 100-103.
10. Чернов А.В., Романова М.М. Актуальные аспекты профессиональной подготовки медицинских работников первичного звена здравоохранения // Профилактическая медицина. - 2021. - Т.24. №5-2. - С.89-90.
11. Указ Президента Российской Федерации от 06 июня 2019 г. № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». [Электронный ресурс] URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (дата обращения: 11.11.2021)
12. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 – nCoV): mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2020;(February).

**РАЗРАБОТКА НОРМАТИВОВ ВРЕМЕНИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО  
СКРИНИНГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ  
ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ДЕТСКИХ ГОРОДСКИХ  
ПОЛИКЛИНИКАХ**

**Юнусова Е.Р., Шулаев А.В., Хузиханов Ф.В.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Ультразвуковая диагностика является одним из основных диагностических методов, используемых в педиатрической практике в силу своей безопасности, доступности и относительно невысокой стоимости.

Ультразвуковая диагностика детей имеет ряд особенностей, влияющих на качество обследования и отражающихся на его результате. К ним можно отнести: необходимость владения врачом УЗД знаний возрастных особенностей строения и размеров органов у детей; а также беспокойство детей во время осмотра, что требует дополнительного времени на обследование.

За последние 10 лет численность детского населения в РФ увеличилась, что привело к увеличению нагрузки на детские поликлиники, в том числе на врачей ультразвуковой диагностики первичного звена здравоохранения. По Приказу Минздрава РФ от 10.08.2017 №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» проводятся скрининговые ультразвуковые исследования детям в 1 месяц (УЗИ органов брюшной полости, почек, тазобедренных суставов, эхокардиография, нейросонография), в 6 лет (УЗИ органов брюшной полости, почек, эхокардиография), в 15 лет (УЗИ органов брюшной полости, почек) [1]. Соответственно значительную долю среди ультразвуковых исследований первичного звена здравоохранения педиатрического профиля занимают скрининговые исследования. В тоже время отсутствует дифференцированный подход к нормированию нагрузки на врачей УЗД в поликлиниках и стационарах, нет нормативов времени для проведения скрининговых исследований УЗИ. Время на проведение ультразвуковых исследований и количество пациентов, принимаемых врачом УЗИ, не

регламентировано и определяется на усмотрение руководства поликлиник. Хотелось бы отметить, в 2017-2018 годах во всех детских поликлиниках города Казани произведена замена ультразвуковых сканеров на современные аппараты со всеми необходимыми датчиками и программами для проведения скрининговых ультразвуковых исследований, что должно способствовать улучшению качества медицинской помощи в области ультразвуковой диагностики в первичном звене здравоохранения. В то же время рационализация рабочего времени медицинских работников является необходимым мероприятием для повышения качества медицинских услуг [2]. В этой ситуации наиболее эффективным методом изучения распределения рабочего времени и нагрузки персонала является хронометражное исследование.

В литературе встречаются публикации, посвященные хронометражным исследованиям в области ультразвуковой диагностики [3]. Однако не встречаются публикации по хронометражу ультразвукового скрининга как детского, так и взрослого населения.

**Цель:** проведение хронометража ультразвуковых исследований, проводимых в рамках профилактических осмотров несовершеннолетних в детской поликлинике, разработка современных нормативов времени для скрининговых ультразвуковых исследований у детей.

**Материалы и методы исследования.** Для проведения хронометражного исследования был использован аналитический метод, метод статистической обработки данных.

В статье описан хронометраж, проведенный на базе детских городских поликлиник № 9,11, «Азино» ДРКБ МЗ РТ в г. Казани.

Был проведен хронометраж 900 исследований. По каждому виду исследований было изучено 90 единиц. В хронометраже участвовало 6 врачей, имеющих стаж по специальности ультразвуковая диагностика более 5 лет. Во всех поликлиниках скрининговые исследования проводились в определенный день недели, по предварительной записи в течение 6-часовой рабочей смены.

Проводилось измерение времени в минутах каждого исследования по следующим позициям:

1. Подготовка к исследованию: ознакомление с медицинской документацией, выяснение и регистрация данных пациента в журнале приема пациентов, укладывание пациента на кушетку, подготовка ультразвукового аппарата (обработка датчика, нанесение геля, выбор соответствующей программы).
2. Непосредственное проведение ультразвукового исследования.
3. Оформление протокола и заключения, выдача результата пациенту или лечащему врачу.
4. Общее время исследования.
5. Наличие патологических изменений в исследуемом органе.

Для статистической обработки данных была проведено вычисление средних величин, относительных величин, оценка статистически значимого различия показателей.

**Результаты.** По итогам исследования хронометража было вычислено среднее время ультразвукового скрининга для каждой системы органов, а также общее время скринингового ультразвукового исследования для детей в возрасте 1 месяца, 6 лет, 15 лет. Запись хронометража проводилась в форме таблицы (таблица 1)

Таблица 1

Результаты хронометража ультразвукового скрининга

Подготовка (мин)	УЗИ (мин)					Оформление протокола (мин)	Общее время (мин)	Наличие пат. изменени й (+/-)
	НСГ	ГЛС	МВС	ТБС	ЭХО-КС			

НСГ-нейросонография для детей в возрасте 1 месяца

ГЛС-гепато-лиенальная система для детей в возрасте 1 месяца, 6 лет, 15 лет

МВС-мочевыделительная система для детей в возрасте 1 месяца, 6 лет, 15 лет

ТБС-тазобедренные суставы для детей в возрасте 1 месяца

ЭХО-КС –эхокардиоскопия для детей в возрасте 1 месяца и 6 лет.

Были получены следующие результаты (таблица 2).

Таблица 2

Результаты хронометража ультразвукового скрининга

Процедура	Время (минуты)
1. Подготовка к исследованию	2±1
2. Оформление протокола	2±0,5
3. Нейросонография	5±1,5
4. УЗИ гепато-лиенальной система	4±1
5. УЗИ мочевыделительной система	4±0,5
6. УЗИ тазобедренных суставов	3±1
7. Эхокардиоскопия	7±1

Общее время ультразвукового скрининга в возрасте 1 месяц составило 27 минут, в 6 лет – 15 минут, в 15 лет – 10 минут. При выявлении патологических изменений в органах время исследования соответствующей области увеличивалось в среднем на 20%

**Выводы.** Нормирование времени ультразвукового скрининга в рамках профилактических осмотров несовершеннолетних предложено производить в зависимости от количества исследований. Это позволяет планировать работу кабинетов УЗИ, определить необходимое время на проведение скрининга, рассчитать необходимое количество врачей УЗИ, задействованных в проведении профилактических осмотров у детей, а также стандартизировать проведение ультразвукового скрининга в детских поликлиниках.

**Список литературы:**

1. Приказ М-ва здравоохранения Рос. Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»: // Российская газета.- 21.08.2017
2. Зайцева Н.В., Присяжная Н.В., Богачанская Н.Н., Павлов С.В. и др. Хронометраж рабочего времени как инструмент оценки и формирования организационной культуры в медицинской организации //Социология медицины. - 2015. - 14 (2) – С. 35—40
3. Стародубов В.И., Иванова М.А., Люцко В.В и др. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на выполнение работ, связанных с проведением ультразвуковых исследований//Российский медицинский журнал. – 2017. - № 23(6). - С.288-291