



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Всероссийская научно-практическая конференция,
посвященная 30-летию создания института,
«Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее»
с международным участием

Постерные доклады

13-14 ноября 2019

Оглавление

№	Авторы	Город	Название доклада	Стр.
Постерная сессия №1				
1-1	Тихонова Г.И. Брылева М.С.	Москва	Роль системы здравоохранения в снижении демографических потерь	4
1-2	Соколовская Т.А. Армашевская О.В.	Москва	Дети XXI века репродуктивные вызовы	5
1-3	Кравченко И.А.	Москва	Научное обоснование медико-социальных мероприятий по организации профилактической работы с детьми дошкольного возраста в детской поликлинике	6
1-4	Бахадова Е.В. Соколовская Т.А. Армашевская О.В. Монахов М.В.	Москва	Здоровье ребенка-ценность семьи	7
1-5	Бушмелева Н.Н. Вахрушева Ю.Н.	Ижевск	Медико-социальные и организационные аспекты ранней спонтанной потери беременности	8
1-6	Гайфулина Р.И.	Витебск	Комплаэнс и вторичная профилактика взаимосвязь и способы улучшения	9
1-7	Армашевская О.В. Савина А.А. Чучалина Л.Ю.	Москва	Демографические вызовы современной России	10
1-8	Давыдов А.Ю.	Рязань	Оценка эффективности профилактического приема в женской консультации	11
1-9	Соколовская Т.А.	Москва	Доношенные дети: современные тенденции	12
1-10	Постоев В.А. Меньшикова Л.И.	Архангельск	Эффективность и качество мониторинга врожденных пороков развития при помощи регионального регистра родов	13
Постерная сессия №2				
2-1	Антонов К.А. Дубовой И.И.	Брянск	Применение информационных технологий с целью увеличения охвата и качества диспансерного наблюдения больных, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями	15
2-2	Орехова Л.И.	Витебск	Анализ результатов валидизации опросника для исследования социально-дистрессорных детерминант болезней системы кровообращения	16
2-3	Пономарева И.В.	Архангельск	Школа инсульта: медико-социальная и психологическая помощь лицам перенесшим ОНМК и их родственникам	17
2-4	Шляфер С.И. Алимов Р.Р.	Москва	Современное состояние скорой медицинской помощи в России	18
2-5	Строкольская И.Л.	Кемерово	Организационные аспекты внедрения ДДН	19
2-6	Фейгинова С.И.	Москва	Результаты деятельности отделений медицинской профилактики и центров здоровья	20
2-7	Бовина А.А.	Москва	Обоснование направлений реформирования здравоохранения в диссертационных работах	21

2-8	Сопрун Л.А. Утехин В.И. Акулин И.М. Чурилов Л.П.	Санкт-Петербург	Социально-гигиенический мониторинг за факторами урбанизации, влияющими на распространение и развитие аутоиммунной патологии на территории РФ	22
2-9	Гармаева А.Б.	Москва	Взаимодействие медицинских и социальных служб в обеспечении качества жизни населения в возрасте 60+	23
2-10	Решетников В.А. Козлов В.В. Арсентьев Е.В.	Москва	Оценка состояния современной российской системы здравоохранения проблем, препятствующих ее развитию а также возможных вариантов их решений	24
2-11	Решетников В.А. Трегубов В.Н.	Москва	Профориентация студентов Сеченовского университета перед поступлением в ординатуру по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье"	25
Постерная сессия №3				
3-1	Коломийченко М.Е. Вайсман Д.Ш.	Москва	Достоверность статистической информации как компонент системы управления качеством медицинской деятельности	27
3-2	Калининская А.А. Сулькина Ф.А.	Москва	Здравоохранение села: проблемы и перспективы развития	28
3-3	Флеглер Н.А.	Архангельск	Программа "Земский доктор" в решении кадровых проблем арктических и приарктических территорий	29
3-4	Рубанова О.С.	Витебск	Технологии принятия управленческих решений при рентгенэндоваскулярных интервенциях на областном территориально-технологическом уровне	30
3-5	Шелехов П.В.	Москва	Организация деятельности службы лучевой диагностики с использованием информационных технологий	31
3-6	Иванова М.А. Люцко В.В. Сачек О.И. Оськова Л.П.	Москва	Нормирование труда в здравоохранении	32
3-7	Кутумова О.Ю.	Красноярск	Региональные центры здоровья в системе медицинской профилактики	33
3-8	Манакина Е.С. Медведева О.В. Манакин И.И.	Рязань	Дефекты оформления медицинской документации в частных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Косметология"	34
3-9	Сабаев А.В.	Омск	Смертность населения Российской Федерации в результате случайных острых алкогольных отравлений за 2010-2017	35
3-10	Бабенко Е.А.	Красноярск	Модель оценки патологической пораженности населения по материалам вскрытия умерших	36
3-11	Кострубин С.А.	Омск	Оценка востребованности медицинских технологий в стоматологической поликлинике	37
Постеры, которые не вошли в программу постерных сессий				
1	Ворошина Н.В.	Челябинск	Центр диагностики и лечения опухолей молочной железы	3ф
2	Корчагин Е.Е.	Красноярск	Мониторинг пневмоний с использованием телемедицинской системы на уровне региона	пл

Сессия 1





РОЛЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ

Тихонова Г.И., Брылёва М.С. ims_18@mail.ru

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова

Изучена смертность мужского населения Арктических моногородов - Норильск и Мончегорск, в которых расположено медно-никелевое производство, относящееся к канцерогенным, но различающихся по уровню социально-экономического развития.

Цель: оценка вклада социально-экономических факторов, в т.ч. здравоохранения, производственных, экологических и иных факторов, в формирование смертности мужского населения в промышленных моногородах.

Методы: рассчитаны усредненные за 9 лет (2010-2018гг.) показатели смертности мужского населения:

- по 5-летним возрастным группам
- стандартизованные по возрасту (прямой метод, стандарт - возрастная структура по Переписи 2010 г.)
 - в трудоспособном возрасте (15-59)
 - в посттрудоспособном возрасте (60+)

НОРИЛЬСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА



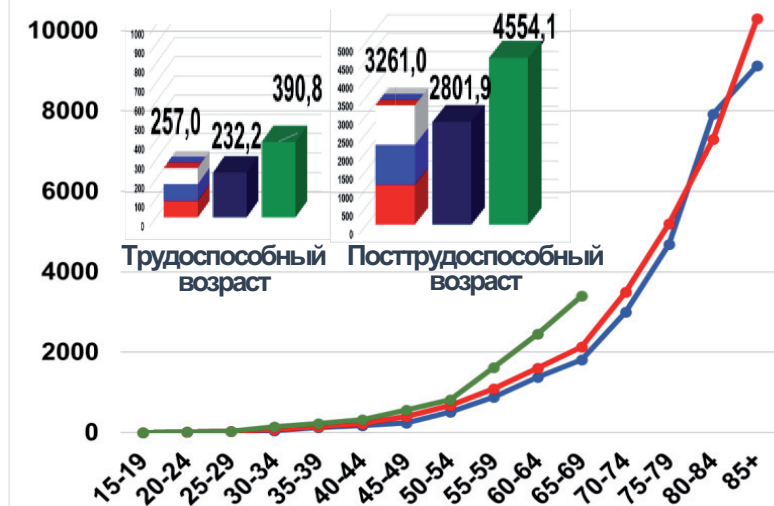
- Высокотехнологичные методы лечения
- Высококвалифицированные кадры
- Онкологический стационар
- Санитарная авиация

МОНЧЕГОРСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА

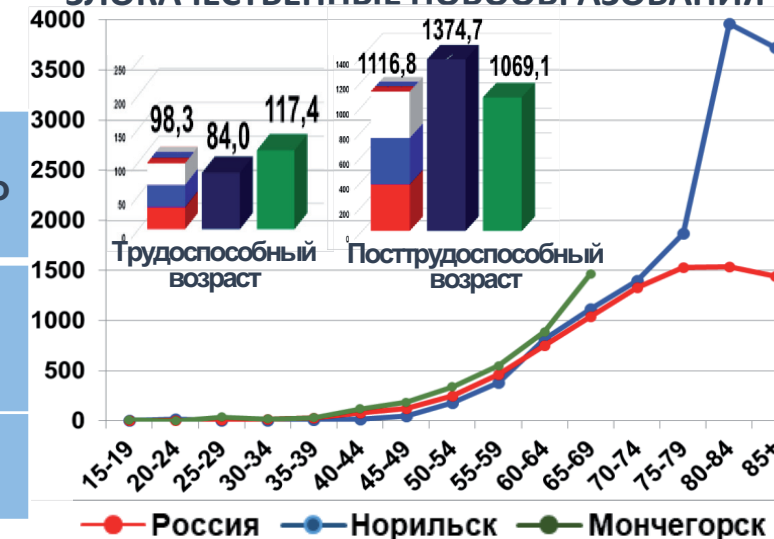


- Недостаток финансирования
- Устаревшее оборудование
- Дефицит кадров

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ



ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ



	Климат	Параметры климата	Загрязнение ОС	Средняя з/п	Доля лиц с доходами ниже ПМ	К безработицы
Норильск	Суб-арктический	Min t=-50°C V _{ср.} ветра=7,8 м/с V _{max} ветра=40м/с	ИЗА 5 = 32; формальдегид, Ni, SO ₂ , фенол, оксиды азота, меди (от 1,3 до 9,5 ПДК _{ср. год})	93129	6,6	0,8
Мончегорск	морской	t _{ср.} = -13°C V _{ср.} = 4,3м/с	ИЗА 5 ≤ 5,2; формальдегид до 2,5 ПДК _{ср. год}	59734	10,8	2,2

Выводы: установлено, что при близких параметрах производственных факторов на предприятиях обоих городов, в Норильске, с худшими характеристиками состояния окружающей среды и климата, по сравнению с Мончегорском выявлены более низкие показатели смертности от ведущих классов причин, что является следствием более высокого уровня жизни в сочетании с лучшей организацией и доступностью системы здравоохранения



Дети XXI века: репродуктивные вызовы

Соколовская Т.А., Армашевская О.В., e-mail: sokol@mednet.ru

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Введение: Отрицательный прирост населения, сокращение численности женщин фертильного возраста с отсроченной реализации репродуктивной функции до 30 лет в 2018 году – являются современными вызовами для общественного здоровья и здравоохранения Российской Федерации.

Цель исследования: Анализ соматической и гинекологической заболеваемости детей 15-17 лет, оказывающей значимое влияние на реализацию репродуктивной функции.

Материал и методы исследования: Проведен анализ данных формы статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за период 2014-2018 гг. и данных Сборника ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации» (2014-2018 гг.).

Результаты исследования: За период 2014-2018 гг. отмечается волнообразность динамики показателей заболеваемости расстройствами менструаций и эндометриоза, что является ведущими факторами формирования первичного бесплодия (рис. 1)

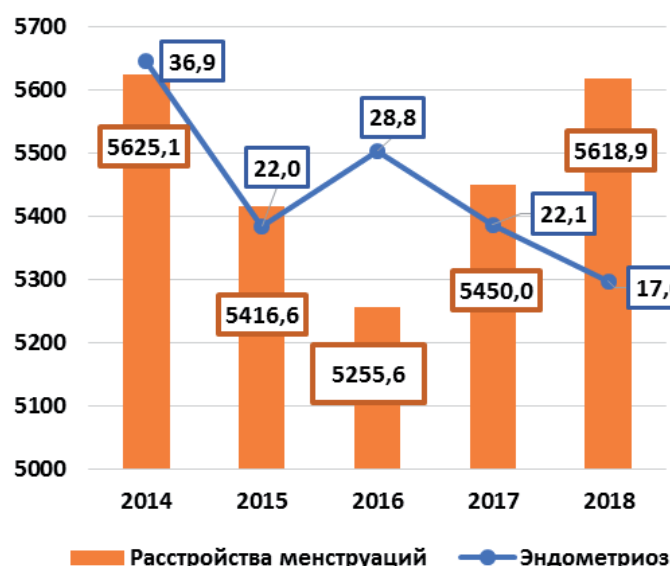


Рис. 1. Заболеваемость девушек 15-17 лет в Российской Федерации расстройствами менструаций и эндометриоза (на 100 000 населения)

В тоже время прослеживается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости сальпингитом и оофоритом, эрозией и эктропионом шейки матки (-39,8% и -44,4%). Значимым фактором сохранения репродуктивного здоровья является снижение числа аборт в 2 раза за 5-летний период времени. Однако, в структуре аборт возросла доля криминальных, социальных и по медицинским показаниям (рис. 2).

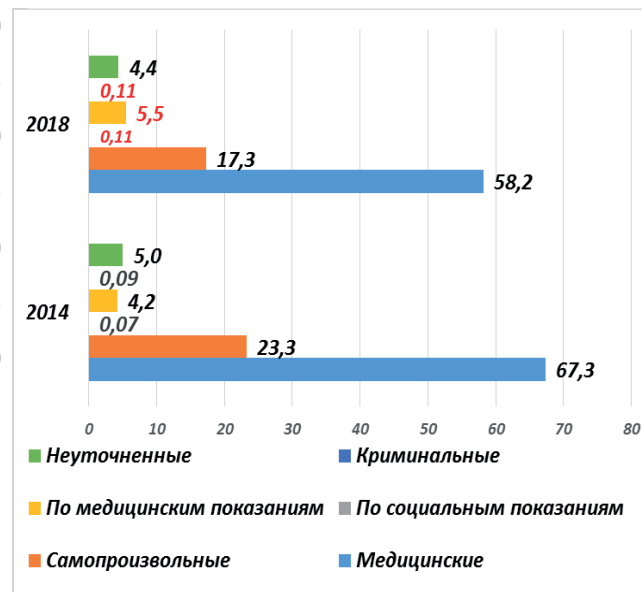


Рис. 2. Структура аборт у девушек 15-17 лет в Российской Федерации (в процентах)

У юношей, ввиду ограниченного спектра заболеваний, учитываемых в статистической отчетности, были проанализированы два показателя, также характеризующихся волнообразной динамикой (рис. 3). Это свидетельствует о необходимости комплексной системы мероприятий по профилактике, своевременному выявлению и лечению данных патологий у юношей, а также формированию личностных установок на сохранение репродуктивного здоровья.

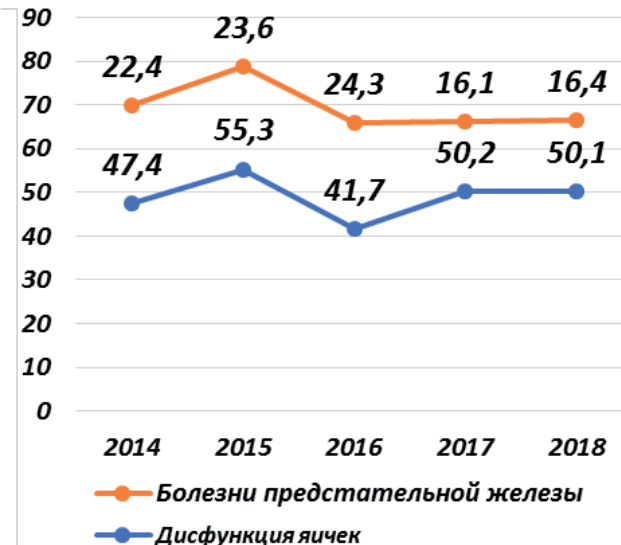


Рис. 3. Болезни репродуктивных органов у юношей 15-17 лет в Российской Федерации (на 100 000 населения)

Выводы: За период 2014-2018 гг. отмечается разнонаправленная динамика заболеваемости детей 15-17 лет болезнями репродуктивных органов, большое влияние на формирование которых имеет семья, являющаяся точкой приложения межведомственного взаимодействия, на основе алгоритма профилактических мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного потенциала нации.



Научное обоснование медико-социальных мероприятий по организации профилактической работы с детьми дошкольного возраста в детской поликлинике

Кравченко Ирина Анатольевна krvi60@mail.ru, 8-916-333-96-23,
ГОУ ВПО «РГМУ» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Задачи исследования:

1. Изучить заболеваемость детей дошкольного возраста, проанализировать физическое развитие детей дошкольного возраста, дать комплексную оценку состояния их здоровья,
2. Изучить социально-гигиеническую характеристику и медицинскую активность родителей, воспитывающих детей дошкольного возраста
3. Изучить организацию профилактической работы детской поликлиники с детьми дошкольного возраста
4. Разработать медико-организационные мероприятия по совершенствованию профилактической работы и оценить их эффективность.

Цель: на основании проведенного исследования состояния здоровья, образа жизни и организации медицинской помощи, научно обосновать мероприятия по совершенствованию профилактической работы детских поликлиник среди детей дошкольного возраста.

Результаты. Уровень заболеваемости детей дошкольного возраста составил в 3 года 3191,5 случаев на 1000 детей, в 4 года 4221,6, в 5 лет 4045,0, в 6 лет 3645,0. Первое место в структуре ,

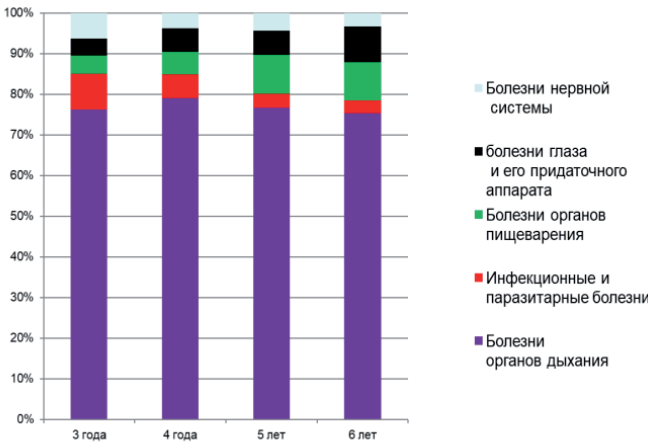
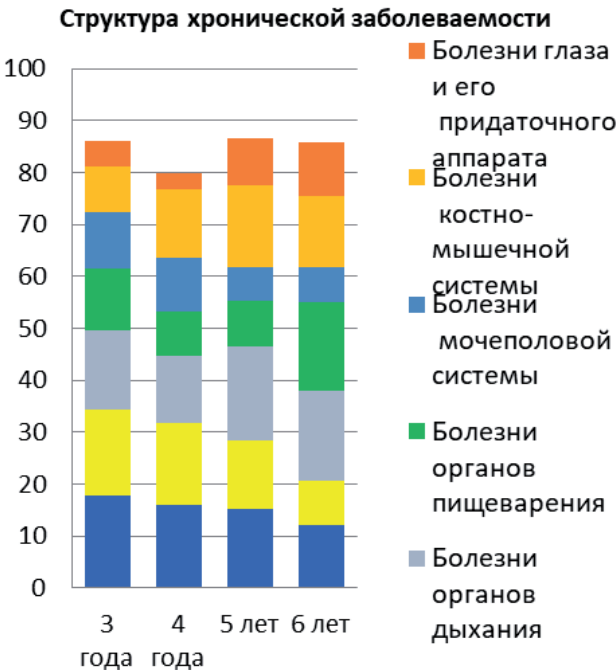
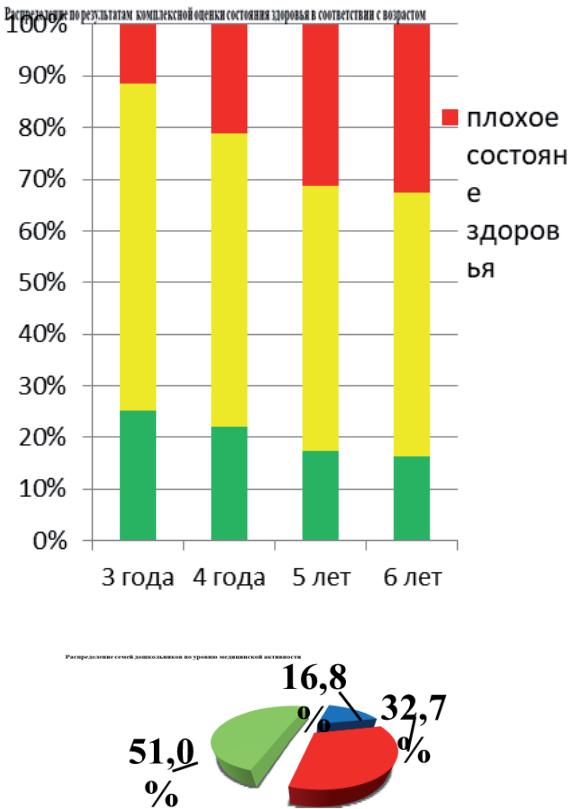


Рис. 1 Структура заболеваемости детей дошкольного возраста

как следует из результатов исследования, уровень заболеваемости формируется в основном за счет болезней органов дыхания, по данным выкопировки из историй развития детей дошкольного возраста наибольшую долю в структуре болезней органов дыхания представляют острые респираторные вирусные инфекции, доля которых составляет от 56,3 до 58,3% по разным возрастным группам. В структуре инфекционных заболеваний около 50,0% по всем возрастам занимает ветряная оспа. Профилактика именно этих заболеваний сыграет ведущую роль в снижении уровня заболеваемости дошкольников. Удельный вес детей дошкольного возраста с хроническими заболеваниями увеличивается с 3-х до 6-ти лет в 2,7 раза, составляя в 3 года 11,2% и достигая 32,2% в 6 лет.



Анализ физического развития детей дошкольного возраста показал, что к шестилетнему возрасту практически каждый четвертый ребенок имеет дисгармоничное развитие, у 18,6% детей оно обусловлено избыточной массой тела. Дети с «плохим» состоянием здоровья (наличие хронического заболевания, кратность заболеваний 4 и более в год и длительность 40 и более дней, дисгармоничные показатели физического развития) составила в 3-х летнем возрасте 11,5%, в 4-хлетнем возрасте – 21,2%, в 5-летнем 31,3%, в 6 летнем возрасте 32,1%.



Выводы. Целесообразно проводить просветительную работу о методах закаливания, питании и физическом воспитании детей, гигиене зрения, значимости своевременной вакцинации. Выделить в медицинских организациях детской сети 2 раза в неделю единое время врачей специалистов для проведения профилактических осмотров. Для предотвращения распространения инфекции на территории детской поликлиники должен быть организован фильтр.

ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА - ЦЕННОСТЬ СЕМЬИ

Бахадова Е.В.^{1,2}, Соколовская Т.А.¹, Армашевская О.В.¹, Монахов М.В.¹, e-mail: bach-ev@mail.ru

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

²ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», Москва

Введение: здоровье детей является важнейшим ресурсом стратегического развития общества. Формирование ценностного отношения к здоровью семьи остается актуальной проблемой общества.

Цель исследования: изучить мотивационно-ценностные установки семей, имеющих здоровых детей и детей с болезнями органов дыхания (J00-J99), синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (F90).

Материал и методы исследования: в исследовании приняли участие родители детей дошкольного и начального школьного возраста ($n = 100$). Инструментом исследования являлся опросник, разработанный в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России - «Мотивации и ценности здоровья в семье», состоящий из 5 блоков с вопросами-утверждениями. Сравнительный анализ для определения уровня в группах производился с применением U-критерия Манна-Уитни ($n_1=32$, $n_2=35$, $n_3=33$ определены следующим образом: $U_{кр}=82$ при $p \leq 0,05$ и $U_{кр}=65$ при $p \leq 0,01$).

Результаты исследования: наиболее значимыми ценностями для всех групп респондентов является «здоровье» (6,2 /5,6 /6 баллов, достоверных различий нет), «счастье в семье» (6,1 /5,7 /6 баллов) и «материальное благополучие» (5,1 /4,7 /4,9 баллов) (рис. 1)

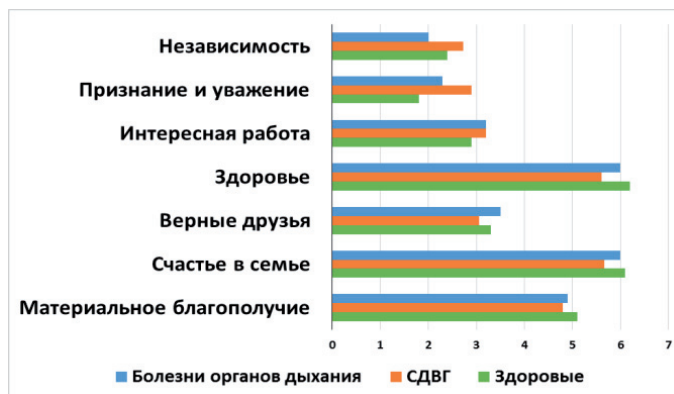


Рис. 1. Результаты рейтинга ценностей значимых сфер жизни родителей детей с различными заболеваниями ($U \leq 0,05$)

Во втором блоке вопросов - **условия семейного благополучия** - здоровье выступало как инструментальная ценность, для достижения каких-либо иных целей (рис.2).

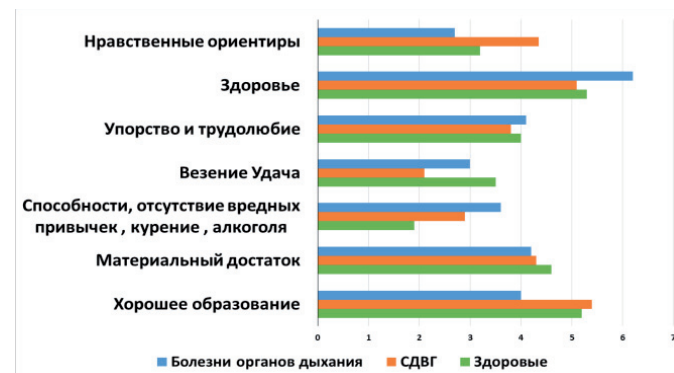


Рис. 2. Результаты рейтинга ценности условий благополучной жизни родителей детей с различными заболеваниями ($U \leq 0,05$)

Третий блок вопросов о **необходимой деятельности по сохранению и поддержанию здоровья**, выявил предпочтения респондентов (рис.3).

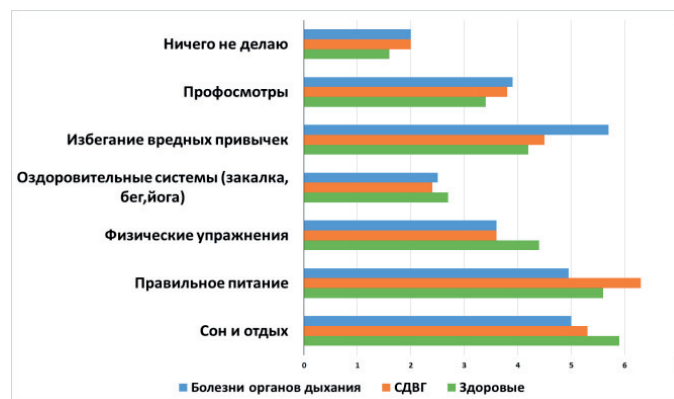


Рис. 3. Результаты показателей поведенческой составляющей заботы о здоровье родителей детей с различными заболеваниями ($U \leq 0,05$)



Рис. 4. Результаты показателей действий при нездоровье в семье родителей детей с различными заболеваниями ($U \leq 0,05$)

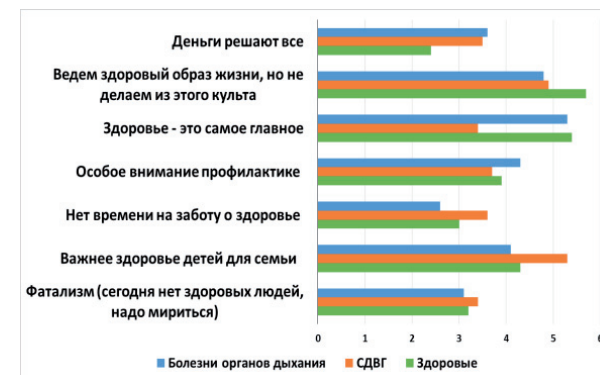


Рис. 5. Результаты показателей рейтинга мотивирующих факторов сохранения здоровья в семье родителей детей с различными заболеваниями ($U \leq 0,05$)

В четвертом и пятом блоках определены **способы реагирования при нездоровье и мотивирующие факторы его сохранения в семье.**

Выводы: Проведенный анализ позволил составить собирательный портрет родителей разных групп детей:

- 1) с СДВГ – основой поддержания здоровья считают качественное питание семьи.
- 2) с болезнями органов дыхания – предпочитают профилактику заболеваний и ЗОЖ; своевременно обращаются за медицинской помощью.
- 3) здоровых детей – занимаются спортом и заботятся о полноценном отдыхе.



Медико-социальные и организационные аспекты ранней спонтанной потери беременности

Бушмелева Н.Н. Вахрушева Ю.Н.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Введение

Стремительное снижение рождаемости, ухудшение состояния здоровья женщин фертильного возраста, высокая частота спонтанных прерываний беременности в сроке до 12 недель определяют высокую актуальность проблемы снижения ранних репродуктивных потерь [1, 2, 3].

«Ранние спонтанные потери беременности» – потери продуктов зачатия в результате самопроизвольного прерывания на сроках до 12 недель беременности:

- внематочная беременность (код по МКБ X – O00),
- другие аномальные продукты зачатия, в том числе погибшее плодное яйцо (код по МКБ X – O02),
- самопроизвольный аборт (код по МКБ X – O03),
- неутонченный аборт (код по МКБ X – O06) в сроках до 12 недель беременности.

Цель

Изучение медико-демографической ситуации, ранних репродуктивных потерь в Удмуртской Республике для разработки профилактических мероприятий с учетом выявленных медико-социальных и организационных факторов риска

Материалы и методы

- статистические справочники «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в РФ» за 2012-2018 гг.; - ФГСН №13;
- анонимные анкеты медико-социальной характеристики женщин, закончивших беременность ранней спонтанной потерей беременности; экспертные карты оценки качества оказания медицинской помощи женщине в случае ранней спонтанной потери беременности
- Проведено обследование 1337 женщин (932 – с самопроизвольным выкидышем, 111 – с неразвивающейся беременностью, 127 – внематочной беременностью и 167 с неутонченным абортом)

Результаты и обсуждение

Таблица 1

Доля медицинских аборт в общем числе аборт (%) и показатель (на 1000 ж.ф.в.) в УР и РФ 2012-2018 гг. (ФГСН №13)

Доля медицинских аборт среди всех аборт (%)		2012	2016	2017	2018	2018/2012
	УР	78,6	62,3	66,6	62,3	↓ - 20,7%
Число аборт медицинских на 1000 женщин фертильного возраста		2012	2016	2017	2018	2018/2012
	УР	25,9	14,9	13,9	13,1	↓ - 49,4%
	РФ	17,8	11,4	9,7	8,4	↓ - 52,2%

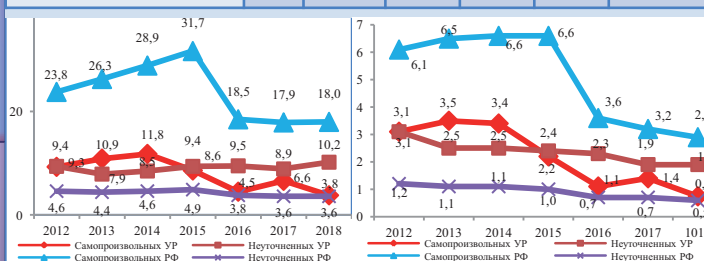


Рис. 1. Доля (%) и показатель (на 1000 ж.ф.в.) самопроизвольных и неутонченных аборт в общем числе аборт в УР и РФ 2012-2018 гг. (ФГСН №13)

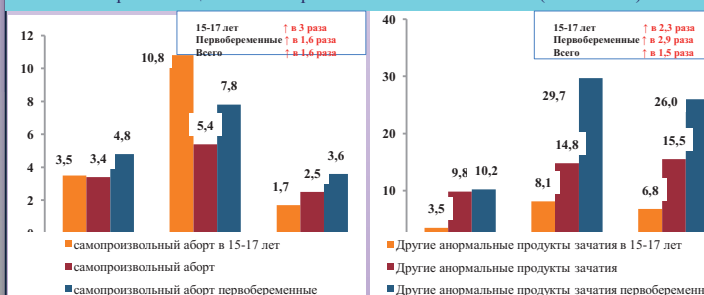


Рис. 2. Доля самопроизвольных аборт и аномальных продукт зачатия до 12 недель беременности в общем числе аборт в УР 2016-2018 гг. % (ФГСН №13)

Средний возраст женщин составил 31,7±0,6 лет 55,1% оценивали свой доход как средний 26,2% – как выше среднего или высокий 18,7% – как ниже среднего и низкий В среднем на одну женщину пришлось 1,6±0,7 хронических экстрагенитальных заболеваний (при этом лишь 13,1% на диспансерном наблюдении у узких специалистов), 1,2±0,6 хронических гинекологических заболеваний и 1,4±0,7 инфекций, передающихся половым путем. Ранний половой дебют до 18 лет у 40,2% женщин



Рисунок 3. Репродуктивная функция, в среднем на 1 женщину

После потери беременности и выписки из стационара 48,6% женщин не получили реабилитационные мероприятия

Заключение

Проведенное исследование позволило выявить роль ранней спонтанной потери беременности в формировании показателя аборт в целом, определить различный вклад медико-социальных и организационных факторов риска в репродуктивные потери на ранних сроках и с учетом полученных результатов разработать систему мер по их снижению в Удмуртской Республике.

Библиографический список:

1. Агаркова, И. А. Профилактика потери беременности ранних сроков у женщин с неразвивающейся беременностью : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.01 / Агаркова Ирина Анатольевна; [Место защиты: Сам. гос. мед. ун-т]. – Самара, 2013. – 27 с.
2. Бушмелева, Н. Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регионе: на примере Удмуртской Республики : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.02.03 / Бушмелева Наталья Николаевна; [Место защиты: Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ]. – Москва, 2015. – 50 с.
3. Стародубов, В. И. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России / В. И. Стародубов, Л. П. Суханова, Ю. Г. Сыченко // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный ресурс]. – 2011. – №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reproduktivnyye-poteri-kak-mediko-sotsialnaya-problema-demograficheskogo-razvitiya-rossii> (дата обращения: 15.10.2019).

КОМПЛАЕНС И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА: ВЗАИМОСВЯЗЬ И СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ.

Гайфулина Регина Игоревна, магистр медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение

Одновременно с нарастанием актуальности, растет число научных работ, посвященных проблеме отсутствия комплаентности у пациентов.

К примеру, сведения об оценке уровня комплаентности у пациентов с АГ в Кореи ($n = 715053$) показали, что высокая конкордантность коррелирует с уменьшением времени пребывания в стационаре, посещений отделения неотложной помощи, а также развитием осложнений.

На сегодняшний день идентифицировано порядка 250 факторов, которые влияют на отношение пациентов к приверженности к лечению.

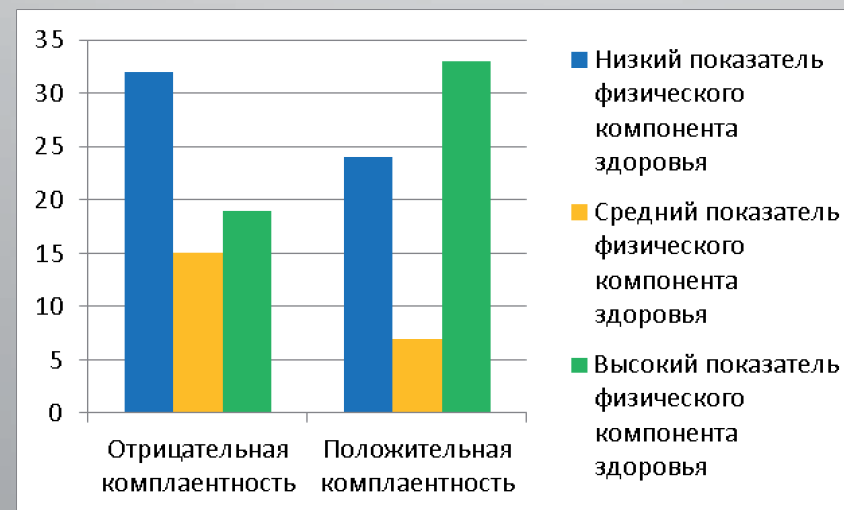
Методы

С помощью анкетного метода опроса и статистической обработки согласно таблицам сопряженности (кросс-табуляции) критерию согласия Пирсона χ^2 (Хи-квадрат) был произведен поиск статистической взаимосвязи между комплаентностью и компонентами здоровья (физическим и психическим). Исследуемая группа включала 100 пациентов с установленным сердечно-сосудистым заболеванием и контрольная группа – 30 пациентов, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Они были сгруппированы по полу: соотношение мужчин и женщин в обеих группах 57,6% и 42,4% соответственно, а также по возрасту: молодой (18-44 года) 15,15%, средний (45-59 лет) 30,30%, пожилой (60-74 года) 45,45%, старческий (75-90 лет) 9,1%.

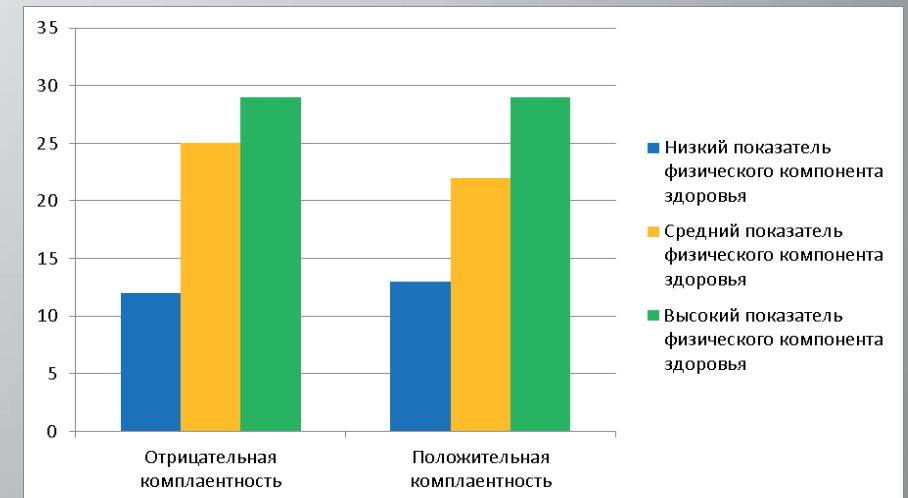
Результаты

В исследуемой группе и в обобщенной группе согласно критерию согласия Пирсона χ^2 (Хи-квадрат), была обнаружена статистическая взаимосвязь между **физическим компонентом здоровья** и приверженностью пациентов к лечению ($p < 0,05$). Это значит, что комплаентность может считаться важным фактором вторичной профилактики.



В обеих группах результат определения психического компонента здоровья пациентов не слишком отличается от

исследуемой и контрольной групп и не выявляет между собой никаких статистических различий ($\chi^2 = 0,20$, число степеней свободы=2, $p=0,90$). Психическое здоровье человека зависит от многих факторов, однако комплаентность, как очевидно, не является одним из них.



Способы оптимизации:

- Консультирование: эффективный диалог врача и пациента;
- Доверие к врачу со стороны пациента;
- Выбор наиболее рационального режима терапии.

Вывод:

Только комплексная работа государства, учреждений здравоохранения, образовательной системы, производителей лекарственных средств позволит решить данную проблему.



Демографические вызовы современной России

Армашевская О.В.¹, Савина А.А.¹, Чучалина Л.Ю.², e-mail: ova19@yandex.ru

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

²БУ «Нижневартонская городская больница», Нижневартонск

Введение: Демографические процессы в России характеризуются низким уровнем рождаемости, ростом общей заболеваемости, постарением и высокой смертностью населения, их изучение имеет важное значение для принятия государственных решений, что является императивом развития России.

Цель, материал и методы исследования: Анализ статистических данных основных демографических процессов по данным Росстата и сборников ЦНИИОИЗ Минздрава.

Результаты исследования: В России на протяжении столетия наблюдается постоянство в распределении населения по гендерному признаку – 46% мужчин и 54% женщин. Суммарный коэффициент рождаемости (число рождений детей на одну женщину) за изучаемый период уменьшился с 2,54 до 1,58 с учетом всего населения (рис.1). Суммарный коэффициент менее 2,15 является низким, а для обеспечения простого воспроизводства населения (без увеличения его численности) этот показатель должен быть 2,2. Естественный прирост имеет отрицательные значения с последнего десятилетия XX века (рис. 2).

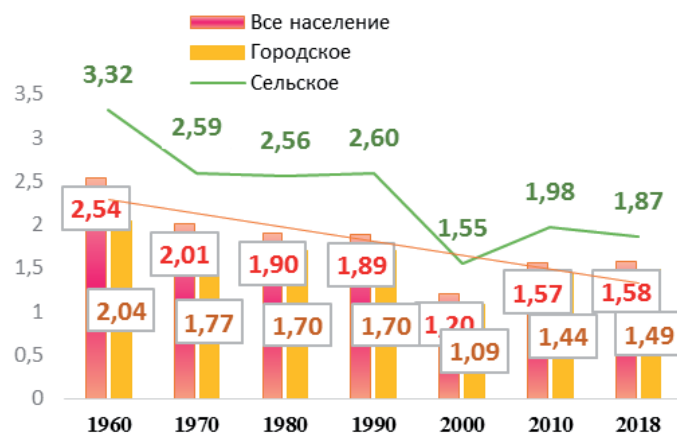


Рис. 1. Суммарный коэффициент рождаемости

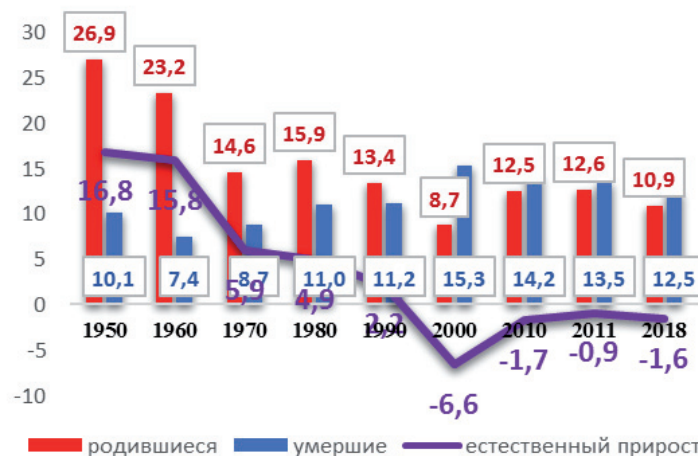


Рис. 2. Рождаемость, смертность, естественный прирост (на 1000 чел.)

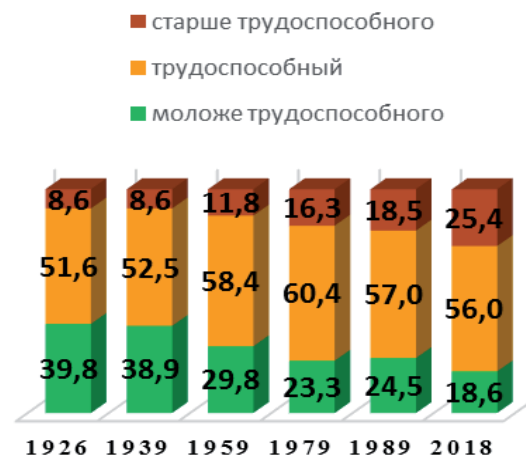


Рис. 3. Распределение населения по возрастным группам (в %)

Распределение населения по возрастным группам показывает уменьшение населения моложе трудоспособного возраста вдвое за столетний период. Доля трудоспособного населения уменьшается (4%) с начала 80-х годов прошлого века, а средний возраст занятых превысил 40 лет. Население старше трудоспособного возраста увеличилось почти втрое и его доля составила 25,4% (рис. 3). Отмечен рост общей заболеваемости (рис. 4).



Рис. 4. Общая заболеваемость, заболеваемость с диагнозом установленная впервые в жизни (на 100000 чел.)

Заключение: Основные тренды демографического развития России XXI века требуют бережного отношения к детям, совершенствования организации медицинской помощи матери и ребенку, включая формирования современных программ по навыкам ЗОЖ для подрастающего поколения. Активное внедрение действующих корпоративных мероприятий по сохранению здоровья работающего населения является залогом продления трудового потенциала в связи с изменившимся возрастом выхода на пенсию и активного долголетия

Оценка эффективности профилактического приема в женской консультации

Давыдов А.Ю.
ГБУ Рязанской области "Рязанская
межрайонная больница"

Аннотация

Использование методов бережливого производства и процессного подхода в организации оказания акушерско-гинекологической помощи на амбулаторном приёме позволяет выявлять и нивелировать потери, способствует повышению эффективности работы женской консультации.

Введение

Использование методов и инструментов бережливого производства в организации акушерско-гинекологической помощи, выделение процессов и построение потоков позволили выявить и проанализировать временные потери, которые снижают эффективность работы женской консультации.

Методы и материалы

В исследование был включен первичный профилактический приём пациента врачом акушером-гинекологом (26 пациенток). Для измерения и анализа процессов использовались хронометраж, картирование потока создания ценности - построение карты текущего и целевого состояния первичного профилактического приёма, диаграмма Спагетти.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования выявили временные потери, связанные с недостатками в организации работы регистратуры, несоблюдением принципа «точно в срок», нерационально организованного рабочего места врача и медицинской сестры. Устранение выявленных потерь позволило повысить эффективность процесса первичный профилактический приём пациента врачом акушером-гинекологом на 16,2%.

Заключение

Применение методов и инструментов бережливого производства в управлении женской консультацией способствует повышению эффективности ее деятельности

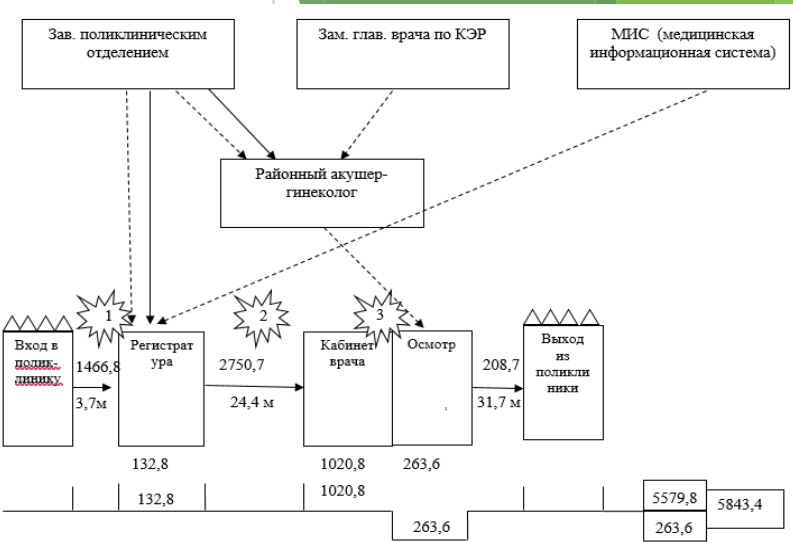


Рис. 1. Карта текущего состояния процесса: первичный профилактический приём пациента врачом акушером-гинекологом

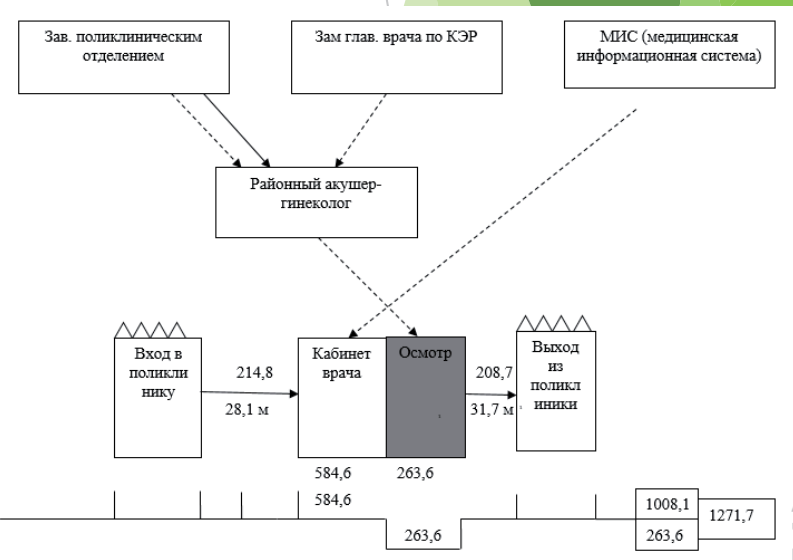


Рис. 2. Карта целевого состояния процесса: первичный профилактический приём пациента врачом акушером-гинекологом



Доношенные дети: современные тенденции

Соколовская Т.А., sokol@mednet.ru

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Введение: Вектор современного здравоохранения направлен на совершенствование оказания перинатальной помощи, в первую очередь, недоношенным детям. Однако именно доношенные дети являются основой популяционной стабильности и поэтому сохранение их здоровья является важной стратегической задачей.

Цель исследования: определить современные тенденции заболеваемости и смертности доношенных новорожденных детей в Российской Федерации.

Материал и методы исследования: Проведен анализ данных формы статистического наблюдения № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за период 2014-2018 гг. Для статистической обработки информации использованы электронные таблицы MS Excel 2016 с построением динамических рядов и расчетом темпов прироста/убыли показателей.

Результаты исследования: За период 2014-2018 гг. отмечается общий тренд снижения заболеваемости и смертности доношенных детей (рис. 1), в том числе и по таким принципиально важным нозологиям, как гипоксия (на 36,5% и 32,8%) и родовая травма (-6,4% и -52,7%, соответственно). В тоже время по ряду других нозологий отмечаются высокие

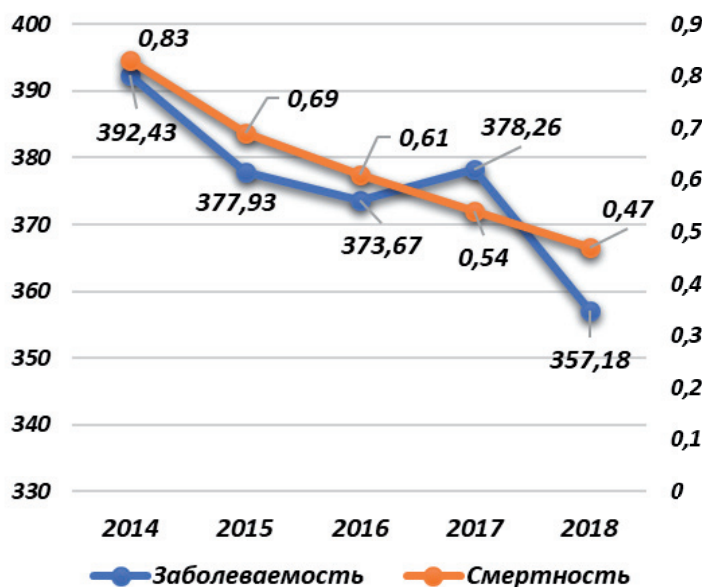


Рис. 1. Заболеваемость и смертность доношенных детей в Российской Федерации (на 1 000 родившихся живыми доношенными детьми)

темпы прироста показателя (ТПП), особенно нарушений, связанных с функцией дыхания, а также неонатальной желтухи, одной из причин развития которых является морфо-функциональная незрелость органов и систем (рис. 2). Также можно расценивать неблагоприятным прогностическим признаком рост врожденной патологии, снижающей качество и продолжительность жизни ребенка. Наряду с этим увеличение смертности от инфекционной патологии (+32,7% за период 2014-2018 гг. – рис. 3) напрямую связано с несовершенством иммунной системы и

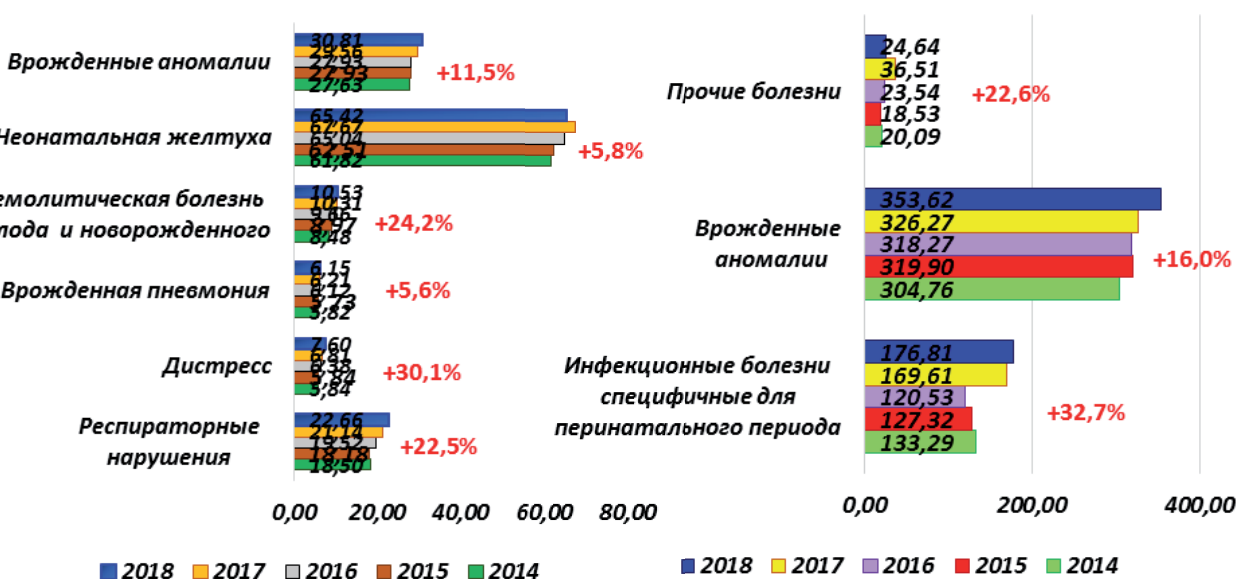


Рис. 2. Заболеваемость доношенных детей отдельными нозологиями в Российской Федерации (%) и ТПП (%)

снижением защитно-адаптационных механизмов новорожденного на фоне роста соматической заболеваемости матери (сахарный диабет, анемия). Рост показателей смертности доношенных детей от прочих причин (+22,6%), свидетельствует о необходимости совершенствования статистического учета.

Выводы: За период 2014-2018 гг. отмечается общий тренд снижения заболеваемости и смертности доношенных новорожденных детей по 13 (61,9%) и 15 (71,4%) нозологиям,

Рис. 3. Смертность доношенных детей от ряда причин в Российской Федерации (%) и ТПП (%)

соответственно. При этом, отмечается увеличение регистрации патологических состояний, связанных с морфо-функциональной незрелостью органов и систем детей. Это диктует необходимость:

- мониторингирования инфекционной патологии у беременных женщин;
- катamnестического наблюдения детей с признаками морфо-функциональной незрелости;
- разработку профилактических программ для детей группы риска с морфо-функциональной незрелостью.



Эффективность и качество мониторинга врожденных пороков развития при помощи регионального регистра родов

Постоев В.А., Меньшикова Л.И.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

Цель исследования:

сравнительный анализ качества и полноты регистрации врожденных пороков развития регистром родов Архангельской области и существующей системой мониторинга (региональным регистром ВПР).

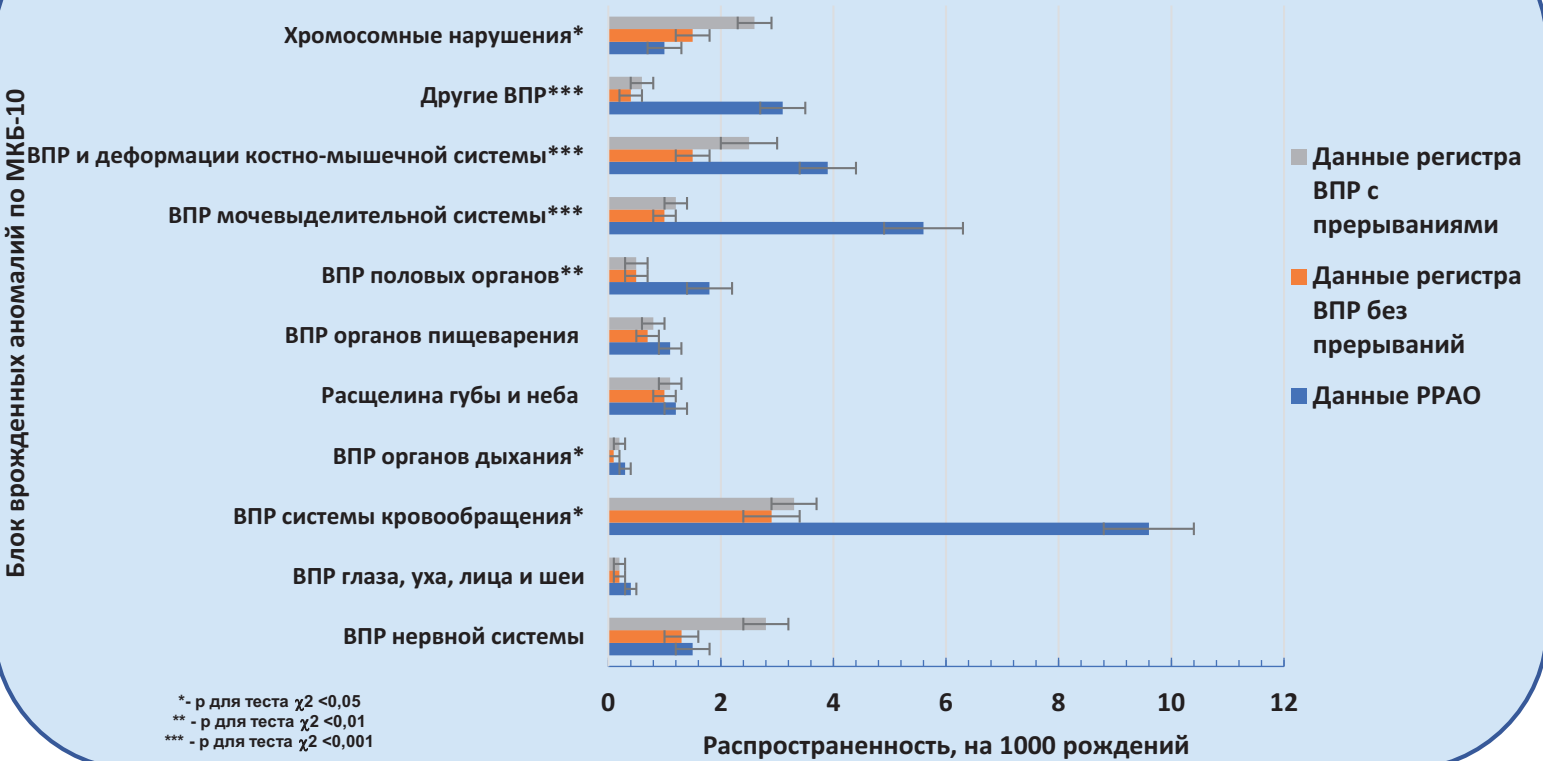
Методы исследования:

медико-статистический анализ регистрации ВПР в медицинском регистре родов Архангельской области (РРАО) и региональном регистре ВПР за 2012-2015 гг с оценкой распространенности ВПР и расчетом показателей качества и полноты регистрации ВПР по EUROCAT.
Число наблюдений : **57467** родившихся, данные о которых внесены РРАО, и **918** случаев ВПР, зарегистрированные в региональном регистре ВПР.

Качество регистрации врожденных пороков развития

Индикатор	Регистр родов Архангельской области	Региональный регистр врожденных пороков развития	Комбинация данных двух источников
EUROCAT			
Общая распространенность с учетом прерываний	29,4 /1000 (95% ДИ: 28,0 – 30,8)	15,1/1000 (95%ДИ: 14,2 – 16,2)	34,9/1000 (95% ДИ: 33,4 – 36,4)
Отношение числа случаев спинномозговых грыж к числу случаев анэнцефалии	24:2=12	64:29=2,2	64:29=2,2
Распространенность аномалий кровообращения:	5 14 / 0,24 (95%ДИ: 0,13 – 0,41)	24/0,42 (95%ДИ: 0,27 – 0,62)	38 / 0,65 (95%ДИ: 0,45 – 0,92)
Распространенность аномалий, отражающей качество диагностики на постнатальном этапе	24/ 0,42 (95%ДИ: 0,27 – 0,62)	26/ 0,45 (95%ДИ: 0,29 – 0,66)	26/ 0,45 (95%ДИ: 0,29 – 0,66)
Распространенность неуточненных форм ВПР	152/ 2,6 (95%ДИ: 2,2 -3,1)	8/ 0,014 (95%ДИ: 0,006 – 0,027)	159/ 2,8 (95%ДИ: 2,4 – 3,3)

Сравнение полноты регистрации врожденных пороков развития по данным РРАО и регистра ВПР



Выводы: Регистрация ВПР полного спектра осуществляется регистром родов более полно по сравнению с действующей системой мониторинга, «истинная» распространенность, рассчитанная при комбинации данных 2 источников составила 34,9/1000. Существующая система мониторинга ВПР имеет тенденцию к недооценке общей распространенности ВПР из-за неполного учета ВПР, не входящих в перечень обязательных для регистрации.

Постерные доклады

Сессия 2



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
www.mednet.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ЦЕЛЬЮ УВЕЛИЧЕНИЯ ОХВАТА И КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Антонов К.А., Дубовой И.И.

ГАУЗ «Брянская городская поликлиника №5», г. Брянск, Россия

Цель. За счет применения информационных технологий увеличить охват и качество диспансерного наблюдения больных, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями в условиях городской поликлиники

Материалы и методы. Увеличение полноты охвата и качества диспансерного наблюдения пациентов достигнуто за счет интеграции возможностей базовой МИС «МЕД-Комплит» с программным модулем «Скрининг модифицируемых факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний человека, разработанным сотрудниками поликлиники. Из базы данных МИС «МЕД-Комплит» извлекались сведения об охвате пациентов диспансерным наблюдением. Программный модуль позволял оценивать у пациентов достижение целевых значений систолического и диастолического артериального давления, показателей глюкозы, холестерина, ИМТ и так же в автоматическом режиме планировать посещения пациентов, состоящих на диспансерном учете, в соответствии с приказом МЗ №173н к участковому врачу.

Таблица 1. Сравнение результатов за первые 6 месяцев 2018 и 2019 годов. Охват диспансерным наблюдением и достижение целевых значений показателей САД, ДАД, глюкозы, холестерина, ИМТ.

	Охват «Д» наблюдением	САД	ДАД	Глюкоза	Холестерин	ИМТ
2018 год	25,7%	35,0%	52,1%	23,9%	23,0%	6,6%
2019 год	56,1%	41,1%	54,3%	33,4%	30,0%	6,9%

Заключение. В результате внедрения в практику поликлиники информационных технологий, направленных на увеличение охвата и совершенствование качества диспансерного наблюдения больных, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями достигнуто улучшение основных показателей, характеризующих профилактическую работу с населением. Одновременно за счет сокращения объема работ по планированию диспансерного наблюдения пациентов, выполняемых ранее в ручном режиме произошло улучшение условий труда сотрудников участковой службы.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВАЛИДИЗАЦИИ ОПРОСНИКА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ДИСТРЕССОВЫХ ДЕТЕРМИНАНТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Орехова Л.И. (магистр медицинских наук, аспирант, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК)
Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Наиболее распространенными хроническими заболеваниями в Республике Беларусь являются болезни системы кровообращения (более 50% всех случаев смерти ежегодно), их рост обусловлен объективными причинами, в числе которых социально-экономические факторы и психоэмоциональные нагрузки (стрессы и дистрессы). В этой связи социально-гигиеническое исследование состояния здоровья населения определяет ключевые проблемы заболеваемости, акцентирует внимание на важных для здоровья факторах и условиях образа и качества жизни, что позволяет предложить мероприятия по улучшению здоровья населения.

В современной медицине распространен термин «**качество жизни связанное со здоровьем**» («Health-related quality of life»), обозначающий оценку факторов и параметров, ассоциированных и не ассоциированных с заболеванием, и позволяющий дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психологическое, эмоциональное состояние пациента, его социальный статус.

Материал и методы. Методическим инструментарием явился «Опросник для исследования социально-дистрессовых детерминант болезней системы кровообращения» авторов Л.И.Ореховой и В.С.Глушанко, по которому проанкетированы 120 пациентов на базе 3 организаций здравоохранения г. Витебска. Сформированы исследуемая (90 пациентов с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца») и контрольная группы (30 пациентов, не страдающих данной патологией (пациенты гастроэнтерологического отделения)). Определение взаимозависимости индикаторов выполнено при помощи программного пакета STATISTICA 10.0 с использованием таблиц сопряженности и критерия Хи-квадрат Пирсона в модуле «Основные статистики и таблицы».

Результаты и обсуждение. Выбрано несколько индикаторов качества жизни пациентов для исследования их взаимообусловленности:

тип патологии (наличие или отсутствие ИБС) ↔ самооценка состояния здоровья;
тип патологии ↔ удовлетворенность собственной жизнью;
тип патологии ↔ ощущение собственной безопасности;

самооценка состояния здоровья ↔ семейное положение;

уровень образования ↔ удовлетворенность жизнью;
уровень образования ↔ ощущение собственной безопасности.

* Тип патологии ↔ Самооценка здоровья

Патология	Характеристика здоровья в целом «хорошее»	Характеристика здоровья в целом «удовлетворительное»	Характеристика здоровья в целом «плохое»	Характеристика здоровья в целом «очень плохое»	Всего
-----------	---	--	--	--	-------

Кардиопатология	10				
%	11,11%				
Гастропатология	6				
%	20,00%				
Всего	16				

* Тип патологии ↔ Удовлетворенность жизнью

Патология	Удовлетворенность жизнью в полной мере	Удовлетворенность жизнью не в полной мере	Неудовлетворенность жизнью	Всего
-----------	--	---	----------------------------	-------

Кардиопатология	25	55	10	90
%	27,78%	61,11%	11,11%	
Гастропатология	8	20	2	30
%	26,67%	66,67%	6,67%	
Всего	33	75	12	120

* Тип патологии ↔ Ощущение собственной безопасности

Патология	Ощущение безопасности «нет ответа»	Ощущение безопасности «да»	Ощущение безопасности «нет»	Всего
-----------	------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-------

Кардиопатология	0	57	33	90
%	0,00%	63,33%	36,67%	
Гастропатология	1	17	12	30
%	3,33%	56,67%	40,00%	
Всего	1	74	45	120

* Уровень образования ↔ Удовлетворенность жизнью

Уровень образования	Удовлетворенность жизнью в полной мере	Удовлетворенность жизнью не в полной мере	Неудовлетворенность жизнью	Всего
---------------------	--	---	----------------------------	-------

Низкое среднее	0	1	1	2
%	0,00%	50,00%	50,00%	
Среднее	5	14	1	20
%	25,00%	70,00%	5,00%	
Среднее специальное	13	35	5	53
%	24,53%	66,04%	9,43%	
Высшее	15	25	5	45
%	33,33%	55,56%	11,11%	
Всего	33	75	12	120

* Уровень образования ↔ Ощущение безопасности

Уровень образования	Ощущение безопасности «нет ответа»	Ощущение безопасности «да»	Ощущение безопасности «нет»	Всего
---------------------	------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-------

Низкое среднее	0	1	1	2
%	0,00%	50,00%	50,00%	
Среднее	0	14	6	20
%	0,00%	70,00%	30,00%	
Среднее специальное	0	36	17	53
%	0,00%	67,92%	32,08%	
Высшее	1	23	21	45
%	2,22%	51,11%	46,67%	
Всего	1	74	45	120

По критерию Пирсона не установлено статистически значимого влияния типа патологии на самооценку здоровья в целом в группах анкетирования ($p=0,088$), удовлетворенность пациентов собственной жизнью ($p=0,75$), ощущением пациентом собственной безопасности ($p=0,2$).

* Семейное положение ↔ Самооценка здоровья

Семейное положение	Характеристика здоровья в целом «хорошее»	Характеристика здоровья в целом «удовлетворительное»	Характеристика здоровья в целом «плохое»	Всего
--------------------	---	--	--	-------

Холостые	3	6	1	10
%	30,00%	60,00%	10,00%	
Состоят в браке	7	48	20	75
%	9,33%	64,00%	26,67%	
Состоят в гражданском браке	2	4	2	8
%	25,00%	50,00%	25,00%	
Разведенные	1	11	3	15
%	6,67%	73,33%	20,00%	
Вдовствующие	3	4	5	12
%	25,00%	33,33%	41,67%	
Всего	16	73	31	120

Установлено, что семейное положение не влияет на самооценку здоровья пациентами в группах наблюдения независимо от типа их патологии ($p=0,26$), но 60% (54) пациентов ИГ и 63,3% (19) пациентов КГ независимо от семейного статуса критично относятся к собственному здоровью и не считают его хорошим.

Результат опроса респондентов в группах наблюдения не показал статистически значимой взаимосвязи между уровнем образования пациентов и удовлетворенностью собственной жизнью ($p=0,45$) и ощущением их себя в безопасности ($p=0,56$) независимо от типа патологии.

Заключение. При анализе основных результатов валидации авторской комплексной методики опроса для определения взаимозависимости индикаторов, влияющих на критерии качества жизни пациентов при наличии и отсутствии у них патологии системы кровообращения, не было обнаружено статистически значимой их взаимообусловленности.

В числе прочих причин это может быть связано с воздействием в большей степени психосоциальных стресс-факторов.

Отметим, что исследование данных индикаторов является актуальным, что обеспечивает глубокое наблюдение за пациентом в динамике, оценку необходимости коррекции лечебно-реабилитационной программы и возможности определения прогноза заболевания.

Школа инсульта: медико-социальная и психологическая помощь лицам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, и их родственникам

Пономарева И.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Архангельск



Цель исследования:

Оценить эффективность обучения слушателей «Школы инсульта» для пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, и их родственников.

Прошли обучение в «Школе инсульта», в т.ч.		1524	
пациенты, чел.	591	38,8%	
родственники пациентов, чел.	933	61,2%	
Уровень информированности		Приверженность к лечению	
в начале обучения	по окончании обучения	в начале обучения	по окончании обучения
52,3%	98,7%	31,1%	89,3%
Динамика роста информированности		рост в 1,9 раза	
Динамика роста приверженности к лечению		рост в 2,9 раза	

Методы исследования: социологический (интервьюирование), аналитический, статистический

Число наблюдений: 1524 слушателя Школы

Результаты:

За исследуемый период (июнь 2015 года-декабрь 2018 года) в первичном сосудистом отделении ГБУЗ «Северодвинская городская больница №1» получили лечение по поводу инсульта 2204 человека. В «Школе инсульта» прошли обучение 1524 человека- пациенты и/или их родственники, что составило 69,1% от общего количества пролеченных пациентов. 93,2% слушателя Школы начали обучение в связи с имеющимся желанием улучшить результаты лечения, получить больше информации о заболевании и методах его профилактики. Полный курс обучения (4 занятия) прошли 67 % слушателей (в среднем за текущий период времени средняя длительность пребывания на койке составила 12,3 койко-дня). Все пациенты получили помощь медицинского психолога.

Выводы: Обучение в «Школе инсульта» способствует повышению информированности пациентов и их родственников о заболевании в 1,9 раза, повышению мотивации к своевременному и постоянному профилактическому лечению, формированию приверженности к терапии в 2,9 раза, облегчению возвращения пациента, перенесшего инсульт, в социум, а также приобретению навыков реабилитации и ухода за пациентом членами его семьи.



Современное состояние скорой медицинской помощи в России



Шляфер, С.И.¹; Алимов, Р.Р.²

¹ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, ²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

В Российской Федерации ежегодно за скорой медицинской помощью обращается каждый третий житель.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (СМП) оказывается вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) (96,1% случаев), в стационарных (0,8% случаев) и амбулаторных условиях (3,1% случаев).

Таблица 1. Основные показатели работы скорой медицинской помощи вне медицинских организаций в Российской Федерации в 2014-2018 годах

Показатели		Годы		
		2014	2016	2018
Число станций (отделений) скорой медицинской помощи		2657	2458	2276
из них: самостоятельных		219	184	163
Всего выездов бригад скорой медицинской помощи	абс. число	45605127	45403021	43978956
	на 1000 населения	312,2	309,5	299,5
из них по поводу: травм, отравлений	абс. число	4280175	3962636	3800537
	на 1000 населения	29,3	27,0	25,9
внезапных заболеваний и состояний	абс. число	33148642	32990423	31569117
	на 1000 населения	226,9	224,9	215,0
родов и патологии беременности	абс. число	478914	590042	552747
	на 1000 населения	3,3	4,0	3,8
медицинской эвакуации	абс. число	3287433	3470033	3660689
	на 1000 населения	22,5	23,7	24,9
Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выездах	абс. число	45810037	45638665	44176940
	на 1000 населения	313,6	311,2	300,9
Число умерших в автомобиле скорой медицинской помощи	абс. число	6097	6727	6839
	в % к 2014 г.	100,0	110,3	112,2
Число дорожно-транспортных происшествий, на которые выезжали автомобили СМП	абс. число	263162	205431	197761
	в % к 2014 г.	100,0	78,1	75,1
Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, которым оказана медицинская помощь	абс. число	310021	238239	226948
	в % к 2014 г.	100,0	76,8	73,2

Стационарное отделение скорой медицинской помощи создается в медицинской организации, имеющей коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 пациентов для оказания скорой медицинской помощи.

В 2018 г. работало 29 стационарных отделений скорой медицинской помощи в 13 субъектах России.

Таблица 2. Основные показатели работы коек скорой медицинской помощи стационарных отделений в Российской Федерации в 2014-2018 годах

Показатели	Годы		
	2014	2016	2018
Число коек скорой медицинской помощи (всего) (абс.)	415	530	737
в том числе:	174	187	201
- скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания (абс.)			
- скорой медицинской помощи суточного пребывания (абс.)	241	343	536
Удельный вес коек скорой медицинской помощи в структуре коечного фонда стационаров (в %)	0,036	0,049	0,071
Обеспеченность койками скорой медицинской помощи на 1 млн. человек	2,8	3,6	5,0
Число поступивших пациентов (абс.)	116666	217335	345113
Число выписанных пациентов (абс.)	94379	189385	306364
Число умерших (абс.)	166	324	393
Доля пациентов, переведенных с коек скорой медицинской помощи в специализированные отделения стационара (в %)	19,0	12,7	11,1
Число проведенных пациентами койко-дней	99572	111038	188002
Средняя занятость койки в году (в днях)	277	208	274
Средняя длительность пребывания пациента на койке (в днях)	1,1	0,6	0,6
Оборот койки	263	356	447
Больничная летальность (%)	0,18	0,17	0,13

Расчет показателя обеспеченности населения России койками СМП показал, что в 2018 году функционировало толь ко 5,0 коек на 1 млн. чел., что в 22,2 раза ниже рекомендуемого норматива (111 коек на 1 млн. чел.) (4,5% от рекомендуемых значений).

Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 марта 2019 г. № 14-3/и/2-2339 «Об обеспечении доступности и качества оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и специализированной медицинской помощи».

Мероприятия:

- объединение станций СМП и территориальных центров медицины катастроф в один региональный центр СМП и медицины катастроф, ответственный за медицинскую эвакуацию пациентов во всем субъекте;
- создание единой диспетчерской службы и информационной системы управления на базе регионального центра СМП и медицины катастроф для обеспечения работы по централизации и автоматизации приема вызовов скорой медицинской помощи и передачу их для исполнения выездным бригадам СМП в целях обеспечения своевременной медицинской эвакуации пациентов в медицинские организации 2 и 3-го уровня;
- реорганизация приемных отделений в структуре медицинских организаций 2-го и 3-го уровня в стационарные отделения скорой медицинской помощи с размещением в каждом консультативно-диагностического центра.

Реализация запланированных мероприятий по совершенствованию организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинских организаций и специализированной медицинской помощи в экстренной форме в стационарных медицинских организациях будет способствовать обеспечению доступности и качества оказания медицинской помощи.

Контакты:

Шляфер София Исааковна, д.м.н. e-mail: sonia@mednet.ru

Алимов Руслан Рязинович, д.м.н. e-mail: alimov.ruslan@szgmu.ru

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ДИСТАНЦИОННОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

И.П. Строгольская, Д.В. Килижекова, С.А. Макаров,
ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Сосновый бульвар, 6, Кемерово, Российская Федерация, 650002

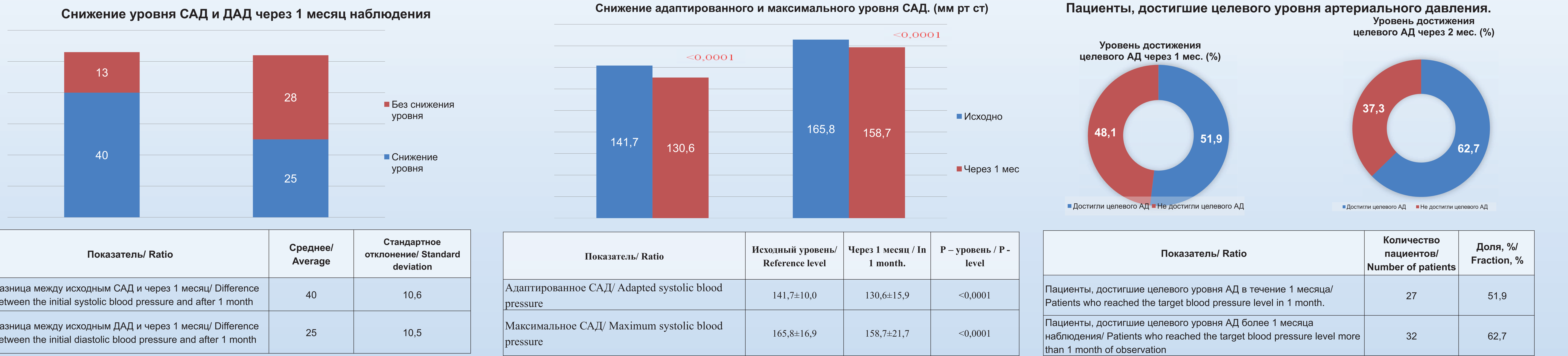
Актуальность. Артериальная гипертензия, являющаяся ведущим модифицируемым фактором риска развития болезней системы кровообращения, по распространенности среди взрослого населения Кузбасса превышает средние цифры по России. Одной из основных задач амбулаторно-поликлинической службы Кемеровской области является наибольший охват населения с артериальной гипертензией диспансерным наблюдением.

Цель исследования. Создание и внедрение организационной методики диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией с использованием технологии дистанционного мониторинга

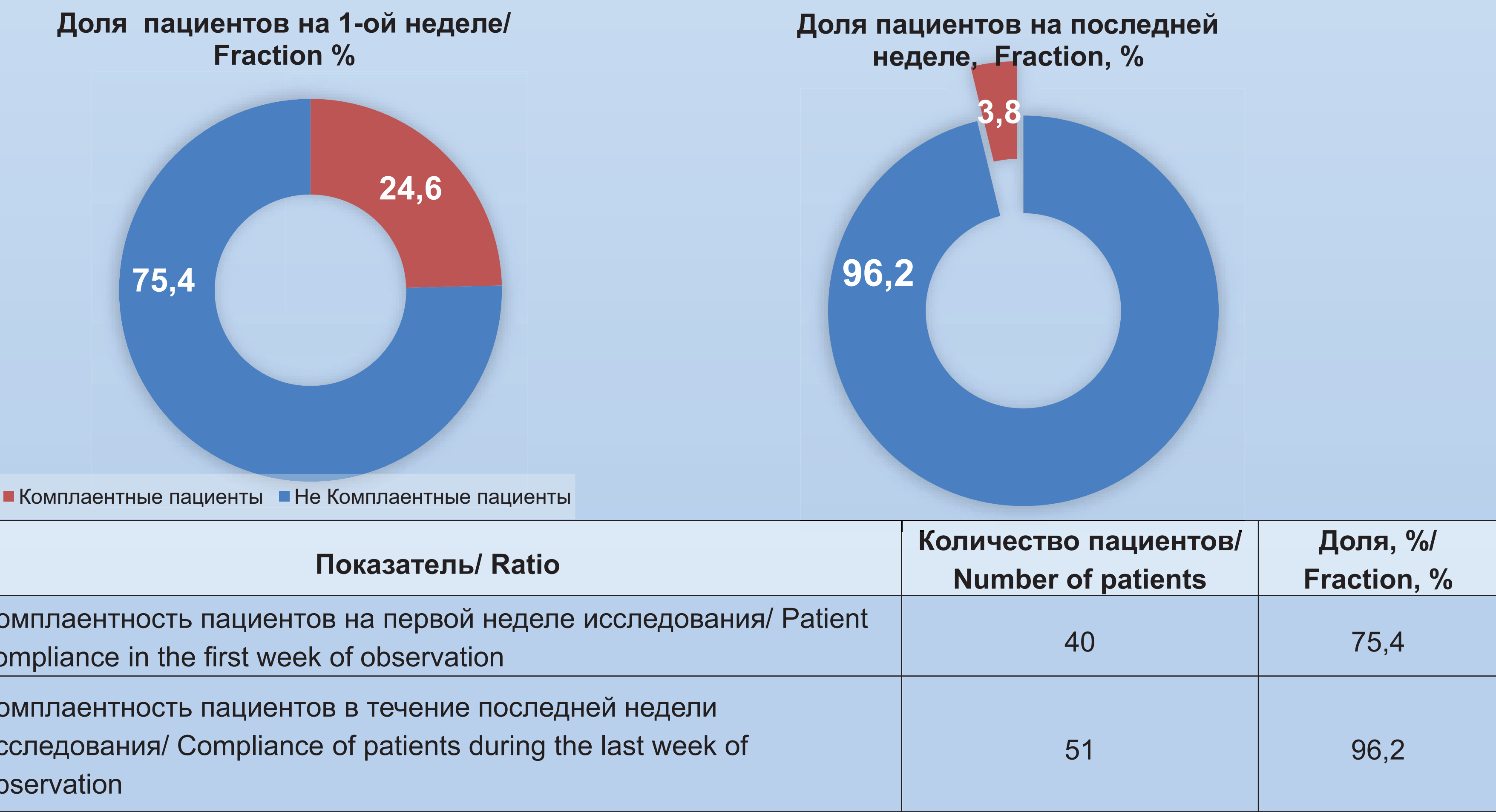
Материалы и методы. Исследование проведено на базе территориальной поликлиники с использованием телемедицинских приборов для дистанционного мониторинга АД. В исследование включены 53 пациента с ранее установленной АГ, которые находились под наблюдением терапевта поликлиники. Средний возраст участников исследования равен 56,8 ± 12,1 лет (от 21 до 80 лет); женщины составили 77,4%, мужчины – 22,6%. Продолжительность дистанционного мониторинга составляла от 31 до 60 дней (в среднем 45,5 дня).

Методика профилактического наблюдения пациентов разработана в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению пациентов с артериальной гипертензией.

Диспансерная работа при создании организационной методики наблюдения разделена между врачом и медицинской сестрой, разделение обязанностей освобождало врача от рутинной работы, повышая эффективность использования его времени. Для оценки эффективности лечения частота визитов больных к врачу проводится в среднем с интервалом в 2-3 недели до достижения целевого уровня АД, у пациентов с цифрами АД в «красной зоне» частота визитов выше, за счет внеочередных консультаций терапевта или кардиолога. Телефонные визиты осуществляются еженедельно, до устойчивого достижения целевых цифр АД (визиты осуществляет медицинская сестра по разработанному в рамках исследования опроснику).



Приверженность пациентов к выполнению программы диспансерного наблюдения.

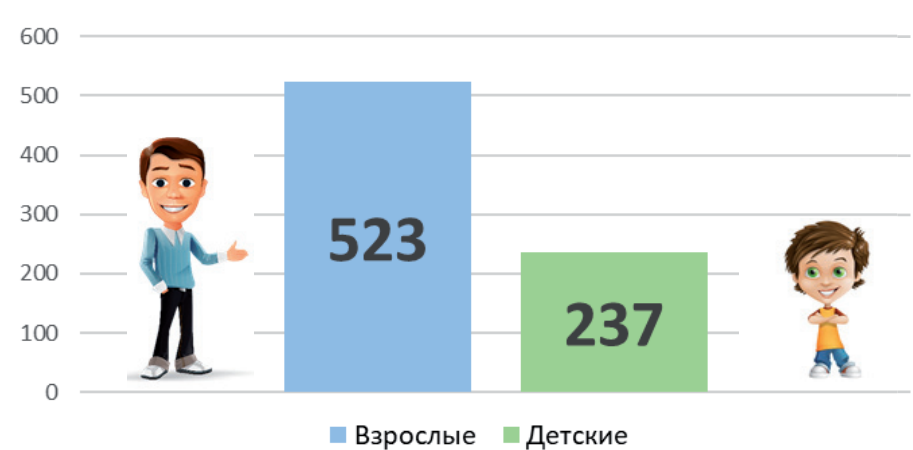


- Критерии эффективности диспансерного наблюдения больных АГ при применении методики:**
- Достижение стабильного уровня целевого АД;
 - Уменьшение частоты или прекращение гипертонических кризов (пребывание пациента в «красной зоне»),
 - Снижение максимального систолического АД,;
 - Приверженность пациента к программе дистанционного диспансерного наблюдения
- Приверженность пациентов к проводимой профилактической программе оценивалась по следующим критериям:**
- Выполнение трех измерений АД в каждом случае контроля в 7.00 - 10.00, 19.00 - 22.00;
 - Регулярный прием гипотензивных средств;
 - Отклик во время телефонного контакта.
- Данная организационная методика дистанционного наблюдения позволила:**
- Достичь целевых уровней ад у большинства пациентов группы наблюдения (62,7 %), в то время как показатели контролируемой аг не превышают 30% в странах с наиболее успешным контролем и воспроизводимы от популяции к популяции;
 - Снизить уровень исходного сад в 75,5% случаев наблюдения;
 - Повысить число пациентов приверженных к амбулаторному диспансерному наблюдению до 96,2% в группе;
 - В короткие сроки (до 60 дней) сформировать группы пациентов высокого риска, определиться с тактикой их ведения;
 - Экономить время врача, распределив нагрузку между средним медицинским работником и врачом, при проведении диспансерного наблюдения пациентов с АГ.
- Выводы:**
- Доказана эффективность дистанционного мониторинга АД в отношении снижения средних и максимальных уровней АД, вплоть до целевых значений у пациентов, изначально имевших нецелевые уровни АД.
 - Доказана эффективность методики в повышении приверженности пациентов к регулярному контролю уровня артериального давления, а также к медикаментозному лечению АГ.
 - Показана возможность эффективного участия в методике дистанционного наблюдения средних медицинских работников амбулаторно-поликлинического учреждения.

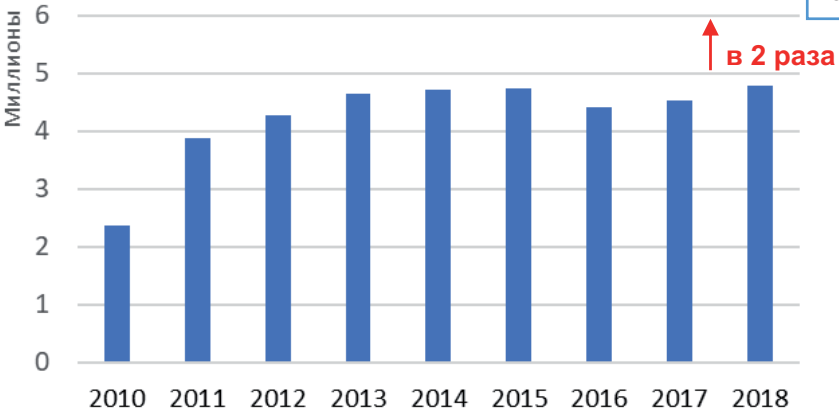
РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

с 1 декабря 2009 года в России начали работу Центры здоровья

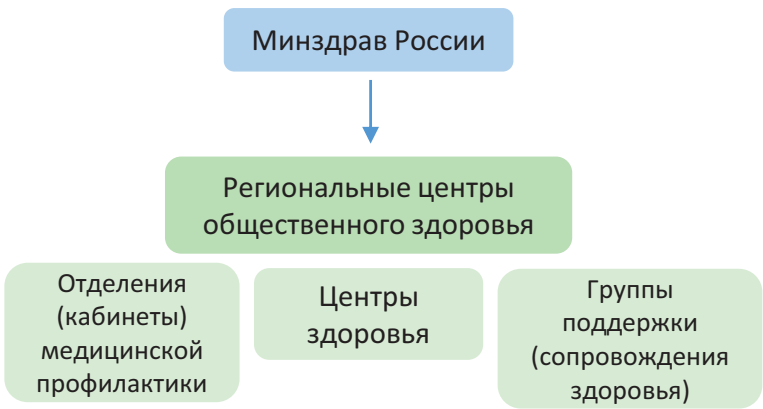
Число Центров здоровья, 2018 г.



Число пациентов, принятых Центрами здоровья в Российской Федерации в 2010-2018 гг., млн. чел.

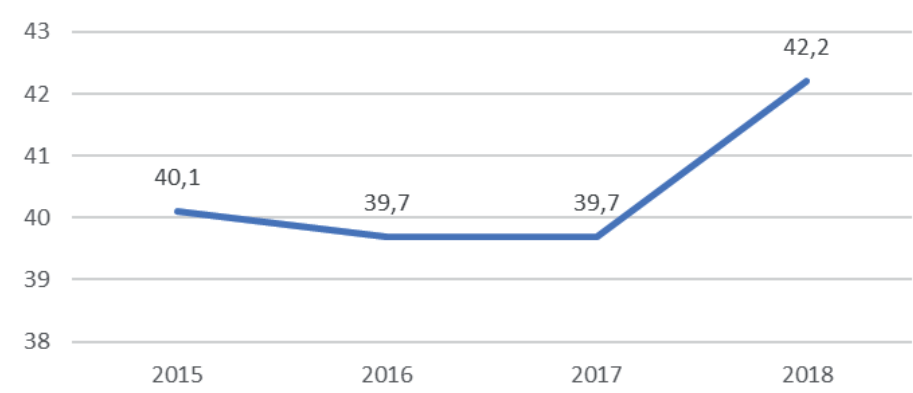


В рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» нацпроекта «Демография» к 2024 году будет внедрена новая модель «Центров общественного здоровья»

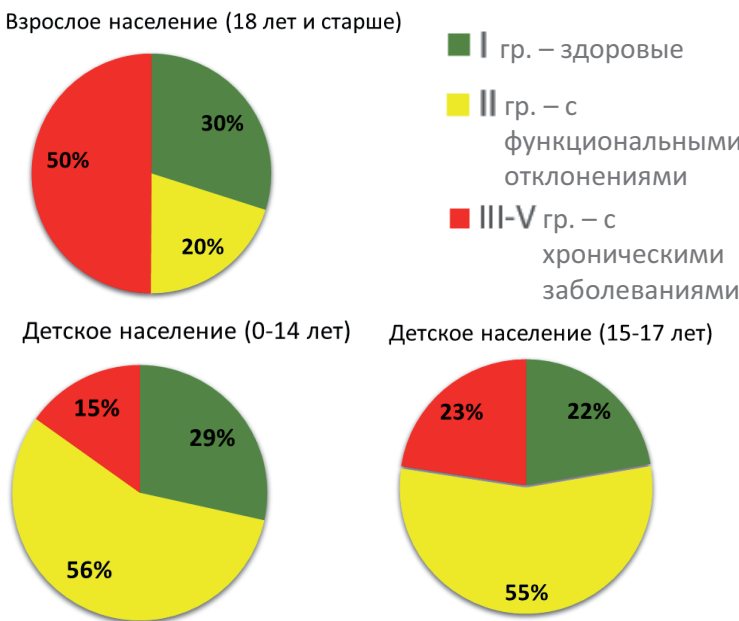


с 2011 года начали работать Центры здоровья для детей

Охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией, %



Распределение по группам здоровья населения, прошедшего профилактический осмотр или диспансеризацию в 2018 году



Общее число пациентов, обученных в "Школах здоровья" с 2009 года выросло в 2,5 раза (с 6,8 млн. чел. до 10,6 млн. чел.)

Школы здоровья	2009	2018	
Для пациентов с сердечной недостаточностью	201 702	392 715	↑ в 2 раза
Для пациентов с бронхиальной астмой	265 134	360 670	
Для пациентов с артериальной гипертензией	1 185 314	1 776 598	↑ в 2,5 раза
Для пациентов с сахарным диабетом	547 466	833 636	
Школа здорового образа жизни	1 037 551* (с 2012)	2 462 399	

В 2018 году около 62 млн. граждан РФ (практически половина населения страны) прошли профилактические осмотры и диспансеризацию

ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТАХ

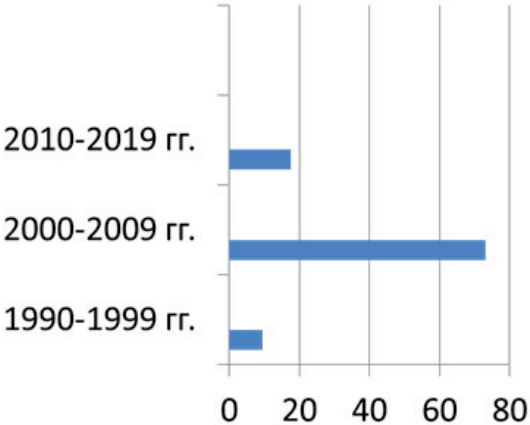
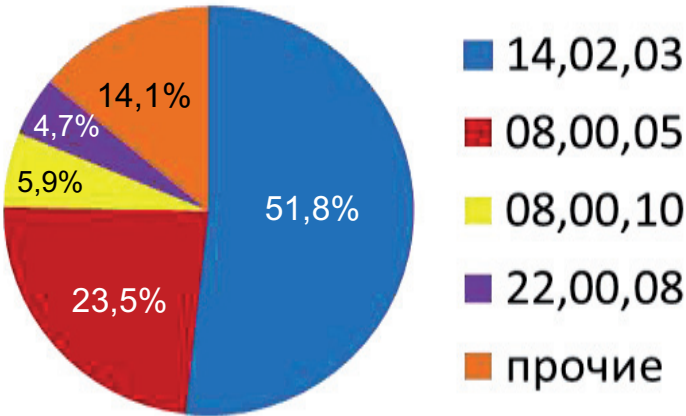
А.А. Бовина

Актуальность: Начиная с конца 20-го века отечественное здравоохранение подвергается системному реформированию. Необходимость данного процесса обусловлена низкой эффективностью использования сил и средств, а также дефицита кадров, недостаточным качеством и низким уровнем доступности медицинских услуг на фоне социально-политического кризиса и экономического спада и, как следствие, неблагоприятной демографической ситуации.

К защите на соискание ученой степени:

- доктора наук было представлено 33% диссертаций
- кандидата наук - 67% диссертаций.

Диссертационные работы



Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография»: снижение смертности населения старше трудоспособного возраста с 37,9% в 2018 г. до 36,1% в 2024 г. и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения Российской Федерации до 78 лет к 2024 г.

Демографическое старение населения и повышение нагрузки на лечебно-профилактические медицинские организации потребуют реструктуризации системы здравоохранения с учетом новых реалий.

Заключение: при проведении современных реформ необходимо учитывать предыдущий опыт.



Социально-гигиенический мониторинг за факторами урбанизации, влияющими на распространение и развитие аутоиммунной патологии на территории РФ

Сопрун Л.А.^{1,2}, Утехин В.И.^{1,2}, Акулин И.М.¹, Чурилов Л.П.^{1,2}, e-mail: lidas7@yandex.ru

¹кафедра «Организации Здравоохранения и Медицинского права» СПбГУ,

²Лаборатория Мозаики Аутоиммунитета СПбГУ

Актуальность исследования

Урбанизированные территории занимают примерно 1,1% площади суши, на них проживает около 46% населения Земли*
В настоящее время около 50% человечества проживает в городах, к 2050 г. этот показатель возрастет до 70%
В промышленно развитых странах превысит 80%**
В России доля городского населения составляет 74%.
На территориях мегаполисов России в настоящее время проживает более 30 млн человек***



По состоянию на 2019 год средняя плотность населения в России составила 8,57 чел/км².

Цель исследования

- Разработать систему социально-гигиенического мониторинга аутоиммунных заболеваний на территории РФ в зависимости от факторов урбанизации

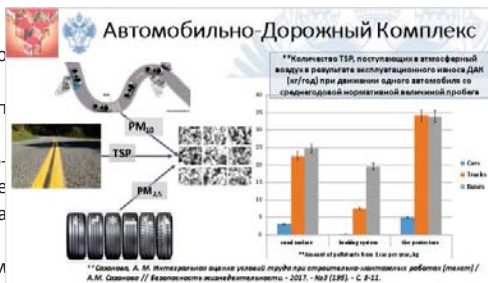
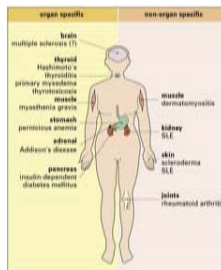


Задачи исследования:

- Выделить основные группы аутоиммунных заболеваний, наиболее часто встречающихся на территории РФ
- Провести статистический анализ аутоиммунных заболеваний, различных групп населения по возрастным характеристикам, проживающих на территории РФ
- Установить основополагающие антропогенные и природные факторы эколого-гигиенического риска, непосредственно влияющие на распространение аутоиммунных заболеваний у различных групп населения в зависимости от региона проживания.
- Произвести корреляционно-регрессионный анализ связи между уровнем патологической пораженностью населения РФ аутоиммунными заболеваниями и урбанистическими факторами, распространенными на территории РФ

Материалы и методы исследования

Объекты исследования
Вся популяция РФ
Дети от 0 до 14 лет
Подростки от 15 до 17 лет
Взрослые
Лица старше трудоспособного возраста (Женщины от 55 лет, Мужчины от 60 лет)



Результаты

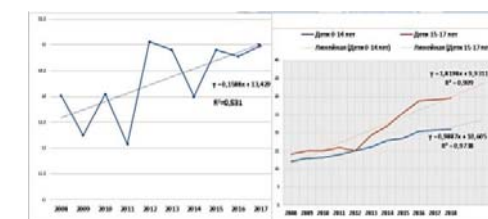


Рис. 1. Заболеваемость CD 1 типа у детей 0-14 лет на территории РФ с 2008 по 2018 гг. По оси абсцисс – годы; по оси ординат – заболеваемость (количество случаев на 100 тыс. населения). y – R – индекс аппроксимации. Сплошная линия – линия заболеваемости; пунктир – линия тренда.

Результаты

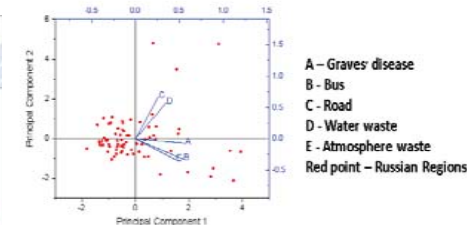


Рис. 2. Мультифакторный анализ между Аутоиммунным тиреоидитом и факторами урбанизации



Выводы

5. Выявлены причинно-следственные связи показателей уровня комплексного загрязнения атмосферного воздуха в зоне влияния АДК и показателей аутоиммунной патологии в различных группах населения РФ в зависимости от региона



Грант Правительства РФ для государственной поддержки научных исследований, проводимых под руководством ведущих ученых. Постановление Правительства РФ №220 и Договор №14.W03.31.0009

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 60+

Гармаева А.Б.
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ

Актуальность

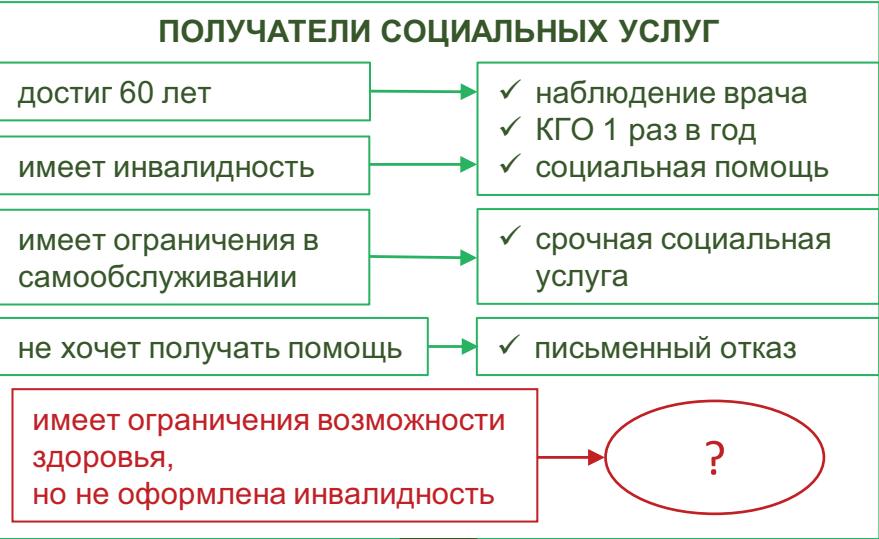
Демографическая ситуация во всём мире имеет тенденцию к старению населения. К 2050 году доля людей в возрасте 65 лет и старше по сравнению с 2010 годом увеличится с 14% до 22% от общей численности населения. Данная статистика наталкивает на изучение вопроса межведомственного взаимодействия между организациями социальной защиты граждан пожилого возраста и здравоохранения.

Цель

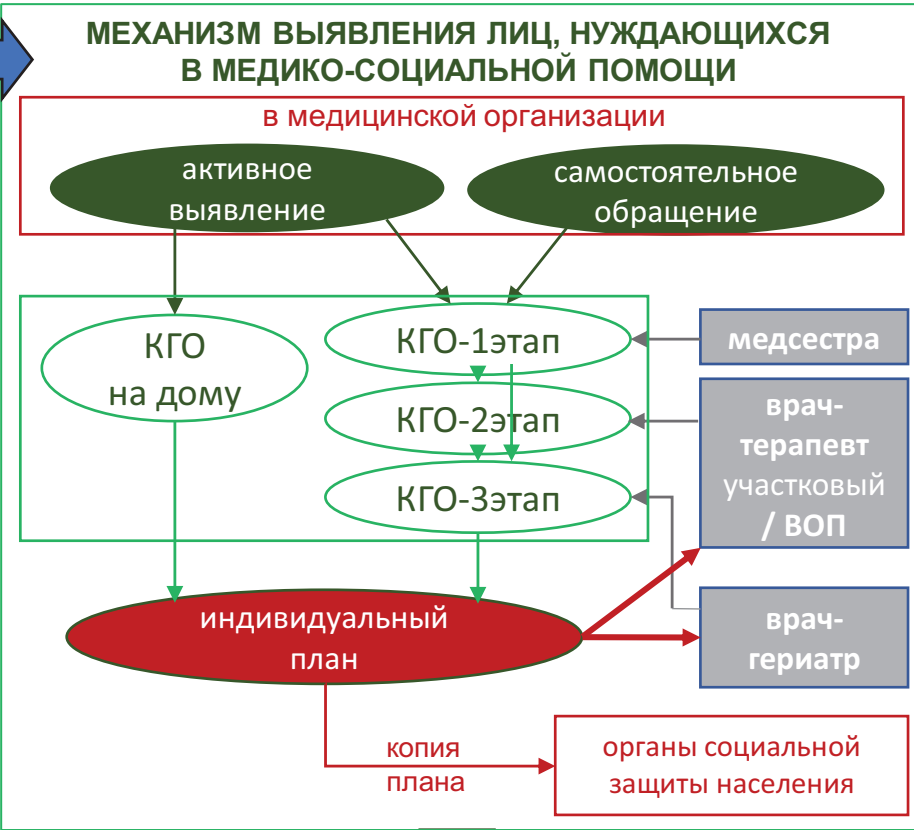
контент-анализ нормативных документов Российской Федерации по организации взаимодействия органов социальной защиты и медицинских организаций при оказании медико-социальной помощи гражданам старше трудоспособного возраста.

Материалы и методы

Материал - нормативные документы Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (электронная база «Консультант Плюс») **Метод** – контент-анализ



ВЫВОД 1:
механизм организации медико-социальной помощи населению не позволяет охватить услугами часть граждан старше трудоспособного возраста, имеющих ограничения возможностей здоровья, но не оформлена инвалидность



ВЫВОД 2:
требуется совершенствования механизм взаимодействия врача-терапевта участкового, медицинской сестры участковой, врача-гериатра. В частности, целесообразно чётко разделить функции этих сотрудников и определить координатора.

Оценка состояния современной российской системы здравоохранения, проблем, препятствующих ее развитию, а также возможных вариантов их решения.

*Решетников В.А., Козлов В.В., Арсентьев Е.В.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)*

В опросе, позволяющем оценить состояние современной российской системы здравоохранения, проблемы, препятствующие ее развитию, а также возможные варианты их решения, приняли участие 30 экспертов, представляющих руководящий состав медицинских организаций, работающих в рамках обеспечения населения государственными гарантиями бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи.

Эксперты не смогли дать однозначную оценку результатов проведенных реформ в российском здравоохранении за последние двадцать лет.

Среди наиболее актуальных проблем российского здравоохранения экспертами были выделены: недостаточная квалификация специалистов в области управления государственной системой здравоохранения, неравномерное распределение современной материально-технической базы по субъектам РФ и неравномерная доступность медицинской помощи по субъектам РФ.

Главными проблемами на пути реформирования здравоохранения РФ эксперты считают недостаточность и неэффективность финансирования, недостаточную профессиональную грамотность управленцев в здравоохранении, отсутствие стратегического плана при проведении реформ.

При этом они отмечают рост доступности медицинских услуг по программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В то же время ее объем признается экспертами не достаточным.

Для обеспечения сбалансированности между видами, объемами и финансовым обеспечением ПГГ наиболее важным по мнению экспертов являются необходимость увеличения финансирования здравоохранения государством, развитие профилактической медицины и совершенствование системы контрольных мероприятий за использованием средств ОМС.

Экспертами были положительно оценены такие меры, как развитие целевой подготовки медицинских кадров для восполнения дефицита врачей в регионах, введение обязательного страхования профессиональных рисков врачей. В целом негативную оценку экспертов получило внедрение штрафов для врачей при оказании медицинской помощи, как мера для повышения качества медицинских услуг.

В целом, среди экспертов относительно изменений в системе здравоохранения Российской Федерации в ближайшие десять лет преобладали оценки в большей степени, склоняющиеся к оптимистическому варианту развития.

ПРОФОРИЕНТАЦИЯ СТУДЕНТОВ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ОРДИНАТУРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»

д.м.н., проф. Решетников Владимир Анатольевич, д.м.н., проф. Трегубов Валерий Николаевич



Актуальность темы

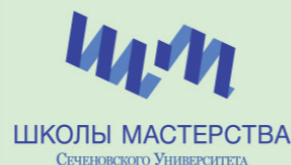
Профессиональная ориентация (профориентация) - система мер, направленных на оказание помощи молодежи и взрослым в выборе профессии.

Общепринятые направления профориентации:

- индивидуальные беседы с обучаемыми;
- размещение информации на стендах;
- доведение информации с помощью интернет-ресурсов;
- встреча студентов с опытными специалистами и др.

Актуальность данного вопроса обусловлена:

- трудоустройством до 30% россиян не по специальности, указанной в их дипломе;
- длительной подготовкой врачей-специалистов в системе высшего образования.



Особенности подготовки:

- возможность обучения в 58 школах мастерства;
- продолжительность обучения в течение учебного года;
- учебная нагрузка 144 академических часа;
- проведение конкурсного отбора перед зачислением;
- численность каждой учебной группы 10-15 студентов;
- руководителями назначаются опытные педагоги;
- студентам, успешно завершившим обучение и прошедшим итоговую аттестацию начисляются 15 баллов за индивидуальные достижения.

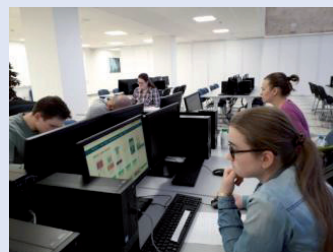
Цель образовательного проекта:

Профориентация студентов посредством их погружения в избранную специальность.

Мотивы студентов для участия в проекте



Проведение учебных занятий



Особенности профориентации студентов на занятиях

- к обучению допускаются все желающие студенты;
- для проведения плановых занятий и итоговой аттестации нами внедрен симуляционно-коммуникативный метод, с помощью которого обучаемые отрабатывают задания по 4 тематическим группам - выступление перед коллективом, прием посетителя, постановка задач по телефону, проверка у исполнителя отработанного документа;
- в учебной группе среди всех студентов распределяются организационные обязанности и каждый обучаемый учится формировать группу своих последователей;
- в качестве тьюторов привлекаются ординаторы;
- в процессе обучения бережно поддерживается корпоративная культура.

Наши Лидеры



До 90% наших студентов поступают в различные ординатуры и аспирантуры

Сессия 3



Достоверность статистической информации как компонент системы управления качеством медицинской деятельности

М.Е. Коломийченко¹, Д.Ш. Вайсман²

¹ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ² ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Введение

- Управление здравоохранением предполагает осуществление мониторинга всей информации, в том числе частоты и распространения заболеваний
- Стандартная статистическая классификация – Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10), в России с 01.01.1999 – 20 лет!

Цель

Оценить достоверность данных в статистике заболеваемости и смертности пациентов отделения многопрофильного стационара

Материалы и методы

Анализ данных в первичной медицинской документации (форма N 003/у) всех выбывших пациентов (1526), находившихся на лечении в отделении многопрофильного стационара города Москвы в 2016-2017гг.

Дизайн исследования

I этап
Распределение диагнозов основного заболевания по классам МКБ-10

II этап
Распределение случаев по блокам IX класса

III этап
- Проверка правильности кодирования,
- сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов

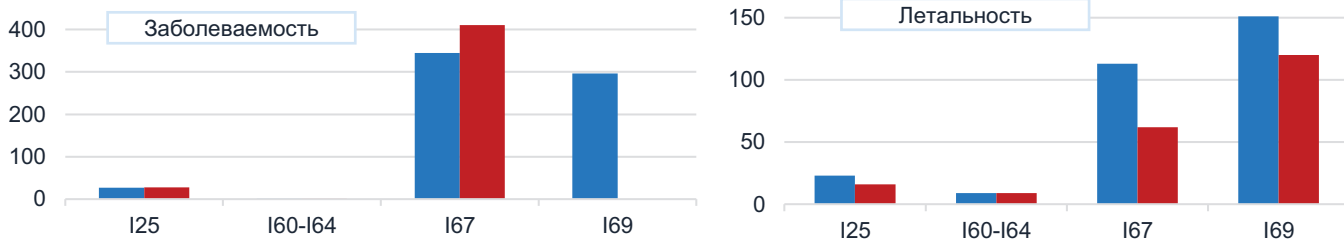
Класс МКБ-10	Абс.	Доля от всех выбывших пациентов, %
II	394	25,8
VI	71	4,6
IX	975	64
Другое	86	5,6

Email: niiskni@mail.ru

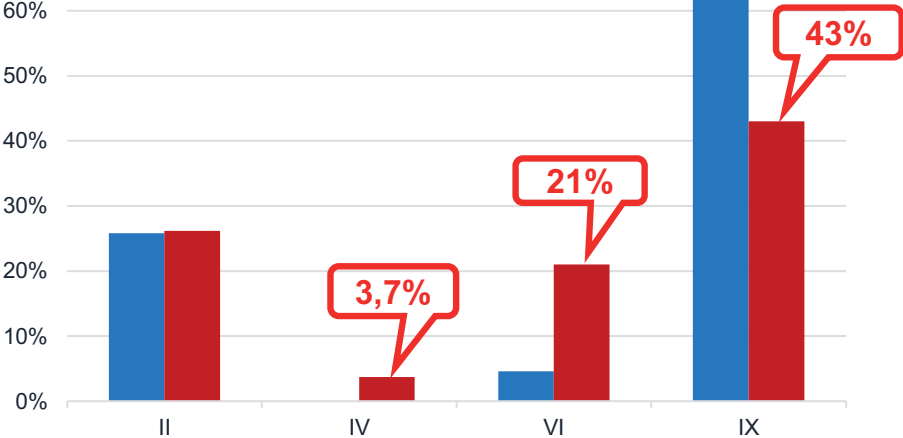
Результаты

Блоки IX класса МКБ-10	Число пациентов	Число ошибок кодирования	из них		Доля ошибок кодирования, %
			внутриклассовые	межклассовые	
I25	50	13	6	7	26
I60-I64	10	1	-	1	10
I67	458	278	24	254	61
I69	447	330	273	57	74
Всего	965	622	303	319	64

Число случаев по блокам IX класса до и после исправления ошибок кодирования



Изменение структуры заболеваемости и смертности после исправления ошибок кодирования



Заключение

Общая доля ошибок кодирования составила 64%. В статистике заболеваемости из 669 случаев были выявлены 528 ошибок (78%), в статистике смертности из 296 случаев – 94 ошибки (32%). Внесение изменений позволило выявить 56 летальных случаев от сахарного диабета, выявить случаи деменции, болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера.



Здравоохранение села: проблемы и перспективы развития



Калининская, А.А.¹; Сулькина, Ф.А.¹

¹ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России

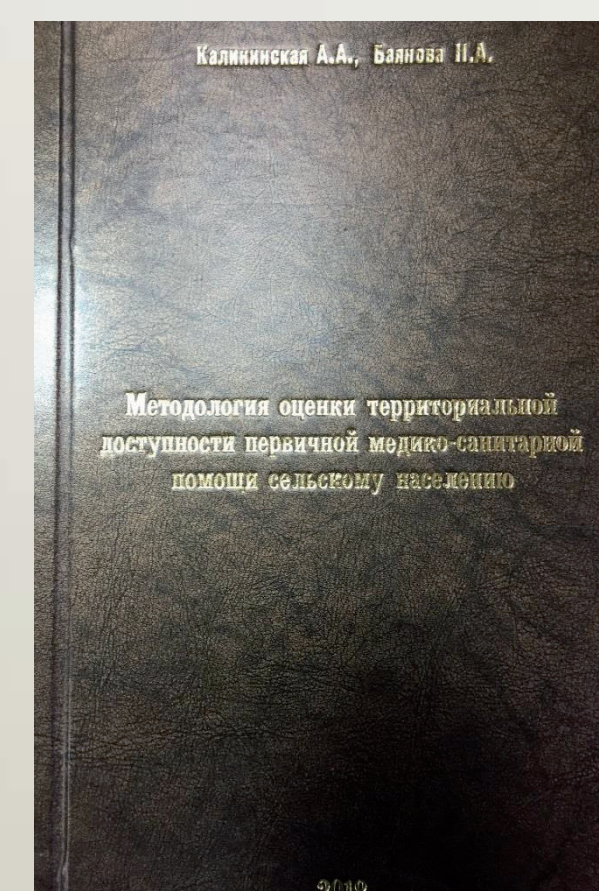
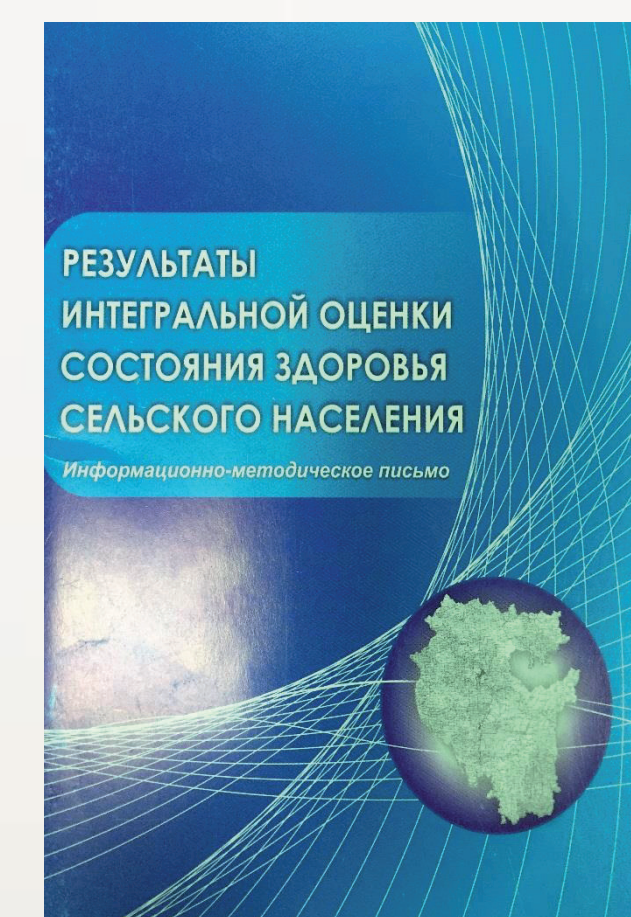
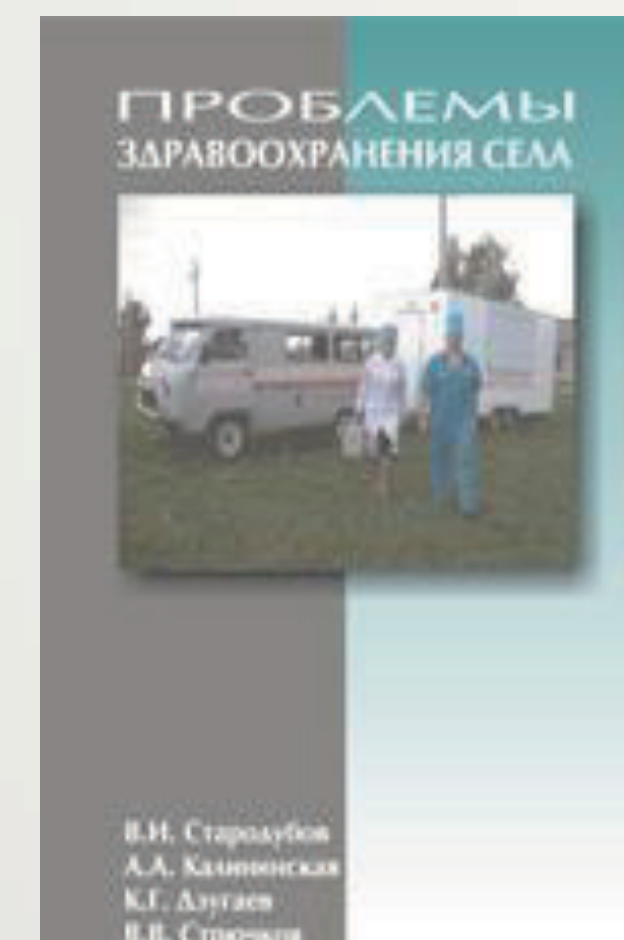
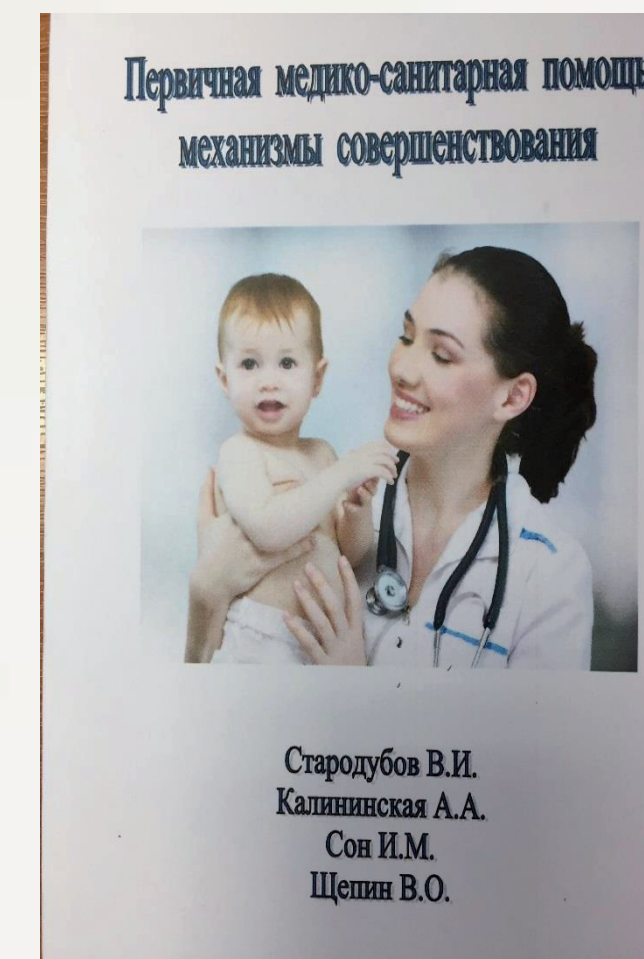
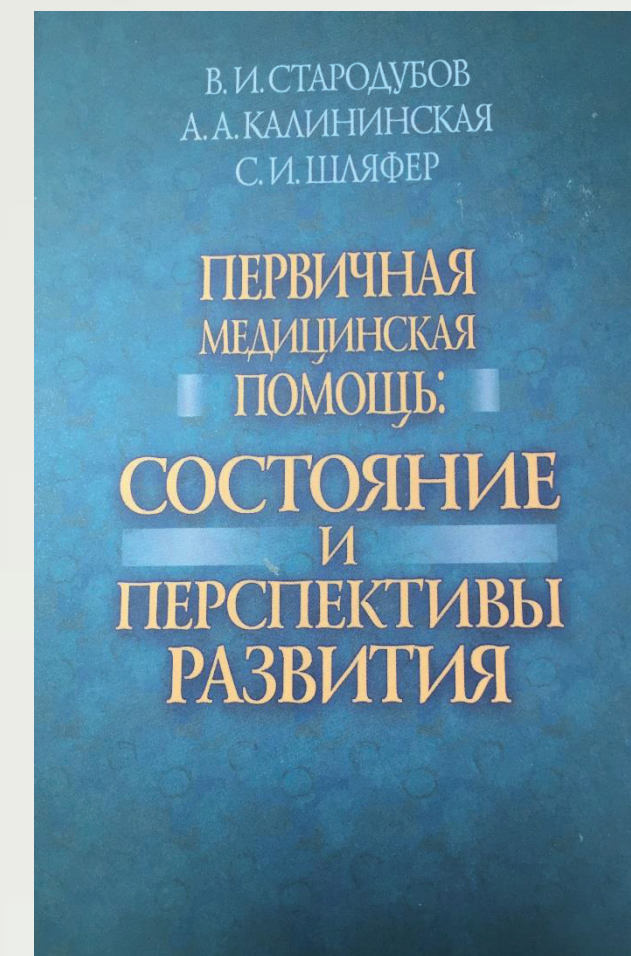
Причинами плохого медицинского обеспечения жителей села является:

- проблемы трудоустройства и массовая бедность населения;
- низкое финансирование и оплата труда;
- слабая материально-техническая база медицинских организаций;
- низкая обеспеченность кадрами, транспортом, средствами связи;
- высокая стоимость лекарственных средств для населения;
- несбалансированная сеть медицинских организаций;
- нарушение преемственности на разных этапах оказания медицинской помощи;
- нерациональное использование ресурсов здравоохранения;
- несовершенство организационных форм оказания медицинской помощи;
- упразднение ответственности органов местного самоуправления за здоровье и жизнеобеспечение селян (Кондракова Э.В., 2009; Сергеев Д.Н., 2010; Ерегина М.В., Ком И.Л. и др., 2016)

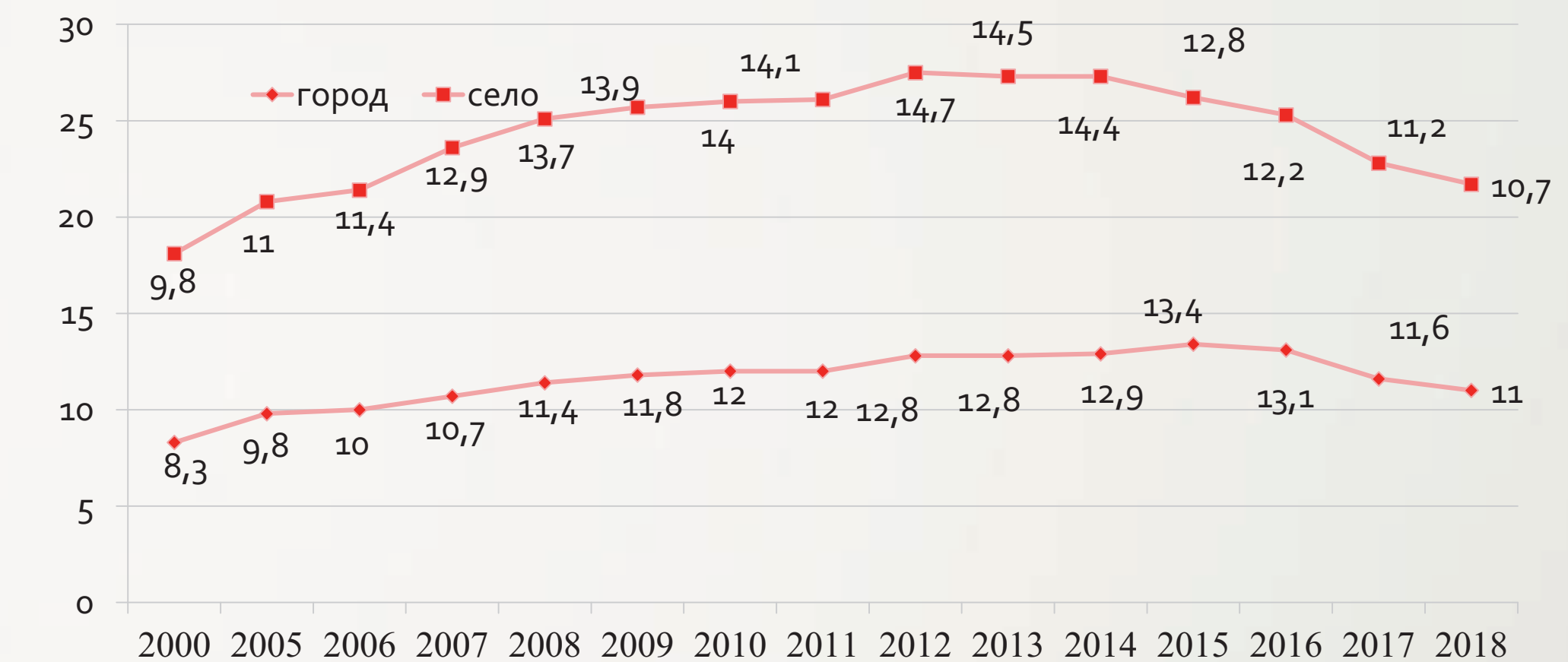
Для выхода из медико-демографического кризиса на селе необходимы:

- привлечение инвестиционных и предпринимательских потоков;
- создание новых рабочих мест;
- развитие здравоохранения и социальной сферы;
- повышение ответственности муниципальной власти за здоровье и жизнеобеспечение селян.
- повышение транспортной доступности медицинской помощи селянам;
- внедрение новых организационных форм работы на селе – общих врачебных практик / семейных практик, передвижных медицинских комплексов, информационных систем;
- развитие информационных систем и информационного сопровождения принятия управленческих решений.

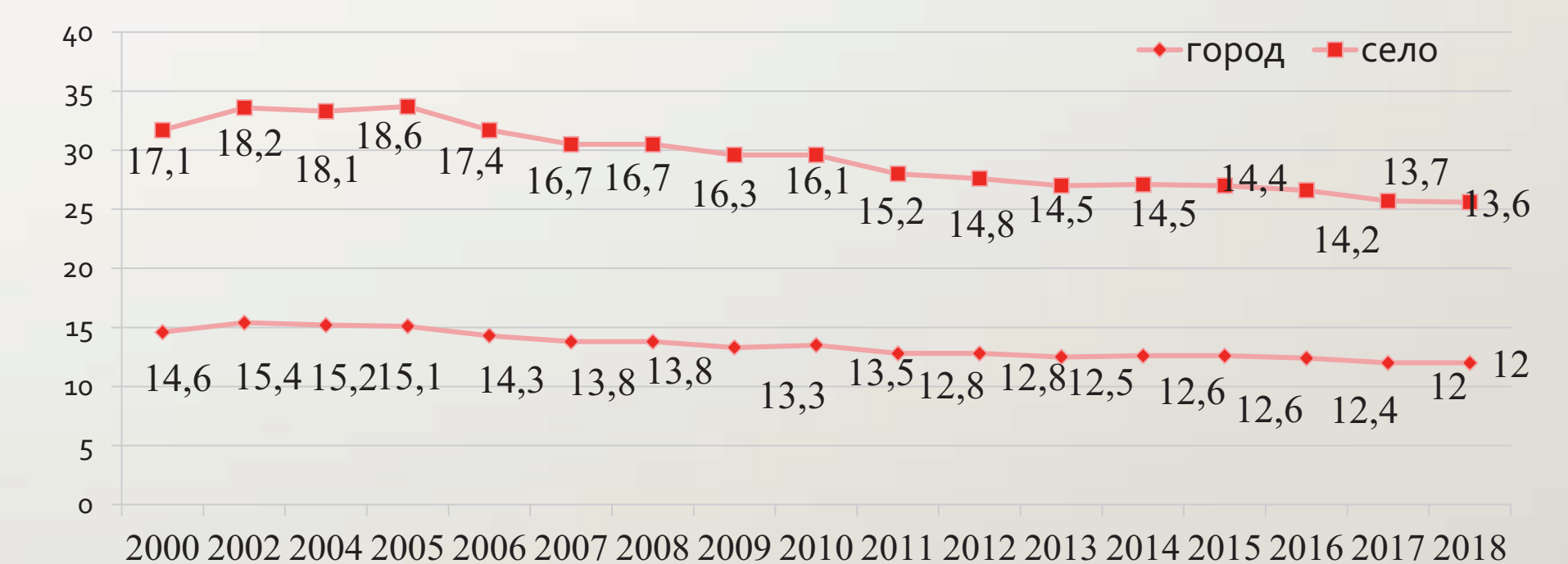
Задачами муниципальной и федеральной власти являются обеспечение не только декларативным «программным» сопровождением, но и ресурсами, а также практикой решения стратегических задач здравоохранения села (Зарубина Т.В., 2016).



Динамика общего коэффициента рождаемости сельского и городского населения (на 1000 населения)



Показатели смертности городского и сельского населения Российской Федерации (на 1000 населения)



Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Российской Федерации (число лет)

ГОД	СЕЛЬСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ			ГОРОДСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ		
	ОБА ПОЛА	МУЖЧИНЫ	ЖЕНЩИНЫ	ОБА ПОЛА	МУЖЧИНЫ	ЖЕНЩИНЫ
2000	64,3	58,1	71,7	65,7	59,4	72,5
2011	68,0	62,4	74,2	70,5	64,7	76,1
2012	68,6	63,1	74,7	70,8	65,1	76,3
2016	70,5	65,4	76,1	72,35	66,9	77,4
2017	71,4	66,4	76,6	73,2	67,9	78,0
2018	71,7	66,75	76,9	73,3	68,1	78,1

Контакты

Калининская Алефтина Александровна, д.м.н., проф., главный научный сотрудник.e-mail: akalininskaya@yandex.ru
Сулькина Фира Ароновна, к.б.н., ведущий научный сотрудник. e-mail: sulfir@mednet.ru

ПРОГРАММА «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР» В РЕШЕНИИ КАДРОВЫХ ПРОБЛЕМ АРКТИЧЕСКИХ И ПРИАРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ

Флеглер Н. А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Архангельск



Цель исследования:

оценить роль программы «Земский доктор» в кадровом обеспечении медицинских организаций на арктических и приарктических территориях Европейского Севера России (на примере Архангельской области)

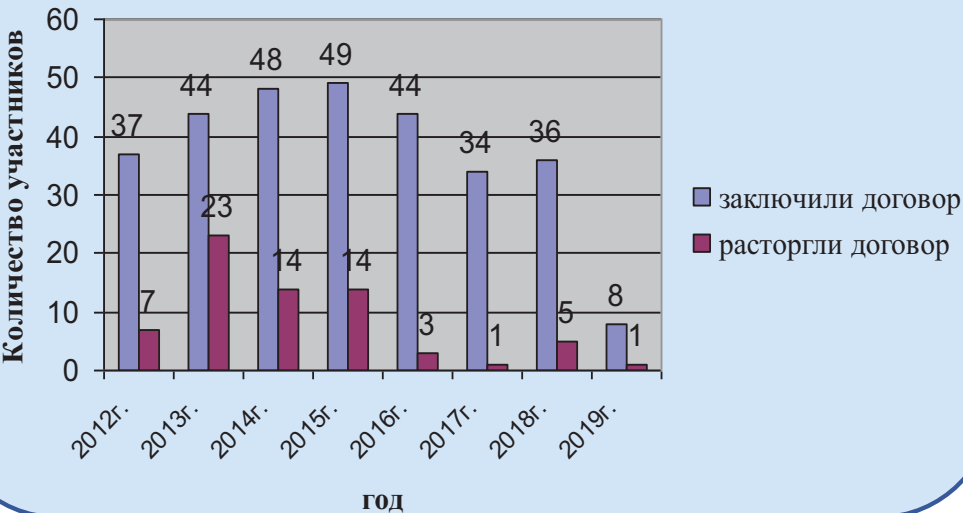
Методы исследования:

- аналитический метод
- статистический метод

Обеспеченность врачами медицинских организаций на селе в Архангельской области (2014-2018 гг.)

Показатели	2014	2015	2016	2017	2018
Обеспеченность врачами на 10000 сельского населения	13,1	13,3	14,2	15,7	15,3

Реализация программы "Земский доктор" в Архангельской области за 2012 -2019 гг.



Выводы: Арктические и приарктические территории характеризуются дискомфортными климатогеографическими параметрами жизнедеятельности, недостаточным развитием транспортно-логистической инфраструктуры, низкой плотностью населения, выраженным дефицитом медицинских кадров в сельской местности.

В Архангельской области с 2012 по 2019 гг. в программе «Земский доктор» приняло участие 300 врачей. Расторгли договор 68 (23%) человек, выполнили условия договора 232 (77%) врача. Программа не смогла решить в полной мере вопрос дефицита кадров на селе, хотя имеется тенденция к росту обеспеченности врачами в сельской местности с 13,1 в 2014 г. до 15,3 на 10 000 населения в 2018 г.

Программа «Земский доктор» еще раз доказывает то, что разработка эффективных способов привлечения и, главное, закрепления медицинских кадров на селе должна проводиться с привлечением всех заинтересованных сторон, в том числе и муниципалитетов.

ТЕХНОЛОГИИ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЯХ НА ОБЛАСТНОМ ТЕРРИТОРИАЛЬНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМ УРОВНЕ

Рубанова Оксана Святославовна, магистр медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение:

Болезни системы кровообращения (БСК) представляют собой значительную социальную и экономическую угрозу белорусскому обществу из-за высоких уровней инвалидизации и смертности пациентов, снижают их качество жизни, что является медико-социальной проблемой. Данным обуславливается необходимость поиска эффективных методов лечения БСК и реабилитации пациентов. На современном уровне развития медицины наиболее перспективным методом является рентгенэндоваскулярная (РЭВ) интервенция. С увеличением технических возможностей и накопления практического опыта РЭВ хирургами появляется все больше свидетельств успешного применения чрескожных интервенционных процедур. Однако, как показывает практический опыт, не всегда управленческие решения (УР) позволяют эффективно и своевременно применять данный метод лечения. В то же время существенная доля смертности и осложнений у пациентов с БСК вызвана промедлением с началом РЭВ лечения. В связи с этим период ожидания диагностического и лечебного вмешательства должен быть минимальным, что может быть обеспечено при организации адекватной технологии принятия эффективных УР.

Цель исследования:

Разработать этапы в методологии принятия УР на основании изучения и анализа нормативно-правовой документации Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты и обсуждение:

Предлагается следующий порядок принятия УР в здравоохранении: диагноз проблемы; формулировка ограничений и критериев для принятия решений; выявление альтернатив; оценка альтернатив; окончательный выбор.

Одним из наиболее важных этапов указанного процесса является диагностика проблемы, т.е. сбор практических данных о ее состоянии, посредством которого и выстраивается весь процесс разработки и принятия УР. Рассмотрим данное положение на примере РЭВ службы УЗ «Витебская областная клиническая больница».

В результате проведенной работы было выделено **5 групп индикаторов**. К **первой группе** индикаторов, **характеризующих организацию лечебной работы РЭВ службы** относятся: перечень выполняемых РЭВ вмешательств, полнота обследования пациентов, выполнение регламента планового контроля работы ЭКС, ИКД, показатель дефектов в ведении базы данных пациентов на основании карты учета пациента, показатель дефектов в заполнении листа ожидания. Выявление недостатков позволит оптимизировать алгоритм направления пациентов с учетом организации преемственности между территориально-технологическими уровнями.

Утвержденный перечень РЭВ вмешательств позволит проанализировать структуру и объем выполняемых интервенций, а также реестр не выполняемых в конкретной медицинской организации вмешательств.

Вторая группа показателей, отражающая **результативность деятельности РЭВ службы**, оценивает результаты оказания медицинской помощи пациентам с использованием методов РЭВ хирургии на основании изучения показателей результативности и дефектов. Данная группа включает индикаторы летальности, частоты осложнений после РЭВ вмешательств, показателя дефектов при определении показаний к выполнению РЭВ вмешательств, хирургической активности, оперативной активности, количества пролеченных пациентов за год, длительности лечения, структуры пролеченных пациентов, показателя дефектов в направлении пациентов для РЭВ интервенций.

Третья группа индикаторов оценивает **комплаентность пациентов**. Наиболее важными здесь являются показатели выполнения программы наблюдений, соответствие необходимого количества посещений реальному и показатель информированности пациентов о правилах и особенностях поведения после имплантации ЭКС.

Четвертая группа индикаторов оценивает **работу вспомогательных служб** по следующим критериям: оснащенность обязательным (базовым) и дополнительным (вспомогательным) оборудованием; соответствие примерному перечню помещений; обеспеченность оснащением ККиПЭКС; оснащенность дополнительными комплектациями в зависимости от профильности оказываемой помощи.

В **пятой группе** обозначены **индикаторы оценки профессиональной подготовленности кадров при организации работы РЭВ службы**: аттестация рабочих мест, подготовленность кадров по специальности «РЭВ хирургия», укомплектованность штатами и др.

Выводы:

1. Анализ статистических данных по названным индикаторам позволит четко локализовать проблемный элемент и функционирования рентгенэндоваскулярной службы, что позволит установить как наличие проблемы, так и ее возможные причины и их устранение.

2. На основе комплексного и системного анализа деятельности службы возможен более полный и обоснованный подбор альтернативных управленческих решений и их оценка, что позволит установить наиболее оптимальное решение.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

П.В. Шелехов

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

PVShelekhov@mail.ru +7-916-104-95-53

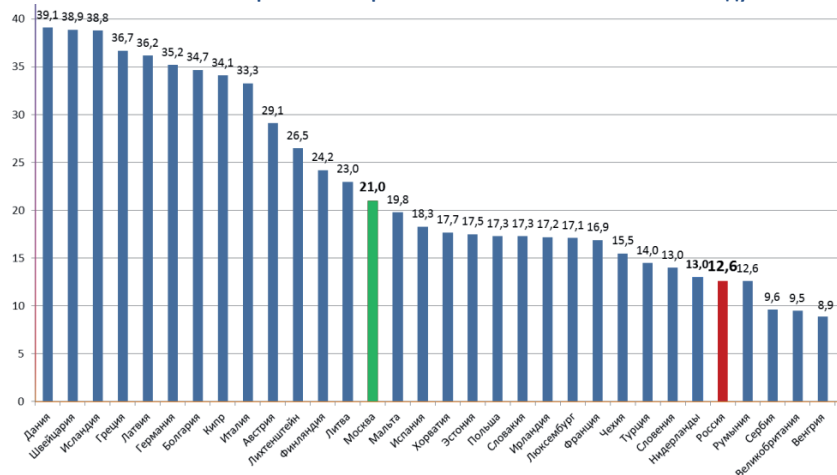
Актуальность

Современное состояние службы лучевой диагностики в Российской Федерации, так же как и в европейских странах, характеризуется положительной динамикой роста числа диагностического оборудования. В соответствии с этим наблюдается тенденция к увеличению потребности в кадрах, постоянное обслуживание техники, внедрение новых информационных технологий, всё это огромный ресурс в медицинской системе. В связи с этим даже незначительные перемены в работе службы лучевой диагностики влекут за собой возникновение ряда трудностей на путях становления и совершенствования службы лучевой диагностики.

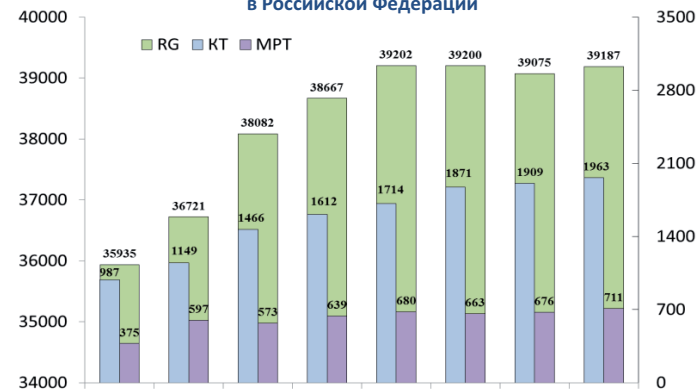
Выводы

Централизация функций отделений лучевой диагностики и широкое применение в их работе телемедицинских технологий позволяет сократить дефицит врачей-рентгенологов, увеличить производительность их труда, повысить качество диагностических исследований, снизить себестоимость одного исследования, а также повысить квалификацию специалистов при работе на высокотехнологичном оборудовании.

Число аппаратов КТ в странах ЕС на 1 млн. населения в 2016 году



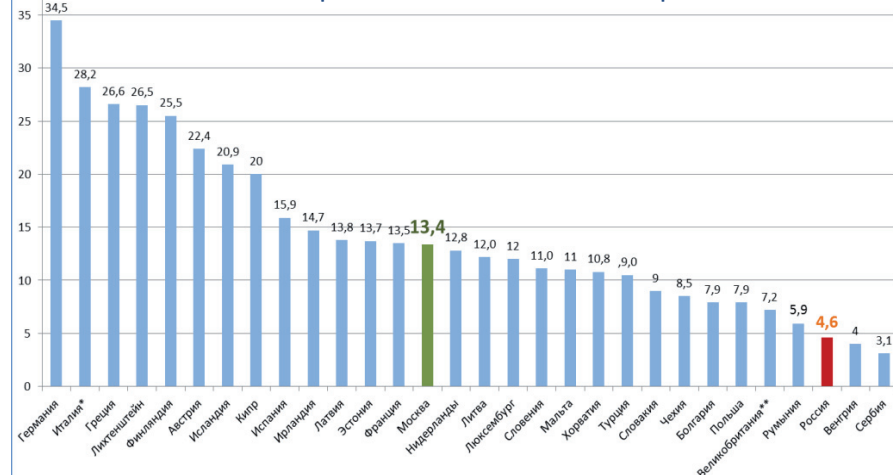
Динамика количества аппаратов лучевой диагностики в Российской Федерации



Дефицит числа врачей-рентгенологов в %

Год	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Дефицит	10,2	11,2	11,4	10,8	11,6	12,0

Обеспеченность аппаратами МРТ на 1 млн. населения в странах ЕС за 2016 гг.



НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

М.А. Иванова, В.В. Люцко, О.И. Сачек, Л.П. Оськова

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

За последние 10 лет в системе организации оказания медицинской помощи произошли существенные изменения: активно внедрялись современные медицинские технологии и достижения научных исследований, требования к результативности деятельности медицинских организаций, произошли значительные изменения в номенклатуре медицинских организаций. Большинство приказов, содержащих рекомендуемые нормативы по штатному обеспечению медицинских организаций, были утверждены в 70-80 гг. прошлого столетия и в последующие годы подвергались незначительной коррекции. В результате проведенного анализа нормативно-правовой базы и источников литературы по первичной медико-санитарной помощи населению установлено, что имеющаяся нормативная база по трудозатратам медицинского персонала не отвечает современным требованиям оказания медицинской помощи. Выше изложенное свидетельствует об актуальности и необходимости разработки научно обоснованной нормативной базы, регламентирующей штатные нормативы и нормы нагрузки врачей, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь населению, что определяет актуальность диссертационного исследования.

Цель: разработать научно обоснованные нормы труда врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

Материалы и методы. для проведения фотохронометражного исследования были определены 17 пилотных субъектов Российской Федерации из 8 Федеральных округов. Пилотные территории различались по обеспеченности населения медицинскими кадрами, мощности медицинских организаций, уровню информатизации, географическому расположению, плотности проживания населения, уровню заболеваемости. Врачи, участвующие в исследовании, были разного возраста, имели разный общий стаж работы и стаж работы по специальности, разную квалификационную категорию. Использовались методы исследования: информационно-аналитический, монографический, статистический, фотохронометражный.

Выводы.

- 1. Установлено, что врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению в амбулаторных условиях, большую (более 50%) часть времени затрачивают на работу с медицинской документацией и другую вспомогательную деятельность, которую можно передать среднему медицинскому персоналу.
- 2. Разработанные и апробированные в пилотных территориях нормы времени на посещение одним пациентом врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, показали позитивный результат: снижение фактической функции врачебной должности, рост показателя обеспеченности, рост показателя укомплектованности.

Разработанные нормы времени при посещении одним пациентом

Врачебная специальность	Разработанные нормы времени
Врач-терапевт участковый	15 мин.
Врач общей практики (семейный врач)	18 мин.
Врач-педиатр участковый	15 мин.
Врач-окулист	14 мин.
Врач-оториноларинголог	16 мин.
Врач-невролог	22 мин.
Врач-акушер-гинеколог	22 мин.
Врач-кардиолог	24 мин.
Врач-эндокринолог	19 мин.
Врач-стоматолог-терапевт	44 мин.
Врач-фтизиатр	35 мин.
Врач-хирург	26 мин.
Врач-дерматовенеролог	19 мин.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Кутумова Ольга Юрьевна

Тел.: 89039864338

krascmp@yandex.ru

Одной из задач является анализ результатов диспансеризации с установлением значимости отдельных методов обследования.

УРОВЕНЬ ОХВАТА И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОТДЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ПАТОЛОГИИ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ (на 100 обследованных)



- 1 - анкетирование
- 2 - антропометрия
- 3 - измерение АД
- 4 - общий анализ мочи
- 5 - флюорография
- 6 - общий анализ крови
- 7 - ЭКГ
- 8 - измерение внутриглазного давления
- 9 - исследование мазка на патологию половых органов у женщин
- 10 - исследование кала на скрытую кровь
- 11 - углубленный биохимический анализ крови
- 12 - развернутый анализ крови
- 13 - УЗИ внутренних органов
- 14 - маммография



ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «КОСМЕТОЛОГИЯ»

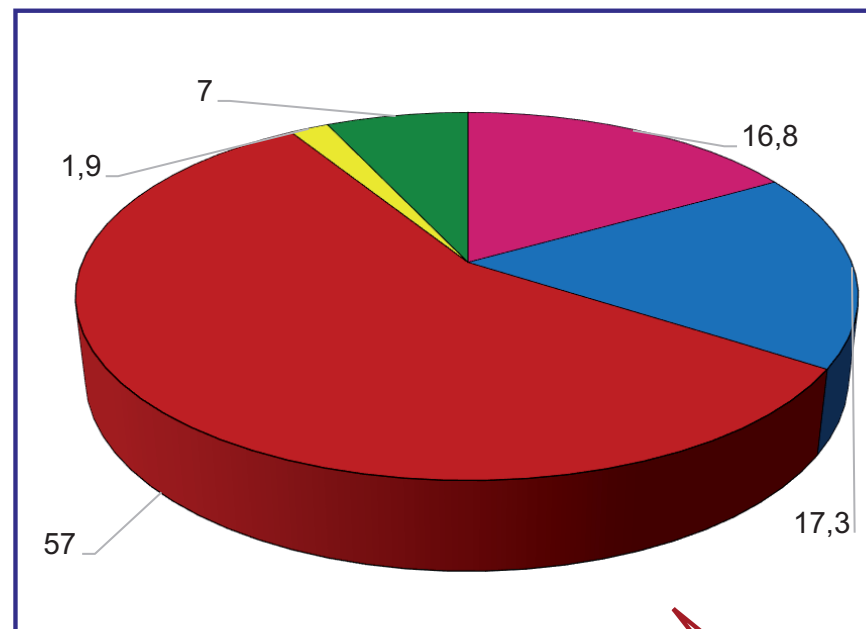
Е.С. Манакина, О.В. Медведева, И.И. Манакин

ФГБОУ ВО РязГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, РЯЗАНЬ

Актуальность исследований проблемы качества оказываемой медицинской помощи по профилю «косметология» связана с ростом обращений пациентов в общественные организации, средства массовой информации, территориальные общества защиты прав потребителей, судебные инстанции с исками о возмещении материального ущерба и морального вреда.

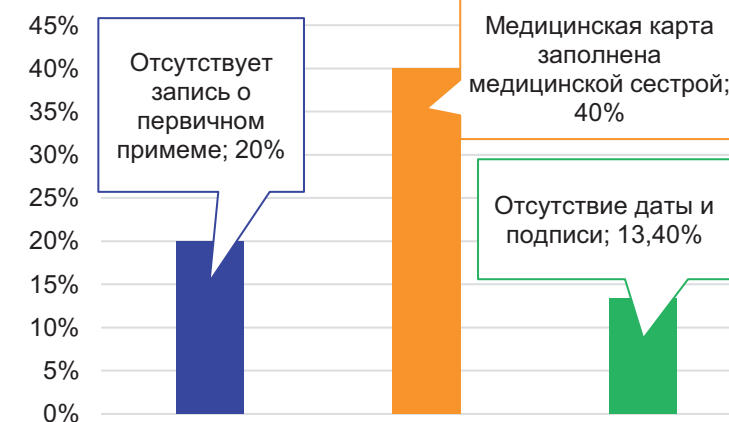
Цель исследования: провести оценку качества оказания медицинской помощи по профилю «косметология» в медицинских организациях различных форм собственности, на основе анализа медицинской документации.

Изучены данные медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях из 4 клиник врачебной косметологии (3 - частной и 1 государственной формы собственности).



Выводы. Анализ оценок внутреннего контроля качества медицинской помощи по профилю «косметология», позволил выявить риски для медицинских организаций, связанные с обеспечением прав пациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества.

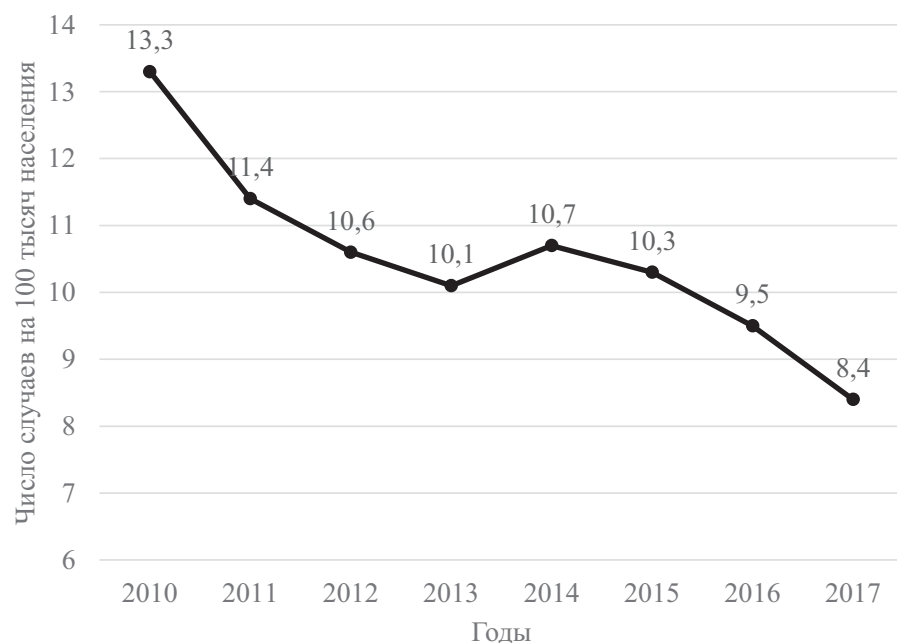
Результаты показали, что в структуре оформления медицинской карты лидирует неполно собранный анамнез заболевания (57,0%). Второе место занимают нарушения в формулировании диагноза, в части соответствия его МКБ-10 (17,3%). На третьем месте находятся дефекты заполнения паспортной части карты (16,8%). Информированное согласие пациента на оказание медицинской помощи отсутствовало в 1,9% карт. Другие дефекты составили 7,0%.



СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ СЛУЧАЙНЫХ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЗА 2010-2017 ГГ.

Сабаев Александр Владимирович – д.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, главный специалист токсиколог МЗ Омской области и Сибирского федерального округа

Динамика смертности населения РФ в результате случайных алкогольных отравлений за 2010-2017 гг.



Результаты и выводы

- За период с 2010 по 2017 гг. в Российской Федерации смертность населения в результате случайных острых отравлений алкоголем снизилась на 36,8%, что свидетельствует об улучшении токсикологической ситуации.
- Снижение смертности населения в результате алкогольных отравлений произошло во всех Федеральных округах. Наиболее быстрыми темпами снижение смертности произошло в Дальневосточном и Сибирском ФО.
- Самые высокие показатели смертности населения в результате алкогольных отравлений зарегистрированы в Сибирском и Северо-Западном ФО, самые низкие показатели смертности за весь период наблюдения наблюдались в Северо-Кавказском ФО. Данный факт свидетельствует о наличии особенностей в формировании токсикологической ситуации на региональном уровне.

МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ВСКРЫТИЯ УМЕРШИХ

БАБЕНКО Евгений Анатольевич
Тел.: 89137075957
bai@centercem.ru

Патологическая пораженность - наличие морфологических и функциональных отклонений, выявляемых при специальных диагностических и патоморфологических исследованиях

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ по материалам вскрытий в бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) умерших

«ВХОД»:
4 информационных блока



«ВЫХОД»:
➤ прогностическая значимость показателя;
➤ приоритеты востребованности технологий

«ПРОЦЕССОР»: аналитические этапы, включающие динамический и сравнительный анализ причин смерти населения, результатов вскрытия умерших, распространенность патологических процессов и патологических поражений

ОЦЕНКА ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

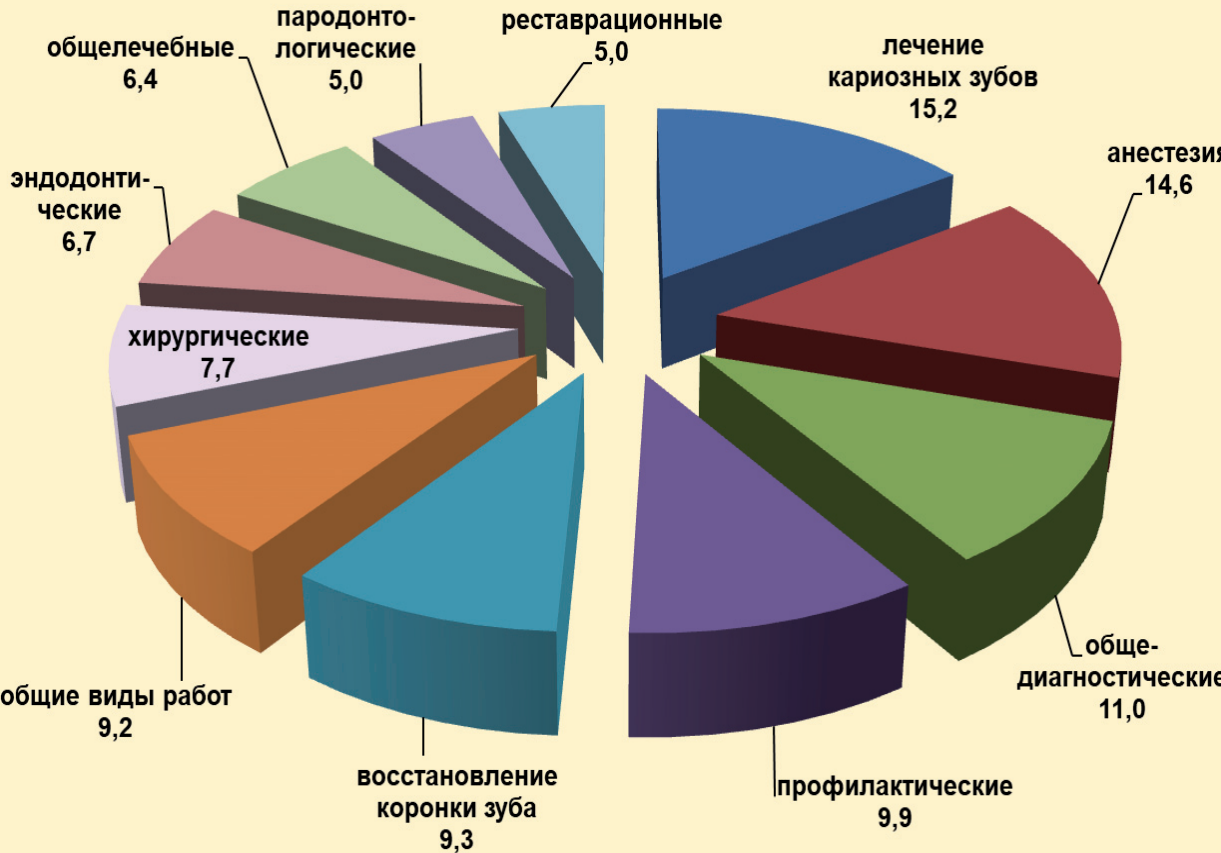
основывается на анализе и интегрированной оценке:

- обращаемости населения (пол, возраст, причина);
- наличия стоматологической патологии;
- объема и структуры реализации технологий общего, терапевтического и хирургического профиля

**УДЕЛЬНЫЙ ВЕС (%) ЗНАЧИМОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИЙ ОБЩЕГО, ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**



**ПРИОРИТЕТЫ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ, РЕАЛИЗУЕМЫХ ВОЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКЕ (удельный вес значимости в %)**



Вне основной программы



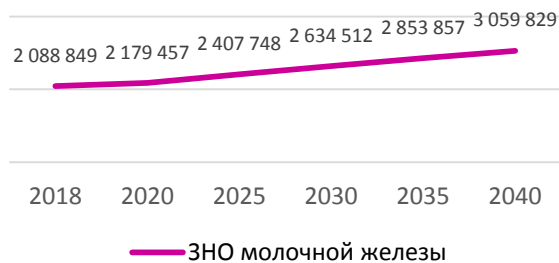


Центр диагностики и лечения опухолей молочной железы

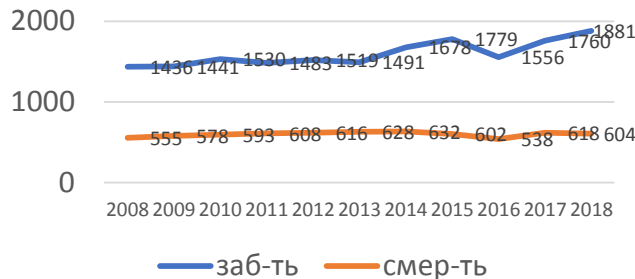
(Зам. Директора ФГБУ РНЦР МЗ РФ А.С. Доможирова главного врача по поликлинической части ГБУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» Н.В. Ворошина)



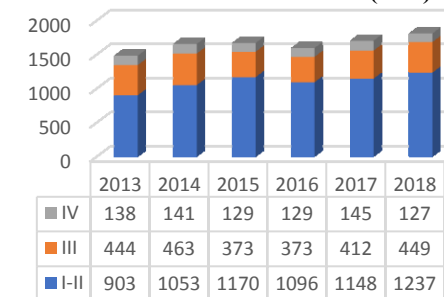
Прогнозируемый рост новых случаев ЗНО молочной железы к 2040 году (ВОЗ)



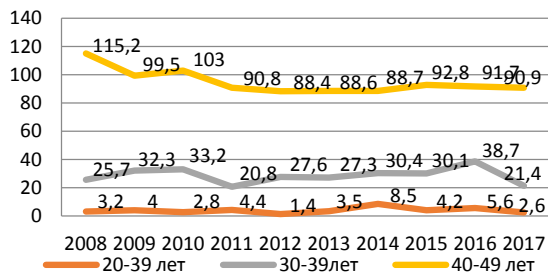
Динамика количества заболевших (+31%) и умерших (+8,8%) от ЗНО молочной железы за 2008-2018 гг. в Челябинской области (абс.)



Динамика количества заболеваемости (по стадиям) ЗНО молочной железы за 2013-2018 гг. в Челябинской области (абс.)

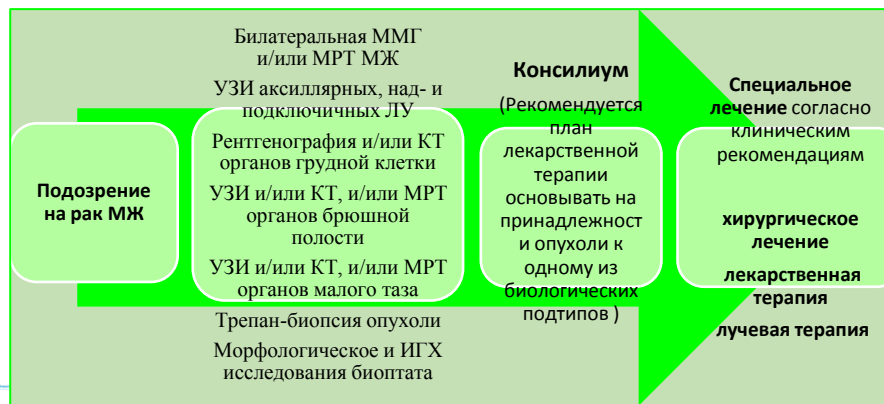
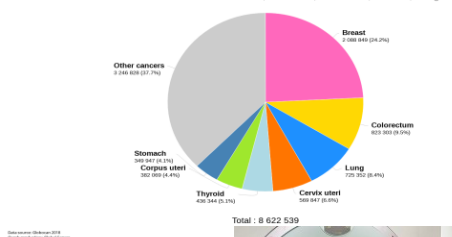


Повозрастная заболеваемость ЗНО визуальных локализаций женской репродуктивной системы в фертильном возрасте (на 100 тыс. женщин соответствующего возраста)

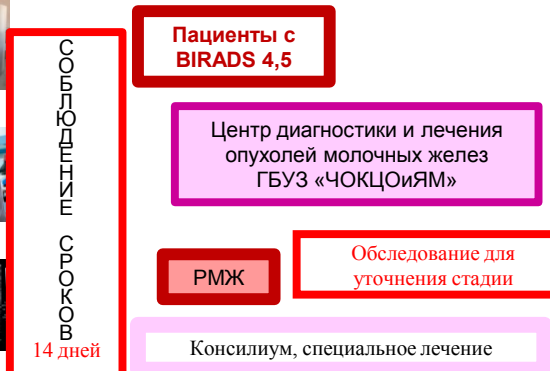
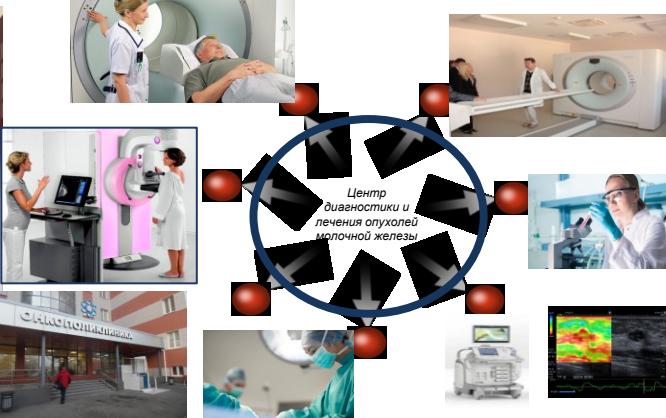


Количество вновь выявленных случаев ЗНО среди женского населения в мире в 2018 году

Estimated number of new cases in 2018, worldwide, all cancers, females, all ages



Центр диагностики и лечения опухолей молочной железы Начал работу с 01.11.2018 г.

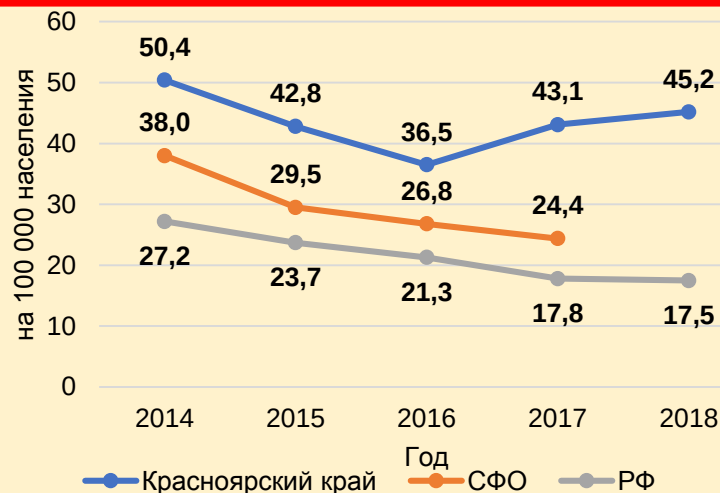


МОНИТОРИНГ ПНЕВМОНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ НА УРОВНЕ РЕГИОНА

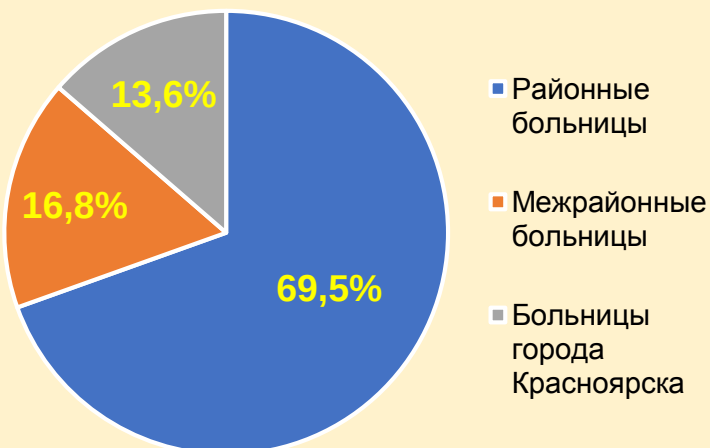
Е.Е. Корчагин

Главный врач Красноярской краевой клинической больницы (Красноярск, Россия)

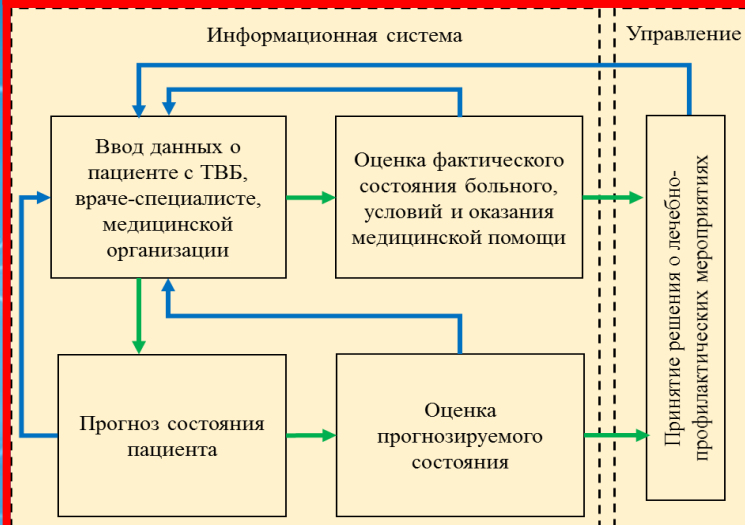
Смертность от пневмоний



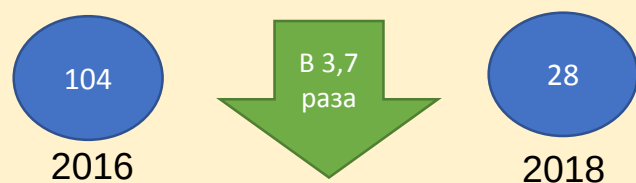
Структура обращений в мониторинг



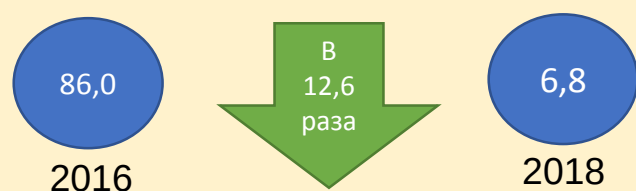
Блок-схема мониторинга пневмоний



Экстренные вызовы сан.авиации, абс.



Доля дефектов оказания мед. помощи, %



15.1.2 Порядок оказания медицинской помощи больным с пневмонией (1-е сутки в отделении)

