



НАУЧНЫЙ
ФОРУМ
nauchforum.ru

ISSN 2541-8386



№7(35)

**НАУЧНЫЙ ФОРУМ:
МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ
И ХИМИЯ**

МОСКВА, 2020



НАУЧНЫЙ ФОРУМ: МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ И ХИМИЯ

*Сборник статей по материалам XXXV международной
научно-практической конференции*

№ 7(35)
Октябрь 2020 г.

Издается с ноября 2016 года

Москва
2020

УДК 54/57+61+63

ББК 24/28+4+5

НЗ4

Председатель редколлегии:

Лебедева Надежда Анатольевна – доктор философии в области культурологии, профессор философии Международной кадровой академии, г. Киев, член Евразийской Академии Телевидения и Радио.

Редакционная коллегия:

Арестова Инесса Юрьевна – канд. биол. наук, доц. кафедры биоэкологии и химии факультета естественнонаучного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева», Россия, г. Чебоксары;

Карабекова Джамия Усенгазиевна – д-р биол. наук, гл. науч. сотр. Биолого-почвенного института Национальной Академии Наук Кыргызской Республики, Кыргызская Республика, г. Бишкек;

Сафонов Максим Анатольевич – д-р биол. наук, доц., зав. кафедрой общей биологии, экологии и методики обучения биологии ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный педагогический университет", Россия, г. Оренбург.

НЗ4 Научный форум: Медицина, биология и химия: сб. ст. по материалам XXXV междунар. науч.-практ. конф. – № 7(35). – М.: Изд. «МЦНО», 2020. – 46 с.

ISSN 2541-8386

Статьи, принятые к публикации, размещаются на сайте научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU.

ISSN 2541-8386

ББК 24/28+4+5

© «МЦНО», 2020

Оглавление	
Медицина и фармацевтика	4
Раздел 1. Клиническая медицина	4
1.1. Стоматология	4
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕНТОФОБИИ	4
Гаврилова Елена Петровна	
Агашина Алина Игоревна	
Богдашкина Анастасия Юрьевна	
Голуб Екатерина Алексеевна	
Леванов Владимир Михайлович	
Раздел 2. Профилактическая медицина	9
2.1. Общественное здоровье и здравоохранение	9
СТРАХОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ПАЦИЕНТА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПРОГРАММ ОМС И ДМС	9
Абубакиров Андрей Султангалеевич	
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ (НА ПРИМЕРЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ)	14
Введенский Артем Игоревич	
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И СЛЕПОТЫ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	19
Водолагин Михаил Витальевич	
Эккерт Наталья Владимировна	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»	23
Метельская Анастасия Вячеславовна	
ВОСПРОИЗВОДСТВО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	30
Шкрумяк Андрей Романович	
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ВОРОНЕЖСКОМ РЕГИОНЕ	38
Ярмонова Маргарита Викторовна	

МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА

РАЗДЕЛ 1.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

1.1. СТОМАТОЛОГИЯ

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕНТОФОБИИ

Гаврилова Елена Петровна

*аспирант ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский
медицинский университет Минздрава России,
РФ, г. Нижний Новгород*

Агашина Алина Игоревна

*ординатор
ФГБОУ ВО Московский государственный
медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России,
РФ, г. Москва*

Богдашкина Анастасия Юрьевна

*ординатор
ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский
медицинский университет Минздрава России,
РФ, г. Нижний Новгород*

Голуб Екатерина Алексеевна

*студент ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский
медицинский университет» Минздрава России,
РФ, г. Нижний Новгород*

Леванов Владимир Михайлович

*научный руководитель, доц., д-р мед. наук, проф. кафедры
социальной медицины и организации здравоохранения
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский
медицинский университет» Минздрава России,
РФ, г. Нижний Новгород*

Аннотация. Представлен обзор научной литературы, посвященной изучению этиологических факторов, способствующих развитию дентофобии. Отмечено, что дентофобия представляется отдельным риском, существенно влияющим на стоматологическую заболеваемость населения в целом.

Ключевые слова: дентофобия; факторы развития; укрепление стоматологического здоровья.

Актуальность. Дентофобия (стоматофобия) – боязнь стоматологического лечения. По оценкам различных авторов боязнь перед стоматологом различной степени выраженности испытывает от одной трети [1] до 90% населения [2]. Обычно дентофобия возникает в раннем детском возрасте, но в зависимости от различных обстоятельств, может сопровождать человека в течение многих лет или даже всей жизни.

Пациенты, страдающие дентофобией, часто обращаются к стоматологу только в крайних случаях, таких как острая зубная боль или выраженные воспалительные процессы в полости рта. Основным направлением современной стоматологии является поиск эффективных путей предупреждения и лечения кариеса зубов, прежде всего – диспансеризация, которая является активным методом динамического наблюдения за состоянием здоровья как практически здорового населения, так и больных, страдающих длительно текущими хроническими заболеваниями. Однако, весь комплекс профилактических мероприятий, направленных на укрепление стоматологического здоровья, в отношении пациентов со дентофобией оказываются малоэффективными ввиду полного или частичного неучастия. Поэтому с учётом распространённости дентофобии она представляется отдельным риском, существенно влияющим на стоматологическую заболеваемость населения в целом, а с учётом высокого уровня поражённости населения кариесом и другими заболеваниями полости рта – требующим отдельного внимания в ряду современных медико-социальных проблем [3].

Цель работы: изучение этиологических факторов, способствующих развитию дентофобии, по данным научной литературы.

Материалы и методы. В процессе исследования были изучены научные статьи, в которых описывается этиология дентофобии (стоматофобии).

Результаты. Фобии – это особенная разновидность психологических расстройств, которая заключается в том, что определенные предметы или ситуации вызывают у человека неадекватные поведенческие реакции. Особенность фобического страха заключается в том, что обычно он вызван не реально опасными ситуациями, а такими, которые у обычных людей не вызывают особенных эмоций [4].

На сегодняшний день не существует исчерпывающей информации о причинах возникновения дентофобии.

В научной литературе описываются различные этиологические факторы и ситуации:

- дентофобию может вызвать пережитый стресс любой этиологии, который приобрел хроническую форму, в том числе перенесённая в детстве челюстно-лицевая травма, какие-либо действия стоматолога, оставившие след в памяти о прошлых болезненных манипуляциях на многие годы;

- дентофобия как «семейная фобия», когда синдром как бы передается по наследству. Достаточно часто, если родители испытывают эмоциональный страх перед стоматологом, то дети наследуют этот страх у них. В предельном варианте неправильного воспитания приводятся факты, когда в некоторых семьях принято пугать детей стоматологом; к этому же приводят рассказы близких, друзей, знакомых о неправильном и неквалифицированном, на их взгляд, лечении у стоматологов;

- дентофобии подвержены люди, страдающие вегетососудистой дистонией, невротическими и психотическими расстройствами, в т. ч. на доклинических стадиях. Они имеют сниженный контроль над своим эмоциональным состоянием, могут испытывать немотивированное чувство своей беспомощности, дефицит внимания, быть замкнутыми или наоборот – проявлять гиперактивность, страдать от частых панических атак [5 - 7].

Дентофобия может быть проявлением более общего синдрома – ятрофобии – страха перед врачами и медицинскими учреждениями, в частности – нозокомефобии – иррационального страха посещать больницы и поликлиники. Таким образом, дентофобия как проблема находится на границе психологии и стоматологии [2].

Некоторые факторы связаны с боязнью врачей любых специальностей – ятрофобией – и/или конкретных аспектов медицинских манипуляций:

- страх возникает на фоне очень высокого порога чувствительности;

- человек не способен переносить вид и запах крови;
- дентофоб может испытывать страх заразиться посторонним заболеванием (ВИЧ, гепатит) через инструменты;
- присущий конкретной личности страх перед любыми медицинскими вмешательствами, в т.ч. перед действиями стоматолога;
- вид стоматологических инструментов, приводящий к рвотному рефлексу и тревожному удушью.

Частым следствием дентофобии и одновременно одной из причин её усугубления является то, что пациент понимает, что он уже затянул с лечением зубов и ему придется лечить «весь рот», поэтому он страшно боится этой длительной и болезненной, как ему представляется, процедуры.

Ввиду массового использования цифровых технологий заслуживают особого внимания сообщения, что на сознание человека при развитии дентофобии могут оказывать негативное воздействие общение в социальных сетях и использование ресурсов интернета, где можно найти, например, видеоролики с материалами о болезненном лечении зубов, отзывами о неудачном лечении, претензиях к стоматологам и т.д. [8].

Тем самым, причины дентофобии можно разделить на несколько этиологических групп:

- ситуативно обусловленные негативными воспоминаниями о предшествующих визитах к стоматологу,
- дефекты воспитания в семье или страхи, индуцированные сторонними рассказами, внешней информацией, полученной от родителей, знакомых,
- негативные представления, обусловленные воздействием современного цифрового пространства (интернета),
- как частные проявления более общих психологических/психических личностных проблем,
- как частное проявление общей ятрофобии.

Несмотря на рабочий характер подобной группировки рисков дентофобии, она позволяет выделить основные причины его возникновения.

В свою очередь это позволяет разработать комплекс средств для коррекции этого синдрома, в реализации которого могут принимать участие врачи-стоматологи, родители (семья), работники сферы образования, психологи и психотерапевты, сотрудники средств массовой информации, создатели цифровых ресурсов, т.ч. тематических сайтов, электронных школ для пациентов и т.д. При этом роль того или иного звена будет определяться именно этиологическими факторами дентофобии у конкретного пациента.

Список литературы:

1. Маргарян А.Ш. Дентофобия. Особенности стоматологического приема // Bulletin of Medical Internet Conferences. 2017. Volume 7. Issue 9. P.1436-1439.
2. Орлова Е.С., Смышляева Е.М., Дейнеко Н.В., Степанова А.И. Особенности стоматологического и психоэмоционального статуса у пациентов с дентофобией и анализ существующих методов коррекции // Университетская медицина Урала. 2019. Т. 5. № 1 (16). С. 15-17.
3. Стоматологическое обследование: основные методы. Всемирная организация здравоохранения, М., ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Пятое издание, 2013.
4. Абрамчук И.И., Кильмухаметова Ю.Х., Батог В.М. Дентофобия (обзор литературы) "Young Scientist". №30 (164). July 2017 P.12-14.
5. Власова Д.С. Стоматофобия как социальная проблема (факторы формирования и возможности профилактики): автореферат дис. ... кандидата медицинских наук / Волгогр. гос. мед. ун-т. Волгоград, 2012.
6. Степанян Т.Б., Горячева Т.П. Психоэмоциональный статус пациента до и после стоматологического вмешательства // Современные проблемы науки и образования. 2014. №4.
7. Сарап Л.Р., Левченко О.Г., Шлегель Ю.В. Оценка влияния родителей, учителей, врачей-стоматологов на формирование стоматофобий у детей младшего школьного возраста Алтайского края // Проблемы стоматологии. 2011. № 5. С. 62-65.
8. Серегина Д.С. Боюсь зубного до ужаса – как побороть дентофобию. [Электронный ресурс] URL: <https://createsmile.ru/dentofobiya> (Дата обращения: 06.10.2020).

РАЗДЕЛ 2.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

2.1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

СТРАХОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ПАЦИЕНТА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПРОГРАММ ОМС И ДМС

Абубакиров Андрей Султангалеевич

аспирант,

*ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко,
РФ, г. Москва*

PATIENT'S INSURANCE LITERACY AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF CHI AND VMI PROGRAMS

Andrey Abubakirov

Post-graduate student,

*N.A. Semashko research Institute of public health,
Russia, Moscow*

Аннотация. В статье рассмотрены основные вопросы повышения страховой грамотности населения. Отмечено, что повышение страховой грамотности граждан РФ выступает актуальной и важной задачей не только с точки зрения распространения финансовых знаний и навыков, но и с точки зрения формирования компетенций в области охраны здоровья, умения распоряжаться собственными и страховыми ресурсами в ситуациях, когда необходимо получение соответствующих медицинских услуг.

Abstract. The article deals with the main issues of improving the insurance literacy of the population. It is noted that improving the insurance literacy

of Russian citizens is an urgent and important task not only from the point of view of spreading financial knowledge and skills, but also from the point of view of developing competencies in the field of health protection, the ability to manage their own and insurance resources in situations where it is necessary to receive appropriate medical services.

Ключевые слова: здравоохранение; пациенты; обязательное медицинское страхование; грамотность.

Keywords: health care; patients; compulsory health insurance; literacy.

Не смотря на то, что наиболее распространенным видом страхования в Российской Федерации является медицинское (и обязательное, и добровольное, которым покрыто, согласно разным источникам до 98% населения страны), знания граждан относительно сущности, целей, задач данного вида страхования, а также возможностей, которые оно предоставляет в плане профилактических, диагностических, реабилитационных, лечебных, оздоровительных и иных мероприятий, являются крайне низкими. В связи с чем, нам представляется, что повышение страховой грамотности граждан РФ выступает актуальной и важной задачей не только с точки зрения распространения финансовых знаний и навыков, но и с точки зрения формирования компетенций в области охраны здоровья, умения распоряжаться собственными и страховыми ресурсами в ситуациях, когда необходимо получение соответствующих медицинских услуг.

В решение этой задачи должны быть вовлечены и органы государственной власти, и непосредственно участники страхового бизнеса, и образовательные учреждения – через создание системы информационно-образовательных продуктов (школ, курсов и пр.), в доступной форме последовательно разъясняющих основы медицинского страхования и формирующие у обучающихся соответствующие навыки выбора программ обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС и/или ДМС) и эффективного участия в них.

Согласно данным американской национальной консалтинговой компании в области здравоохранения America's Health Insurance Plans практически 9 из 10 взрослых испытывают трудности при принятии решений, связанных с проблемами со здоровьем и финансированием тех, или иных медицинских услуг. Около половины (51 %) американцев не понимают основных терминов медицинского страхования [7].

По итогам исследования Департамента образования США (U.S. Department of Education), проведенного в 2013 году, оказалось,

что среди совершеннолетних граждан уровень медицинской грамотности соответствовал следующим показателям:

- профессиональный - 12 %,
- средний - 53 %,
- базовый - 22 %,
- ниже базового уровня - 14 % [5].

И это в стране, где идеологической и политической основой национальной системы здравоохранения выступает страховая медицина, а страхование как институционализированное социальное явление сопровождает жизнь американских граждан практически во всех сферах жизнедеятельности с рождения и до смерти. И, тем не менее, как показывают указанные и многие другие исследования, страховая грамотность населения (в том числе, и в сфере медицинского страхования) в Соединенных Штатах Америки остается на крайне низком уровне.

Что касается Российской Федерации, то, как отмечают Лаврентьева Л.В. и Яшкова Е.В., «в России отмечается низкий культурный уровень страховой грамотности среди населения, и это обусловлено объективными факторами, такими как: экономический, политический и социальный» [3].

Выступая в Госдуме РФ на круглом столе «Повышение финансовой грамотности населения как элемент развития человеческого капитала России» Советник президента Всероссийского союза страховщиков (ВСС) и Российского союза автостраховщиков (РСА) Владимир Клейменов в своем докладе на тему «Формирование страховой культуры – составная часть повышения финансовой грамотности населения» отметил: «К сожалению, страхование не является первичной потребностью ни у населения, ни у бизнеса. Действительно, оно занимает лишь 1,4% в объеме ВВП страны. Интерес к страхованию как к цивилизованному инструменту защиты своего здоровья, жизни, имущества и ответственности возникает лишь тогда, когда происходят неприятности, несчастные случаи или серьезные трагедии. Профессиональный язык страховщиков, его терминология остаются, мягко говоря, сложными для понимания у простых граждан» [2].

На сегодняшний день уровень страховой грамотности россиян можно оценить как средний. Об этом свидетельствует исследование Национального Агентства финансовых исследований (НАФИ) об отношении россиян к страховой отрасли, сделанное весной 2015 года. При его проведении оценивались уровень доверия страховым компаниям, информированность о видах страхования и услугах, каналы получения информации о них и т.д. В результате выяснилось, что более половины россиян являются пользователями страховых услуг (без ОМС).

Интересный момент: доверие к отрасли выше (62%), чем к страховым компаниям (40%). Большинство опрошенных узнают о страховых услугах от друзей, родных и знакомых, из социальных сетей и СМИ.

По итогам предыдущего исследования НАФИ, более распространённым среди россиян является представление о защищённости прав потребителя страховых услуг – 47%, обратное мнение у 39%. Среди отзывов о качестве обслуживания страховых компаний преобладают нейтральные – 37%, доля позитивных мнений – 23%, негативных – 7%.

Американским исследователем Л. Куинси грамотность в области медицинского страхования определяется как «...знание, способность и уверенность в том, чтобы найти и оценить информацию о планах медицинского страхования, выбрать наилучший план для членов своей семьи с учетом их собственных финансовых и медицинских обстоятельств или состояния здоровья их семьи, и использовать его во благо своей семьи» [6].

Американский институт исследований (American Institutes for Research) определяет медицинскую страховую грамотность следующим образом: «оценка способности человека принимать обоснованные решения при выборе и использовании медицинского страхования» [4].

Мы рассматриваем страховую грамотность как систему знаний, умений и навыков восприятия, выбора и пользования страховых услуг и продуктов. Относительно медицинского страхования это означает умение ориентироваться в широком спектре предложений в рамках ОМС и ДМС и выбирать продукты, наиболее полно отвечающие целям сохранения здоровья и финансовой оптимальности.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это одна из социальных программ, направленная на обеспечение граждан бесплатной медицинской и лекарственной помощью. Она предоставляется за счёт медучреждения и финансируется из бюджета государственных фондов обязательного страхования.

Добровольное медстрахование (ДМС) предоставляет застрахованному лицу возможность самостоятельно выбирать условия страховой программы и перечень определённых медучреждений, где будет осуществляться обслуживание. Это персональная страховка, которая по желанию страхователя может покрывать лишь определённые риски либо охватывать широкий спектр услуг, касающихся лечения, оздоровления и оказания первой помощи.

Основой образовательной программы курсов развития страховой грамотности должно стать понимание базовых понятий ОМС и ДМС: принципы функционирования, регулирования, возмещения затрат, доступность услуг, механизм их получения и т. д. (рисунок 1.).

Целями изучения курса «Медицинская страховая грамотность» выступают:

- развитие основ экономического образа мышления;
- формирование норм ответственного и грамотного финансового поведения в области страхования здоровья;
- формирование опыта применения полученных знаний и умений для решения вопросов в области персональной экономики и выбора программ ОМС и ДМС.



Рисунок 1. Базовые отличия и принципы функционирования систем ОМС и ДМС

Таким образом, курсы, направленные на повышение страховой грамотности населения, могут выступать в качестве эффективного инструмента повышения информированности граждан относительно программ ОМС и ДМС и возможностей участия в них.

Список литературы:

1. Абубакиров А.С., Ананченкова П.И., Амонова Д.С., Зудин А.Б., Снегирева Ю.Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. – Москва-Берлин, 2019.
2. ВСС повышает финграмотность россиян // URL:<http://www.korins.ru/posts/1189> (дата обращения: 1.06.2020 г.)
3. Лаврентьева Л.В., Яшкова Е.В. К вопросу о повышении страховой грамотности различных слоев населения России // Karelian Scientific Journal. 2017. Т. 6. № 4(21). С.237-240.

4. American Institutes for Research. Developing a Measure of Health Insurance Literacy: Understanding Consumers' Ability to Choose and Use Insurance. - Washington, 2013.
5. Kutner M., Greenberg E., Jin Y., White S. Christine Paulsen The Health Literacy of America's Adults. – Washington, 2013.
6. Quincy L. Measuring health insurance literacy: A call to action. – URL:http://consumersunion.org/wpcontent/uploads/2013/03/Health_Insurance_Literacy_Roundtable_rpt.pdf (дата обращения: 1.06.2020 г.)
7. Zsofia A. Parragh, Okrent D. Health Literacy and Health Insurance Literacy: Do Consumers Know What They Are Buying? // Alliance for Health Reform. January 6, 2015.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ (НА ПРИМЕРЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ)

Введенский Артем Игоревич

аспирант,

ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко,

РФ, г. Москва

OCCUPATIONAL DISEASES OF SOCIAL WORKERS (ON THE EXAMPLE OF HEALTH AND MEDICAL SERVICE WORKERS)

Artem Vvedensky

Post-graduate student,

N.A. Semashko research Institute of public health,

Russia, Moscow

Аннотация. В статье рассмотрены основные риски профессиональных заболеваний работников здравоохранения и медицинского обслуживания. Сделан вывод о том, что затраты, устраняющие вред от несчастных случаев на рабочем месте, выше затрат по их предотвращению.

Abstract. The article discusses the main risks of occupational diseases of health care workers and medical services. It is concluded that the costs of eliminating harm from accidents in the workplace are higher than the costs of preventing them.

Ключевые слова: социальная сфера; здравоохранение; профессиональные заболевания; медицинские работники.

Keywords: social sphere; health care; occupational diseases; medical workers.

Методология Американского Национального института охраны труда (NIOSH) выделяет 29 видов физических, 25 химических, 24 биологических, 10 и 6 видов эргономических и психосоциальных опасностей и рисков, связанных с исполнением профессиональной деятельности.

Последствия профессиональной заболеваемости и риски профессиональной деятельности имеют ярко выраженный экономический характер: по данным Международной организации труда ежегодно из-за проблем с охраной труда теряется 1,25 триллиона долларов.

Здравоохранение и медицинское обслуживание является сферой деятельности, которая связана с рядом рисков в отношении здоровья и безопасности медицинских работников. Профессиональные риски врачей и среднего и младшего медперсонала дифференцируются в зависимости от специализации, содержания работы и подразделения больницы, или иного лечебного учреждения, в котором непосредственно трудится медработник.

Профессиональные риски, связанные со здоровьем медицинских работников, можно сгруппировать по психосоциальным, физическим, биологическим, химическим и эргономическим факторам.

Основными физическими факторами риска, влияющими на работников здравоохранения и медицинского обслуживания, являются ионизирующее и неионизирующее излучение, шум, освещение, электро-монтажные работы, скользкие полы, горячая/холодная вода, вентиляция, вибрация и загрязнение помещений. Ионизирующее излучение является одной из наиболее важных физических опасностей в больницах, оно оказывает канцерогенное, тератогенное и мутагенное воздействие, а в высоких концентрациях приводит к летальному исходу [7; 8; 2]. Неионизирующее излучение является еще одним физическим фактором риска для медицинских работников. Увеличение времени использования приборов с электромагнитными полями и воздействие этих электромагнитных полей ухудшают баланс организма и приводят к заболеваниям. Воздействие неионизирующего излучения, особенно в рабочее время

около 8-10 ч, приводит к ощущению сухости в горле, проблемам со зрением, головным болям, аллергии, покраснению лица, бессоннице, чувствительности к звукам, затруднению слуха и усталости [7; 9].

Вентиляционная система больниц имеет важное значение для охраны здоровья, как пациентов, так и медицинских работников в условиях нозокомиальных инфекций. Поэтому для профилактики внутрибольничных инфекций следует создавать системы вентиляции, обращая внимание на биологические и физические особенности родственных микроорганизмов.

Еще один физический фактор, который может повлиять на медицинских работников, – это освещение рабочего места. Для обеспечения комфортного рабочего места медицинским работникам должен быть обеспечен достаточный и удовлетворительный уровень освещения.

Различные химические вещества являются ключевыми агентами, которые используются для диагностики и лечения заболеваний, выполнения профилактических применений и принятия гигиенических мер предосторожности, в то время как они опасны для состояния здоровья медицинских работников. Медицинские работники подвергаются воздействию химических веществ (дезинфицирующих средств, анестетиков, цитотоксических агентов, лекарственных препаратов и некоторых тяжелых металлов, таких как ртуть и латекс) многократно и иногда в очень больших количествах. Точно так же их воздействие проявляется в широком разнообразии в зависимости от концентрации, времени и способа контакта, наличия других опасных агентов и спецификации химического состава каждого из них. Кислоты и щелочи, соли, красители, летучие органические растворители, различные лекарственные средства, прежде всего, противоопухолевые препараты в биохимических, гематологических и других лабораториях, являются важными факторами риска развития ряда заболеваний медперсонала – от аллергии до рака.

Через дыхательные выделения пациентов могут передаваться некоторые биологические агенты, такие, как туберкулез, корь, краснуха, ветряная оспа, тяжелый острый респираторный синдром (ОРВИ), грипп, менингококковые и пневмококковые инфекции [1]. Согласно различным исследованиям обнаружено, что медицинские работники (прежде всего медсестры) находятся в группе риска, особенно те, кто работает в отделениях по борьбе с легочными заболеваниями [3].

Биологические агенты, передаваемые кровью и кровянистыми жидкостями организма, могут передаваться через кожу из-за нарушения ее целостности и целостности. Несмотря на то, что существует почти 30 микроорганизмов, которые могут передаваться таким образом, наиболее важными из них являются вирус гепатита В (HBV), вирус

гепатита С (HCV), вирус гепатита D (HDV) и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), поскольку они могут привести к системным инфекциям. Разнообразие клинических исходов этих агентов варьируется от бессимптомных инфекций до тяжелых и даже смертельных инфекций [4].

Например, согласно исследованиям турецких ученых, заражение ВИЧ-инфекцией у 57% ВИЧ-инфицированных медицинских работников было связано с профессией, и риск развития инфекции гепатита В у медработников в 10 раз больше по сравнению с общей популяцией [8].

Эргономические факторы также влияют на развитие профессиональных заболеваний медперсонала. Чем больше обеспечивается гармонизация между работником и рабочей средой, тем лучше может быть обеспечена безопасность и эффективность труда работников. В случае несоответствия между физическими возможностями работника и объективными требованиями рабочего места могут возникнуть профессиональные заболевания. В частности, медсестры находятся на третьем месте после работников тяжелой промышленности и водителей тяжелых транспортных средств, кто может испытывать проблемы с опорно-двигательным аппаратом [5]. 58,3% медсестер и 33,0% медицинских работников заявляют о распространенности болей в пояснице и связанных с ней факторах, негативным образом влияющих на трудовую жизнь [6].

Удовлетворенность работой объясняет гармонию между ожиданиями работника от учреждения и профессии, а также возможностями, предлагаемыми работнику. Удовлетворенность работой является одним из факторов, влияющих на эмоциональное выгорание, которое имеет серьезные последствия, особенно в профессиях, предоставляющих услуги непосредственно человеку. Интенсивное состояние эмоционального выгорания может привести к таким социальным проблемам, как развод, несовместимость в браке и семье, снижение самооценки, трудности с концентрацией внимания и социальная изоляция.

Индустриализация и технологические достижения приводят к производственному травматизму и экологическим рискам, которые приводят к социально-экономическим потерям на макроэкономическом уровне [10]. Несмотря на то, что в развитых европейских странах принимаются меры по снижению профессиональных рисков, несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания снижаются крайне медленно. Это говорит о том, что трудно преодолеть проблему профилактики и предупреждения профессиональных заболеваний и несчастных случаев на рабочем месте. С другой стороны, даже постепенное снижение несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в европейских странах за последние 10 лет показывает нам важность применения превентивных мер.

Таким образом, эффективная программа охраны труда в больницах, поликлиниках и иных медицинских учреждениях должна включать, по крайней мере, следующие разделы: периодические инспекции, тренинги по охране труда и технике безопасности, иммунизацию, консультации по охране здоровья, экологический контроль и надзор, систему учета охраны труда и техники безопасности, а также скоординированное планирование между больничными отделениями и службами. Важность мер предосторожности в области охраны труда возрастает в связи с пониманием того, что затраты, устраняющие вред от несчастных случаев на производстве, выше затрат, предотвращающих несчастные случаи на рабочем месте.

Список литературы:

1. Beşer A. Management health risks and of health workers // Journal of Dokuz Eylül University School of Nursing Electronics. №5(1), 2016. P. 39-44.
2. Emiroğlu C. Occupational risks in health sector and legal arrangements // Turkish Medical Union Journal of Occupational Health and Safety (JOHS). №43, 2019. P. 16-25.
3. Evyapan F. In terms of Respiratory infections the situation in Turkey and ways of protection // 4th National Congress of Health of Health Workers. – Ankara, 2016. P. 75-78.
4. Himmelreich H., Rabenau H.F., Rindermann M., Stephan C., Bickel M., Marzi I., Wicker S. The management of needlestick injuries // Deutsches Arzteblatt International. №110(5), 2018. P. 61-67.
5. Ilhan M.N. The removal of the electromagnetic field map in a medical faculty hospital and the health status of employees in areas with electromagnetic fields. – Ankara: Ankara University Health Sciences Institute, 2017.
6. Kevser Tari, Selçuk K., Çevik C., Karataş G., Mercan Y. Prevalence of past 12 months waist pain and associated factors in midwives and nurses working in a maternity and pediatric hospital in Istanbul // 3rd National Congress of Health of Health Workers. – Ankara, 2019. P. 134-135.
7. Meydanlıoğlu A. Health and safety of health care workers // Journal of Balıkesir Health Sciences. №2(3), 2018. P. 192-199.
8. Occupational risks of health workers (First Edition). Ankara: Publications of the Turkish Medical Union. October 2018. Available from: http://www.ttb.org.tr/kütüphane/sc_meslek_riskleri.pdf [Дата обращения: 18.10.2020 г.].
9. Özgür N. In terms of radiological risks situation in Turkey and ways of protection // 4th National Congress of Health of Health Workers. – Ankara, 2017. pp. 79-87.
10. State Planning Organization (SPO). Specialized commission report on labor market. SPO: 258-ÖİK, 564. Ankara, 2019. P. 86.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И СЛЕПОТЫ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Водолагин Михаил Витальевич

*ассистент,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет),
РФ, г. Москва*

Эккерт Наталья Владимировна

*д-р мед. наук,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет),
РФ, г. Москва*

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DIABETES MELLITUS AND BLINDNESS IN THE FEDERAL DISTRICTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Mikhail Vodolagin

*Assistant,
FSAEI HE I.M. Sechenov
First MSMU MOH Russia (Sechenovskiy University),
Russia, Moscow*

Natalia Ekkert

*Doctor of Medical Sciences,
FSAEI HE I.M. Sechenov
First MSMU MOH Russia (Sechenovskiy University),
Russia, Moscow*

Аннотация. Изучена распространенность сахарного диабета и слепоты среди населения различных федеральных округов Российской Федерации. Выявлены регионы с наибольшим и наименьшим уровнем распространенности сахарного диабета и слепоты среди населения. Проведен анализ темпов прироста распространенности сахарного диабета и слепоты.

Abstract. The prevalence of diabetes mellitus and blindness among the population of various federal districts of the Russian Federation has been studied. The regions with the highest and lowest prevalence of diabetes mellitus and blindness among the population have been identified. The analysis of the rates of increase in the prevalence of diabetes mellitus and blindness has been carried out.

Ключевые слова: сахарный диабет; слепота; распространенность сахарного диабета; распространенность слепоты.

Keywords: diabetes mellitus; blindness; prevalence of diabetes mellitus; prevalence of blindness.

Сахарный диабет (СД) является социально-значимым заболеванием, имеющим множество осложнений, которые приводят к нарушению состояния здоровья пациента и инвалидности. В соответствии с современной классификацией, представленной в «Алгоритмах специализированной медицинской помощи» слепота относится к диабетическим микроангиопатиям [1].

Нарушение зрения, включая слепоту, особенно негативно сказывается на функциональной независимости, способности к обучению и психическом здоровье, следовательно, приводит к снижению качества жизни. В проведенном исследовании в Республике Корея (Choi HG et. al., 2020) была отмечена тенденция к большему риску смерти от слепоты в молодой подгруппе, по сравнению с остальными возрастными группам [2]. Также отмечалось, что метаболические заболевания и заболевания мочеполовой системы имели более высокий относительный риск в группе пациентов со слепотой по сравнению с контрольной группой. Также при анализе смертей от метаболических заболеваний было установлено, что все они были связаны с сахарным диабетом. Принимая во внимание предыдущие исследования о повышенной распространенности диабета среди лиц с нарушениями зрения в Корее и отчеты о взаимосвязи между смертностью и диабетической ретинопатией, повышение смертности в группе слепых может быть в основном связано с сахарным диабетом [2].

По данным Росстата за период с 2013 по 2017 гг. отмечалось увеличение распространенности сахарного диабета среди населения Российской Федерации с 236,5 сл. на 100 тыс. населения до 247,6 сл. на 100 населения (среднее значение распространенности СД в РФ за период с 2013 по 2017 г.г. составило 238,8 сл. на 100 тыс. населения; рисунок 1). Наиболее высокий уровень среднего значения распространенности СД за период с 2013 по 2017 гг. наблюдался в Уральском Федеральном Округе (ФО) и составлял 266,7 сл. на 100 тыс. человек, самый низкий уровень среднего значения распространенности СД за период с 2013 по 2017 гг. наблюдался в Дальневосточном ФО (189,3 сл. на 100 тыс. человек).

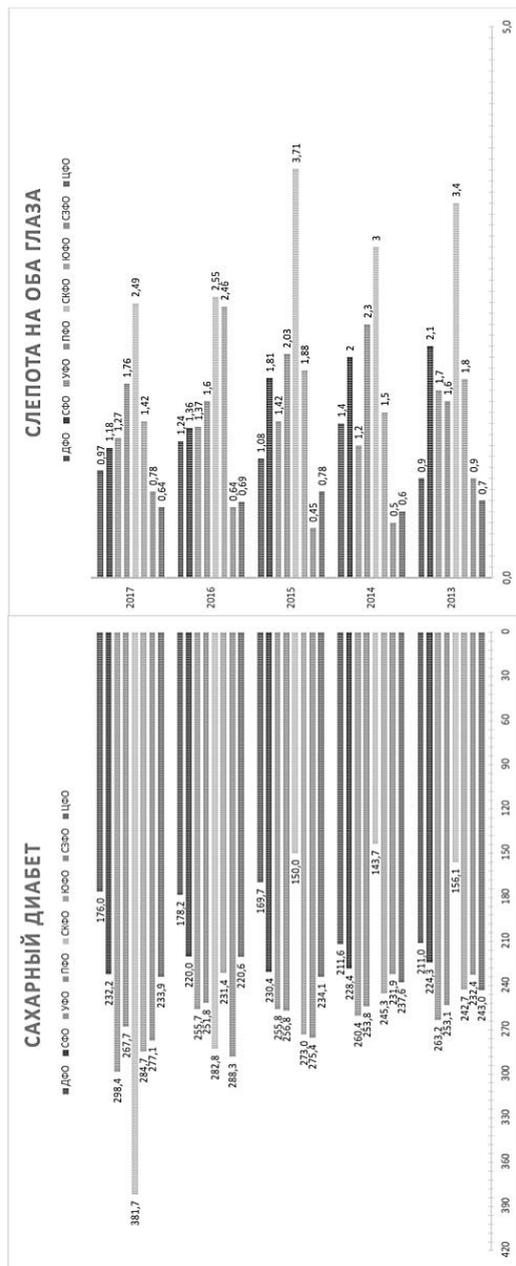


Рисунок 1. Распространенность сахарного диабета и слепоты на оба глаза у населения, проживающего в различных федеральных округах Российской Федерации (за период 2013-2017 гг.) (на 100 тыс. населения)

За аналогичный период отмечалось снижение распространенности слепоты на оба глаза среди населения РФ с 1,5 сл. до 1,2 сл. на 100 тыс. населения. Среднее значение распространенности слепоты на оба глаза в Российской Федерации в период с 2013 по 2017 гг. составила 1,4 сл. на 100 тыс. населения. Наиболее высокий уровень среднего значения распространенности слепоты на оба глаза за период с 2013 по 2017 гг. наблюдался в Приволжском ФО и составлял 1,8 сл. на 100 тыс. человек, самый низкий уровень среднего значения распространенности слепоты на оба глаза за период с 2013 по 2017 гг. наблюдался в Северо-Западном ФО (0,6 на 100 тыс. населения).

Средней темп роста распространенности СД в Российской Федерации за период с 2013 по 2017 гг. составил 4,7%. Наиболее высокий темп роста распространенности СД за период с 2013 по 2017 гг. наблюдался в Северо-Кавказском ФО и составлял 144,5%. В Дальневосточном ФО наблюдался отрицательный темп роста распространенности СД за период с 2013 по 2017 гг. (-16,6%).

Средней темп роста распространенности слепоты на оба глаза в Российской Федерации за период с 2013 по 2017 гг. был отрицательным и составил -18,0%. Наиболее высокий темп роста распространенности слепоты на оба глаза за период с 2013 по 2017 гг. наблюдался в Приволжском ФО (10,0%) В Сибирском ФО наблюдался отрицательный темп роста распространенности слепоты на оба глаза за период с 2013 по 2017 гг. (-43,8%).

Проведенный анализ данных Росстата подтверждает необходимость принятия эффективных превентивных мер для борьбы с увеличением распространенности сахарного диабета и снижения количества осложнений, приводящих к инвалидности пациентов и большому экономическому ущербу для общества. В связи с этим, необходимо уделять больше внимания ранней диагностики осложнений сахарного диабета, осуществлять в полном объеме качественное диспансерное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом [3].

Также по данным Федерального Регистра пациентов с сахарным диабетом за период с 2013–2016 гг. в Российской Федерации отмечено снижение общей частоты развития поражения глаз при сахарном диабете, слепота развивалась в более позднем возрасте и при большей длительности СД. В целях профилактики развития возникновения микроангиопатических осложнений при СД необходимо провести стандартизацию оказания первичной специализированной помощи в регионах, унифицировать алгоритмы обследования и методы ранней диагностики, повысить преемственность и взаимодействие эндокринологов и офтальмологов при ведении пациентов с СД [4].

Список литературы:

1. Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А., Дедов И.И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось за последнее десятилетие / М.В. Шестакова, О.К. Викулова, А.В. Железнякова, М.А. Исаков, И.И. Дедов // Терапевтический архив. 2019. Т. 91, № 10. С. 4-13.
2. Choi H.G., Lee M.J., Lee S.M. Mortality and causes of death in a population with blindness in Korea: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort / H.G. Choi, M.J. Lee, S.M. Lee // Scientific reports. 2020. vol. 10,1 p. 4891. doi:10.1038/s41598-020-61805-6.
3. Bhattarai M., Chapter 11 Principle of Management of Type 2 Diabetes : From Clinical , Public Health and Research Perspectives. 2018. p. 177-201.
4. Lipatov D.V., Vikulova O.K., Zheleznyakova A.V., и др. Trends in the epidemiology of diabetic retinopathy in Russian Federation according to the Federal Diabetes Register (2013–2016) / D.V. Lipatov, O.K. Vikulova, A.V. Zheleznyakova и др. // Diabetes mellitus. 2018. Т. 21. № 4. С. 230-240.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Метельская Анастасия Вячеславовна

аспирант,

*ГБУ Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения города Москвы,
РФ, г. Москва*

SOME ASPECTS OF THE PROJECT "LEAN CLINIC"

Anastasiya Metelskaya

PhD student,

*state budgetary institution "Research Institute of health organization
and medical management of the Moscow city health Department",
Russia, Moscow*

Аннотация. Данное исследование посвящено подведению промежуточных итогов внедрения всероссийского проекта «Бережливая поликлиника» за 2016-2019 гг. Представлены данные, отражающие основные

принципы системы бережливого производства, адаптированные под проект, направления реализации проекта «Бережливая поликлиника», результаты пилотного этапа.

Abstract. This study is devoted to summing up the interim results of the implementation of the all-Russian project "Lean polyclinic" for 2016-2019. The data reflecting the main principles of the lean production system adapted to the project, the directions of implementation of the Lean polyclinic project, and the results of the pilot stage are presented.

Ключевые слова: система здравоохранения; бережливое производство; проект «бережливая поликлиника».

Keywords: health care system; lean manufacturing; project "lean polyclinic".

С 2016 года в России реализуют проект «Бережливая поликлиника». Суть проекта – перестройка ряда процессов: изменение принципа работы регистратуры, установка современного оборудования, организация доступной среды для людей с ограниченными возможностями здоровья. На рисунке 1 представим основные предпосылки внедрения рассматриваемого нами проекта.



Источник: составлено автором

Рисунок 1. Предпосылки внедрения проекта «Бережливая поликлиника»

Реализация данного проекта, по мнению разработчиков, позволит вывести качество работы поликлинических специалистов на более высокий уровень, а также в целом обеспечить повышение эффективность работы поликлинических учреждений. А, главное, сделать приём больного максимально комфортным и быстрым.

Методологической основой разработки и внедрения проекта «Бережливая поликлиника» выступает японский метод эффективного менеджмента Кайдзен, предполагающий постоянное совершенствование процессов, влияющих на итоговый результат всей системы. Метод Кайдзен базируется на системе принципов 5S (рисунок 2):



Источник: [4]

Рисунок 2. Система Кайдзен: 5S

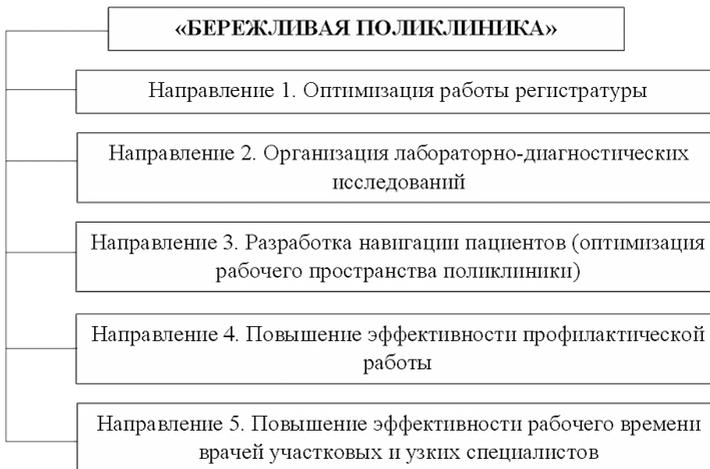
Все эти принципы берут начало в понятии «бережливого производства», которое ввели Вумек и Джонс ещё в 1996 году после изучения производственной системы «Тойота» [4]. По сути, это упрощенная и адаптированная для разных сфер философия Тойоты. В одноименной книге авторы говорят о том, что бережливые технологии можно применять не только в производстве, но и в услугах, а также в бытовых делах.

Одной из актуальных задач для российских властей является повышение эффективности и доступности медицинской помощи для населения [1, 3, 2].

В целом смысл в том, чтобы сделать медицинские услуги качественнее и доступнее. Слово «бережливая» означает, что такой тип работы направлен на экономию времени, нервов и ресурсов.

Проект «Бережливая поликлиника» – относительно новый. Проект реализуют Министерство здравоохранения РФ и госкорпорация «Росатом». Он направлен на повышение эффективности работы лечебно-профилактических учреждений и общей доступности медицинской помощи в 39 регионах страны.

Основные направления проекта «Бережливая поликлиника» представлены на рисунке 3.



Источник: составлено автором

Рисунок 3. Основные направления реализации проекта «Бережливая поликлиника».

Рассмотрим некоторые аспекты внедрения проекта «бережливая поликлиника» в России и его обсуждение. Под председательством заместителя Министра здравоохранения Виктора Фисенко в 2016 году в начале реализации исследуемого проекта состоялось рабочее совещание, посвящённое первичным итогам реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», в котором уделялось особое внимание внедрению бережливого менеджмента в деятельность поликлиник, больниц, медицинских центров и других медучреждений [5].

Представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, представители системы здравоохранения субъектов России высказали свое мнение относительно проблем и перспектив внедрения проекта «Бережливая поликлиника».

Были обсуждены итоги реализации федерального проекта в 2019 году, а также задачи на 2020 год. По словам В. Фисенко, мероприятия федерального проекта, реализуемые в субъектах с начала 2019 года, уже привели к значительным результатам, однако по-прежнему остаются в фокусе внимания и требуют особого контроля со стороны руководства субъектов Российской Федерации.

Как отметила Екатерина Валерьевна [6], по ряду показателей удалось превысить плановые значения. Так, в 2019 году в соответствии с паспортом федерального проекта планировалось создание 393 ФАП, ФП, ВА. На сегодняшний день создано и введено в эксплуатацию уже 420 ФАП, ФП, ВА – пациентами уже совершено более 14 тысяч посещений созданных объектов здравоохранения.

В 2019 году было также запланировано приобретение 501 передвижного медицинского комплекса для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью населения менее 100 человек. За счет экономии, полученной в результате конкурсных процедур, проведенных регионами, удалось приобрести и поставить в медицинские организации 516 ПМК. Благодаря этому за первые месяцы 2020 года удалось совершить более 7 тысяч выездов, осмотреть более 150 тысяч человек [3].

Также осуществлено более 8 тысяч вылетов санитарной авиации, благодаря чему удалось эвакуировать 11 173 человек, из них более 2 тыс. – дети.

Планируется, что система бережливого производства, реализуемая на основе проекта «Бережливая поликлиника», будет внедрена во всех поликлинических учреждениях страны к 2023 году. Основная реализуемая в рамках проекта задача – обеспечить высокий уровень удовлетворённости пациентов качеством оказания медицинской помощи поликлиническим врачом до 60 % к 2020 году и до 70 % к 2022 году.

Всего к 2022 году в проекте примут участие около 2 тысяч медицинских учреждений [4].

Основной постулат философии Тойота (Кайзен-технологии) – клиентоориентированные технологии, устранение потерь, которые не создают ценности для клиента, и постоянное совершенствование

процесса в интересах клиента. В медицине клиент заменяется пациентом, но смысл остается тем же. То есть главное – философия пациенто-ориентированности. Речь идет о создании условий, при которых пациент с минимальной потерей времени получает качественные медицинские услуги [4, 5].

Конечно, это очень серьезные изменения, которые не проходят без проблем. Есть важные системные ограничения: недостаток кадров или оборудования в конкретно взятой больнице. Другими словами, не всегда хватает ресурсов для того, чтобы система заработала в полной мере. Так, если в больнице отсутствует один из нужных специалистов, то уже ни о какой экономии времени пациента речи не идет, так как ему приходится обращаться в другое медицинское учреждение, которое может находиться в другом населенном пункте.

Также стоит отметить, что далеко не во всех клиниках внедрение этих принципов проходит гладко: при частичных изменениях у слишком загруженных врачей просто не хватает времени и ресурсов на то, чтобы полностью перейти на новую систему работы. Тем не менее, даже начало таких изменений – важный шаг на пути построения пациенто-ориентированной медицины в России.

Заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения И.Ф. Серегина сообщила о результатах контрольных мероприятий, проведенных Росздравнадзором в субъектах Российской Федерации, в отношении реализации мероприятий федерального проекта [10].

Так, проверки проводились по нескольким направлениям: приобретение передвижных медицинских комплексов, создание (замена) фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, проведение Всероссийской диспансеризации, работа с жалобами и обращениями граждан. В своем выступлении она уделила особое внимание типичным нарушениям, выявленным в ходе проведения контрольных мероприятий [6].

Среди них: несвоевременное проведение конкурсных процедур и, соответственно, несвоевременное заключение государственных контрактов, задержка сроков подготовки объектов к получению лицензий, поздние сроки поставки медицинских комплексов, не зарегистрированных в установленном порядке и пр.

Так руководитель Федерального Центра организации первичной медико-санитарной помощи Ирина Ходырева [6] особое внимание уделила механизмам мониторинга реализации мероприятий федерального проекта, а также акцентировала внимание на необходимость своевременного предоставления соответствующих отчетов.

О формировании системы защиты прав пациентов в рамках реализации федерального проекта рассказала начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ольга Верховодова [7], которая представила анализ оперативных сведений по данному направлению за январь-февраль текущего года.

Так, о возможности прохождения профилактических мероприятий в Российской Федерации проинформированы более 11,5 миллионов человек, более 4 миллионов прошли профилактические медицинские осмотры/диспансеризацию.

Направления и результаты проекта «Бережливая поликлиника» постоянно в зоне внимания ведущих руководителей медицинской сферы и авторов, пишущих на темы перспектив и проблем развития здравоохранения. В связи с чем, проектная деятельность в данном направлении будет продолжаться и далее.

Список литературы:

1. Арженцов В.Ф. Применение принципов бережливого производства в медицине / В.Ф. Арженцов // Управление качеством в здравоохранении. – 2018. – N 1. – С. 14-18.
2. Артемьев С.А. Бережливые технологии в кабинете врача: 5 шагов, как организовать рабочее пространство / С.А. Артемьев, С.Н. Ильин, Ю.А. Романова // Зам. гл. врача. – 2017. – N 8. – С. 44-51.
3. Бережливая поликлиника: от планов к реализации // <https://futureussia.gov.ru/nacionalnye-proekty/231001> (дата обращения: 20.10.2020 г.)
4. Информационные технологии в здравоохранении: Материалы конференции учреждений здравоохранения ЮФЦ. – Ростов-на Дону, 2018. – 113 с.
5. Стадченко Н.Н. Роль субъектов и участников ОМС в пилотном проекте «Бережливая поликлиника» / Н.Н. Стадченко, С.Г. Кравчук // Управление качеством в здравоохранении. – 2018. – N 1. – С. 26-31.
6. Палькова О. Как проект «Бережливая поликлиника» меняет работу сестринской службы: опыт первопроходцев / О. Палькова // Главная мед. сестра. – 2017. – N 12. – С. 18-28.
7. Романова Ю.А. Как внедрить бережливые технологии, не потратив ни копейки. Система 5С / Ю. Романова // Здравоохранение: журнал для управления мед. организацией. – 2017. – N 6. – С. 100-107.

ВОСПРОИЗВОДСТВО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шкрумяк Андрей Романович

аспирант,

*ГБУ Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения города Москвы,
РФ, г. Москва*

REPRODUCTION OF PROFESSIONAL COMPETENCIES OF SPECIALISTS FOR THE NATIONAL HEALTH SYSTEM

Andrey Shkrumyak

Graduate student,

*State budgetary institution "Research Institute of health organization
and medical management of the Moscow city health Department",
Russia, Moscow*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы подготовки кадров для российской системы здравоохранения. Отмечено, что модель компетенций современного медицинского специалиста предполагает последовательный и разносторонний путь обучения, самообразования и практического опыта.

Abstract. The article deals with the issues of personnel training for the Russian healthcare system. It is noted that the competence model of a modern medical specialist assumes a consistent and versatile path of training, self-education and practical experience.

Ключевые слова: система здравоохранения; специалист; обучение; профессиональные компетенции; воспроизводство.

Keywords: healthcare system; specialist; training; professional competence; reproduction.

Системные модернизационные процессы, затронувшие российскую национальную систему здравоохранения и медицины, своей целью

ставят повышение технологического уровня и качества оказания медицинских услуг с ориентацией на стратегию интеграции России в глобальную мировую медицинскую отрасль, соответствие общемировыми трендами устойчивого развития, инновационность и эффективность.

Достижение указанных ориентиров невозможно без кадрового обеспечения системы здравоохранения, «кадры решают все» - этот тезис не утратил своей актуальности и значимости и в современных условиях. В свою очередь вопросы подготовки медицинских кадров, отвечающих потребностям рынка труда и современным технологическим инновациям, которые затронули систему, также остаются актуальными.

В соответствии с современными общемировыми трендами развития медицинской отрасли «формируется принципиально новый подход к процессам подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, предполагающий активное вовлечение профессионального сообщества в образовательный процесс с целью сглаживания возникающих противоречий между полученными в учебном заведении компетенциями и требованиями профессиональной среды» [1].

По мнению специалистов, основная сложность процесса формирования профессиональных компетенций специалистов сферы здравоохранения связана с постоянными технологическими инновациями. Инновации в медицине – это новые и конкурентоспособные технологии производства и применения лекарственных препаратов и диагностических медицинских исследований, а также новейшие методы лечения пациентов. В настоящее время инновационные технологии в медицине можно подразделить на несколько основных видов:

- Технологические медицинские инновации. Каждая новая технология предполагает появление в медицинской практике новых методов лечения и профилактики болезней на основе имеющихся медикаментов или новых сочетаний их применения.
- Фармацевтические инновации в области медицины. Предполагают создание новых препаратов для медицинского применения.
- Организационные инновации. Имеют место в том случае, когда медицинское учреждение внедрило в свою работу новую организацию труда медперсонала, разработало новые показатели эффективности работы управленческого аппарата.
- Информационные инновации. Такие инновации направлены на то, чтобы автоматизировать информационные потоки в отрасли.

Инновационный характер развития российской национальной системы здравоохранения требует не только разработки механизма формирования и развития профессиональных компетенций медицинских работников, но и постоянную оценку совокупности профессиональных

знаний, умений и навыков работников, их обновления и воспроизводства.

«Для современных медицинских учреждений, ориентированных на постоянное внедрение новых технологий предоставления качественных медицинских услуг и современного инновационного оборудования, совокупный потенциал их развития определяется набором положительных синергетических эффектов, возникающих при консолидации научных, управленческих, имиджевых и других ресурсов» [4].

В Российской Федерации обеспеченность здравоохранения кадрами не равномерна по всей ее территории. В таблицах 1 и 2 представлены статистические данные, отражающие динамику изменения численности медицинских организаций и медперсонала за последние несколько лет.

По данным статистики по состоянию на 1.01.2018 г. наибольшая обеспеченность населения врачами всех специальностей при среднем значении по России 37,3 на 10 тыс. населения, была в Северо-Западном (43,1), в Дальневосточном (39,9), в Сибирском (37,8), наименьшая – в Уральском (34,3), Южном (34,6), Северо-Кавказском (35,1) федеральных округах.

Таблица 1.

Сеть и кадры медицинских организаций [6]

Наименование	2015	2016	2017	2018
Число медицинских организаций - всего	8044	7767	7529	7318
в том числе оказывающих медицинскую помощь населению	6776	6559	6381	6228
Из них:				
Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	4688	4572	4468	4390
Численность врачей (тыс.)	543,6	544,5	548,4	548,8
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	1309,8	1292,0	1266,2	1224,2

Таблица 2.

Численность и обеспеченность населения медицинскими специалистами [5]

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Всего врачей			
	численность врачей (физ.лица)		обеспеченность врачами на 10000 соотв.населения	
	2017	2018	2017	2018
Российская Федерация	548414	548818	37,3	37,4
Центральный федеральный округ	146289	147382	37,2	37,5
Северо-Западный федеральный округ	59671	60142	42,8	43,1
Южный федеральный округ	56875	56816	34,6	34,6
Северо-Кавказский федеральный округ	34027	34468	34,6	35,1
Приволжский федеральный округ	107419	106389	36,4	36,0
Уральский федеральный округ	42657	42422	34,5	34,3
Сибирский федеральный округ	73092	65098	37,9	37,8
Дальневосточный федеральный округ	25120	32781	40,7	39,9
Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации	3264	3320	-	-

«Кадровый ресурс системы здравоохранения, особенно государственного и муниципального секторов, является наиболее значимым и ценным ее компонентом. Отсутствие потенциально необходимого числа и оптимального структурного состава высококвалифицированных врачей и средних медицинских работников не позволяет обеспечить население востребованной равнодоступной и качественной медицинской помощью, сделать возможным широкое применение сложных, высокотехнологичных и инновационных лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных технологий и методик, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения» [7].

Основное содержание концепции кадровой политики в здравоохранении РФ включает:

- приоритеты в формировании кадровой работы в отрасли в соответствии с направлениями ее реформирования;
- принципы планирования и использования кадровых ресурсов здравоохранения на основе совершенствования номенклатуры специальностей и системы сертификации специалистов;

- стратегию интенсивного развития кадрового потенциала в здравоохранении на основе оптимизации системы медицинского и фармацевтического образования в соответствии с требованиями практического здравоохранения, медицинской науки и отраслевого управления;
- обеспечение качества рабочей среды, включая совершенствование системы оплаты труда; условий труда, разработку мероприятий по охране труда, а также рациональное использование рабочего времени;
- новые принципы развития социального партнерства, привлечение общественных медицинских и фармацевтических организаций к управлению здравоохранением (повышение роли самоуправления).

Эффективность развития российской национальной системы здравоохранения и ее интеграции в мировое здравоохранительное пространство, а также эффективность каждого конкретного лечебного учреждения зависит от профессионализма сотрудников, уровня их профессиональной компетентности. В вопросах устойчивого развития системы здравоохранения «основополагающую роль играет кадровый ресурс, поскольку именно трудовой потенциал, эффективно организованный и распределенный в соответствии с критерием тесного сопряжения квалификации и предоставляемой медицинской услуги определяет эффективность реализации целей учреждения здравоохранения» [1].

В современной научной литературе активно разрабатывается концепция компетентного подхода как идеология подготовки кадров для народного хозяйства, всех его отраслей и сфер, в том числе – сферы здравоохранения. «Компетентность представляет собой способность и готовность человека осуществлять профессиональную деятельность в определенных областях на основе реализации освоенных компетенций. Обозначая круг вопросов, в которых человек имеет определенный уровень знаний и опыта, она выступает как конечный результат обучения. Компетентность – это способность осуществлять конкретную деятельность в определенной области на основе применения знаний и умений, а также проявления личностных качеств, делающих эту деятельность успешной, т.е. она обозначает определенные возможности в какой-либо сфере. Профессиональная компетентность определяет способность специалиста решать типичные профессиональные задачи и проблемы, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности, с использованием знаний, ценностей и опыта. Иначе говоря, она означает не только степень освоения специалистом знаний, умений и навыков в той или иной области профессиональной деятельности, но и совокупность личностных качеств, отражающих умение эффективно действовать в обществе» [2].

Реализация образовательных программ в учебных заведениях предполагает освоение учебных дисциплин, направленных на последовательное формирование и закрепление соответствующих компетенций, предусмотренных Федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС). Цель основной образовательной программы – подготовка дипломированных специалистов, отвечающих потребностям рынка труда и задачам развития соответствующих сфер и отраслей народного хозяйства страны.

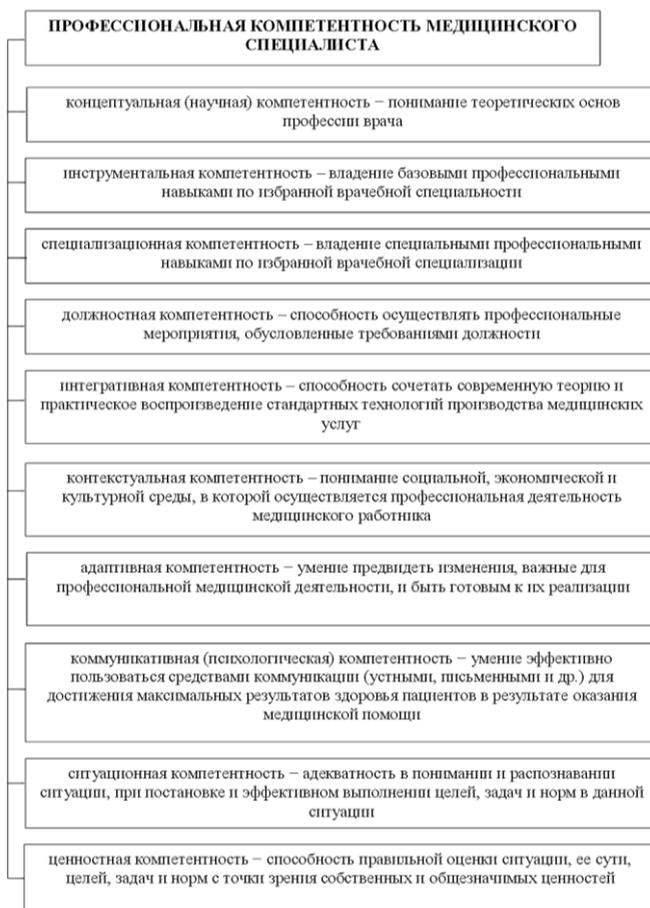


Рисунок 1. Содержание понятия «Профессиональная компетентность специалиста медицинской сферы»

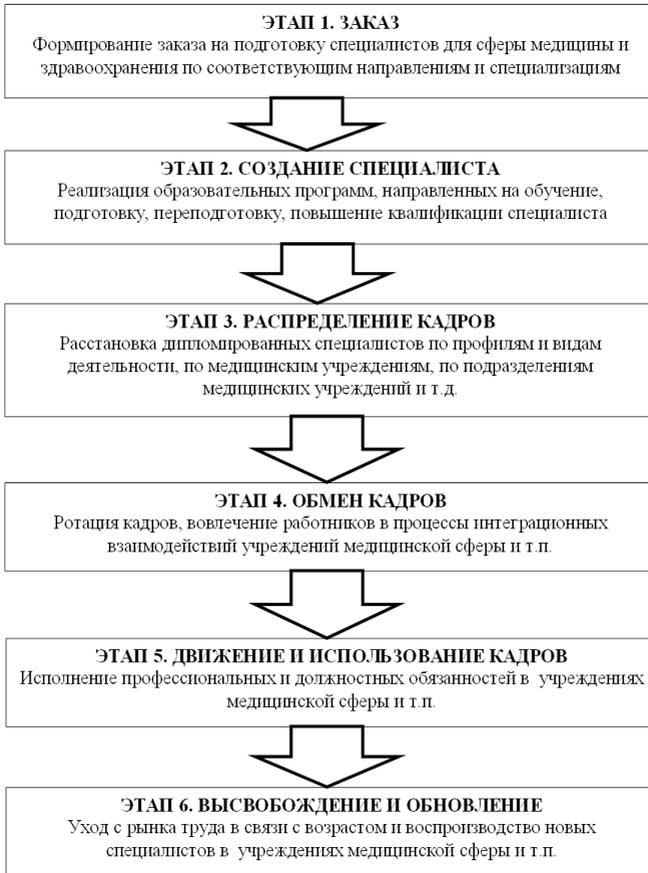


Рисунок 2. Процесс формирования и воспроизводства кадрового потенциала медицинских учреждений

Однако наличие диплома об окончании высшего учебного заведения еще не является гарантом профессионализма выпускника и должного уровня сформированности профессиональных компетенций. Мы согласны с В.И. Кирищевой, которая в своей работе отмечает: «на современном рынке труда ценность работника определяется обладанием им определенных профессиональных компетенций, а не дипломом, подтверждающим завершение образовательной программы в конкретном учебном заведении» [3]. Таким образом, применительно к выпускникам образовательных

организаций профессионального образования, чья деятельность связана с здравоохранением и медициной, полученный диплом должен быть показателем и гарантом их готовности к исполнению профессиональной деятельности в полном объеме в соответствии с теми компетенциями, которые выделены нами на рисунке 1.

Представленная система профессиональных компетенций специалистов сферы здравоохранения и медицины предполагает непрерывный процесс формирования и воспроизводства кадрового потенциала медицинских учреждений, который можно представить как последовательность этапов (рисунок 2).

Следует отметить, что в учебном заведении формирование профессиональных компетенций будущего медицинского специалиста в учебном заведении только начинается. Образовательная среда, реализуя формальную часть учебного процесса, стимулирует самообразование, получение дополнительных квалификаций, развитие новых и альтернативных навыков, не снимая с обучающего ответственности за формирование компетентностного уровня.

Список литературы:

1. Баркова Г.Ю. Механизм формирования и развития профессиональных компетенций в рамках научно-образовательного кластера (на примере здравоохранения) // Дисс. ... к.э.н. – Ростов-на-Дону, 2018. С. 5.
2. Гурова И.М. Модель профессиональной компетентности современного специалиста // Экономика и социум: современные модели развития. Выпуск 12, 2016. С. 66.
3. Кирищева В.И. Целеполагающее непрерывное образование в системе повышения компетентностно-квалификационного уровня трудовых ресурсов // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство, право и управление, 2016. №2 (69).
4. Коковихин А.Ю., Огородникова Е.С., Плахин А.Е. Стратегический инструментальный субъектов рынка медицинских услуг // Бизнес. Образование. Право. 2017. № 4 (41). С. 144-149.
5. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть I. Медицинские кадры. – М., 2019. С. 4-6.
6. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть VI. Основные показатели здравоохранения. – М., 2019. С. 4.
7. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. № 3, 2013.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ВОРОНЕЖСКОМ РЕГИОНЕ

Ярмонова Маргарита Викторовна

аспирант,

*Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко – ВГМУ,
РФ, г. Воронеж*

ANALYSIS OF THE MAIN CAUSES OF DEATH IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE VORONEZH REGION

Margarita Yarmonova

Post-graduate student,

*Voronezh state medical University named
after N.N. Burdenko – VGMU,
Russia, Voronezh*

Аннотация. В статье, на основании актуальных данных департамента здравоохранения, выполнен анализ состояния, основных причин и возрастной структуры смертности населения Воронежского региона от сердечно-сосудистых заболеваний. Сделаны важные с практической точки зрения выводы и предложен план мероприятий по дальнейшему снижению смертности населения региона от этого недуга.

Abstract. The article analyzes the state, main causes, and age structure of mortality from cardiovascular diseases in the Voronezh region based on current data from the Department of health. Conclusions that are important from a practical point of view are made and an action plan is proposed to further reduce the mortality of the region's population from this disease.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда; сердечно-сосудистые заболевания; смертность населения.

Keywords: acute myocardial infarction; cardiovascular diseases; population mortality.

Сегодня, не только в России, но и в большинстве развитых стран мира заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место (с разной распространенностью) среди причин заболеваемости инвалидизации и смертности населения. Известно, что смертность является традиционным индикатором нарушения здоровья населения, а ее показатели рассматриваются как наиболее информативные, поскольку их изучение осуществляется на основе государственной регистрации [1, с.25].

Для определения действенных механизмов воздействия на снижение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и разработки мер по увеличению средней продолжительности жизни необходимо выявить закономерности динамики и структуры смертности от ССЗ в регионе. Полученные результаты могут служить основой для выработки практических рекомендаций, направленных на снижение заболеваемости и инвалидизации от ССЗ и повышение средней продолжительности предстоящей жизни в Воронежском регионе.

Информационной базой послужили данные отчета Департамента здравоохранения о работе кардиологической службы Воронежской области в 2019 году.

Известно, что смертность это массовый процесс, складывающийся из множества единичных смертей, наступивших в разных возрастах и определяет в своей совокупности порядок вымирания реального или гипотетического поколения. В комплексе показателей здоровья населения особая роль принадлежит этому и ее динамике как наиболее объективному, информативному, поддающемуся количественному измерению показателю, отражающему изменения здоровья в разных регионах в разное время [2].

Из имеющихся данных [3, с. 5] известно, что в соответствии с трёхуровневой моделью организации медицинской помощи в Воронежском регионе, первичная медицинская помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе осуществляется: в трех областных учреждениях (Воронежском областном кардиологическом диспансере, поликлиническом отделении и областном клиническом диагностическом центре); в одиннадцати Воронежских городских поликлиниках, а также в 32 поликлинических отделениях районных больниц.

Основные показатели работы стационарной кардиослужбы г. Воронежа в рассматриваемом периоде представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Результаты работы стационарной кардиослужбы г. Воронежа

Анализ общей летальности в кардиологических стационарах города показал, что городской показатель общей летальности за прошедший год незначительно снизился по сравнению с аналогичным периодом предшествующего года (на 0,1 %) и составил 2,6 %.

Общая структура летальности по нозологиям в кардиологических отделениях города представлен на рисунке 2.

Анализ представленной структуры летальности показал, что основными причинами ухода из жизни пациентов, страдающих ССЗ явились острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 41 %; хронические формы ишемической болезни сердца (ИШС) – 29 %; сахарный диабет 1 и 2 типа; повторный инсульт миокарда (без ОИМ) – 4 %; злокачественные новообразования – 3 %; тромбоз глубоких вен – 2 %; расслаивающаяся аневризма – 1 %; хронический пиелонефрит – 1 % и др. нозологии (кардиомиопатия, нервно-мышечные пороки, ОНМК по ишемическому типу, ишемическая болезнь кишечника, острая пневмония, флегмона других отделов конечностей, доброкачественное новообразование предстательной железы), которые вместе составили 13 % [3, с.25].

Острый инфаркт миокарда (ОИМ), как видно из рисунка 2 является одной из основных причин смертности населения от ССЗ. Анализ смертности по этой причине уделяется большое внимание.

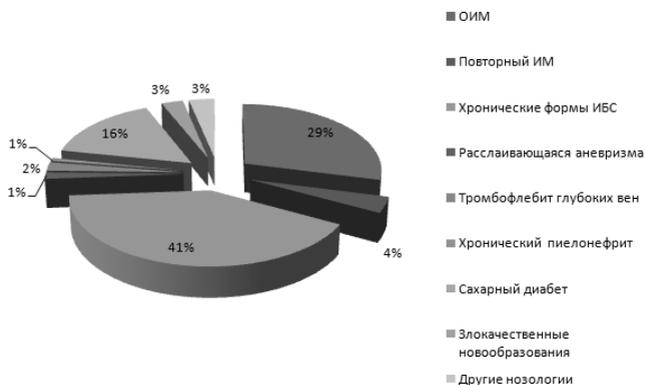


Рисунок 2. Структура летальности по нозологиям в кардиологических отделениях г. Воронежа

Общая динамика заболеваемости и смертности от ОИМ в Воронежском регионе (город и 32 района области) представлена на рисунке 3.

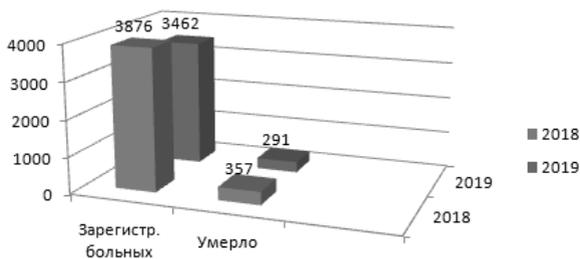


Рисунок 3. Структура заболеваемости и летальности от острого инфаркта миокарда по Воронежскому региону

Анализ данных, представленных на рисунке 3, показал, что количество заболевших ОИМ в рассматриваемом периоде уменьшилось на 414 чел. (10,7 %), количество умерших уменьшилось на 66 чел. (18,5 %) по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. Показатель летальности по Воронежскому региону составляет 8,4 %, снизился по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года на 0,8 %.

В рассматриваемом периоде отмечается незначительное увеличение количества больных ОИМ, поступивших в 1-е сутки от начала развития заболевания (0,6 %), увеличение количества поступивших в первые 12 часов и первые 6 часов (0,2 % и 5, % соответственно), уменьшение количества повторных ИМ на 5,3 %.

Сравнительная характеристика летальности от ОИМ по городу за рассматриваемый период представлена на рисунке 4.



Рисунок 4. Сравнительная характеристика летальности от острого инфаркта миокарда

Показатель летальности от ОИМ по городу составляет 7,8 %, снизился на 2,9 %. Смертность больных трудоспособного возраста от ОИМ составила 8 %, по сравнению с предыдущим периодом, уменьшилась на 3 %. Структура летальности от ОИМ по городу в 2019 году представлена на рисунке 5.

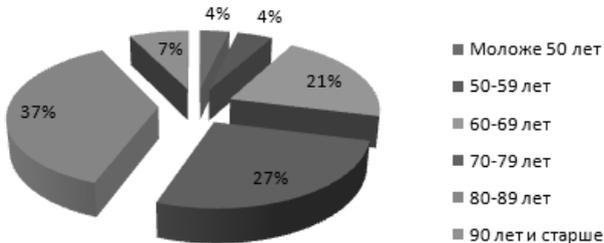


Рисунок 5. Структура летальности от острого инфаркта миокарда

Анализ представленных на рисунке 4 данных показал, что среди лиц, умерших от ОИМ, основную массу составляют лица старше трудоспособного возраста (91,1 %), а из них старше 70 лет, с Q-инфарктом миокарда, а также поступившие позже 24 час от начала заболевания с осложненным течением ОИМ.

Таким образом, подводя итог можно сделать вывод, что ССЗ остается одной из основных причин смертности населения Воронежского региона. Количество заболевших и умерших в областном центре и районах области примерно сопоставимо, среди причин летальности от ССЗ первое место занимает ОИМ.

Среди умерших преобладают больные старше 70 лет с тяжелой сопутствующей патологией (тромбоэмболические осложнения, декомпенсация ХСН, прогностически неблагоприятные нарушения ритма, тяжелые формы сахарного диабета в сочетании с ХПН, анемией, онкологическими заболеваниями и пр.). Ухудшение социально-экономических условий жизни больных (в первую очередь рост цен, в том числе и на лекарственные препараты) также является одной из основных причин смертности от ССЗ. Динамика по борьбе с ССЗ в Воронежском регионе в основном положительная. Для дальнейшего снижения уровня смертности от ССЗ необходимо придерживаться четкого плана, уделяя отдельное внимание медико-социальным факторам риска их развития. План мероприятий может включать:

- обеспечение больных, перенесших ОИМ, бесплатными лекарственными препаратами;
- расширение работы с группой риска возникновения сердечно-сосудистой патологии работающего населения;
- выполнение регулярных профилактических осмотров в рамках плана мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний;
- проведение обучения по ранней диагностике ОИМ на догоспитальном этапе в соответствии с порядком оказания медицинской помощи;
- соблюдение маршрутизации при госпитализации больных с патологией системы кровообращения;
- проведение санитарно-просветительной работы с целью увеличения информированности пациентов о признаках сердечно - сосудистой патологии;
- информирование населения о симптомах возникновения ОИМ и своевременного обращения за медицинской помощью;
- улучшение качества диспансерного наблюдения за больными имеющими тяжелую сопутствующую патологию;
- обеспечение контроля по вторичной профилактике ССЗ;

- постоянный мониторинг за качеством обследования целевых групп населения на выявление АГ, ИБС, сахарного диабета, в рамках комплекса скрининговых программ.

Выполнение представленных выше мероприятий позволит осуществить дальнейшие шаги по снижению смертности от ССЗ в Воронежском регионе.

Список литературы:

1. Бегун Д.Н., Морозова Т.А., Сурикова А.В. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема // Молодой ученый. – 2019. – № 8 (246). – С. 25-28.
2. Щербакова Е.М. Предварительные демографические итоги 2019 года в России (часть II) // Демоскоп Weekly. – 2020. – № 849-850. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2020/0849/barom01.php> (дата обращения: 11.10.2020).
3. Отчет главного внештатного специалиста-кардиолога департамента здравоохранения о работе кардиологической службы Воронежской области в 2019 году. Воронеж –2020 г.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

**НАУЧНЫЙ ФОРУМ:
МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ И ХИМИЯ**

*Сборник статей по материалам XXXV международной
научно-практической конференции*

№ 7(35)
Октябрь 2020 г.

В авторской редакции

Подписано в печать 26.10.2020. Формат бумаги 60x84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 2,875. Тираж 550 экз.

Издательство «МЦНО»
123098, г. Москва, ул. Маршала Василевского, дом 5, корпус 1, к. 74
E-mail: med@nauchforum.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного
оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3



**НАУЧНЫЙ
ФОРУМ**
nauchforum.ru