

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ»**

**ПРОБЛЕМЫ
ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ВЫПУСК 26

*Сборник научных трудов под редакцией
Заслуженного деятеля науки Российской Федерации,
доктора медицинских наук, профессора Н.И. Вишнякова,
доктора медицинских наук И.М. Барсуковой*

Санкт-Петербург

2021

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ»

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВЫПУСК 26

*Сборник научных трудов под редакцией
Заслуженного деятеля науки Российской Федерации,
доктора медицинских наук, профессора Н.И. Вишнякова,
доктора медицинских наук И.М. Барсуковой*

Санкт-Петербург

2021

УДК 614.2
ББК 51.1
В-55

Редакционная коллегия:

Н.И. Вишняков (ответственный редактор), З.д.н., д.м.н., проф.

И.М. Барсукова (ответственный редактор), д.м.н.

Е.Н. Пенюгина, д.м.н.

В.А. Мануковский, д.м.н., проф.

К.С. Клюковкин, д.м.н., проф.

К.И. Шапиро, д.м.н., проф.

М.В. Окулов, к.м.н., доц.

А.И. Махновский, к.м.н.

Рецензент:

заведующий кафедрой общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор **В.К. Юрьев**

Вишняков Н.И., Барсукова И.М.

Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 26: Сборник научных трудов / под ред. З.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова, д.м.н. И.М. Барсуковой. – СПб.: Медиапир, 2021. – 228 с.

26-й выпуск Сборника научных трудов «Проблемы городского здравоохранения» посвящен актуальным вопросам здоровья населения и профилактики, проблемам организации медицинской помощи, охраны материнства и детства, реабилитации. Впервые в сборнике представлен раздел по актуальным проблемам клинической медицины.

Издание предназначено для руководителей медицинских организаций и подразделений, преподавателей по общественному здоровью и здравоохранению, практикующих врачей, обучающихся по программам основного и дополнительного профессионального образования.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
-------------	---

**К 100 – ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА,
РЕКТОРА 1 ЛМИ (1966-1988 гг.) В.А.МИНЯЕВА**

К 100-летию заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора Владимира Алексеевича Миняева <i>Н.И. Вишняков, К.С. Клюковкин</i>	8
Основные направления научной деятельности В.А. Миняева <i>К.И. Шапиро</i>	13
О роли Владимира Алексеевича Миняева в развитии отечественного здравоохранения <i>В.В. Стожаров, Е.Н. Пенюгина</i>	18
Мои воспоминания о В.А.Миняеве <i>Н.Г. Петрова</i>	20
С благодарностью и гордостью об Учителе <i>Л. В. Кочорова</i>	21
О Владимире Алексеевиче Миняеве <i>Н.В. Трофимова</i>	23

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Анализ численности и возрастного состава населения в Российской Федерации и в субъектах Северо-Западного федерального округа в период распространения коронавирусной инфекции <i>Н.И. Вишняков, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина, А.О. Емельянов, Н.Ю. Смирнова</i>	24
Динамика рождаемости в субъектах Северо-Западного федерального округа Российской Федерации в 2016 – 2020 гг. <i>И.М. Барсукова, И.В. Ким, С.И. Стожарова, Ю.П. Мажара</i>	29
Анализ заболеваемости населения коронавирусной инфекцией в Российской Федерации <i>П.Н. Морозько, Э.В. Фролова</i>	33
Динамика показателей заболеваемости населения болезнями органов дыхания в Республике Башкортостан за 2015 -2019 гг. <i>И.Ф. Муханова</i>	37
Сравнительный анализ структуры заболеваний рогаковицы в динамике за 2015-2019гг. <i>П.И. Константинова, Т.Ю. Куликаева</i>	39
Заболеваемость болезнями системы кровообращения (БСК) у взрослого населения <i>А.В. Ермак</i>	43
Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема в Российской Федерации <i>К.С. Клюковкин, Л.В. Кочорова, А.В. Ермак</i>	45
Оценка социально-экономического бремени рака поджелудочной железы в Санкт- Петербурге <i>В.Е. Моисеенко, Л.В. Кочорова, С.Ю. Гришин , Д.А. Гранов</i>	47
Динамика первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки среди женского населения Северо-Западного федерального округа <i>В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, Г.О. Ермаков, А.Д. Белоголова</i>	50
Анализ первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа за 2011 -2019 годы <i>В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, Д.С. Заярный , Н.А. Васильев</i>	54
Медико-социальная характеристика пациентов с колоректальным раком <i>М.А. Шарафутдинов, Д.Р. Еникеева, М.Ю. Павлова, Н.Г. Кульмухаметова, А.У. Киньябулатов, Л.Р. Назмиева, А.З. Усманова</i>	58

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Анализ суицидов среди мужчин и женщин в Санкт-Петербурге <i>Л.В. Малышко, В.В. Фрейзе, А.Я. Вукс, В.С. Скрипов, В.А. Розанов, Н.В. Семенова, В.Д. Исаков, О.Д. Ягмуров</i>	61
Анализ смертности населения Российской Федерации от наркомании за 2009-2019 годы <i>В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, П.В. Позднякова</i>	65
Динамика смертности населения Северо-Западного федерального округа от дорожно-транспортных происшествий за 2010- 2019 годы <i>В. Н. Филатов, А. Ю. Терешкова, Г. М. Пивоварова</i>	68

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Проблемы нормативного регулирования вопросов профилактических осмотров женского населения в Российской Федерации <i>С.Я. Максимов, А.Е. Чернобровкина</i>	72
Об информационной основе современных профилактических программ <i>И.И. Белоусов, И.Ю. Худогов, П.П. Пивненко</i>	76
Генерирование социальных программ саморазрушения в стохастическом обществе как основной фактор общественного здоровья <i>И.Ю. Худогов, И.И. Белоусов, П.П. Пивненко</i>	80
Совершенствование организационного процесса диспансеризации и профилактического медицинского осмотра с применением методов бережливого производства <i>В.И. Орел, В.И. Смирнова, О.М. Носырева, А.В. Орел, Д.Н. Разгуляева, Д.В. Ченцов</i>	84

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Место частной системы здравоохранения в выполнении государственного задания при оказании медицинской помощи методами репродуктивных технологий <i>Т.А. Криволесова</i>	87
Динамика экстренных госпитализаций пациентов акушерско-гинекологического профиля бригадами скорой медицинской помощи <i>И.М. Барсукова, А.А. Бойков, А.А. Шевцов, И.В. Ким, А.О. Бумай</i>	89
Особенности оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой <i>В.В. Орел</i>	92
Основные направления реабилитационной помощи детям первых трех лет жизни <i>Е.В. Плотникова</i>	96
Организация медицинского обеспечения подготовки юношей 15-17 лет к военной службе <i>В.И. Орел, Н.А. Гурьева, А.В. Ким, А.Ю. Бесеганич</i>	99

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Анализ ресурсной базы медицинских организаций Санкт-Петербурга в рамках оказания помощи больным со злокачественными новообразованиями <i>В.Е. Моисеенко, Л.В. Кочорова, В.В. Хижа</i>	103
Летальность от колоректального рака среди городского и сельского населения <i>В.А. Перминова, Л.П. Даутова</i>	106
Сравнительный анализ нозологического состава пациентов, выбывших из медицинских организаций Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в 2019 -2020 гг. <i>Е.Н. Пенюгина, К.И. Шапиро, О.В. Емельянов, Н.Н. Лукогорская</i>	109
Обеспечение эффективного взаимодействия врачей первичной медико-санитарной помощи и клинико-диагностических лабораторий <i>В.В. Бибикина, В.Л. Эмануэль, К.С. Клюковкин</i>	113

Описание отечественного опыта применения технологий VR в терапии людей, страдающих психическими расстройствами <i>В.Б. Дутов, В.В. Фрейзе, М.С. Савенко, А.А. Белко, Л.В. Малышко, Н.В. Семенова</i>	117
Телепсихиатрия – проблемы на пути совершенствования <i>И.И. Чехонадский, Л.В. Кочорова, В.С. Скрипов, А.А. Шведова</i>	120
О нормативном регулировании вопросов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях <i>Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, А.И. Махновский, Н.П. Седых</i>	124
Особенности организации первичной врачебной медико-санитарной помощи взрослому населению пригородного района крупного города <i>А.О. Емельянов, Е.Н. Пенюгина</i>	127
Медико-социальная характеристика травмированных лиц при получении первичной медико-санитарной помощи <i>Н.Х. Шарафутдинова, Р.Р. Даутов, Д.Р. Еникеева, О.Р. Мухаммадеева, М.Ю. Павлова</i>	130
Отдельные вопросы нормативного правового регулирования военно-врачебной экспертизы военнослужащих, получивших в период прохождения военной службы увечья (ранения, травмы, контузии) <i>О.Н. Петрова., А.С. Кораев, Л.А. Карасаева</i>	133
Результаты изучения объема и структуры функциональных исследований системы внешнего дыхания, выполненных в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2019 - 2020 гг. <i>Н.Н. Лукогорская, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина</i>	136
Медико-социальная характеристика кандидатов на пересадку роговицы <i>Л.В. Кочорова, П.И. Константинова</i>	139
Необходимость внедрения новых организационных технологий в стоматологической поликлинике (по данным социологического исследования сотрудников) <i>В.И. Орел, Н.А. Гурьева, В.А. Затулкин</i>	142
Оказание медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия в системе обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге <i>Т.А. Криволесова</i>	146
Оценка использования стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий <i>А.Ю. Апресян</i>	149
Актуальность и проблемы оказания косметологической помощи в современном обществе <i>Е.С. Багненко, А.О. Гриненко</i>	152

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

О роли малоинвазивных технологий в хирургии повреждений <i>А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский, А.Е. Демко, В.Е. Савелло, Кандыба Д.В., М.И. Сафоев, Я.В. Гавришук, А.В. Никитин</i>	156
Дыхательная гимнастика в комплексе мультимодального воздействия при восстановлении пациентов в остром периоде ишемического инсульта, имеющих в анамнезе перенесенную коронавирусную инфекцию <i>А.В. Новикова, С.А. Дукул, И.А. Вознюк, А.В. Полякова, Д.В. Токарева</i>	160
Токсическое действие этанола: критерии выбора подразделения многопрофильного стационара для оказания помощи опьянением и отравлением <i>Г.А. Рысев, И.М. Барсукова, А.Н. Лодягин, Б.В. Батоцыренов</i>	164
Индивидуальный подход в ведении пациента с нейрогенной дисфагией. Клинический пример. <i>Е.А. Лукоянова, И.В. Попова, И.А. Вознюк, А.В. Полякова, Д.В. Токарева</i>	169
Роль сахарного диабета в структуре коморбидности при различных заболеваниях у лиц пожилого и старческого возраста (клинико-морфологическое исследование) <i>В.А. Ильина, Р.В. Вашетко, М.М. Ермолаева, Е.А. Бородай</i>	175

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Проблемы коморбидности у больных с острой ишемией нижних конечностей разной тяжести <i>И.Д. Магамедов, Л.П. Пивоварова, О.Б. Арискина, И.В. Осипова, С.П. Нохрин, В.В. Сорока, И.М. Раджабов, А.Н. Рязанов, А.Б. Курилов, Ш.И. Ибрагимов, М.Н. Исимов</i>	177
Организация клинического питания взрослых пациентов с синдромом короткой кишки в домашних условиях <i>В.М. Луфт, А.Е. Демко, А.В. Лапицкий, И.М. Батыршин, А.М. Сергеева</i>	181
Нарушения миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта у пострадавших с тяжелой шокогенной травмой и методы их коррекции <i>Д.Ш. Саъдулаев, А.В. Дергунов, И.М. Барсукова, П.А. Дубикайтис</i>	185
Недифференцированный артрит как причина острого суставного синдрома <i>А.С. Повзун, Е.В. Щемелева, К.А. Повзун, В.А. Костенко</i>	187
К вопросу энергетического и белкового обеспечения больных с сепсисом <i>В.М. Луфт, С.А. Шляпников, А.Е. Демко, А.В. Лапицкий, И.М. Батыршин, Г.А. Пичугина, П.А. Дубикайтис, А.М. Сергеева, А.И. Золотухин</i>	190

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Злокачественные новообразования как основная причина выхода на инвалидность <i>А.Е. Чернобровкина</i>	196
Эффективность мультидисциплинарного подхода для формирования мотивации к реабилитации у пациентов неврологического профиля <i>А.К. Кутькова, А.В. Новикова, И.А. Вознюк, А.В. Полякова, Д.В. Токарева</i>	198
Использование ТМС в реабилитации больных неврологического профиля с речевыми нарушениями <i>Е.А. Лукоянова, Д.В. Токарева, И.А. Вознюк, А.В. Полякова</i>	204
Особенности энергетического и белкового обеспечения при реабилитации больных с нервной анорексией <i>А.М. Сергеева, В.М. Луфт, Е.Ю. Тявокина, А.В. Лапицкий</i>	209

КАДРОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современные проблемы обеспеченности врачебными кадрами медицинских организаций Санкт-Петербурга <i>Н.И. Вишняков, В.А. Мануковский, Е.Н. Пенюгина, А.И. Махновский, М.В. Окулов</i>	213
Правовые проблемы в деятельности врача-патологоанатома <i>С.А. Повзун, В.А. Ильина, М.М. Ермолаева, Е.А. Бородай</i>	216
Динамическая оценка нагрузки на анестезиолого-реанимационную службу в городе Санкт-Петербург <i>Л.В. Кочорова, К.С. Клюковкин, С.А. Кожин</i>	220
Опыт преподавания общественного здоровья и здравоохранения в дистанционном режиме в условиях распространения коронавируса <i>М.В. Окулов, Е.Н. Пенюгина, Н.Ю. Смирнова, А.А. Козырев, Р.Ю. Ротарь</i>	223

ПРЕДИСЛОВИЕ

26-й выпуск сборника «Проблемы городского здравоохранения» посвящен знаменательной дате - 100-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора Владимира Алексеевича Миняева. Первый раздел сборника посвящен этому юбилею. В сборнике представлены статьи учеников Владимира Алексеевича.

Традиционный раздел по актуальным вопросам здоровья населения содержит статьи, касающиеся демографических проблем и проблем заболеваемости населения. Ряд статей посвящены проблемам профилактики заболеваний, охраны материнства и детства, а также вопросам организации медицинской помощи и реабилитации. В сборнике представлены статьи сотрудников Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе по актуальным вопросам клинической медицины.

Редакционная коллегия благодарит всех авторов и надеется на многолетнее активное сотрудничество.

**К 100 – ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ПРОФЕССОРА, РЕКТОРА 1 ЛМИ (1966-1988 гг.)
В.А.МИНЯЕВА**



Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
ВЛАДИМИР АЛЕКСЕЕВИЧ МИНЯЕВ

**К 100-ЛЕТИЮ ЗАСЛУЖЕННОГО ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ РФ,
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА
ВЛАДИМИРА АЛЕКСЕЕВИЧА МИНЯЕВА**

Н.И. Вишняков, К.С. Клюковкин

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

В.А. Миняев родился 30 мая 1921г. Детство и юность В.А. Миняева прошли в г. Луга Ленинградской области, где он родился в рабочей семье. После окончания средней школы № 1 г. Луга Владимир Алексеевич поступил

в военно-медицинское училище в Ленинграде, которое успешно закончил в 1941г. Планы у молодого специалиста были исключительно созидательные, связанные с мирной жизнью, но 22 июня 1941г. грянула война, которая многое изменила в его судьбе.

Владимир Алексеевич прошел всю Великую Отечественную войну от ее начала до победы, был дважды ранен на фронте. За боевые заслуги награжден орденом Отечественной войны I степени.

Вот как сам В.А.Миняев вспоминал эти тяжелые годы: «На мою долю выпала честь сражаться с фашистскими поработителями с первого до последнего дня войны в составе 8 Гвардейской дивизии им. гвардии майора Панфилов, в полку, где 28 героев Советского Союза совершили свой подвиг, защищая Москву. Я был командиром санитарного взвода стрелкового полка. Фашисты очень боялись нашей дивизии. Основания к этому были: эта дивизия в любых ситуациях не теряла воли к победе, шла вперед, освобождая города и села от захватчиков. Мне вспоминается эпизод, когда нашему полку было поручено прорваться в тыл к фашистам и сорвать возможность немецким войскам отходить назад. В тяжелых условиях полк несколько дней бился с фашистами. В нашем батальоне осталось 36 человек, но фашистов они не пустили. Полк достойно выполнил поставленную задачу. Таких эпизодов очень много».

По окончании войны, в 1945г. Владимир Алексеевич поступает в 1-й Ленинградский медицинский институт. Уже во время учебы в институте он проявляет организаторский талант – возглавляет комсомольскую организацию института, работает секретарем партийной организации. В 1951г. Владимир Алексеевич с отличием заканчивает институт и направляется на практическую работу в органы здравоохранения Ленинграда: работал главным врачом больницы, а затем был назначен заместителем заведующего Ленинградским Горздравотделом.

В 1954г. Владимир Алексеевич Миняев поступил в аспирантуру на кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения, где под руководством профессора С.Я.Фрейдлина успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Организация госпитализации взрослого населения в крупных городах», и, в связи с выдающимися успехами в научной деятельности, был оставлен в качестве ассистента кафедры.

В 1959г. приказом Министра здравоохранения РСФСР Владимир Алексеевич Миняев назначается заведующим Ленинградским городским отделом здравоохранения. Занимая столь ответственную и высокую должность, он многое делает по улучшению медицинского обслуживания населения Ленинграда, развитию амбулаторно-поликлинической, специализированной стационарной помощи; активно пропагандирует и внедряет новые, прогрессивные формы работы лечебных учреждений. Находясь на руководящей работе, В.А.Миняев продолжает научно-педагогическую деятельность на кафедре организации здравоохранения 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П.Павлова.

В августе 1966г. приказом Министра здравоохранения СССР В.А.Миняев был назначен ректором 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И.П.Павлова: он руководил I ЛМИ вплоть до 1988 года.

За время работы ректором с 1966 по 1988г.г. В.А.Миняев проявил себя во всех сферах деятельности вуза – научно-исследовательской, педагогической, административной и общественно-политической.

Возглавляя столь крупное высшее учебное заведение, Владимир Алексеевич очень большое внимание уделял работе по повышению качества подготовки специалистов для народного здравоохранения, развитию материально-технической базы института, улучшению организации учебного процесса и развитию научных исследований в институте, неоднократно выступал с докладами по актуальным проблемам высшей школы на всесоюзных и республиканских совещаниях. В течение ряда лет В.А.Миняев был членом Совета ректоров Министерства Здравоохранения СССР и Совета ректоров г. Ленинграда.

Постановлением ЦК КПСС и Совета министров СССР от 06.04.1978г. № 271 1-й Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П.Павлова признан ведущим высшим учебным заведением страны, выполняющим научные исследования, имеющие важное народно-хозяйственное значение.

В 1971г. В.А.Миняев защитил докторскую диссертацию на тему «Актуальные вопросы больничного дела в городах» и 28.01.1972г. он был утвержден ВАК в ученой степени доктора медицинских наук.

Под руководством В.А.Миняева проводилась большая работа по расширению и укреплению материальной базы института; строятся новые здания для кафедр и клиник института, общежития для студентов. В 1968г. новое здание, оснащенное новейшей медицинской аппаратурой, получает клиника госпитальной хирургии. В этом же здании размещается объединенный с кафедрой госпитальной хирургии Всесоюзный институт пульмонологии под руководством академика АМН СССР Ф.Г.Углова. В 1971г. заканчивается строительство клиники факультетской хирургии с аудиторией для чтения лекций на 500 мест. Клиника также оснащается современным медицинским оборудованием. В 1972г. завершается строительство здания для баролаборатории с камерами повышенного и пониженного давления для лечения больных с различными заболеваниями. В эти же годы строятся 2 жилых кооперативных дома для сотрудников института.

В 1978г. по инициативе и под непосредственным руководством ректора В.А.Миняева строятся новый спортивный комплекс с 7 спортивными залами, бассейном для кафедр физического воспитания, спортивной медицины и лечебной физкультуры; благоустроенные общежития для студентов на 400 мест.

В 1978-1979г.г. вводятся в эксплуатацию еще 2 общежития (каждое на 600 мест) для студентов, аспирантов, клинических ординаторов.

В 1986г. закончилось строительство нефрологического корпуса на 300 мест, в котром размещается кафедра пропедевтики внутренних болезней, кафедра урологии и научно-исследовательские лаборатории нефрологического профиля, оснащенные новейшим диагностическим и лечебным оборудованием. В корпусе организуется центр хронического гемодиализа.

В 1988г. на территории института воздвигается памятник сотрудникам и студентам, погибшим во времена Великой Отечественной войны.

Будучи ректором одного из крупнейших медицинских вузов страны, В.А.Миняев уделял много времени и внимания совершенствованию учебного процесса в медицинской высшей школе.

В 70-е годы XX столетия 1 ЛМИ им. акад. И.П.Павлова под руководством профессора В.А.Миняева приобретает действительно международное признание, куда стремятся поступить на учебу представители молодежи из многих десятков стран мира.

В эти годы ежегодный набор иностранных граждан на оба факультета 1 ЛМИ превышал 100 человек, в 1970г. в 1 ЛМИ специально вводится должность проректора по международным связям, был организован деканат иностранных студентов.

Для подготовки иностранных граждан по обучению в институте и изучению русского языка при институте было создано одногодичное подготовительное отделение первоначально на 50 человек, которое затем расширилось до 110 человек. В 1970г. была организована специальная кафедра русского языка.

В.А.Миняев активно готовил научные кадры по специальности. Под его руководством выполнено 25 кандидатских и 8 докторских диссертаций.

С 1978г. по 1993г. Владимир Алексеевич руководил кафедрой социальной медицины и организации здравоохранения 1-го ЛМИ. Деятельность коллектива кафедры в этот период заслуживает особого внимания.

Профессор В.А.Миняев являлся консультантом многих преобразований, проводимых в городе и стране по совершенствованию работы органов здравоохранения, отдельных служб и медицинских учреждений.

Под руководством кафедры составлены перспективные планы развития медицинского обслуживания населения Санкт-Петербурга с определением прогнозов состояния здоровья населения. Коллектив кафедры курировал проведение различных программ и экспериментов, в частности таких программ, как «Научно-технический прогресс в здравоохранении города», «Профилактика основных заболеваний населения», а также проводил эксперимент по расширению прав главных врачей больниц. Коллектив кафедры принимал активное участие в проведении эксперимента по внедрению нового хозяйственного механизма в здравоохранении Санкт-Петербурга и введению обязательного медицинского страхования.

В 1973г. профессору В.А.Миняеву присвоено почетное звание «Заслуженный деятель наук РСФСР».

В конце XX в. – начале XXI в. профессор В.А.Миняев являлся авторитетным, высококвалифицированным, компетентным и эрудированным ученым с мировым именем.

В.А.Миняев неоднократно выступал с докладами на международных и всесоюзных конгрессах, съездах, конференциях. Его работы изданы за рубежом в Лондоне, Оксфорде, Париже, Женеве, Праге, Белграде и др. городах Европы и Северной Америки.

Он был избран почетным доктором наук Медицинской Академии г. Гданьска (Польша), долгие годы являлся научным консультантом Всемирной Организации Здравоохранения, членом проблемной комиссии при Российской Академии Медицинских Наук.

Не случайно в дни празднования 100-летия (1997г.) 1 ЛМИ – СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова диплом и мантию почетного доктора наук профессору В.А.Миняеву вручает его родной вуз – Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П.Павлова – 1 ЛМИ им. акад. И.П.Павлова.

30 мая 2021г. Владимиру Алексеевичу исполнилось бы 100 лет. Трагически погиб этот выдающийся человек в начале 2008г.: при переходе улицы он был сбит автомобилем, получил тяжелые множественные повреждения и травмы, и 25 марта 2008г. перестало биться его сердце. Он был настоящим Учителем для очень многих людей: Учителем – другом, Учителем – советчиком, Учителем по жизни и в науке, в профессиональной педагогической деятельности, Учителем – менеджером, а часто и духовным наставником.

Многие поколения медиков, да и людей других специальностей, которые окружали его или хотя бы немного соприкасались с ним в делах, общались с ним, рассказывали ему о своих бедах и радостях, - думаю, все они будут с огромной благодарностью и светлой памятью и радостью в своих сердцах долгие годы вспоминать великого и по-человечески близкого, понятного, всегда искреннего и мудрого В.А.Миняева.

За огромные заслуги Владимир Алексеевич Миняев награжден 2-мя орденами Ленина, Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, орденом Красной Звезды, Отечественной войны 1 степени и 12 медалями.

Деятельность В.А.Миняева как ученого получила признание и высокую оценку среди специалистов в нашей стране и за рубежом. Жизнь и деятельность Владимира Алексеевича Миняева – это яркий пример самоотверженности служения своему народу и отечеству, это пример для подражания для многих и многих людей, прежде всего, для студентов-медиков, врачей, ученых, организаторов здравоохранения и высшего медицинского образования.

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В.А. МИНЯЕВА**

К.И. Шапиро

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

Всю жизнь, находясь на должности руководителя здравоохранением Ленинграда, работая ректором I ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, заведя кафедрой организации здравоохранения, Владимир Алексеевич активно занимался научными исследованиями, направленными на совершенствование медицинской помощи населению.

В первое десятилетие после окончания Великой Отечественной войны в стране шло интенсивное восстановление народного хозяйства и, в том числе, учреждений здравоохранения. Особое внимание было обращено на стационарную помощь, как наиболее квалифицированную и ресурсоемкую. В этих условиях очень важно было определить потребность населения в коечном фонде. Решению этой задачи была посвящена кандидатская диссертация Владимира Алексеевича «Организация госпитализации взрослого населения в крупных городах», защищенная в 1957 году. Он установил, что потребность взрослого населения в госпитализации составляет 2117 человек на 10000 человек (14,6 коек на 1000 жителей). Им разработаны специальная методика и таблица для ежедневного планирования и учета выписки и приема больных, определены нормы потребности в стационарной помощи при разных заболеваниях и число коек по специальностям на 1000 взрослого населения, предложены показатели диагностических исследований в стационарах, Он также сделал вывод, что повышение доступности стационарной медицинской помощи требует замены централизованной системы госпитализации на децентрализованную.

В последующие годы в стране шло быстрое развитие коечного фонда, укрупнение существующих и организация новых крупных многопрофильных больниц, создание специализированных отделений. Однако, накапливались недостатки и нерешенные вопросы: коечный фонд не отвечал в полном объеме потребностям населения в стационарной помощи; городские больницы были переуплотнены; больничная сеть в значительной мере состояла из стационаров с мелкими отделениями, что препятствовало рациональному использованию врачебных кадров и дорогостоящего медицинского оборудования; отсутствовали научно обоснованные нормативы обеспечения населения страны стационарной помощью и критерии оценки ее деятельности. Эти проблемы и их решение нашли отражение в докторской диссертации В.А. Миняева «Актуальные вопросы больничного дела в городах», выполненной под руководством профессора С.Я. Фрейдлина и успешно защищенной в 1971 году. Он установил, что

общая потребность в стационарном лечении в Ленинграде составляет в среднем 241,7 на 1000 населения. при болезнях женских половых органов – 51,5, органов пищеварения – 26,6, органов кровообращения – 18,0. Общая потребность в койках = 16,16 ‰; в том числе 2,7‰ – для детей и 1,6‰ для приезжих. В качестве модели был разработан двадцатилетний план развития стационарной медицинской помощи в Ленинграде. Разработаны показатели для оценки работы приемного и клинических отделений больниц, система учета и отчетности, позволяющая обеспечить руководителей больниц и органов управления здравоохранением оперативной информацией о положении дел. Внесены предложения в систему проектирования больничных зданий и о нормах их площадей.

Основные идеи В.А. Миняева продолжали развиваться в научных исследованиях его учеников. В большинстве этих работ исследовались социально-гигиенические аспекты различных заболеваний у взрослого городского населения, определялась потребность в специализированной помощи и критерии ее эффективности.

Так, Л.В. Кочоровой была обоснована необходимость формирования трехэтапной системы восстановительного лечения больных крупноочаговым инфарктом миокарда в крупном городе (1981) и определена потребность в койках для каждого этапа: на первом этапе (стационар) для этих больных необходимо иметь 2,35 коек на 10000 взрослого городского населения, в отделениях восстановительного лечения (II этап), необходимо 0,54 ‰ койки, для обеспечения санаторного лечения (III этап) необходимо 0,43‰, а в перспективе 0,67‰ коек.

Б.К. Воронецким изучена заболеваемость населения мочекаменной болезнью и организация специализированной медицинской помощи взрослому населению крупного города (1991). Он определил, что на 1,5 млн человек необходимо иметь одну установку экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии и 50 стационарных коек.

В диссертации К.В. Смоленко (1991) отражены социально-гигиенические аспекты заболеваемости органа зрения, разработаны перспективные нормативы и предложена модель организации амбулаторной и стационарной офтальмологической помощи, критерии оценки их работы.

В.А. Морозом представлена социально-гигиеническая характеристика распространенности кожных болезней в крупном городе и организация специализированной медицинской помощи (1993). Им определена потребность в стационарной дерматологической помощи 0,12 ‰. Доказано, что 68,1 % времени врач-дерматолог КВД затрачивает на вспомогательные элементы работы, которые могли бы выполнять медицинские сестры. Определена экономическая эффективность лечения в дневном стационаре.

Диссертация В.В. Стожарова (1993) посвящена социально-гигиеническим и организационным аспектам оказания ангиохирургической помощи. Он установил, что из 10000 взрослого населения обращаются за такой помощью 110 человек, госпитализируются 22. Потребность в

амбулаторной ангиологической помощи составляет 33,3 посещения на 1000 жителей, потребность в таких койках – 10,9 на 100 тысяч. Наилучшая форма организации – амбулаторный ангиохирургический центр, необходим один центр на 236 тысяч взрослых.

Анализу проблем оказания экстренной хирургической помощи больным с ургентными осложнениями колоректального рака была посвящена диссертация Д.Г. Ушверидзе (1997).

Диссертационные исследования, выполненные под руководством В.А. Миняева, всегда отличались актуальностью, шли в ногу со временем. Так, в период масштабного внедрения диспансерного метода В.Л. Гончаренко провел исследование «Социально-гигиенические и организационные аспекты специализированной медицинской помощи на дому в условиях перехода к ежегодной диспансеризации всего населения» (1986). Выделен контингент больных, требующих оказания специализированной медицинской помощи на дому. Определена потребность в посещениях для врачей разных специальностей, объемы лечебно-диагностической и консультативной помощи, затраты времени и мероприятия по интенсификации работы врачей, усовершенствована система вызовов. Установлена необходимость более широкого привлечения среднего медицинского персонала.

В условиях перехода общества к рыночной экономике, в том числе и в здравоохранении, в Ленинграде – Санкт-Петербурге в 1988-1990 гг. внедрялся I этап реформирования здравоохранения при постепенном переходе к медицинскому страхованию – новый хозяйственный механизм (НХМ), основанный на применении экономических рычагов и принципов управления отраслью. В структуру больниц введены страховые отделы. Научному обоснованию организации, планирования и финансово-экономической деятельности системы стационарной медицинской помощи населению многомиллионного города в период экономических реформ в здравоохранении была посвящена докторская диссертация Н.И. Вишнякова (1993). Им выявлены неиспользованные резервы в организации стационарного лечения: длительный предоперационный период у плановых больных, редкие осмотры пациентов лечащими врачами и заведующими отделениями, нецелевое использование коек интенсивного лечения. Выявлены случаи как нецелевой (8 % от числа госпитализированных), так и «неудовлетворенной» (17,7 на 1000 взрослого населения) госпитализации. Определены приоритетные направления дальнейшего развития стационарной помощи. В практику здравоохранения внедрялись многообразные коллективные формы организации и оплаты труда – прогрессивные формы дифференцированной оплаты труда с учетом конечных результатов деятельности. Это оказало значительное влияние на показатели использования коечного фонда, на качественные показатели работы стационара, на условия содержания пациентов.

Нашли отражение и особенности организации в этот период работы отдельных медицинских служб: «Научное обоснование организации службы

лучевой диагностики и лучевой терапии в условиях отдельного региона в период реорганизации здравоохранения (Власова М.М., 2001) и «Организационно-методическое обеспечение лучевой диагностики и профилактики рака молочной железы у женщин в Санкт-Петербурге» (Белавина Е.А., 2006), «Совершенствование системы управления государственной судебно-медицинской деятельностью на современном этапе» (Лобан И.Е., 2008), «Оптимизация подготовки стоматологических кадров в условиях реформирования высшего медицинского образования» (Кудрявцева Т.В., 2000).

В этот период стали развиваться различные стационарзамещающие технологии. Этому направлению в организации здравоохранения были посвящены диссертационные исследования Ш.М. Рахманова «Научное обоснование организации дневных стационаров терапевтического профиля территориально-медицинских объединений в условиях нового хозяйственного механизма (1991), В.Н. Поспеловой «Научное обоснование организации консультативно-диагностических центров при многопрофильных стационарах» (2000). Были разработаны показания для лечения и реабилитации в условиях ДС, характер и объемы проводимых диагностических и лечебных мероприятий, затраты времени на их реализацию. Определена потребность населения в госпитализации в ДС (25,2 чел. на 1000), 0,37 коек на 1000 взрослого населения и нормы нагрузки – 2,2 человек/час. Рассчитаны штаты врачей-специалистов, ведущих прием в КДЦ, средние нормы временных затрат на обслуживание одного пациента.

В ходе экономического эксперимента были созданы более совершенные управленческие структуры, соответствующие принципу специализации управленческих функций с повышением иерархического уровня управления. Анализ управленческих проблем была посвящена диссертация Е.Н. Пенюгиной «Научные основы управления лечебно-профилактическими учреждениями крупного промышленного города» (1992). Она установила, что большинство руководителей не проходили подготовку и переподготовку по организации здравоохранения, практически не существует системы подготовки руководителей служб и подразделений немедицинского профиля, технических работников управленческих подразделений и разработала ценные рекомендации по устранению этих недостатков.

Научное обоснование принципов работы страховой медицинской организации и анализ ее влияния на качество медицинской помощи проведено С.Н. Христенко (1996), а опыт организации хозрасчетного (страхового) отдела в структуре многопрофильного стационара изложен А. Ю. Рывкиным (1993). Н.З. Шогенов определил методологию формирования стандартов аккредитации урологических отделений стационаров (2000).

Большое внимание в исследованиях, выполненных под руководством В.А. Миняева, уделялось совершенствованию организации амбулаторной помощи. В диссертации Л.А. Завьяловой «Научное обоснование

деятельности участкового врача-терапевта в крупном городе» (1982) отмечено, что в работе участковых врачей много нерешенных вопросов: недоукомплектованность штатов, несовершенство планирования деятельности и формирования участков, недостатки в системе подготовки и усовершенствования кадров, морального и материального стимулирования, учета и организации их труда. Разработаны формула и таблица для определения территориального участка в зависимости от его протяженности, удаленности от поликлиники и способа сообщения. Разработаны дифференцированные нормы затрат времени в зависимости от характера деятельности врача. В исследовании И.С. Седавных «Научное обоснование работы заведующего терапевтическим отделением поликлиники в условиях крупного города» (1992) впервые была обоснована необходимость внедрения автоматизированного рабочего места.

Много внимания В.А. Миняев уделял изучению различных аспектов заболеваемости населения. Так, медико-социальные и экономические характеристики заболеваний, работающих на промышленных предприятиях и пути снижения временной нетрудоспособности широко представлены в докторской диссертации Н.А. Кучерина (1992). Проблемы смертности населения и пути ее снижения отражены в диссертациях Н.Г. Петровой (1984, 2000). Социально-гигиенические и генетические факторы врожденных аномалий развития среди родившихся детей в крупном городе изучены Ф.Ф. Каиповой (1997).

Основные исследования заболеваемости и организации медицинской помощи населению проводились учениками А.А. Миняева для крупных городов. Тем не менее, вопросы совершенствования сельского здравоохранения нашли отражение в работе Т.Л. Линевой «Социально-гигиенические проблемы подготовки, расстановки и использования врачебных кадров сельских медицинских учреждений» (1984), ею предложены мероприятия для закрепления врачебных кадров на селе и повышения уровня руководства сельскими медицинскими учреждениями.

Всего под руководством В.А. Миняева были выполнены 8 докторских и 25 кандидатских диссертаций. Результаты этих исследований нашли отражение в ряде монографий и учебно-методических пособий: «Формы и методы работы крупной городской поликлиники», «Поликлиническое дело», «Основы экономики здравоохранения», «Социальная медицина и организация здравоохранения», «Здравоохранение крупного социалистического города (здоровье населения, организация поликлинической и стационарной помощи)» и других.

Ученики Владимира Алексеевича свято чтут его память, достойно продолжают дело своего учителя, наставника и Человека.

О РОЛИ ВЛАДИМИРА АЛЕКСЕЕВИЧА МИНЯЕВА В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.В. Стожаров, Е.Н. Пенюгина

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. И.И.Джанелидзе»*

Владимир Алексеевич Миняев в 1959 году в тридцативосьмилетнем возрасте возглавил Главное управление здравоохранения Ленинграда и проработал на этом посту до 1966 года. В эти годы особое внимание уделялось развитию амбулаторно-поликлинической помощи, специализированной стационарной помощи и промышленной медицине. Проводилась активная реконструкция медицинских учреждений, расположенных в зданиях дореволюционной постройки, вводились в эксплуатацию новые поликлиники. В 1962 году был открыт кардиоревматологический диспансер, на базе которого в 1980 году был открыт НИИ кардиологии. В 1959 году - в поселке Песочный началось строительство нового комплекса зданий для НИИ онкологии и в 1966 г. строительство было завершено. Причем, было принято решение о придании институту функции головного научно-исследовательского учреждения страны.

В 1966 г. Владимир Алексеевич Миняев был назначен ректором 1-го Ленинградского медицинского института им. И.П.Павлова. И на посту начальника ГУЗЛ, и на посту ректора института Владимир Алексеевич по совместительству осуществлял научно-педагогическую деятельность на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения. Под его руководством проводились не только диссертационные исследования, но и научные исследования по важнейшим проблемам здравоохранения.

В конце 70-х годов XX века совместно с профессором кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения 1 Ленинградского медицинского института им. И.П.Павлова И.В.Поляковым был разработан принцип медико-санитарного зонирования крупного города на примере Ленинграда. Формирование на территории Ленинграда пяти медико-санитарных зон с численностью населения в каждой из них около 1 млн. человек было направлено на повышение доступности (в том числе, территориальной) всех видов медицинской помощи для жителей разных районов Санкт-Петербурга.

Методологические подходы к формированию медико-санитарных зон в крупном городе были изложены в монографии В.А. Миняева и И.В.Полякова «Здравоохранение крупного социалистического города» (М.:Медицина, 1979 г.). В последующие годы принцип медико-санитарного зонирования

применялся при планировании и организации медицинской помощи не только в Ленинграде (Санкт-Петербурге), но и в других субъектах Российской Федерации.

Результаты изучения деятельности поликлиник были использованы в монографии «Формы и методы работы крупной городской поликлиники (Опыт работы поликлиники N 51 Ленинграда), написанной в соавторстве с И.В.Поляковым и Н.А.Шестаковой (М.: Медицина, 1980). Неоценимую роль в обучении студентов и в последипломной подготовке врачей и руководителей амбулаторно-поликлинических учреждений сыграло учебное пособие «Поликлиническое дело», изданное в 1987 году (М: Медицина).

Во второй половине 80-х годов была предпринята попытка всеобщей диспансеризации населения Советского Союза, и на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения были проведены исследования по изучению деятельности отделений профилактики, нагрузки участковых врачей-терапевтов в новых условиях. Результатом этих исследований стали утвержденные в 1988 году Министерством здравоохранения СССР «Методические рекомендации по совершенствованию проведения всеобщей диспансеризации населения».

В 1988 году Санкт-Петербург был включен в эксперимент по внедрению хозрасчетных отношений в практику здравоохранения. Практически с первого дня эксперимента кафедра включилась в изучение опыта медицинских учреждений в условиях эксперимента. В рабочую группу вошли не только преподаватели, но и аспиранты и клинические ординаторы. В течение года проводились исследования в территориальных медицинских объединениях (ТМО) разного типа, изучалась нагрузка руководителей разного уровня с проведением хронометража, анализировался опыт ТМО, внедривших коллективный подряд. Результаты исследований стали основой для написания целого ряда кандидатских и докторских диссертаций. В 1988 году было подготовлено информационное письмо «Опыт реализации внутриведомственных хозрасчетных отношений лечебно-профилактических учреждений Ленинграда в условиях экономического эксперимента в здравоохранении (информационное письмо)».

Начиная с 1993 года, кафедра принимала активное участие в изучении деятельности медицинских организаций в условиях обязательного медицинского страхования, совершенствовании нормативно-правовой базы ведомственного и вневедомственного контроля качества.

В 90-е годы радикально изменилась правовая база отечественного здравоохранения, и остро встал вопрос о методологии преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». И Владимир Алексеевич стал инициатором издания нового учебника. И в 2018 году издательством МЕДпресс-информ» выпущено уже 9 издание учебника «Общественное здоровье и здравоохранение». В написании учебника традиционно принимают участие преподаватели кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления

здравоохранением, преподаватели других медицинских ВУЗов, руководители учреждений и органов управления Санкт-Петербурга и Москвы.

В 1993 году по рекомендации Владимира Алексеевича должность заведующего кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения занял Николай Иванович Вишняков. Однако и в должности профессора кафедры Владимир Алексеевич оставался не только признанным авторитетом, но и главным, мудрым «советчиком» не только для сотрудников кафедры, но и для руководителей медицинских учреждений и органов управления здравоохранением. Сотрудники кафедры принимали участие в разработке «Концепции развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 1997 – 2003 гг.», в федеральных и региональных программах по развитию различных отраслей здравоохранения.

Последней работой, выполненной под руководством Владимира Алексеевича сотрудниками кафедры, стала «Отраслевая схема развития и размещения объектов здравоохранения на территории Санкт-Петербурга на период до 2015 года с учетом перспектив до 2025 года». Этот важный для города документ был утвержден Постановлением Правительства Санкт-Петербурга № 783 от 1 июля 2008 года уже после гибели Владимира Алексеевича и, по сути, стал своеобразным завещанием.

Прошло 13 лет со дня смерти Владимира Алексеевича. За эти годы значительные изменения коснулись и образовательного процесса, и организации медицинской помощи, нередко усложняющие работу медицинских и образовательных учреждений, способствующие росту документооборота, а не повышению эффективности. Наверно, не все реформаторские усилия были бы бесспорно одобрены Владимиром Алексеевичем. Но преподавателям и сотрудникам других подразделений ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, руководителям медицинских организаций и органов управления здравоохранения, имевшим счастье общения с Владимиром Алексеевичем, мудрым, справедливым и скромным человеком, была предоставлена уникальная возможность получения управленческого опыта.

МОИ ВОСПОМИНАНИЯ О В.А.МИНЯЕВЕ

Н.Г. Петрова

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

Первая «встреча» с В.А.Миняевым у меня произошла заочно, когда мы пришли на кафедру изучать предмет «Социальная гигиена и организация здравоохранения». Кафедра поразила: уровнем организации учебного процесса, высоким профессионализмом преподавателей, требовательностью

в сочетании с доброжелательностью. И мы, студенты, с уважением говорили: «ректорская» кафедра. Второй раз, очно, я увидела Владимира Алексеевича на государственном экзамене – в составе комиссии. Было очень страшно, но открытая располагающая улыбка сразу же дала понять, что все будет хорошо.

А дальше было распределение в клиническую ординатуру на кафедру, аспирантура и 27 лет работы на данной кафедре. И я очень признательна Владимиру Алексеевичу, что он поверил в меня и оказал честь обучаться на такой кафедре. В последующем я не раз убеждалась, что данная кафедра и фамилия В.А.Миняева – это бренд и гарантия признания в научном мире. В каких бы городах и на каких научных конференциях, съездах, конгрессах не приходилось бывать, всегда удивляло, с каким уважением организаторы здравоохранения относятся к нашему руководителю.

Большим откровением для меня и настольной книгой для многих поколений организаторов здравоохранения стала монография В.А.Миняева, И.В.Полякова «Здравоохранение крупного социалистического города».

Несмотря на должность и статус, В.А.Миняев никогда не позволял себе разговор на повышенных тонах. Когда Владимир Алексеевич посещал мои занятия как начинающего преподавателя, он не делал замечаний, а скорее давал доброжелательные советы, направленные на совершенствование учебного процесса. Нельзя не отметить также, что при всей своей занятости В.А.Миняев всегда находил время и возможность помочь, если возникали какие-то проблемы.

Особо хотелось бы вспомнить рассказы Владимира Алексеевича о войне: о том, как он участвовал в боях под Москвой, о тяжелых буднях пехоты, о героизме и братстве наших солдат. Жалею только, что в свое время не записывала эти рассказы. И еще всегда было очень приятно слышать, с какой любовью и нежностью Владимир Алексеевич говорил о своей семье: вот это и было реальное воспитание семейных ценностей.

Память об Учителе и Наставнике всегда будет в сердце, а его дело продолжает жить на кафедре и в делах его многочисленных учеников.

С БЛАГОДАРНОСТЬЮ И ГОРДОСТЬЮ ОБ УЧИТЕЛЕ

Кочорова Л. В.

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

Не так много людей оставляют в нашей жизни яркий и неизгладимый след. К сожалению, не так часто доводится видеть настоящих людей с государственным подходом к решению самых различных проблем. Таким Государственным Человеком был Владимир Алексеевич Миняев. В моей памяти Владимир Алексеевич будет жить всегда. Многие поколения медиков, да и людей других специальностей, которые окружали его или хотя

бы немного соприкасались с ним в делах, общались с ним, рассказывали о своих бедах и радостях, - уверена, все они будут с огромной благодарностью и светлой памятью и радостью в своих сердцах всегда вспоминать великого и по-человечески близкого, понятного, всегда искреннего и мудрого В.А.Миняева. Мне очень повезло, что судьба свела меня с человеком, который стал моим Учителем и в науке, и в жизни. Меня всегда восхищало и удивляло то, что Владимир Алексеевич, будучи Ректором, имея совершенно «расписанный» по минутам день, никогда никуда не спешил, никогда не опаздывал. На любой вопрос, даже заданный в неурочный час, он всегда находил время, чтобы посидеть, подумать, обсудить. Затягиваясь сигареткой, он неспешно, рассуждая вслух, всегда предлагал единственно правильное на тот момент решение.

Владимир Алексеевич был чрезвычайно современным человеком. Он генерировал и осуществлял самые передовые идеи. Именно он, наш Гуру в организации здравоохранения, разработал и поддержал идею создания первого в городе негосударственного «Медицинского центра «Делор», который в не простые 90-е годы дал возможность медицинским работникам Медицинского Университета получать вторую зарплату, а пациентам получать амбулаторную медицинскую помощь в нашем Университете. Определяя стратегию и тактику развития Медицинского Центра «Делор», Владимир Алексеевич стоял у истоков введения центра в систему ОМС, ДМС, что дало возможность больным получать амбулаторную консультацию на бесплатной основе. Именно Владимир Алексеевич предложил разработать на базе негосударственного медицинского учреждения первый в Санкт Петербурге офис общеврачебной практики, куда захотели прикрепиться около 8000 населения.

Общаться с Владимиром Алексеевичем было легко. Он был теплым, родным человеком. Не помню ни одного случая, когда бы он на кого-то сердился, кричал, чем-нибудь обидел. У него была очень верная шкала ценностей. Во главу угла он ставил порядочность и честность, доброту и желание помочь обратившемуся к нему человеку, уважение к профессионализму. И при этом, был мягким, сдержанным, видел в человеке, прежде всего, хорошее, никогда никому не сказал грубого слова, даже если человек был в чем-то виноват, а ведь Владимир Алексеевич всегда был руководителем самого высокого ранга, начиная от руководителя здравоохранения нашего города до Ректора нашего Университета, Заведующего кафедрой. А каким удивительно скромным он был! Будучи руководителем здравоохранения Ленинграда, Владимир Алексеевич долгий период времени очень большой семьей жил в коммунальной квартире и только спустя 11 лет получил небольшую двухкомнатную скромную квартиру, в которой и прожил всю жизнь.

Если сегодня что-то не получается, я всегда вспоминаю добрые глаза, мудрые слова Владимира Алексеевича, беседы с ним, думаю, что бы он посоветовал, как бы оценил ситуацию, и всегда это дает надежду,

уверенность, правильную оценку и определяет выход из тупиковой ситуации. В понимании сотрудников кафедры Владимир Алексеевич сформировал образ идеального руководителя, замечательного человека, лозунгом которого всегда были слова: «Если можешь — всегда помоги!». Уверена, что у каждого, кто знал Владимира Алексеевича остались в сердце великая благодарность Судьбе за встречу с ним, за счастливую возможность общения. Очень яркий, невероятно скромный Владимир Алексеевич оставил ярчайший след благородства и светлой памяти в наших душах.

О ВЛАДИМИРЕ АЛЕКСЕЕВИЧЕ МИНЯЕВЕ

Н.В. Трофимова

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

Столетний юбилей со дня рождения отмечается 30 мая 2021 года выдающемуся организатору здравоохранения, участнику Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. профессору Миняеву Владимиру Алексеевичу.

Впервые я узнала Владимира Алексеевича, вернее, слушала его выступление, когда он занимал должность заведующего Горздравотдела Ленинграда. Приготовившись слушать длинную речь главного организатора медицины, я с удовольствием поняла, что речь его была короткой, ёмкой по содержанию; автор обозначил самые насущные проблемы, попросил выступающих говорить по существу, предлагать пути решений, а не тратить время на описание этих самых проблем.

Работая на кафедре 1 ЛМИ в моем присутствии, профессор Соломон Яковлевич Фрейдлин так отозвался о Владимире Алексеевиче: «Это же государственный ум!». Именно так: «государственный».

В очень трудные времена 90х годов именно под руководством В.А. Миняева шла перестройка работы медицинских учреждений, не было сокращения штатов и даже удалось усилить некоторые службы. С проверкой приезжала московская комиссия, изучала всё досконально. В итоге наш опыт работы распространился по всей стране.

О Владимире Алексеевиче хочется вспоминать только теплыми словами. Всегда аккуратный, подтянутый, никогда не повышающий голос на кого-либо. При мне он однажды высказался о войне на Кавказе: «Кому нужна это война? Гибнут же наши парни...».

Следует сказать, что жизнь Владимира Алексеевича Миняева – это пример мужественного, умного и знающего ученого-организатора здравоохранения, любящего людей, посвятившего все годы работы совершенствованию Ленинградского и Санкт-Петербургского

здравоохранения. Таких людей, как Владимир Алексеевич Миняев, - не забывают. Их опыт, отношения с сотрудниками, с пациентами, взгляды на жизненные неурядицы – помогают решать трудности, преодолевать препятствия. Светлая ему память!

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

АНАЛИЗ ЧИСЛЕННОСТИ И ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В СУБЪЕКТАХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н.И. Вишняков, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина, А.О. Емельянов

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»*

Распространение коронавирусной инфекции в 2020 – 2021 гг. в Российской Федерации не могло не сказаться на уровне демографических показателей и, прежде всего, на численности населения.

Северо-Западный федеральный округ (СЗФО) по численности населения занимает пятое место среди всех федеральных округов. Численность населения в СЗФО на 1 января 2021 года составила 13 942 тыс. чел., что на 40 тыс., или на 0,3 % меньше, чем в 2020 году (13982,0 тыс. чел.). В целом по стране убыль населения составила 577,6 тыс. человек (- 0,4 %) и численность населения уменьшилась с 146748,6 тыс. до 146171,0 тыс. человек. Важно отметить, что по сравнению с началом 2019 года в начале 2020 года численность населения страны сократилась на 32,1 тыс. человек, а в начале 2019 года по сравнению с 2018 годом – на 99,7 тыс. человек

В Северо-Западном федеральном округе в 2021 году наиболее существенно уменьшилась численность населения в Мурманской области (-1,1 %) и в Псковской области (- 0,9 %). Наименьшей убыль населения была в самом крупном субъекте Северо-Западного федерального округа – Санкт-Петербурге (- 0,3%), что и обусловило более низкую убыль населения в СЗФО (- 0,3%) по сравнению с Российской Федерацией. Прирост населения отмечается в двух субъектах СЗФО: в Ленинградской области (+ 0,9%) и в Калининградской области (+ 0,6 %), а также в Ненецком автономном округе, входящем в состав Архангельской области (+ 0,7 %) – таблица 1.

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Таблица 1 - Численность населения в субъектах Северо-Западного федерального округа (на 1 января 2020 г. и на 1 января 2021 г.)

Наименование субъекта РФ	Численность населения (тыс. чел.)		Прирост (убыль) населения, %
	на 01.01.2020	на 01.01.2021	
Республика Карелия	614,1	609,1	- 0,8
Республика Коми	820,5	813,6	- 0,8
Архангельская область	1136,5	1127,1	- 0,8
Вологодская область	1160,4	1151,0	- 0,8
Калининградская область	1012,5	1018,7	+ 0,6
Ленинградская область	1875,9	1892,7	+ 0,9
Мурманская область	741,4	732,9	- 1,1
Новгородская область	596,5	592,4	- 0,7
Псковская область	626,1	620,2	- 0,9
г. Санкт-Петербург	5398,1	5384,3	- 0,3
Северо-Западный федеральный округ	13982,0	13942,0	- 0,3
Российская Федерация	146748,6	146171,0	- 0,4

Важное значение имеет не только анализ численности населения, но и изучение его возрастного состава. Прежде всего, необходимо отметить, что и в 2020 году, и в 2021 году в Северо-Западном федеральном округе удельный вес лиц моложе трудоспособного возраста был ниже, чем в целом в Российской Федерации – таблица 2. Причем, если в России уровень данного показателя остался неизменным – 18,7 %, то в Северо-Западном федеральном округе произошло незначительное снижение доли лиц моложе трудоспособного возраста. Ниже, чем в Российской Федерации в 2021 году оказалась доля населения моложе трудоспособного возраста в пяти субъектах Российской Федерации. В число таких субъектов вошли: Ленинградская область (15,6 %), Санкт-Петербург (16,3%), Псковская область (16,7 %), Новгородская область (17,7 %) и Калининградская область (17,8 %).

Таблица 2 - Возрастной состав населения в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2020 – 2021 гг.

Наименование субъекта	Население моложе трудоспособного возраста		Население трудоспособного возраста		Население старше трудоспособного возраста	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Республика Карелия	18,4	18,3	54,8	54,6	26,1	27,1
Республика Коми	20,2	20,0	57,3	57,0	22,5	23,0
Архангельская область	18,8	18,6	55,1	54,9	26,1	26,5
Вологодская область	19,4	19,4	54,6	54,2	26,0	26,4
Калининградская обл.	17,8	17,8	57,4	57,1	24,8	25,1
Ленинградская область	15,6	15,6	57,7	57,6	26,7	26,8
Мурманская область	18,6	18,6	59,6	59,3	21,8	22,1
Новгородская область	17,8	17,7	53,1	53,0	29,1	29,3

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Наименование субъекта	Население моложе трудоспособного возраста		Население трудоспособного возраста		Население старше трудоспособного возраста	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Псковская область	16,7	16,7	54,2	53,9	29,1	29,4
г. Санкт-Петербург	16,0	16,3	57,6	57,0	26,4	26,7
Северо-Западный федеральный округ	17,1	17,3	56,8	56,4	26,1	26,3
РФ	18,7	18,7	56,3	57,1	25,0	25,1

Наиболее низкий удельный вес населения трудоспособного возраста и в 2020 году, и в 2021 году выявлен в Новгородской области (53,1 % и 53,0 %) и в Псковской области (54,2% и 53,9 %). Почти такой же удельный вес населения трудоспособного возраста имеет место в Вологодской области (54,6% в 2020 году и 54,2 % - в 2021 году), в Карелии (54,8 % и 54,6 %) и в Архангельской области (55,1 % и 54,9 %).

Как известно, на уровень удельного веса лиц трудоспособного возраста в структуре населения оказывает влияние как доля лиц моложе трудоспособного возраста, так и доля лиц старше трудоспособного возраста. Удельный вес населения старше трудоспособного возраста в Северо-Западном федеральном округе (26,1 % и 26,3%) был выше, чем в среднем по стране (25,5 и 25,3 %).

Наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в Псковской и Новгородской областях, в которых удельный вес лиц пожилого возраста превысил уровень аналогичных показателей в других субъектах СЗФО и составил в начале 2020 года – по 29,1 %. В 2021 году доля лиц старше трудоспособного возраста в Новгородской области составила 29,3%, в Псковской - 29,4%. Лишь в Ленинградской области численность населения трудоспособного возраста увеличилась на 8,4 тыс. человек (+ 0,8 %), прежде всего, за счет строительства крупных жилых комплексов. Менее чем на тысячу человек увеличилось число жителей трудоспособного возраста в Калининградской области. В остальных субъектах округа численность лиц трудоспособного возраста сократилась.

В абсолютном выражении максимальная убыль населения трудоспособного возраста выявлены в Санкт-Петербурге (- 40,9 тыс.чел), в Вологодской области (-9,4 тыс. чел.), в Архангельской области (- 7,4 тыс. чел.), в Мурманской области (- 6,9 тыс. чел.) и в Республике Коми (- 6,5 тыс. чел.) – таблица 3.

Таблица 3 - Численность населения трудоспособного возраста в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2020 – 2021 гг.

Наименование субъекта РФ	Численность населения трудоспособного возраста (тыс. чел.)		Прирост (убыль) населения трудоспособного возраста в 2021 г. по сравнению с 2020 г.	
	на 01.01 2020	на 01.01.2021	тыс. чел.	%
Республика Карелия	337,0	332,7	- 4,3	- 1,3
Республика Коми	470,2	463,7	- 6,5	- 1,4
Архангельская область	625,8	618,4	- 7,4	- 1,2
Вологодская область	633,1	623,7	- 9,4	- 1,5
Калининградская область	581,3	582,0	+ 0,7	+ 0,1
Ленинградская область	1081,9	1090,3	+ 8,4	+ 0,8
Мурманская область	441,6	434,7	- 6,9	- 1,6
Новгородская область	316,9	313,7	- 3,2	- 0,1
Псковская область	339,0	334,2	- 4,8	- 1,4
г. Санкт-Петербург	3108,7	3067,8	- 40,9	- 1,3
Северо-Западный ФО	7935,5	7861,2	- 74,3	- 0,9
РФ	82677,7	81881,1	- 796,6	- 1,0

От возрастного состава населения зависит не только уровень демографической нагрузки, но и структура данного показателя. Прежде всего, необходимо отметить рост демографической нагрузки и в Российской Федерации (с 775 до 885 лиц моложе и старше трудоспособного возраста на 1000 лиц трудоспособного возраста) и в Северо-Западном федеральном округе (с 762 до 773 лиц моложе и старше трудоспособного возраста на 1000 лиц трудоспособного возраста). Наиболее существенно данный показатель увеличился в Санкт-Петербурге, где в 2020 году на 1000 населения трудоспособного возраста приходилось суммарно 736 человек моложе и старше трудоспособного возраста, а в 2021 году – 755 (+ 2,6 %). Ни в одном из субъектов СЗФО в 2021 году не произошло уменьшения данного показателя – таблица 4.

Таблица 4 - Демографическая нагрузка в Российской Федерации и в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2020 – 2021 гг.

Наименование субъекта	Коэффициент демографической нагрузки		Прирост (убыль) %
	на 01.01.2020 г.	на 01.01.2021 г.	
Республика Карелия	823	830	+ 0,8
Республика Коми	745	754	+ 1,2
Архангельская область	816	823	+ 0,8
Вологодская область	833	845	+ 1,4
Калининградская область	742	750	+ 1,1
Ленинградская область	734	736	+ 0,3
Мурманская область	679	686	+ 1,0
Новгородская область	882	888	+ 0,7
Псковская область	847	856	+ 1,1

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Наименование субъекта	Коэффициент демографической нагрузки		Прирост (убыль) %
	на 01.01.2020 г.	на 01.01.2021 г.	
г. Санкт-Петербург	736	755	+ 2,6
Северо-Западный ФО	762	773	+ 1,4
Российская Федерация	775	785	+ 1,2

Следует отметить, что уровень максимального показателя демографической нагрузки в 2021 году (888 лиц моложе и старше трудоспособного возраста на 1000 лиц трудоспособного возраста в Новгородской области) в 1,3 раза превышал минимальный уровень демографической нагрузки в Мурманской области (686 лиц моложе и старше трудоспособного возраста на 1000 лиц трудоспособного возраста).

Изучение структуры коэффициента демографической нагрузки свидетельствует о том, что в Российской Федерации, и в Северо-Западном федеральном округе в течение двух лет она практически не менялась. Но следует отметить, что «вклад» населения старше трудоспособного возраста в уровень коэффициента демографической нагрузки более значителен в СФЗО, чем в целом по Российской Федерации (в 2021 году соответственно 60,4 % и 57,5 %). Среди всех субъектов округа наиболее неблагоприятная структура коэффициента демографической нагрузки в 2021 году выявлена в субъектах с наибольшим удельным весом лиц старше трудоспособного возраста в структуре данного коэффициента, в том числе в Псковской области (63,9 %), в Ленинградской области (63,3), Новгородской области (62,4 %) и в Санкт-Петербурге (62,0 %).

Таблица 5 - Структура коэффициента демографической нагрузки в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2020- 2021 гг.

Наименование субъекта	На 1000 населения трудоспособного возраста число лиц моложе трудоспособного возраста				На 1000 населения трудоспособного возраста число лиц старше трудоспособного возраста			
	абс. число		%		абс. число		%	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Республика Карелия	335	334	40,7	40,2	488	496	59,3	59,8
Республика Коми	352	351	47,2	46,6	393	403	52,8	53,4
Архангельская область	341	339	41,8	41,2	475	484	58,2	58,8
Вологодская область	356	357	42,7	42,2	477	488	57,3	57,8
Калининградская обл.	310	311	41,8	41,5	432	439	58,2	58,5
Ленинградская область	270	270	36,8	36,7	464	466	63,2	63,3
Мурманская область	314	313	46,2	45,6	365	373	53,8	54,4
Новгородская область	334	334	37,9	37,6	548	554	62,1	62,4
Псковская область	308	309	36,4	36,1	539	547	63,6	63,9
г. Санкт-Петербург	278	287	37,8	38,0	458	468	62,2	62,0
Северо-Западный ФО	303	306	39,8	39,6	459	467	60,2	60,4
Российская Федерация	332	334	42,8	42,5	443	451	57,2	57,5

Таким образом, сравнительный анализ численности и возрастного состава населения в разных субъектах Северо-Западного федерального округа в начале 2020 года и 2021 года свидетельствует о наличии негативной динамики, касающейся не только существенного уменьшения численности населения. Отмечается также увеличение коэффициента демографической нагрузки, причем, за счет увеличения доли населения старше трудоспособного возраста.

**ДИНАМИКА РОЖДАЕМОСТИ В СУБЪЕКТАХ
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2016 – 2020 гг.**

И.М. Барсукова, И.В. Ким, С.И. Стожарова, Ю.П. Мажара

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»*

Низкий уровень показателей рождаемости, не обеспечивающих воспроизводства населения, особенно в странах, занимающих значительные территории, являются важной социальной и демографической проблемой. Общеизвестно, что после войн, стихийных бедствий, затяжных социальных конфликтов отмечается рост рождаемости. И, по сути, оптимизация этого показателя свидетельствует о «социальном оздоровлении» нации. Экономические и политические потрясения конца XX века до настоящего времени оказывают существенное негативное влияние на уровень важнейших демографических показателей и, прежде всего, на уровень рождаемости.

Изучение динамики рождаемости в разных субъектах Северо-Западного федерального округа в 2016 – 2020 гг. показало, что еще до распространения коронавируса в 2020 г., отмечалось ежегодное уменьшение числа родившихся. По сравнению 2016 годом в 2020 году число родившихся в Российской Федерации уменьшилось на 23,9 %, а в Северо-Западном федеральном округе – на 26,3 %.

Среди округов Северо-Запада по уровню убыли числа родившихся в 2020 году по сравнению с 2016 годом лидируют Архангельская и Новгородская области (- 32,7 %), Республика Коми (- 32,4 %), Вологодская область (- 31,6 %), Республика Карелия (- 31,0%), Псковская область (- 30,8%) – таблица 1.

Таблица 1 - Динамика числа родившихся в разных субъектах Северо-Западного федерального округа в 2016 – 2020 гг.

Наименование субъекта	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Прирост (убыль) в % *
Республика Карелия	7528	6439	6050	5491	5194	- 31,0
Республика Коми	11220	9736	8561	7918	7587	- 32,4
Архангельская область	14086	12391	11248	10227	9485	- 32,7
в том числе, Ненецкий автономный округ	810	669	618	585	599	- 26,0
Вологодская область	15725	13492	12312	11172	10749	- 31,6
Калининградская обл.	12189	10876	10326	9293	9254	- 24,1
Ленинградская область	16358	15019	13950	13478	13304	- 18,7
Мурманская область	8530	7810	7364	6673	6514	- 23,6
Новгородская область	7204	6261	5845	5189	4849	- 32,7
Псковская область	7170	6079	5858	5301	4960	- 30,8
г. Санкт-Петербург	72732	66500	64023	58870	55350	- 23,9
Северо-Западный Федеральный округ	172742	154603	145537	133612	127246	- 26,3
Российская Федерация	1888729	1690307	16004344	1481074	1436514	- 23,9

*- прирост (убыль) в 2020 году по сравнению с 2016 г. в %

Анализ рождаемости за пятилетний период также свидетельствует о неутешительной динамике. В Российской Федерации уровень рождаемости снизился на 21,6 % (с 12,5 ‰ в 2016 году до 9,8 ‰ в 2020 году)- таблица 2. Столь же значительно снизился коэффициент рождаемости в Северо-Западном федеральном округе: с 12,4 ‰ в 2016 году до 9,1‰ в 2020 году (- 26,6 %). Максимальное снижение рождаемости в 2020 году по сравнению с 2016 годом выявлено в Вологодской (- 30,1 %) и в Архангельской области (- 30,0 %), а минимальное снижение – в Мурманской области (- 21,4 %).

Таблица 2 - Динамика рождаемости в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2016-2020 гг.

Наименование субъекта	Число родившихся на 1000 населения					Прирост (убыль) в %
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	
Республика Карелия	12,0	10,3	9,8	8,9	8,5	- 29,1
Республика Коми	13,1	11,5	10,2	9,6	9,3	- 29,0
Архангельская область	12,0	10,7	9,8	9,0	8,4	- 30,0
в том числе, Ненецкий автономный округ	18,5	15,2	14,1	13,3	13,5	- 27,0
Вологодская область	13,3	11,4	10,5	9,6	9,3	- 30,1
Калининградская область	12,4	11,0	10,3	9,2	9,1	- 26,6
Ленинградская область	9,2	8,3	7,6	7,2	7,1	- 22,8

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Наименование субъекта	Число родившихся на 1000 населения					
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Прирост (убыль) в %
Мурманская область	11,2	10,3	9,8	9,0	8,8	- 21,4
Новгородская область	11,7	10,3	9,7	8,7	8,2	- 29,9
Псковская область	11,1	9,5	9,3	8,4	8,0	- 27,9
г. Санкт-Петербург	13,8	12,5	11,9	10,9	10,3	- 25,4
Северо-Западный Федеральный округ	12,4	11,1	10,4	9,6	9,1	- 26,6
Российская Федерация	12,5	11,5	10,9	10,1	9,8	- 21,6

Уровень рождаемости в значительной степени зависит от численности женщин фертильного возраста (от 15 до 49 лет). Важно подчеркнуть, что уменьшение численности женщин, репродуктивного возраста и в России (-2,5 %), и в Северо-Западном округе (-1,4%) оказалось менее значительным, чем уменьшение числа родившихся- таблица 3.

**Таблица 3 - Численность женщин в возрасте 15- 49 лет
в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2016 – 2020 гг.**

Наименование субъекта	2016	2017	2018	2019	2020
Республика Карелия	145989	143538	141435	139466	138007
Республика Коми	204695	200510	196311	192167	188682
Архангельская область	266053	260907	256391	252641	250433
в том числе, Ненецкий автономный округ	10463	1037	10248	10198	10195
Архангельская область без Ненецкого АО	255590	250600	246143	242443	240238
Вологодская область	273034	269054	265543	262150	259732
Калининградская обл.	232970	233184	234166	234512	236130
Ленинградская область	409995	411095	415725	427509	436835
Мурманская область	182108	179211	176989	175010	172723
Новгородская область	137051	134866	132331	130243	129088
Псковская область	139456	137087	134813	132395	131001
г. Санкт-Петербург	1323090	1326674	1337794	1335476	1325606
Северо-Западный Федеральный округ	3314441	3296126	3291498	3281569	3268237
Российская Федерация	35404516	35120988	34905299	34683401	34502030

Большой интерес представляет анализ суммарного коэффициента рождаемости, не зависящего от возрастного состава женщин. Суммарный коэффициент рождаемости показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода, если в каждом возрасте сохранялся уровень рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года необходимо было обеспечить повышение к 2018 году суммарного коэффициента рождаемости до 1,753. Начиная с 2017 года, отмечается снижение данного показателя.

В таблице 4 представлена негативная динамика данного показателя в 2016- 2020 годах. В Российской Федерации уровень данного показателя снизился с 1,76 в 2016 г. до 1,50 в 2020 г. то есть на - 14,8 %. В Северо-Западном федеральном округе уровень данного показателя сократился на 18,6% (с 1,67 в 2016 г. до 1,36 в 2020 г.). Ни в одном субъекте СЗФО в 2020 году не только не произошло роста суммарной рождаемости по сравнению с 2016 годом, но и какой-либо стабилизации показателя на протяжении пятилетнего периода (2016- 2020 гг.). Следует также отметить, что в 2020 году лишь в двух субъектах округа суммарный коэффициент рождаемости превышал уровень показателя по Российской Федерации: в Республике Коми (1,57) и в Вологодской области (1,53). Кроме того, в Ненецком автономном округе, входящем в состав Архангельской области, суммарный коэффициент рождаемости в 2020 году составил 2,26 и даже превысил рекомендуемый для обеспечения простого воспроизводства населения уровень, составляющий 2,14 – 2,17 рожденных детей одной женщиной за весь репродуктивный период.

Таблица 4 - Динамика суммарного коэффициента рождаемости в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2016 – 2020 гг.

Наименование субъекта	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Снижение суммарного коэффициента рождаемости в % *
Республика Карелия	1,76	1,56	1,52	1,43	1,40	- 20,4
Республика Коми	1,97	1,78	1,63	1,57	1,57	- 20,3
Архангельская область	1,83	1,68	1,58	1,49	1,43	- 21,9
в том числе, Ненецкий автономный округ	2,77	2,35	4,24	2,17	2,26	- 18,4
Вологодская область	1,90	1,70	1,62	1,53	1,53	- 19,5
Калининградская область	1,73	1,57	1,51	1,39	1,40	- 19,1
Ленинградская область	1,32	1,22	1,12	1,07	1,06	- 19,7
Мурманская область	1,65	1,56	1,52	1,44	1,45	- 12,1
Новгородская область	1,78	1,61	1,56	1,44	1,38	- 22,5
Псковская область	1,80	1,57	1,57	1,47	1,43	- 20,5
г. Санкт-Петербург	1,63	1,50	1,47	1,40	1,37	- 16,0
Северо-Западный Федеральный округ	1,67	1,52	1,47	1,39	1,36	- 18,6
Российская Федерация	1,76	1,62	1,58	1,50	1,50	- 14,8

*- снижение суммарного коэффициента рождаемости в 2020 г. по сравнению с 2016 г. в %

Полученные данные свидетельствуют о наличии не только причин, связанных с изменением возрастного состава женщин (снижением численности женщин фертильного возраста), за счет резкого снижения рождаемости в России в начале XXI века и, соответственно, вступлением в фертильный возраст малочисленной группы женщин, родившихся в этот период.

В «Плане мероприятий по реализации в 2021 – 2025 годах Концепции демографической политики РФ до 2025 г.», утвержденном Распоряжением Правительства Российской Федерации от 16.09.2021 года № 2580-р включены три раздела, включающие:

- мероприятия, направленные на популяризацию традиционных семейных ценностей и активного долголетия;
- мероприятия по повышению благополучия семей с детьми, направленные на повышение рождаемости;
- мероприятия по снижению материнской смертности, улучшению репродуктивного здоровья.

До настоящего времени наибольшие успехи достигнуты по выполнению мероприятий по снижению материнской и младенческой смертности. К числу мероприятий по повышению благополучия семей с детьми относится введение материнского капитала и родового сертификата, семейной ипотеки, различные выплаты семьям с детьми и т.д. Следует признать, что наименее выполнимыми остаются мероприятия, направленные на популяризацию традиционных семейных ценностей.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П.Н. Морозько, Э.В. Фролова

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

В 2020 году не только Россия, но и весь мир столкнулся с огромной опасностью, которую представляет новая коронавирусная инфекция. За весь период пандемии в России (на 22.05.2021) выявлено 4 935 302 заболевших COVID-19 в 85 регионах, скончалось 116 144 человек, число выздоровевших пациентов увеличилось до 4 557 146 человек [3].

Цель исследования – изучить и провести анализ заболеваемости новой коронавирусной инфекцией среди населения России и Федеральных округов.

Материалы и методы исследования. Статистические сборники Министерства здравоохранения Российской Федерации, «Основные показатели динамики заболеваемости коронавирусом за 2020-2021гг.». Мы анализировали показатели зараженности COVID-19 за изучаемый период в

подтвержденных случаях на 100000 человек; показатели зараженности, регистрируемых на каждый день, в подтвержденных случаях на 100000 человек; коэффициенты распространения вируса COVID-19 (Rt); уровень смертности от коронавирусной инфекцией, из подтвержденных случаев на 100000 человек. Для обработки материала использовались статистические методы, с использованием программы Microsoft Word и Microsoft Excel.

Полученные результаты. На рисунке 1 отображено число подтвержденных случаев заражения COVID-19, регистрируемых на каждый день в период с 27.03.2020 по 22.05.2021 год в Центральном, Северо-Западном федеральных округах и в Российской Федерации.

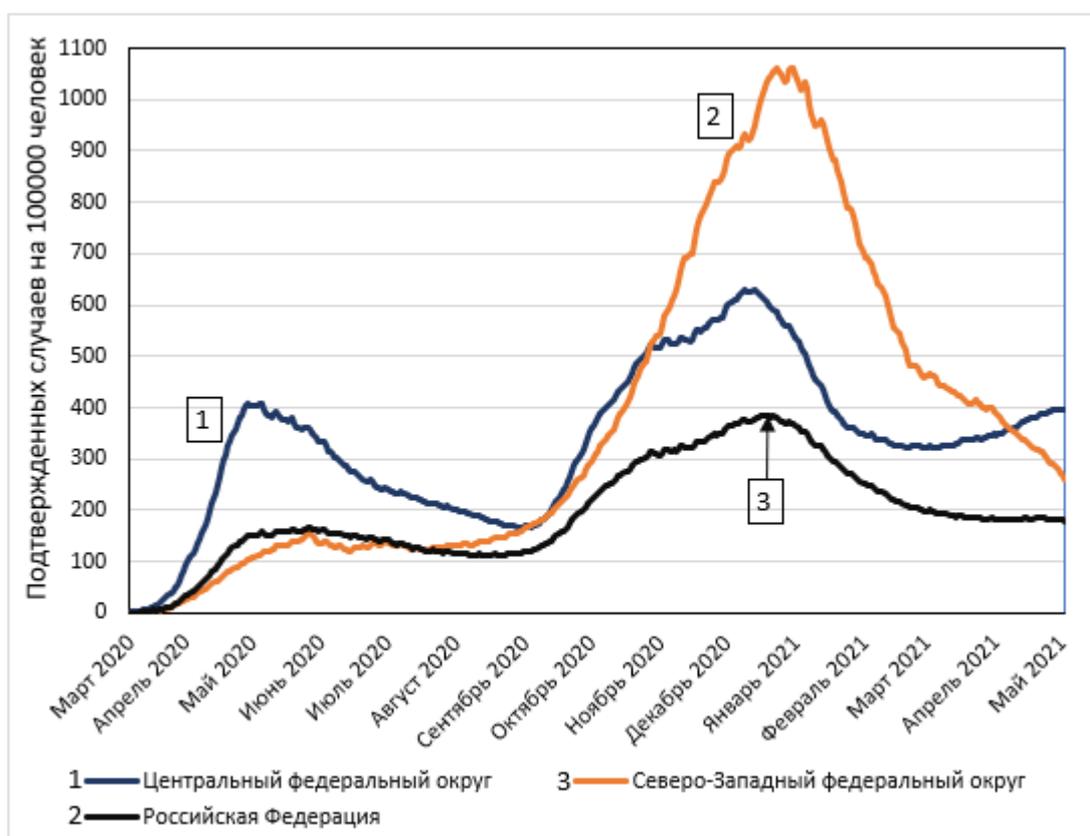


Рис. 1. Число подтвержденных случаев заболеваний, регистрируемых на каждый день в период с 27.03.2020 по 22.05.2021 год в Центральном, Северо-Западном федеральных округах и в РФ, в подтвержденных случаях на 100000 человек

В Центральном федеральном округе регистрировался самый высокий уровень заболеваемости COVID-19 с апреля по сентябрь 2020 года. Зафиксированы пики заболеваемости в мае 2020 года и в январе 2021 года. Наибольшее число активных больных регистрировалось в период с мая по июнь 2020 года (на 25.05.20 установлено 409,4 подтвержденных случаев на 100000 человек), в межволновой период наименьшее число больных регистрировалось в период с июля по сентябрь (на 18.09.20 установлено 167,4 подтвержденных случаев на 100000 человек). Вторая волна роста заболеваемости коронавирусной инфекцией зарегистрирована с октября 2020

года по январь 2021 года (на 29.12.20 установлено 628,3 подтвержденных случаев на 100000 человек). С марта 2021 года фиксировалось постепенное увеличение числа активных больных коронавирусной инфекцией (на 22.05.2021 установлено 397,2 подтвержденных случаев на 100000 человек) (рис. 1).

В Северо-Западном федеральном округе зарегистрирован небольшой пик числа активных больных в июне (на 15.06.20 установлено 155,1 подтвержденных случаев на 100000 человек), а наибольший уровень заболеваемости коронавирусной инфекцией зарегистрирован в январе 2021 года (на 19.01.21 установлено 1061,2 подтвержденных случаев на 100000 человек). Затем фиксировался постепенный спад числа больных (на 22.05.2021 установлено 261,6 подтвержденных случаев на 100000 человек) (рис. 1).

В целом по России число больных, регистрируемых на каждый день, растет к маю-июню (на 15.06.20 установлено 167,3 подтвержденных случаев на 100000 человек). Далее наблюдается небольшой спад к концу августа (на 29.08.20 регистрируется 111,7 подтвержденных случаев на 100000 человек). Затем число больных вновь нарастает, с наибольшим числом в январе 2021 года (на 6.01.2021 установлено 383,6 подтвержденных случаев на 100000 человек). После роста заболеваемости фиксировался постепенный спад числа больных (на 22.05.2021 установлено 179,9 подтвержденных случаев на 100000 человек) (рис. 1).

В таблице 1 представлены коэффициенты распространения вируса COVID-19 (R_t) за период с 27.03.2020 по 22.05.2021, на каждое 22 число месяца. Показатель (R_t) вычисляется путем деления суммы числа больных, зарегистрированных в течение последних 4 суток, на сумму числа больных, зарегистрированных за предыдущие 4 суток. Формула вычислений: $R_t = (X_8+X_7+X_6+X_5) / (X_1+X_2+X_3+X_4)$, где: R_t – коэффициент распространения коронавируса; $X_1...X_8$ – количество зарегистрированных больных коронавирусом в регионе за соответствующие сутки (табл. 1).

Таблица 1 - Коэффициент распространения вируса COVID-19 (R_t) в Российской Федерации за период с 27.03.2020 по 22.05.2021, ежемесячно

Дата расчета показателя R_t	22.04.2020	22.05.2020	22.06.2020	22.07.2020	22.08.2020	22.09.2020	22.10.2020	22.11.2020	22.12.2020	22.01.2021	22.02.2021	22.03.2021	22.04.2021	22.05.2021
Российская Федерация	1,67	1,06	0,98	1,00	0,98	1,03	1,10	0,99	0,82	0,98	0,95	0,97	1,00	0,99
Северо-Западный федеральный округ	1,43	1,10	0,91	1,02	1,00	1,05	1,10	1,05	0,83	1,00	0,92	0,97	0,98	0,93
Центральный федеральный округ	1,65	1,04	0,95	0,98	0,97	1,00	1,13	1,00	0,83	0,95	0,97	1,00	1,02	1,01

В Российской Федерации коэффициент распространения превышает единицу в апреле (на 22.04.20 R_t составил 1,67), в мае (на 22.05.20 R_t составил 1,06), сентябре (на 25.09.20 R_t составил 1,03), октябре (на 22.10.20 R_t составил 1,10), что соответствует двум волнам коронавирусной инфекции, а также коэффициент распространения превышал единицу в апреле 2021 года (на 22.04.21 R_t составил 1,00). В Северо-Западном и Центральном федеральных округах прослеживается схожая динамика. За последние три месяца (март, апрель, май 2021 года) в Центральном федеральном округе отмечался коэффициент распространения $R_t \geq 1$ (табл. 1).

Выводы: За весь период пандемии в России (на 22.05.2021) выявлено 4 935 302 заболевших COVID-19 в 85 регионах, скончалось 116 144 человек, число выздоровевших пациентов увеличилось до 4 557 146 человек

В целом по России число больных COVID-19, регистрируемых на каждый день, росло к маю-июню 2020 года (на 15.06.20 установлено 167,3 подтвержденных случаев на 100000 человек) – первая волна пандемии. Затем число больных вновь увеличивалось, с наибольшим количеством их в январе 2021 года (на 06.01.2021 установлено 383,6 подтвержденных случаев на 100000 человек) – вторая волна пандемии.

В Центральном федеральном округе регистрировался самый высокий уровень заболеваемости COVID-19 с апреля по сентябрь 2020 года. Наибольшее число активных больных, регистрируемых на каждый день, зафиксировано в период с мая по июнь 2020 года (на 25.05.20 установлено 409,4 подтвержденных случаев на 100000 человек) – первая волна роста заболеваемости в округе. Вторая волна роста заболеваемости коронавирусной инфекцией зарегистрирована с октября 2020 года по январь 2021 года (на 29.12.20 установлено 628,3 подтвержденных случаев на 100000 человек).

В Северо-Западном федеральном округе зафиксирован небольшой пик числа активных больных, регистрируемых на каждый день, в июне 2020 года (на 15.06.20 установлено 155,1 подтвержденных случаев на 100000 человек). А наибольший уровень заболеваемости коронавирусной инфекцией зарегистрирован в январе 2021 года (на 19.01.21 установлено 1061,2 подтвержденных случаев на 100000 человек).

В Российской Федерации коэффициент распространения вируса COVID-19 превышал единицу в апреле 2020 года (на 25.04.20 $R_t = 1,46$), в мае (на 25.05.20 $R_t = 1,03$), в сентябре (на 25.09.20 $R_t = 1,03$), в октябре (на 25.10.20 $R_t = 1,07$), в ноябре (на 25.11.20 $R_t = 1,02$), в декабре (на 25.12.20 $R_t = 1,04$), что соответствует двум волнам коронавирусной инфекции.

В Центральном федеральном округе за последние три месяца (март, апрель, май 2021 года) коэффициент распространения превышал единицу, что свидетельствует о незначительном стабильном повышении уровня распространения новой коронавирусной инфекции.

Список литературы:

1. *Временные методические рекомендации, Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Версия 10 (08.02.2021), М, 2021, 261с. [Электронный ресурс] <http://profilaktika.su/metodicheskie-rekomendatsii-po-koronavirusu-ot-08-02-2021-versiya-10/>*
2. *Интерфакс, пандемия коронавируса в РФ [Электронный ресурс] <https://www.interfax.ru/russia/759396>*
3. *Статистика коронавируса по регионам России [Электронный ресурс] <https://russian-trade.com/coronavirus-russia/vsego/>*

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ
БАШКОРТОСТАН ЗА 2015-2019 ГГ.**

И.Ф. Муханова

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа, Россия

Болезни органов дыхания (БОД) **представляют** остаются одной из ведущих причин в структуре заболеваемости, смертности и инвалидности населения.

Основными факторами риска заболеваний органов дыхания являются условия жизни и работы, экологическая обстановка и климатические условия, а также распространенность табакокурения, плотность населения, наследственные факторы, индивидуальные особенности организма человека, организация и низкая эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий, не достаточный уровень организации системы организации медицинской помощи, активное участие государства в решении медико-профилактических проблем регионов России и др.

В условиях сложившейся неблагоприятной экологической ситуации с **целью** определения приоритетных направлений в организации лечебно-профилактических и медико-социальных реабилитационных мероприятий появилась необходимость для изучения уровня и динамики показателей заболеваемости, смертности и инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди населения Республики Башкортостан в динамике за пять лет (2015-2019 гг.).

Ретроспективный анализ проведен по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, а также сведения получены из базы данных единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы медико-социальной экспертизы (ЕАВИИАС МСЭ) МСЭ в динамике за пять лет (2015-2019гг.).

Изучены показатели заболеваемости, смертности, инвалидности по причине болезней органов дыхания по Республике Башкортостан в сопоставлении с показателями Российской Федерации.

Данные о первичной и общей заболеваемости, смертности и уровне первичной инвалидности по причине БОД представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Показатели первичной и общей заболеваемости, смертности и первичной инвалидности вследствие БОД в Республике Башкортостан и Российской Федерации за 2015-2019 гг.

Показатели	РБ					РФ				
	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Первичная заболеваемость (на 100 тыс. населения)	33210,3	35108,7	35961,8	37431,0	37760,1	33790,0	35160,0	35350,0	35982,0	36616,2
Общая заболеваемость (на 100 тыс. населения)	38515,3	40392,8	42038,6	43182,0	43348,7	38612,1	40055,2	40346,7	40958,7	41963,1
Смертность (на 100 тыс. населения)	52,0	47,1	41,3	40,7	40,0	72,7	67,1	63,7	70,0	73,8
Уровень первичной инвалидности (на 10 тыс. населения)	1,2	1,1	1,5	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0

В исследуемом регионе показатель первичной заболеваемости БОД с 2015 по 2019 гг. увеличился по сравнению с базисным периодом на 13,7% (с 33210,3 до 37760,1 случая на 100 тыс. населения, в среднем за год этот показатель составил –35894,4 случая на 100 тыс. населения). По Российской Федерации анализируемый показатель вырос на 8,4% (с 33790,0 до 36616,2 случая) и составил в среднем за год 35379,6 случая на 100 тыс. населения.

Показатель общей заболеваемости органов дыхания в регионе за анализируемые годы вырос на 12,5% (с 38515,3 случая до 43348,7 случая на 100 тыс. населения, в среднем он составил 41495,5 случая на 100 тыс. населения). Аналогичный показатель по России вырос на 8,7% (с 38612,1 случая до 41963,1 случая на 100 тыс. населения, среднегодовой показатель составил – 40387,2 случая на 100 тыс. населения).

В динамике за 2015-2019гг. в исследуемом регионе смертность от бронхолегочной патологии снизилась на 23,1% (с 52,0 в 2015г. до 40,0 в 2019г, в среднем составила – 44,2 случая на 100 тыс. населения). Данный показатель по Российской Федерации в динамике за пять лет был нестабильным: сначала снизился с 72,7 в 2015г. до 63,7 в 2017г., затем вырос до 73,8 случая в 2019г., в среднем составил – 69,5 случая на 100 тыс. населения.

Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие БОД в регионе был нестабильным: колебался в пределах 1,1-1,5 случая на 10 тыс. населения. В Российской Федерации аналогичный показатель в динамике незначительно снизился на 16,7% – с 1,2 в 2015г. до 1,0 случая в 2019г. на 10 тыс. населения. Среднегодовые показатели первичной инвалидности в РБ и РФ составили соответственно 1,3 и 1,1 случая на 10 тыс. населения.

Таким образом, за 2015-2019гг. отмечается негативная тенденция: в регионе и по Российской Федерации: наблюдается рост первичной заболеваемости с БОД (на 13,7% и 8,4% соответственно). Уровень общей заболеваемости легочной патологией также вырос (на 12,5% в регионе и на 8,7% по РФ). Смертность от легочной патологии в исследуемом регионе стабильно снизилась на 23,1% (в РФ данный показатель был нестабильным и колебался в пределах 63,7-73,8 случая на 100 тыс. населения). В республике и по России показатель первичной инвалидности вследствие БОД был низким (в среднем 1,3 и 1,1 случая на 10 тыс. населения). Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования медико-организационных мероприятий в деятельности лечебных учреждений, оказывающих помощь населению с бронхолегочной патологией.

Основными методами профилактики болезней органов дыхания являются здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек (в первую очередь, от табакокурения), своевременное полноценное питание, регулярные занятия физической культурой и спортом, ответственное отношение к своему здоровью.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ В ДИНАМИКЕ ЗА 2015-2019 гг.

П.И. Константинова¹, Т.Ю. Куликаева²

*¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

² СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»

По данным ВОЗ заболевания роговицы занимают четвертое место среди причин слепоты во всем мире. Патология роговицы может быть как врожденной, так и приобретенной, и требует, во многих случаях, лечения пациента в условиях стационара. Учитывая высокую социально-экономическую значимость данной группы заболеваний для населения и государства нами было спланировано исследование, целью которого стало изучение структуры и динамики распространенности заболеваний роговицы среди населения Санкт-Петербурга на примере состава офтальмологических пациентов, госпитализированных в СПб ГБУЗ «ГМПБ №2».

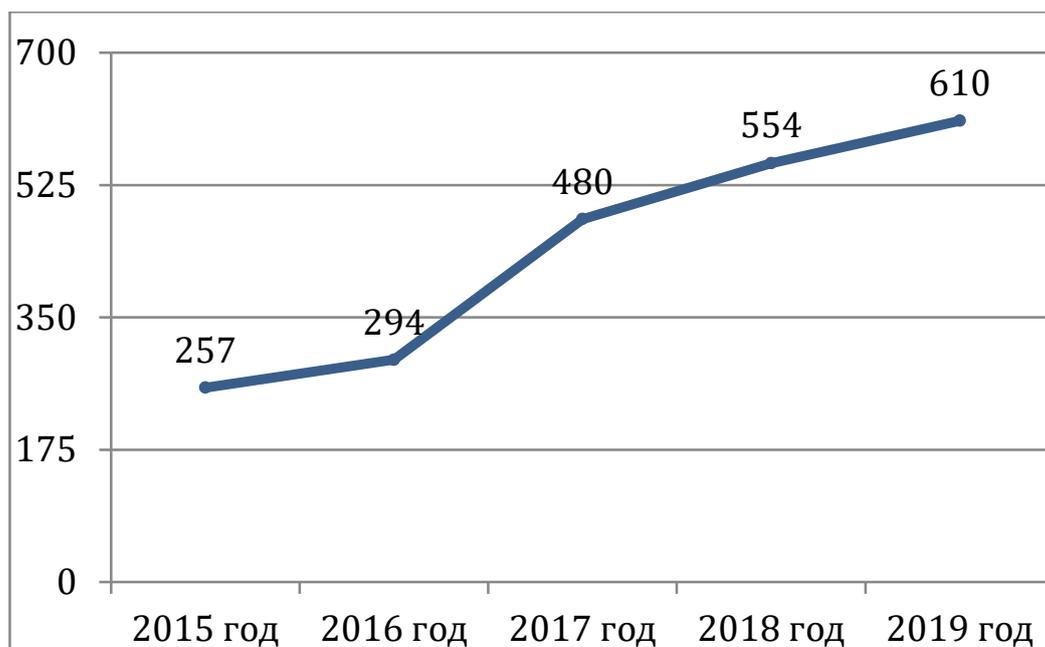


Диаграмма 1. Динамика случаев госпитализации пациентов с заболеваниями роговицы на офтальмологические койки стационара за период 2015-2019 гг.

Нами был проведен анализ 2195 историй болезни пациентов офтальмологических отделений за период 2015-2019 гг. Проводилось их разделение по группам заболеваний роговицы в соответствии с кодом МКБ-10: Н16.0-Н18.8. Полученные данные были проанализированы с использованием экстенсивных показателей.

В результате было выявлено, что число госпитализированных в стационар пациентов с различными заболеваниями роговицы за пятилетний период с 2015 по 2019 год увеличилось более чем в два раза (диаграмма 1).

Согласно представленному распределению (таблица 1) в 2015 году общее количество пациентов с заболеваниями роговицы составило 257, из которых более чем 1/3 составили пациенты с кератитом неуточненной этиологии (МКБ: Н16.9) - 35,0%, еще 32,0% от общего числа госпитализированных составили пациенты с язвой роговицы (МКБ: Н16.0), а на долю госпитализированных с наследственными дистрофиями роговицы пришлось 10,2% .

За 2016 год было пролечено 294 пациента, из которых 35,4% так же относились к группе кератитов неуточненной этиологии (МКБ: Н16.9), а 32,3% случаев пришлось на долю язвы роговицы (МКБ: Н16.0), дегенерация роговицы (МКБ: Н18.4) составила в структуре 6,1%.

В 2017 году общее количество госпитализированных пациентов с заболеваниями роговицы составило 480 пациентов, из которых на диагноз кератиты неуточненной этиологии (МКБ: Н16.9) пришлось 34,0% случаев, на язвы роговицы (МКБ: Н16.0) - 28,9%, а еще 12,7% пришлось на диагноз другие уточненные болезни роговицы (МКБ: Н18.8).

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

За период 2018 года в стационаре было пролечено 554 пациента с диагнозами МКБ: Н16.0-Н18.8, из которых неуточненные кератиты (МКБ: Н16.9) составили 40,7% случаев, удельный вес язвы роговицы (МКБ: Н16.0) составил 30,7%, впервые на третье место вышли рубцовые изменения роговицы (Н17.8) - 5,6%.

При анализе структуры за 2019 год общее количество пациентов с заболеваниями роговицы составило 610 случаев, из которых подавляющее большинство составили (41,2%) пациенты из группы кератитов неуточненной этиологии (МКБ: Н16.9), что сопоставимо с общим количеством пациентов, обратившимся в стационар в 2015-2016 гг. 28,7% пришлось на группу пациентов с язвой роговицы (МКБ: Н16.0), а 5,9% - с диагнозом дегенерация роговицы (МКБ: Н18.4).

Таблица 1 - Структура заболеваний роговицы среди госпитализированных пациентов в динамике за период 2015-2019 гг. (в абсолютных числах и процентах)

Диагноз	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год
	Абс.ч./%	Абс.ч./%	Абс.ч./%	Абс.ч./%	Абс.ч./%
Н16.0 Язва роговицы	82/32,0%	95/32,3%	139/28,9%	170/30,7%	175/28,7%
Н16.1 Др. поверхностные кератиты без конъюнктивита	5/1,9%	10/3,4%	14/2,9%	24/4,3%	16/2,6%
Н16.2 Кератоконъюнктивит	5/1,9%	4/1,4%	2/0,4%	2/0,4%	3/0,5%
Н16.3 Интерстициальный (стромальный) и глубокий кератит	6/2,0%	5/1,7%	1/0,2%	1/0,2%	1/0,2%
Н16.4 Неоваскуляризация роговицы	0	0	18/3,5%	10/1,8%	5/0,8%
Н16.8 Др. формы кератита	14/5,5%	11/3,7%	21/4,3%	10/1,8%	22/3,6%
Н16.9 Кератит неуточненный	90/35,0%	104/35,4%	165/34,0%	226/40,7%	251/41,2%
Н17.8 Др. рубцы и помутнения роговицы	1/0,4%	7/2,4%	12/2,5%	31/5,6%	31/5,1%
Н17.9 Рубцы и помутнения роговицы неуточненные	0	1/0,4%	1/0,2%	0	0
Н18.1 Буллезная кератопатия	0	2/0,7%	1/0,2%	1/0,2%	0
Н18.2 Др. отеки роговицы	2/0,8%	3/1,0%	2/0,4%	0	3/0,5%
Н18.3 Изменения оболочек роговицы	3/1,2%	5/1,7%	4/0,8%	2/0,4%	6/1,0%
Н18.4 Дегенерация роговицы	10/4,0%	18/6,1%	32/6,6%	29/5,2 %	36/5,9%

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Диагноз	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год
	Абс.ч./%	Абс.ч./%	Абс.ч./%	Абс.ч./%	Абс.ч./%
Н18.5 Наследственные дистрофии роговицы	26/10,2%	9/3,1%	7/1,4%	6/1,1%	11/1,8%
Н18.6 Кератоконус	3/1,2%	5/1,7%	5/1,0%	10/1,8%	12/2,0%
Н18.7 Другие деформации роговой оболочки	0	2/0,7%	0	1/0,2 %	0
Н18.8 Др. уточненные болезни роговицы	10/3,9%	13/4,3%	61/12,7%	31/5,6%	38/6,1%
ИТОГО:	257/100%	294/100%	480/100%	554/100%	610/100%

В ходе исследования нами было выявлено динамическое увеличение количества пациентов, нуждающихся в лечении роговицы в условиях офтальмологического стационара. Каждый год лидирующие позиции в структуре заболеваний роговицы занимали диагнозы: кератит неуточненной этиологии (МКБ: Н16.9) и язва роговицы (МКБ: Н16.0). Подобная картина может быть связана с неправильным ношением контактных линз, а также с популяризацией лазерной коррекции зрения среди населения, что нередко приводит к развитию воспалительных заболеваний глаза. Кроме того, еще одной актуальной на сегодняшний день проблемой в этой области становятся осложнения после факоэмульсификации катаракты, которые ведут к развитию дегенеративных заболеваний роговицы из-за возможности её травматизации во время хирургического вмешательства с целью замены хрусталика.

Следует отметить, что многие случаи заболеваний роговицы требуют не только консервативного, но и различных видов высокотехнологичного хирургического лечения, основным из которых является кератопластика. В связи с этим нами был рассчитан удельный вес пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении заболевания роговицы среди всех госпитализированных (таблица 2).

Таблица 2 - Удельный вес пациентов с заболеваниями роговицы, нуждающихся в хирургическом лечении в динамике за период 2015-2019 гг.

Год	Общее число пациентов с заболеваниями роговицы	Общее число пациентов, которым было проведено хирургическое лечение	Доля хирургических вмешательств среди пациентов с заболеваниями роговицы
2015 год	257	57	22,18%
2016 год	294	73	24,83%
2017 год	480	161	33,54%

Год	Общее число пациентов с заболеваниями роговицы	Общее число пациентов, которым было проведено хирургическое лечение	Доля хирургических вмешательств среди пациентов с заболеваниями роговицы
2018 год	554	192	34,66%
2019 год	610	186	30,49%
ВСЕГО:	2195	483	22,0%

В целом за изученный пятилетний период 22,0% госпитализированных в стационар офтальмологических больных являлись кандидатами на пластику роговицы.

Таким образом, в связи с прогнозируемым ростом офтальмологической заболеваемости необходимо усилить работу врачей-офтальмологов первичного звена по выявлению заболеваний роговицы и просвещению населения относительно возможных факторов риска развития данной патологии.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

А.В. Ермак

ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ

Болезни системы кровообращения (БСК) на протяжении последних десятилетий занимают лидирующие позиции в структуре смертности и инвалидизации населения в большинстве стран мира, в том числе и в России. Ежегодно растут экономические потери вследствие не снижающихся показателей смертности (занимают первое место в структуре общей смертности 40,5%) населения от БСК, что обуславливает необходимость поиска новых путей совершенствования медицинской помощи, оказываемой пациентам кардиологического профиля (Колягина Н.М., 2019). Ежегодно в Российской Федерации (РФ) регистрируется более 32,5 млн больных с болезнями системы кровообращения (БСК), при этом около 4,5 млн случаев заболевания выявляется впервые в жизни. Согласно данным Федеральной службы государственной статистики показатели первичной и общей заболеваемости неуклонно растут и в 2019 году составили 3498,8 и 25867,9 на 100тыс. населения соответственно. В свою очередь показатель смертности от БСК, наоборот, имеет тенденцию к снижению. Так, в 2019 году в России показатель смертности от БСК на 100тыс. населения составил 583,1, против

806,4 в 2010 году и 623,3 в 2015 году. Стоит отметить, что на такой высокий уровень заболеваемости и показателя смертности от БСК в Российской Федерации негативное влияние оказывают социально-экономический уровень жизни, условия и образ жизни населения, недостаточно эффективная программа первичной профилактики болезней системы кровообращения. Так же весомую роль играет недостаток целевых инвестиций, которые будут направлены на усовершенствование системы медицинской диагностики, профилактики, лечения и реабилитации больных с данной патологией (Бегун Д.Н., Морозова Т.А., Сурикова А.В., 2019).

Используя данные годовой статистической отчётной формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» была проанализирована заболеваемость БСК населения Санкт-Петербурга за период с 2012 по 2020 гг. Как видно из таблицы 1, за период с 2012 по 2019 гг. отмечен рост общей и первичной заболеваемости БСК - с 3758,4 до 4038,7 (на 7,4%) и с 195,8 до 281,8 (на 43,9%) на 10 тыс. взрослого населения г. Санкт-Петербурга соответственно.

Таблица 1 - Общая и первичная заболеваемость БСК всего взрослого населения г. Санкт-Петербурга за 2012-2020 гг. (на 10тыс. населения в возрасте 18 лет и старше)

Годы	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Общая заболеваемость БСК	3758,4	3704,4	3757,9	3795,7	3820,4	3854,4	3987,5	4038,7	3593,6
Первичная заболеваемость БСК	195,8	232,3	200,5	315,2	314,2	293,3	263,1	281,8	310,4

Общая и первичная заболеваемость БСК составляет 18% и 4% соответственно от всех зарегистрированных заболеваний в 2019 году, по поводу которых взрослое население Санкт-Петербурга обращалось за медицинской помощью. Тогда как среди заболеваний, зарегистрированных у лиц старше трудоспособного возраста, общая и первичная заболеваемость БСК составляет 29% и 47,3% соответственно.

В процессе жизни населения БСК имеют различную значимость среди отдельных возрастных контингентов, что предопределяет приоритеты совершенствования медицинской помощи на разных этапах формирования поколений. Так, в структуре общей и первичной заболеваемости БСК среди взрослого населения г. Санкт-Петербурга преобладают лица старше трудоспособного возраста (женщины 55лет и старше, мужчины 60 лет и старше) в 2019 году их доля составила 73% и 58% соответственно.

Ученые-кардиологи отмечают, что, к сожалению, врачи первичного звена в своей деятельности проводят адекватное обследование на предмет выявления факторов риска БСК всего у 17 % пациентов, что, безусловно, не отражает истинной распространенности проблемы в популяции (Аминов А. А., Мамутов Р. Ш., Муминов Б. И., 2018). Это свидетельствует о необходимости повышения качества работы специалистов поликлинических учреждений, проведения массивной работы с населением с целью повышения обращаемости, а также усилении профилактической работы. Наряду с повышением качества медицинской помощи и работы врачей-специалистов в области сердечно-сосудистой патологии, диспансеризация населения (с акцентом на лиц трудоспособного возраста), являясь на сегодняшний день эффективным инструментом профилактической медицины, представляется одним из оптимальных способов активного выявления факторов риска и реализации первичной профилактики болезней сердечнососудистой системы.

Среди причин роста общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения необходимо отметить: старение населения и увеличение доли населения старше трудоспособного возраста, внедрение современных высокотехнологичных методов лечения и, соответственно, продление жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, активное выявление больных с болезнями системы кровообращения в ходе проведения диспансеризации населения.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

К.С. Клюковкин, Л.В. Кочорова, А.В. Ермак

ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ

Болезни системы кровообращения в XXI веке сохраняют лидирующее положение в формировании причин смертности, первичного выхода на инвалидность и заболеваемости с временной утратой трудоспособности взрослого населения. Ведущими нозологическими формами, участвующими в формировании БСК являются: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные болезни (ЦВБ). Несмотря на очевидные успехи здравоохранения в профилактике заболеваний сердца и лечении больных с патологией системы кровообращения не отмечается масштабного снижения численности контингента пациентов с болезнями сердечно-сосудистой

системы (Ефремова О.А., 2009; Аминов А. А.Мамутов Р. Ш.Муминов Б. И., 2018).

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) приводят к смерти 16,7 млн человек в год, что составляет около 30% от общей смертности населения. По предварительным оценкам ВОЗ ожидается, что к 2030 г. ежегодное число смертей от ССЗ возрастет с 17 до 25 млн человек. Только в Соединенных Штатах от атеротромбоза и болезни коронарных артерий страдают более 13 миллионов человек, в Европе – около 8 миллионов (А. Rognoni, С. Cavallino, А. Lupi et al., 2018). В первую очередь проблема высокого распространения и летальности в результате ССЗ касается стран с низким и средним общим уровнем дохода, к числу которых можно отнести и Россию.

В РФ с 2000 г. и по настоящее время от БСК ежегодно умирает 2,3 млн человек, что в пересчёте на 100 тыс. населения — в 2 раза больше, чем в странах Европы и в США, и в 1,5 раза больше, чем в среднем показателе в мире. В структуре причин смертности от БСК в лидирующее положение занимает ИБС (55 % у мужчин и 41 % у женщин). Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний стабильно составляет 57 %, причём почти в 20 % из этого числа умирают в трудоспособном возрасте. БСК занимают первое место среди причин инвалидности населения нашей страны, что в процентном соотношении составляет 40 % случаев. При этом всего 4 % мужчин получают I группу инвалидности и 60 % — II группу инвалидности. У женщин эти показатели несколько ниже. Инвалидность населения в современном мире в трудоспособном возрасте наносит обществу значительный социально-экономический ущерб, так как именно в этом возрастном диапазоне жизни человека сосредоточен весь «трудовой ресурс», а также «ресурс», обеспечивающий воспроизводство населения. В связи с этим сохранение и укрепление здоровья, профилактика заболеваемости и инвалидности населения, особенно, трудоспособного возраста, которое обеспечивает социально-экономическое развитие страны, является одним из приоритетных направлений социальной политики в Российской Федерации (Эккерт Н.В., Михайловский В.В., 2015; Каерова Е.В., 2017).

В Указе Президента от 07.05.2018г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» отмечается необходимость достичь в 2024 году снижения показателя смертность от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения. Для достижения поставленной задачи огромную роль играет дальнейшее совершенствование работы внебольничных учреждений, от деятельности которых зависит практическая реализация профилактической направленности здравоохранения, повышения качества медицинской помощи кардиологическим больным, рациональное использование больничных учреждений, оптимизация процедуры диспансеризации и организации последующего диспансерного наблюдения (Самородская И. В., Барбараш О. Л., Кондрикова Н. В., Бойцов С. А., 2017).

Существенное значение среди многих факторов, определяющих уровень заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения, имеет доступность, качество и эффективность медицинской помощи на разных этапах ее оказания. Определяющую роль играет своевременность и адекватность оказанной медицинской помощи. Однако, до настоящего времени имеется много нерешенных организационных проблем на этапах оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Остается недостаточно эффективной система профилактики на уровне семьи больного и в поликлинических условиях. Не учитываются социально-гигиенические особенности образа жизни больных с сердечной недостаточностью. Практически отсутствуют работы с анализом влияния основных видов жизнедеятельности и способов лечения на качество жизни больных с сердечной недостаточностью (Комбарова М.Ю., 2003; Камалиев М.А., Альмуханова А.Б., 2018).

Учитывая значительные потери, наносимые обществу в результате преждевременной смертности, инвалидизации и трудопотерь от болезней кровообращения, формирование стратегии и тактики развития кардиологической службы является одной из важнейших задач современного здравоохранения.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО БРЕМЕНИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

В.Е. Моисеенко¹, Л.В. Кочорова², С.Ю. Гришин³, Д.А. Гранов¹

¹ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский медицинский Университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России.

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет».

Лечение рака поджелудочной железы (РПЖ) – является актуальной медико-социальной проблемой в виду поздней выявляемости, а также агрессивного течения и высокой летальности от данной патологии. РПЖ в структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) населения Российской Федерации (РФ) в 2019 РПЖ находится на 4 месте среди всех ЗНО желудочно-кишечного тракта [Каприн А.Д., 2020]. Сложившаяся ситуации требует совершенствования программ выявления, диагностики и специализированного лечения РПЖ, где немаловажную роль играет проведение экономического анализа, основанного на калькуляции потерь экономики от данного заболевания. С этой целью в литературе, а также в практическом здравоохранении проводится изучение социально-

экономического бремени заболевания (СЭБ). По мнению ряда авторов, детальная оценка и анализ СЭБ заболевания позволит оценить значимость заболевания для экономики, а также прогнозировать сокращение расходов в случае его ликвидации [American Diabetes Association, 2008]. Целью настоящего исследования являлось моделирование, анализ и оценка СЭБ РПЖ в мегаполисе, на примере Санкт-Петербурга (СПб), через определение, расчета и анализа денежных затрат, обусловленных данной нозологией. Исследование выполнено в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова», Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Первый Санкт-Петербургский медицинский Университет имени академика И.П. Павлова» и Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Санкт-Петербургский государственный экономический университет. В качестве баз данных использованы отчетные формы государственного статистического наблюдения, а также литературных данных и результатов опроса экспертов с последующей оценкой обусловленных РПЖ затрат бюджета СПб в 2019 г. Для оценки СЭБ РПЖ сначала производили оценку объемов оказанной медицинской помощи, а затем выполняли их денежный расчет. В ходе проведенного исследования были рассчитаны прямые медицинские затраты (затраты на оказание медицинской помощи в лечебных учреждениях и на лекарственное обеспечение больных), прямые немедицинские затраты (социальные выплаты инвалидам и пособия по временной утрате трудоспособности, обусловленной заболеванием) и косвенные затраты (ущерб бюджету СПб в размере недополученного вклада в экономику города из-за утраты трудоспособности пациентов) [Авксентьева М.В, 2003]. Для проведения анализа выборка пациентов с РПЖ разделена в зависимости от стадии заболевания. Оказание медицинской помощи пациентам с РПЖ было разделено на следующие группы: диагностика, специализированное противоопухолевое лечение, химиотерапевтическое лечение, лучевая терапия, симптоматическое лечение. Расчет затрат проводился с учетом допущения, что в течение года больному оказывается медицинская помощь в рамках вышеуказанных групп только один раз. На каждом этапе на основании экспертного мнения определяли среднее число койко-дней, объема и вида помощи в стационарных условиях в расчете на 1 больного РПЖ, получившего лечение в 2019 году. Число инвалидов и отсутствие занятости в экономике по причине болезни было определено на основании следующего положения, что больные РПЖ теряют трудоспособность без последующего ее восстановления и на медико-социальную экспертизу отправляют всех пациентов вне зависимости от стадии заболевания и объема проведенного лечения [Ганцев Ш.Х. с соавт., 2014].

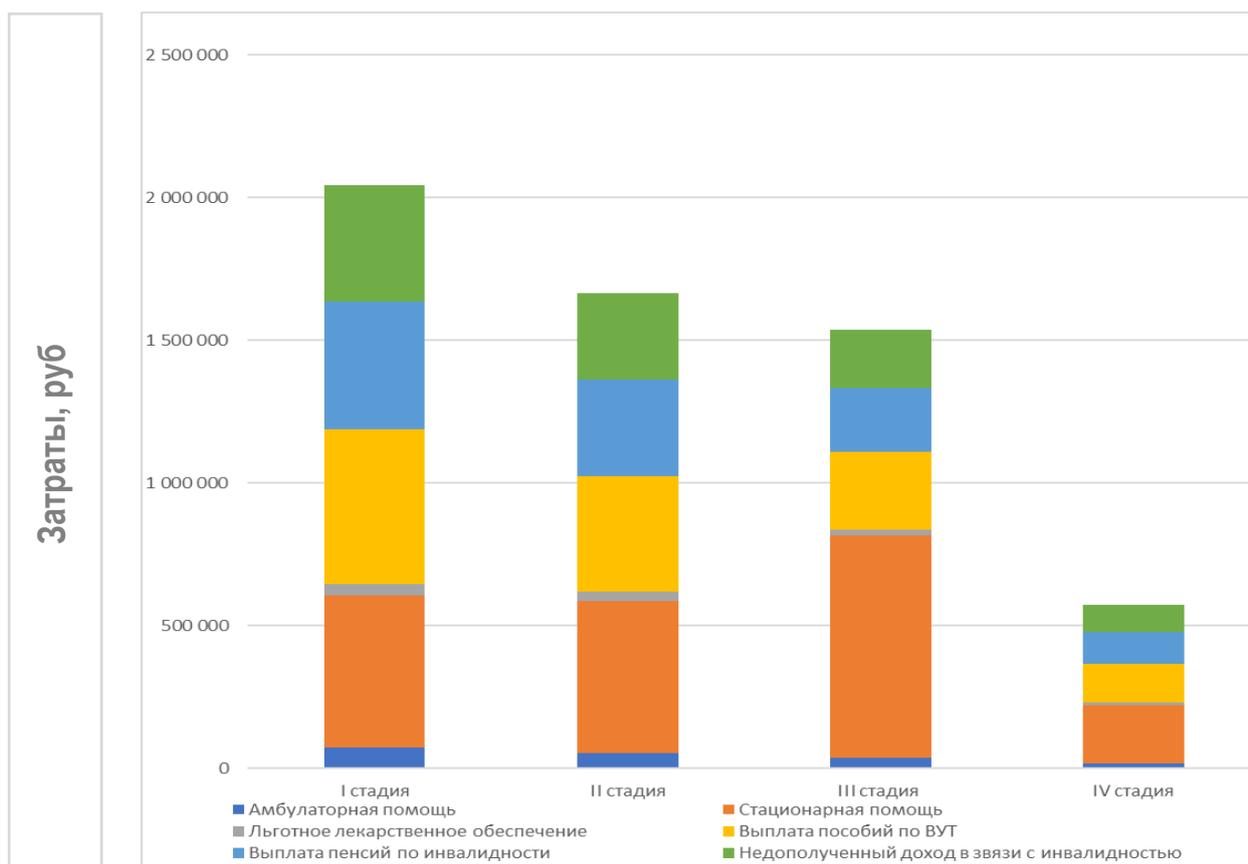


Рис.1. Затраты на одного больного в зависимости от стадии РПЖ, за период предполагаемой продолжительности жизни

Согласно полученным данным, большая часть медицинских затрат (от 25,4% до 42,4%) приходится на стационарный этап лечения пациентов, в зависимости от стадии заболевания. В соответствии с предложенной моделью наиболее существенные затраты на стационарную помощь отмечены у пациентов с III стадией заболевания и составили 50,8% от суммы всего СЭБ заболевания. Затраты на амбулаторный этап СЭБ в группах составили 3,5%, 3,2%, 2,3% и 3,8% для I, II, III и IV стадий заболевания соответственно. Значительные доли расходов в соответствии с моделью СЭБ РПЖ приходились на прямые немедицинские затраты (от 44,5 до 52,3 %), что соответствовало сумме от 742 788,75 руб. до 247 596,25 руб. на одного больного за период предполагаемой продолжительности жизни. Непрямые немедицинские затраты, по данным нашей модели, составили от 20,5% по 19% (рис. 1).

Результаты анализа прямых медицинских затрат на отдельные виды стационарной помощи показали, что наибольшая доля расходов для пациентов с I, II, III стадией приходилась на специализированное противоопухолевое лечение. У пациентов с IV стадией заболевания большая часть расходов приходилось на проведение химиотерапевтического лечения (Рис.2).

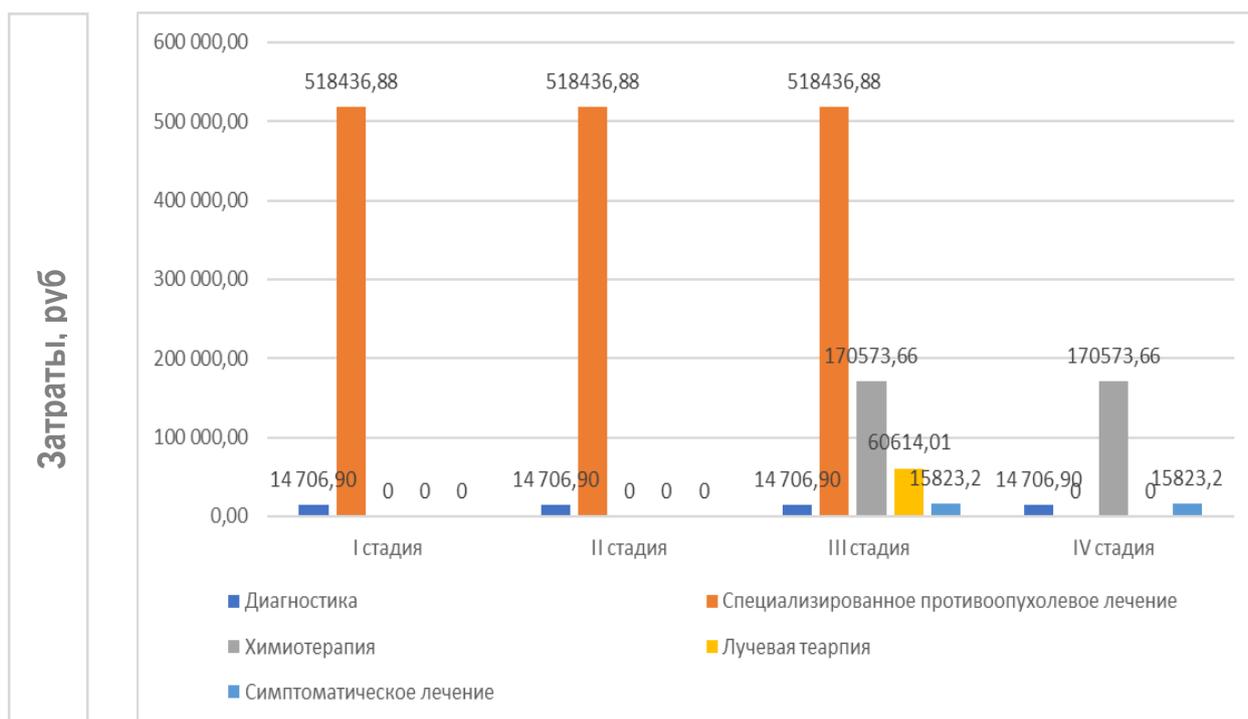


Рис.2 Денежные расходы на отдельные виды лечения в рамках стационарной помощи для пациентов с РПЖ

Затраты на диагностический этап, исходя из модели СЭБ РПЖ, в группах не различались. С учетом количества пропущенных рабочих дней больными РПЖ, ожидаемые косвенные потери бюджета города из-за недополученного вклада в связи с инвалидностью составили от 407 384,64 руб. до 97 166,16 руб.

Основываясь на анализе медико-статистических данных РПЖ, представляется, что в дальнейшем СЭБ РПЖ будет расти, что потребует интенсификации и оптимизации алгоритмов анализа показателей СЭБ.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, Г.О. Ермаков, А.Д. Белоголова

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. На протяжении длительного времени злокачественные новообразования (ЗНО) шейки матки стабильно занимают высокое 5-е ранговое место (5,2%) в структуре онкологической заболеваемости женщин среди населения Российской Федерации[2].

Ранее нами было проведено исследование стандартизованного показателя смертности от рака шейки матки среди населения Северо-Западного федерального округа, по результатам которого было отмечено увеличение данного показателя в динамике с 2015 по 2019[3].

В связи с этим, особое внимание в нашей стране уделяется мероприятиям, проводимым, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 года №254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года", одной из целей развития здравоохранения является снижение уровня смертности от злокачественных новообразований до 185 случаев на 100 тыс. человек к 2025 году.

Цель. Изучить уровень и динамику с 2015 по 2019 гг. стандартизованных показателей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки среди населения Северо-Западного федерального округа.

Материалы и методы. Работа выполнялась на основе статистических данных, представленных в книгах «Злокачественные новообразования в России в 2015-2019 гг.» [1]. Статистическая обработка полученного материала проводилась в программе Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Анализ структуры первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женского населения Российской Федерации за 2019 год показал, что ведущей онкологической патологией является рак молочной железы – 21,2%, на втором месте - злокачественные новообразования кожи (15,2%), на третьем месте злокачественные новообразования тела матки (7,8%). Доля злокачественных новообразования шейки матки составляет – 5,0%.

Стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки в Российской Федерации за 2019 год составил 15,38 (на 100 тысяч населения), что выше на 2,46% аналогичного показателя за 2015 год (таблица 1).

Среди населения Северо-Западного федерального округа в 2019 году стандартизованный показатель первичной заболеваемости раком шейки матки составляет – 15,07 (на 100 тысяч населения), что на 3,27% ниже аналогичного показателя за 2015 год (таблица 1).

Таблица 1 - Динамика стандартизованного показателя первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки на 100 тысяч населения среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа за 2015-2019 годы

Стандартизованный показатель первичной заболеваемости на 100 тысяч населения	2015	2016	2017	2018	2019
Российская Федерация	15,01	15,45	15,76	15,8	15,38
Северо-Западный федеральный округ	15,58	15,42	15,54	15,97	15,07

Сравнительная характеристика стандартизованного показателя первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки среди населения Северо-Западного федерального округа с аналогичным показателем среди населения Российской Федерации показала, что в 2015 году данный показатель был выше среди населения Северо-Западного федерального округа на 3,79%, а в 2019 году, наоборот, - показатель первичной заболеваемости раком шейки матки среди населения Северо-Западного федерального округа был ниже такового среди населения Российской Федерации на 2%.

Изучая уровень стандартизованных показателей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки среди населения Северо-Западного федерального округа установлено, что данный показатель имеет наибольшее значение среди населения Ненецкого автономного округа (32,5 на 100 тысяч населения), Архангельской области (28,85 на 100 тысяч населения), Калининградской области (21,94 на 100 тысяч населения), Республики Коми (17,75 на 100 тысяч населения), Мурманской области (17 на 100 тысяч населения), Вологодской области (16,2 на 100 тысяч населения), Псковской области (15,82 на 100 тысяч населения), Новгородской области (14,87 на 100 тысяч населения), Республики Карелия (14,64 на 100 тысяч населения), Санкт-Петербурга (11,62 на 100 тысяч населения), Ленинградской области (11,62 на 100 тысяч населения).



Рисунок 1. Стандартизованные показатели первичной заболеваемости раком шейки матки в различных субъектах Северо-Западного федерального округа за 2019 год (на 100 тысяч населения)

В Ненецком автономном округе стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки за 2019 год составил - 32,5 на 100 тысяч населения, что выше аналогичного показателя среди населения Северо-Западного федерального округа в 2,15 раза выше показателя среди населения Российской Федерации в 2,11 раза (рисунок 1).

В Архангельской области стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки за 2019 год составил – 28,85 на 100 тысяч населения, что выше аналогичного показателя среди населения Северо-Западного федерального округа в 1,91 раза выше показателя среди населения Российской Федерации в 1,97 раза (рисунок 1).

В Калининградской области стандартизованный показатель первичной заболеваемости раком шейки матки составил – 21,94 на 100 тысяч населения, что выше аналогичного показателя среди населения Северо-Западного федерального округа в 1,45 раза выше аналогичного показателя среди населения Российской Федерации в 1,42 раза (рисунок 1).

Заключение. В результате проведенного исследования по анализу стандартизованных показателей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в динамике с 2015 по 2019 годы установлено, что данный показатель повысился на 2,46%, среди населения Российской Федерации, однако в Северо-Западном федеральном округе аналогичный показатель снизился на 3,27%.

По уровню стандартизованных показателей первичной заболеваемости раком шейки матки в Северо-Западном федеральном округе были выделены субъекты риска: Ненецкий автономный округ, Архангельская область, Калининградская область, на территории которых уровень этого показателя превышал показатель по Северо-Западному федеральному округу в 2,11; 1,97 и 1,42 раза, соответственно.

В нашей стране разработаны программы, которые направлены на профилактику и раннее выявление (скрининг) заболеваний, в том числе злокачественных новообразований шейки матки. Но не все население информировано и заинтересовано в них. Пропаганда охраны репродуктивного здоровья, санитарное просвещение— это важные элементы эффективной программы профилактики рака шейки матки, которые обеспечивают высокий охват вакцинацией и скринингом, а также высокую частоту соблюдения рекомендаций по лечению.

Список литературы:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования России в 2019 году (заболеваемость и смертность) - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, - 2020. - илл. - 252 с.

2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака шейки матки, утверждены правлением Ассоциации онкологов России. — М., 2020. -С. 51

3. Пивоварова Г.М., Коломенская Т.В., Белоголова А.Д., Ермаков Г.О. Динамика смертности от злокачественных новообразований шейки матки среди населения Северо-Западного федерального округа // Актуальные вопросы гигиены: электронный сборник научных трудов VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. д.м.н., профессора Л.А. Аликбаевой, 2021 – С. 300-307.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2011-2019 ГОДЫ

В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, Д.С. Заярный, Н.А. Васильев

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема борьбы с сахарным диабетом (СД) из года в год становится всё более актуальной для современной медицины, в связи с ростом заболеваемости во всём мире [1].

В общей структуре смертности среди неинфекционных заболеваний диабет составляет 3,5%, занимая 6 место [2].

В Российской Федерации (РФ) по данным регистра больных сахарным диабетом на 1 января 2019 г. состояло на диспансерном учете 4,58 млн. человек (3,1% населения), из них 92% (4,2 млн.) – сахарный диабет 2 типа, 6% (256 тыс.) – сахарный диабет 1 типа и 2% (90 тыс.) - другие типы сахарного диабета, в том числе 8006 человек с гестационным сахарным диабетом [3].

Цель. Провести анализ структуры и динамики уровня первичной заболеваемости сахарным диабетом за 2011-2019 годы среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа, определить субъекты риска.

Материалы и методы. Использовались отчетные документы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, обработанные медико-статистическим методом с помощью программ Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В структуре первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации с учетом федеральных округов в 2019 году выявлено, что население Северо-Западного федерального округа находится на 6 месте с долей в 9%.

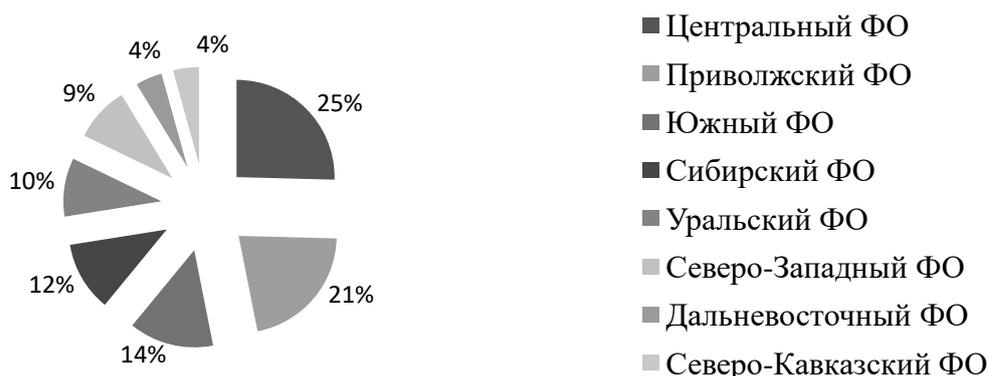


Рисунок 1 Структура первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации с учетом федеральных округов за 2019 год

В структуре первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации с учетом типа заболевания за 2019 год выявлено, что наибольшую долю приходится на сахарный диабет 2 типа – 91%, на втором месте – сахарный диабет 1 типа – 5%, на третьем месте – другие специфические типы сахарного диабета – 4%.

Таблица 1 - Уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа за 2011-2019 годы (на 100 тыс. населения)

Годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Российская Федерация	223,1	240	243,3	237,6	240,8	231,4	247,6	251,7	279,7
Северо-Западный ФО	213,3	242,6	232,4	231,9	275,4	288,3	277,1	264	281,4

Уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом с учетом типа в Российской Федерации за 2011 год: на СД 1 типа приходится 13, 8 на 100 тыс. населения и на СД 2 типа приходится 207 на 100 тыс. населения.

При оценке уровня первичной заболеваемости сахарным диабетом 1 типа среди населения Северо-Западного федерального округа зафиксирован уровень в – 21,1 на 100 тыс. населения и на сахарный диабет 2 типа приходится 186,4 на 100 тыс. населения.

Уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом с учетом типа в Российской Федерации за 2019 год: на сахарный диабет 1 типа приходится 15,3 на 100 тыс. населения и на СД 2 типа приходится 254,4 на 100 тыс. населения.

При оценке уровня первичной заболеваемости сахарным диабетом 1 типа в РФ за 2019 год среди населения Северо-Западного федерального округа уровень составил 21,8 на 100 тыс. населения, на сахарный диабет 2 типа приходится 243,4 на 100 тыс. населения.

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

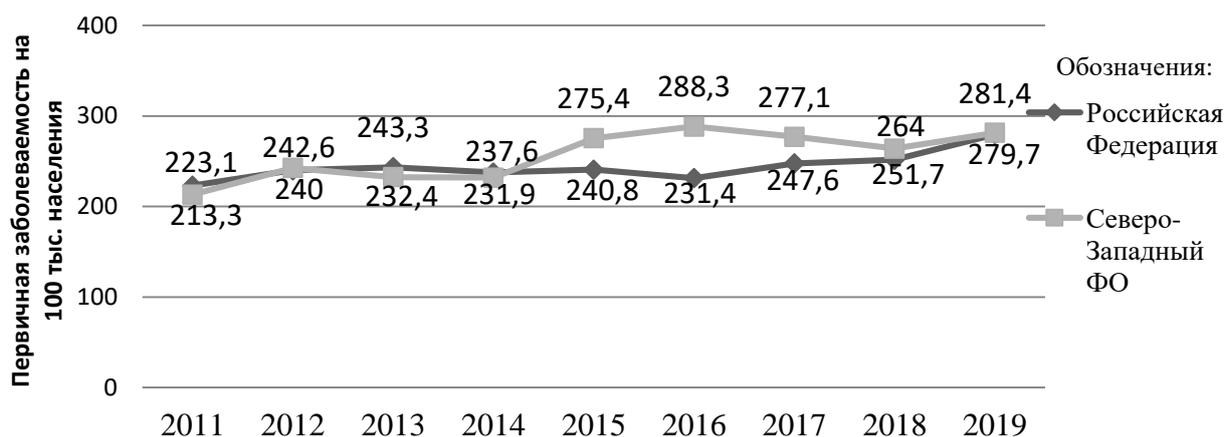


Рисунок 2 Динамика первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа за 2011-2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

Для оценки динамики уровней первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации проведено сравнение этих показателей за 2011-2019 годы, установленный уровень в 2011 году составил 223,1 на 100 тыс. населения, в 2019 - 279,7 на 100 тыс. населения.

В динамике уровня первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Северо-Западного федерального округа проведено сравнение этих показателей за 2011-2019 годы, установленный уровень в 2011 году составил 213,3 на 100 тыс. населения, а в 2019 году - 281,4 на 100 тыс. населения.

Таким образом уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом в Северо-Западном федеральном округе увеличился на 31,9%.

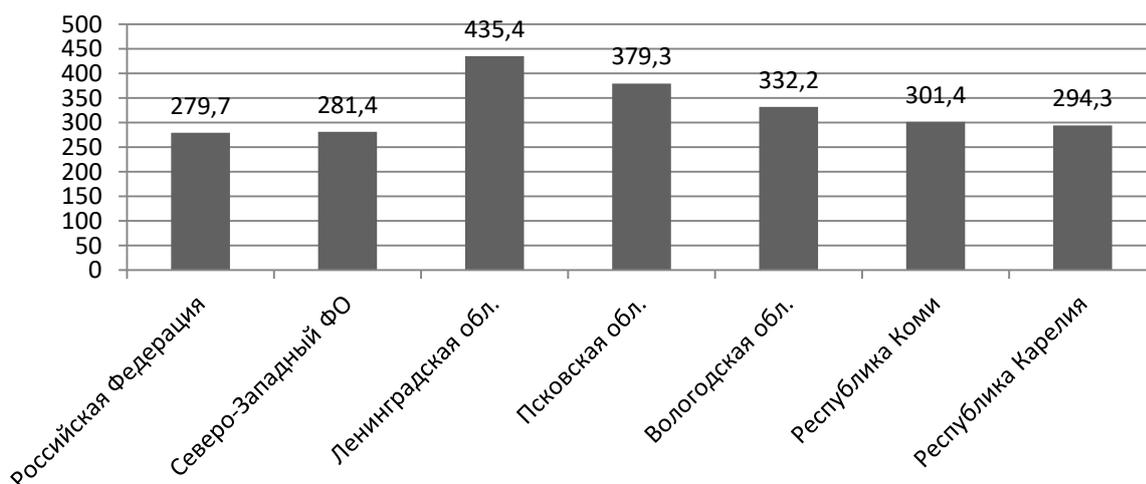


Рисунок 3 Уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом за 2019 г. в Российской Федерации и Северо-Западном федеральном округе и субъектах риска (показатели на 100 тыс. населения)

Определены субъекты риска, в которых уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом выше, чем в Российской Федерации. Субъектами риска в Северо-Западном федеральном округе являются, население Ленинградской области с уровнем в 435,4 на 100 тыс. населения (выше в 1,5 раза по сравнению с СЗФО), население Псковской области - 379,3 на 100 тыс. населения (выше в 1,35 раз по сравнению с СЗФО), население Вологодской области- 332,2 на 100 тыс. населения (выше в 1,18 раза по сравнению с СЗФО), население Республики Коми с уровнем в 301,4 на 100 тыс. населения (выше на 7% по сравнению с СЗФО и Республики Карелия - 294,3 на 100 тыс. населения (выше на 4,7% по сравнению с СЗФО).

Выводы. В структуре первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения РФ выявлено, что население Северо-Западного федерального округа находится на месте с долей в 9 %.

Для оценки динамики уровней первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации проведено сравнение этих показателей за 2011-2019 годы, данный показатель за изучаемый период увеличился на 25,3%. В Северо-Западном федеральном округе первичная заболеваемость увеличилась с 2011 по 2019 год на 31,9% .

Уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Северо-Западного федерального округа выше на 0,6 % ,чем уровень по Российской Федерации.

Определены субъекты риска по первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации за 2019 год (показатель на 100 тыс. населения), в которых необходимы: оптимизация технологий профилактики и скрининга, ранней диагностики и лечения диабета; создание новых диагностических и лечебных технологий, обеспечивающих полноценную социальную и репродуктивную реабилитацию лиц с эндокринопатиями:

1. Ленинградской области - 435,4;
2. Псковской области - 379,3;
3. Вологодской области - 332,2;
4. Республики Коми - 301,4;
5. Республики Карелия - 294,3.

Список литературы

1. *Асфандиярова Н.С. Смертность при сахарном диабете 2 типа. Сахарный диабет. 2015;18(4):12-21*
2. *Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А. Заболеваемость всего населения России 2011-2019 году – Стат.сб./ Минздрав –М., 2012-2020.–140 с.*
3. *Филатов В.Н., Пивоварова Г.М., Заярный Д.С., Васильев Н.А. Анализ первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения Российской Федерации за 2011-2019 годы. Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции/ под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. –СПб., 2021.*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*М.А. Шарафутдинов, Д.Р. Еникеева, М.Ю. Павлова,
Н.Г. Кульмухаметова, А.У. Киньябулатов, Л.Р. Назмиева, А.З. Усманова*

*ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа*

Колоректальный рак (КРР: рак ободочной кишки и прямой кишки) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности, как в России, так и во всем мире (Кит О.И., Колесников В. Е., Новикова И.А., 2016). В Российской Федерации отмечается рост заболеваемости и смертности от КРР: в структуре онкозаболеваемости населения, без учета рака кожи (без меланомы), КРР находился на первом месте (11,5 %), в структуре смертности – на втором месте (13,6 %) после новообразований трахеи, бронхов и легкого (17,3 %) (Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2017). На уровень заболеваемости КРР оказывают влияние возраст, пол пациента, образ жизни, характер питания, наследственность, а также организация и качество профилактических мероприятий, осуществляемых в медицинских организациях и направленных на раннее выявление опухолевой патологии (Балканов А.С., Гуров А.Н, Катунцева Н.А., Белоусова Е.А., 2016). В связи с этим нами были изучены медико-социальных аспекты КРР.

Для медико-социальной характеристики больных с КРР было проанкетировано 468 пациентов, госпитализированных в ГАУЗ МЗ РБ Республиканский клинический онкологический диспансер. Среди респондентов женщины составили 54,1%, мужчины – 45,9%. Распределение пациентов по возрасту показало, что среди мужчин наибольшую долю составили лица в возрасте 60-69 лет (30,2%), среди женщин – в возрасте 70-79 лет (27,3%). Средний возраст обследованных пациентов составил $66,1 \pm 0,28$ года, у мужчин он был статистически значимо ниже ($61,2 \pm 0,40$ года), чем у женщин ($67,2 \pm 0,48$ года; $p < 0,05$).

Бережное отношение к своему здоровью и высокая медицинская активность пациента зависит от многих причин и прежде всего от уровня образования, социального статуса, занятости, состояния в браке.

По нашим данным почти половина пациентов с КРР (49,5%) имели среднее профессиональное образование, 23,2% - среднее общее, 23,5% – высшее, 3,8% – основное общее образование. Среди мужчин была выше, чем среди женщин доля лиц с высшим образованием (26,6% против 20,8% соответственно; $p > 0,05$) и средним общим образованием (25,3% против 21,5%; $p > 0,05$). Доля лиц со средним профессиональным образованием была выше среди женщин, чем среди мужчин (52,3% против 46,2%; $p > 0,05$),

Среди обследованных лиц преобладали пенсионеры (73,7%), женщин пенсионеров было больше (81,0%), чем мужчин (61,5%; $p < 0,001$).

На рабочих специальностях были заняты 44,2% обследованных (49,3% мужчин и 38,4% женщин), к служащим было отнесено 39,7% пациентов (30,4% мужчин и 49,7% женщин), 10,9% были управленцами (13,9% и 7,4%), 5,2% составили безработные (6,4% мужчин и 4,5% женщин).

При выяснении семейного положения на момент обследования 66,3% пациентов состояли в зарегистрированном браке, 12,4% – в гражданском браке, 8,4% были вдовыми, 6,9% – разведены, 6,0% – не состояли в браке. Женщин, состоящих в зарегистрированном браке, оказалось больше (69,3%), чем мужчин (62,8%). Доля лиц, не состоявших в браке, была выше у мужчин (9,7%), чем у женщин (2,8%). Примерно одинаковой была доля лиц, состоявших в разводе – 6,9% мужчин и 7,0% женщин.

Среди поведенческих факторов, обусловленных образом жизни, которые непосредственно влияют на течение и исход КРР, особое место занимают курение, злоупотребление алкоголем (Аскарова З.Ф., Аскарров Р.А., Чуенкова Г.А., 2012).

На момент анкетирования регулярно курили 23,1% пациентов, среди мужчин частота курения была статистически значимо выше, чем среди женщин (40,5% и 8,3%; $p < 0,001$), 2,0% опрошенных чрезмерно потребляли алкоголь.

Хронический стресс может вызвать или усугубить многочисленные желудочно-кишечные расстройства, включая воспалительные заболевания кишечника, которые могут привести к онкологии (Моисеенко А.Б., Гуляев А.В., Карачун А.М., Беляева А.В., 2015; Мешков А.В., Кривошеков Е.П., 2015)

Наши исследования показали, что каждый третий опрошенный (33,9%), подвергался стрессам и длительным психоэмоциональным напряжениям, среди мужчин таковых было 45,1%, среди женщин – 24,9%. Мужчины чаще, чем женщины указывали на стрессовые ситуации, связанные с трудовой деятельностью (52,1% против 22,3%; $p < 0,001$).

Учитывая многофакторность заболеваемости КРР (Вусик М.В., Черемисина О.В., Меньшиков К.Ю., Авдеев Т.В., 2015), нами были изучены особенности питания, распространенность заболеваний кишечника и отягощенный семейный онкологический анамнез.

В 2015 г. эксперты Международного агентства по изучению рака пришли к заключению о канцерогенном эффекте красного мяса и продуктов из переработанного мяса, причем канцерогенный эффект наблюдался, в основном, в отношении КРР. В ходе анкетирования были изучены такие факторы риска развития КРР по питанию, как употребление красного мяса, мясной продукции (продуктов из переработанного мяса: колбасы, сосиски, сардельки и т.п.), жареной и острой пищи.

Наши исследования показали, что из числа изученных факторов питания, наибольшую распространенность среди пациентов с КРР имели

такие как употребление красного мяса (94,7%), мясной продукции (75,9 %), острой пищи (59,6 %), а также употребление жареной пищи (68,8%). Среди мужчин чаще встречалось употребление красного мяса (99,2% против 84,6%), среди женщин – употребление мясной продукции (86,9% против 69,5%). Остальные факторы риска по питанию почти с одинаковой частотой встречались как среди мужчин, так и среди женщин.

В большинстве случаев рак толстой кишки начинается с небольших доброкачественных опухолей, в виде аденоматозных полипов и аденом. Со временем некоторые из этих образований могут перерождаться в злокачественную опухоль и становиться раком толстой кишки. Заболеваемость КРР значительно выше среди пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (язвенным колитом и болезнью Крона), с хроническим неспецифическим язвенным проктосигмоидитом. Все эти патологические состояния относятся к предраковым заболеваниям КРР (Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2017)

Наши исследования показали, что из 100 опрошенных пациентов у 35,0 ранее встречался полипоз толстой кишки, у 47,9 – хронический колит ободочной кишки, у 21,8 – болезнь Крона, у 26,9 - дивертикулез ободочной кишки, у 37,0 – хронический запор. Статистически значимых различий встречаемости предраковых заболеваний КРР среди мужчин и женщин не выявлено.

Считается, что 15-20% случаев рака толстой кишки генетически детерминированы, а остальные 75-80% обусловлены факторами внешней среды. Риск развития колоректального рака тесно коррелирует с семейной историей. Родственники первой степени родства больных раком толстой кишки заболевают раком приблизительно на 10 лет раньше. Риск постепенно возрастает в зависимости от числа пораженных членов семьи, тяжести клинической картины (наличия множественных злокачественных заболеваний) и возраста проявления у них неоплазий (Александров М. И., Спиридонова Е. А., Переходов С. Н., 2013).

Оценкаотягощенного семейного онкологического анамнеза выявила высокую распространённость данного фактора. Так, 41,8% респондентов отмечали наличие злокачественных новообразований хотя бы одного родственника первой (родители, родные братья и сестры) или второй (дедушка, бабушка) степени родства, из них 11,2% опрошенных указали на наличие КРР у родственников.

Таким образом, изучение медико-социальной характеристики пациентов с КРР выявило, что обследованные оказались преимущественно в возрастных группах 60-69 (30,2%) и 70-79 лет (27,3%), в большинстве случаев имели среднее профессиональное образование (49,5%), состояли в браке (66,3%), были пенсионерами (73,7%). Каждый третий опрошенный (33,9%), подвергался стрессам и длительным психоэмоциональным напряжениям. Регулярно курили 23,1% пациентов, 2,0% чрезмерно потребляли алкоголь, часто потребляли красное мясо (94,7%), мясные

продукты (75,9%), острую пищу (59,6 %), а также жареные продукты (68,8%). Отягощенный семейный онкологический анамнез отмечался у 41,8% респондентов.

Полученные данные послужили основой для разработки мероприятий по профилактике КРР и по совершенствованию медицинской помощи пациентам с этой патологией.

АНАЛИЗ СУИЦИДОВ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*Л.В. Малышко, В.В. Фрейзе, А.Я. Вукс, В.С. Скрипов, В.А. Розанов,
Н.В. Семенова, В.Д. Исаков, О.Д. Ягмуров*

ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. По данным ВОЗ ежегодно около 800 000 человек кончают жизнь самоубийством. В 2016 году суициды стали второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15-29 лет в глобальных масштабах. Лишь 80 государств- членом ВОЗ имеют качественные данные, которые могут быть использованы для оценки показателей самоубийств. [1]. Эффективность мер предотвращения суицидов будет зависеть от повышения качества мониторинга самоубийств и попыток самоубийств. Это заставляет более внимательно отнестись к проблеме суицидального поведения.

Цель исследования: провести анализ суицидов среди мужчин и женщин в городе Санкт-Петербурге, в период с 2016 года по 2020год.

Материалы и методы: нами получены данные из Санкт-Петербургского городского бюро судебно-медицинской экспертизы в виде: дата смерти, пол, возраст, способ самоповреждения. Исходные данные о завершенных суицидах (по годам) представлены для Санкт-Петербурга за период с января 2016 по сентябрь 2020 г. Данные о численности населения получены из официальных источников (Росстат), в г. Санкт-Петербурге общая численность населения на 1 января 2021 г – 5368 тыс. чел.

Расчет частот осуществлялся на 100000 населения в год или месяц в зависимости от целей сопоставительного анализа, для расчета доверительных интервалов относительных частот использовался метод Уилсона. Расчет доверительных интервалов разницы частот также осуществлялся по методу Уилсона. Значимыми считали отличия, при которых не наблюдалось пересечения доверительного интервала разницы частот с нулевой линией за 2016-2019 гг. За указанный период в базе данных по Санкт-Петербургу – 1777 случаев, всего 6375 случаев. Соотношение мужчины/женщины, вошедших в исследование, за этот период составило для Санкт-Петербурга – 2,87.

Результаты. мы проследили изменения относительных частот суицидов в год за последние 5 лет (с 2016 по 2020 г.) в г. Санкт-Петербурге (рис. 1).



Рис. 1. Динамика среднегодовых индексов суицидов в исследованных группах населения за период с 2011 г. по 2020 г.

На данном графике видно, что частота суицидов снижается с 7,2 до 6,1 за последние 5 лет.

На рисунке 2 представлены разности относительных ежемесячных частот за 2020 год и средних за 2016-2019 годы с доверительным интервалом этой разности. Мы отдельно рассматривали 2020 год, так как он был связан с пандемией и жесткими ограничениями в начале года, что могло за собой повлечь определенные последствия. После объявления пандемии и введения в действие жестких карантинных мер (март-апрель) мы наблюдаем снижение частоты суицидов относительно средних, наиболее выраженное в апреле (на 24,4% с 0,6376, доверительный интервал (CI) 95% 0,5391-0,7542 до 0,4821, CI 95% 0,3290-0,7064). В дальнейшем последовал подъем в июне (на 13,5%), после чего частоты в течение июля-сентября оставались ниже средних (в сентябре – на 21,6%). Далее, после подъема в октябре, индексы продолжили снижаться, достигнув минимума в декабре (снижение на 37,7%, с 0,5954, CI 95% 0,5005-0,7084 до 0,3708, CI 95% 0,2401-0,5758).

Также видно из рис. 2, в Санкт-Петербурге снижение частоты наблюдалось и среди мужчин, и среди женщин, после чего последовали небольшие подъемы у мужчин в мае и у женщин в июне. Далее следует обратить внимание на изменения, которые произошли в октябре-декабре – среди женщин индексы колебались вокруг нулевой линии, то среди мужчин после подъема в октябре наблюдалось заметное снижение на 45,1% в ноябре и на 44,1% в декабре, причем в последнем случае оно может быть расценено как значимое (снижение с 1,0260 до 0,5731, разность -0,4529 (CI 95% -0,7745-0,0230)).

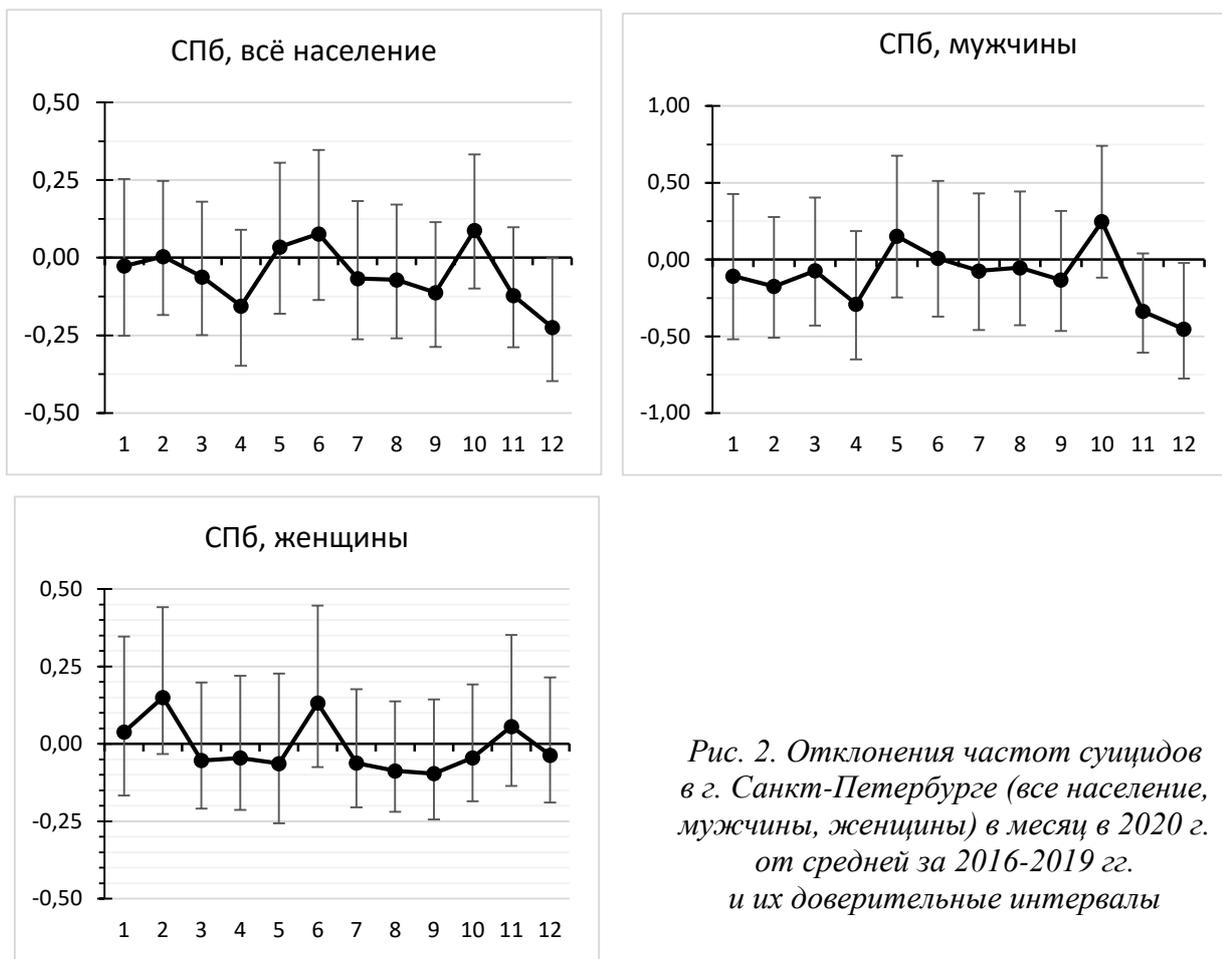


Рис. 2. Отклонения частот суицидов в г. Санкт-Петербурге (все население, мужчины, женщины) в месяц в 2020 г. от средней за 2016-2019 гг. и их доверительные интервалы

Кривые изменений частот близки по направленности к кривым, характеризующим мужскую его часть, что объясняется значительным преобладанием мужских завершённых суицидов над женскими в абсолютных цифрах. Иными словами, картину изменений всего населения формируют преимущественно мужчины, женщины вносят количественно меньший вклад. При этом кривые женской популяции отличаются своеобразием и, на первый взгляд, меньшей выраженностью колебаний. Однако если оценить максимальные и минимальные отклонения показателей в 2020 г. от усреднённых индексов за 2016-2019 гг. в процентах, то размах колебаний оказывается более выраженным среди женщин (в 1,5-3 раза). Обращает внимание тот факт, что чем выше смертность от суицидов в целом, тем меньше размах среди мужчин и больше среди женщин (табл. 1). Обращает на себя внимание также то, что подъёмы частот среди женщин были намного больше, чем снижения, в то время как среди мужчин они были примерно равными.

Таблица 1 - Максимальный размах изменений частот суицидов среди мужской и женской популяции в исследованных группах населения (в %%)

Регион	Мужчины			Женщины		
	Минимум	Максимум	Размах	Минимум	Максимум	Размах
Санкт-Петербург	-45,1	+35,6	80,7	-39,2	+79,7	118,9

В Санкт-Петербурге наблюдалось еще одно снижение к концу года, наиболее выраженное и статистически значимое среди мужчин.

Выводы:

По результатам проведенного анализа установлено снижение суицидов в г. Санкт-Петербурге за последние 5 лет. Отдельно на себя обращает внимание 2020 год, предполагалось, что количество суицидов возрастет в этот период, но наоборот, частота только уменьшалась. Особый интерес представляет сравнение суицидального поведения у мужчин и у женщин. Снижение частоты среди мужчин в Санкт-Петербурге на фоне второй волны пандемии на 45%, среди женщин колебания как в сторону повышения, так и понижения были намного более выраженными и достигали 100% и более, однако оставаясь незначимыми.

Для предотвращения самоубийств и попыток самоубийства может применяться целый ряд мер на уровне всего населения, различных групп населения и отдельных людей [1]. Уже сегодня следует ориентироваться на имеющиеся рекомендации по адаптации мер превенции в условиях пандемии, которые были недавно опубликованы [2-4]. Наиболее актуальными, являются меры образовательного характера, которые могут повысить информированность населения и врачей первичного звена о проблемах суицидов, а также меры организационного характера, которые могут наладить коммуникацию внутри системы медицинской помощи, повышение качества учета завершенных суицидов и нефатальных самоповреждений и внедрение более эффективных практик психосоциальной помощи лицам, совершившим суицидальные попытки. [4]

Литература

1. Воз. Самоубийства. [Электронный ресурс] <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Wasserman D., Iosue M., Wuestefeld A., Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic // *World Psychiatry*. – 2020. – Vol.19. – P.294-306. DOI:10.1002/wps.20801
3. Розанов В.А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19 // *Суицидология*. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 39-52. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52
4. IASP. Protocol for Responding to Global and Cross-National Public Health Emergencies and Natural Disasters” <https://www.iasp.info/covid-19/wp-content/uploads/2021/03/PSTFC-Global-Crisis-Protocol.pdf> (дата обращения - 28.03.2021)ю

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ НАРКОМАНИИ ЗА 2009-2019 ГОДЫ

В.Н. Филатов, Г.М. Пивоварова, П.В. Позднякова

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. Согласно Указу Президента Российской Федерации от 23.11.2020 № 733 "Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года" в результате реализации антинаркотической политики в 2010-2020 годах наркоситуация в стране в целом стабилизировалась, однако согласно данным мониторинга, проводимого Государственным антинаркотическим комитетом, в большинстве регионов Российской Федерации она остаётся напряженной [1,2]

Ключевые слова: смертность, наркомания, Российская Федерация, федеральные округа, субъекты риска

Материалы и методы. При выполнении работы были использованы данные официальной статистики Росстата, обработанные медико-статистическим методом с помощью программ Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты. При анализе смертности населения Российской Федерации от наркомании было установлено, что в 2009 году она составила 5,1 на 100 тысяч населения, а в 2019 году - 6,6 на 100 тысяч населения, что свидетельствует об увеличении уровня смертности в 1,3 раза (рисунок 1). При анализе первичной заболеваемости наркоманией среди населения Российской Федерации нами было установлено, что с 2009 по 2019 год она уменьшилась в 1,8 раза. [4]

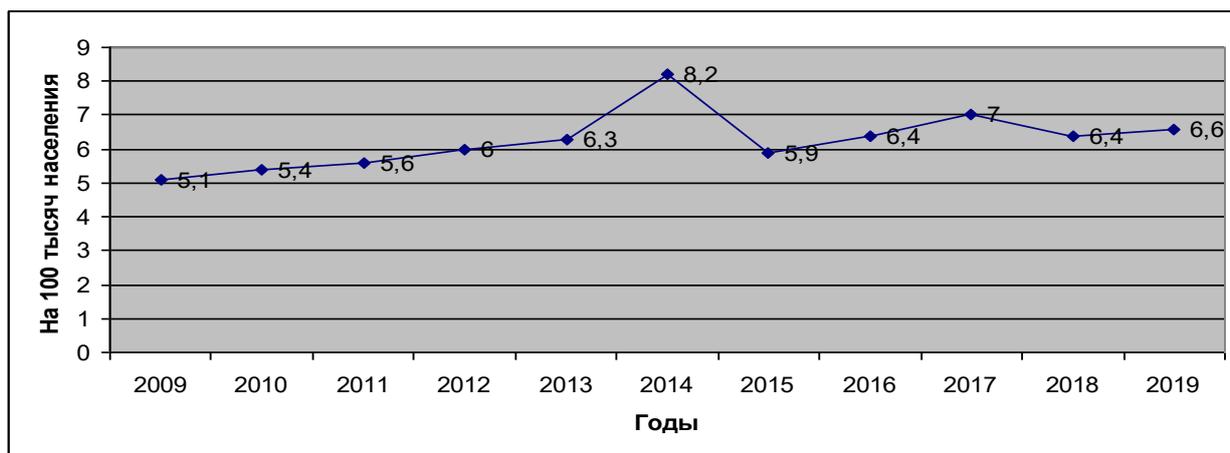


Рисунок 1. Динамика смертности от наркомании населения Российской Федерации за 2009-2019 годы (на 100 тысяч населения)

При распределении умершего от наркомании населения Российской Федерации за 2019 год по полу было установлено, что удельный вес мужского населения составил 89%, а женского населения - 11% (рисунок 2).

При распределении умершего от наркомании населения Российской Федерации за 2019 год по возрасту было установлено, что наибольший удельный вес составляет возрастная группа от 20 до 39 лет (70,44%), на втором месте - возрастная группа от 40 до 59 лет (27,01%), на третьем месте - возрастная группа от 18 до 19 лет (1,12%) (рисунок 3).

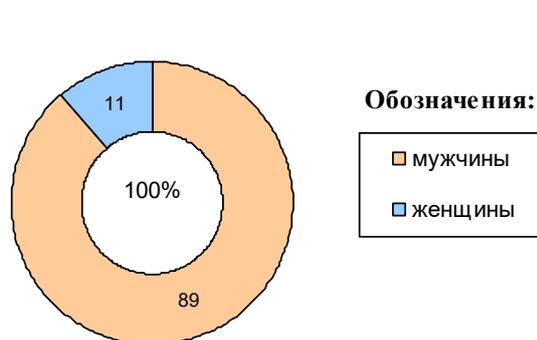


Рисунок 2. Распределение умершего от наркомании населения Российской Федерации с учетом пола в 2019 году (%)

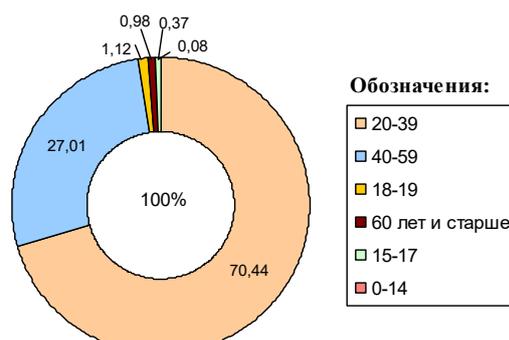


Рисунок 3. Распределение умершего от наркомании населения Российской Федерации с учетом возраста в 2019 году (%)

При анализе смертности населения Российской Федерации от наркомании за 2019 год по федеральным округам были получены следующие результаты: наибольший показатель смертности от наркомании установлен в Северо-Западном федеральном округе (12,0 на 100 тысяч населения), на втором месте – в Уральском федеральном округе (10,5 на 100 тысяч населения), на третьем – в Центральном федеральном округе (9,4 на 100 тысяч населения). Самый низкий показатель первичной заболеваемости наркоманией отмечен в Северо-Кавказском Федеральном округе (0,4 на 100 тысяч населения) (рисунок 4).

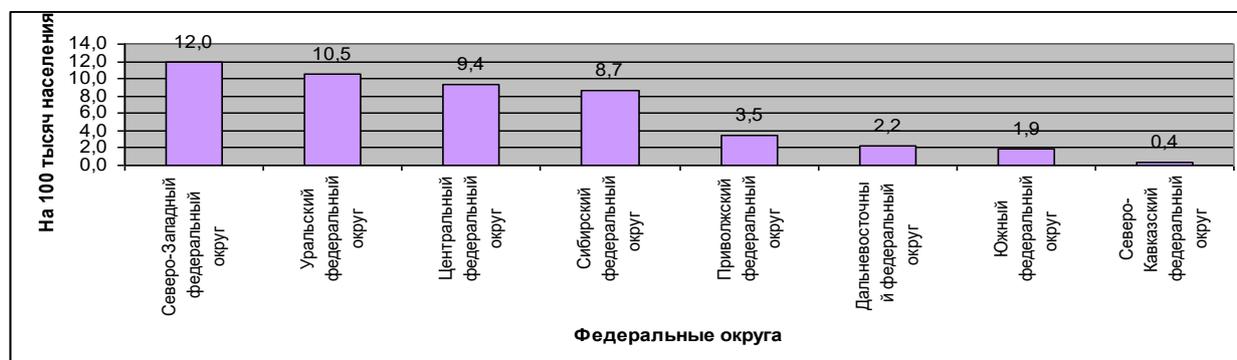


Рисунок 4. Смертность от наркомании населения Российской Федерации с учётом федеральных округов в 2019 году (на 100 тысяч населения)

Субъектами риска по смертности от наркомании в Российской Федерации в 2019 году являются: население Ленинградской области,

показатель которой в 3,3 раза выше среднероссийского, Санкт-Петербурга - в 3,2 раза, Московской области – в 3 раза, Ярославской области – в 2,4 раза, Челябинской области – в 2,4 раза, Кемеровской области - в 2,2 раза, Тюменской области – в 1,9 раза, Красноярского края – в 1,8 раз, Томской области – в 1,6 раза, Брянской области – в 1,6 раза выше среднероссийского. Не зарегистрирована смертность от наркомании в 2019 году в следующих субъектах Российской Федерации: Ивановская область, Орловская область, Ненецкий автономный округ, Республика Калмыкия, Астраханская область, Республика Ингушетия, Чеченская Республика (рисунок 5).

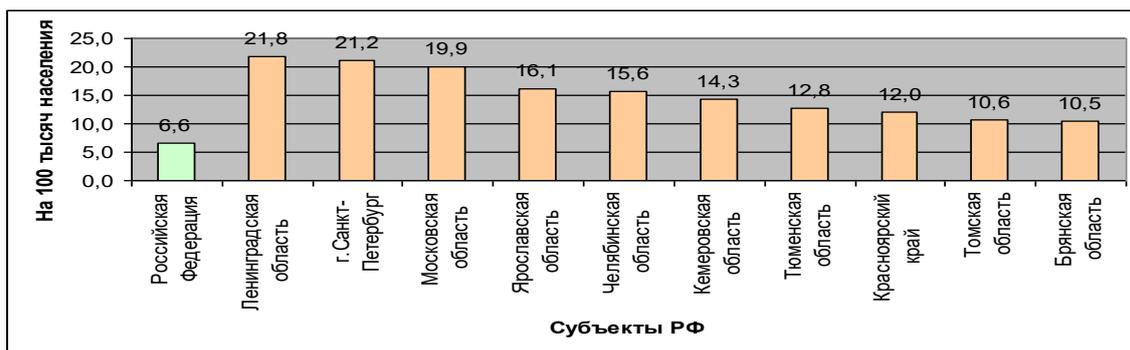


Рисунок 5. Смертность от наркомании населения по субъектам Российской Федерации в 2019 году (на 100 тысяч населения).

Выводы. Таким образом, анализ данных по смертности от наркомании населения Российской Федерации показал, что за 2009-2019 годы она увеличилась в 1,3 раза.

Доля умершего от наркомании мужского населения в 2019 году составила 89 %, женского населения - 11%.

Наибольший удельный вес умерших от наркомании в 2019 году составила возрастная группа от 20 до 39 лет (70,44 %), второе место заняла возрастная группа от 40 до 59 лет (27,01 %), на третьем месте - возрастная группа от 18 до 19 лет (1,12%).

Анализ смертности от наркомании населения Российской Федерации за 2019 год по федеральным округам показал, что на первом месте находится Северо-Западный федеральный округ (12,0 на 100 тысяч населения), на втором месте – Уральский федеральный округ (10,5 на 100 тысяч населения), на третьем - Центральный федеральный округ (9,4 на 100 тысяч населения). Наименьший показатель смертности от наркомании установлен в Северо-Кавказском федеральном округе (0,4 на 100 тысяч населения).

Наибольший уровень смертности от наркомании в 2019 году установлен у населения Ленинградской области (21,8 на 100 тысяч населения), г. Санкт-Петербург (21,2 на 100 тысяч населения) и Московской области (19,9 на 100 тысяч населения). [5]

Согласно Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года к 2025 году планируется достижение показателя количества случаев смерти в результате потребления

наркотиков - 2,7 случая, для чего необходимо совершенствование методов профилактики и диагностики незаконного потребления наркотиков и наркомании, а также лечения и медицинской реабилитации больных наркоманией. [3]

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"*
2. *Указ Президента Российской Федерации N 690 от 9 июня 2010 года "Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года"*
3. *Указ Президента Российской Федерации от 23.11.2020 № 733 "Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года"*
4. *Пивоварова Г.М., Позднякова П.В. Анализ первичной заболеваемости наркоманией среди населения Российской Федерации за 2009-2019 годы. Субъекты риска// Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции под ред. з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича - СПб. – 2021.*
5. *Официальный интернет-портал Росстата [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 18.12.2020).*

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ОТ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ ЗА 2010-2019 ГОДЫ

В. Н. Филатов, А. Ю. Терешкова, Г. М. Пивоварова

ФГБОУ ВО Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Аннотация. В данной работе проведено исследование динамики уровня смертности всего населения Северо-Западного федерального округа от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП) за 2010-2019 годы. Анализ динамики показал, что уровень смертности населения Северо-Западного федерального округа от ДТП за исследуемый период снизился на 43%. В 2019 году он составил 8 на 100 тыс. населения. Определены субъекты риска по смертности от ДТП среди населения Северо-Западного федерального округа в 2019 году.

Ключевые слова: смертность, дорожно-транспортные происшествия, Северо-Западный федеральный округ

Цель: Изучить уровни и динамику смертности от ДТП населения Северо-Западного федерального округа. Определить субъекты риска по смертности от ДТП среди населения Северо-Западного федерального округа в 2019 году.

Материалы и методы. В исследовании были использованы санитарно-статистические и аналитические методы анализа данных Федеральной службы государственной статистики Министерства здравоохранения Российской Федерации, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты. Росстат, предоставляя статистические данные о смертности населения в «Демографическом ежегоднике России», «умершими от ДТП» называет три группы: 1) пешеход, пострадавший в результате дорожного транспортного случая (кроме железнодорожного); 2) велосипедист (любой), мотоциклист (любой) и лицо, находящееся в трехколесном транспортном средстве, пострадавшие в результате дорожного транспортного случая; 3) лицо, находившееся в транспортном средстве, пострадавшее в результате дорожного транспортного случая. Также с 2015 года в категории «умерших от ДТП» появляется еще одна группа: лицо, находившиеся в вездеходе или в любом моторном транспортном средстве, предназначенном для передвижения вне дорог, пострадавшее в результате дорожного транспортного случая[3]. В соответствии с этим, анализ уровней смертности всего населения России от дорожно-транспортных происшествий в данной работе проводится с изучением именно этих четырех групп умерших от ДТП в Российской Федерации (номера групп 256-258, 307 в номенклатуре причин смерти 2010 года, основанной на МКБ-10).

В 2019 году уровень смертности населения Российской Федерации от ДТП составил 9,2 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2010 годом, данный показатель снизился на 34%.

В Северо-Западном федеральном округе уровень смертности населения от ДТП за 2010-2019 годы снизился на 43%, в 2019 году составив 8,0 тыс. населения (рисунок 1).

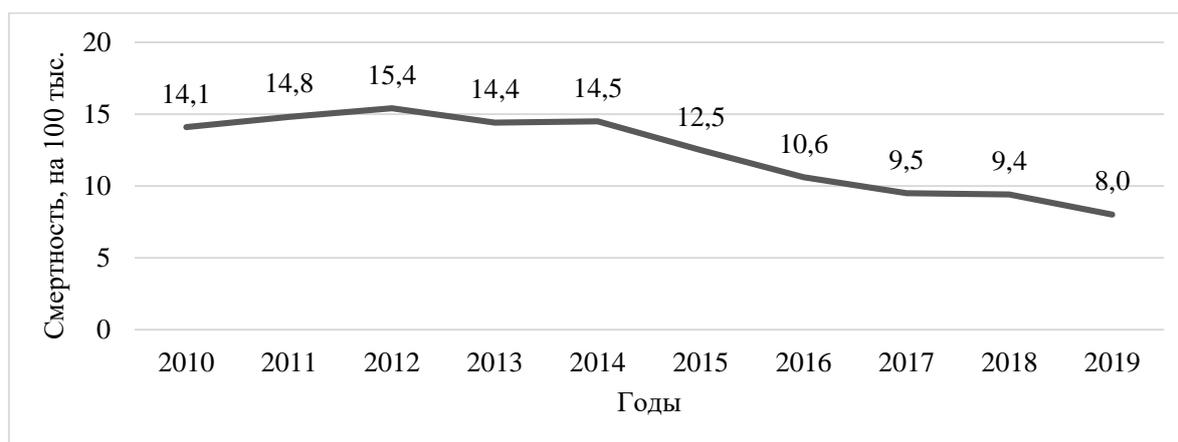


Рисунок 1. Динамика уровня смертности населения Северо-Западного федерального округа от ДТП за 2010-2019 годы (на 100 тыс.)

При распределении всех умерших от ДТП в Северо-Западном федеральном округе в 2019 году по субъектам отмечено, что наибольшую долю составляют умершие в Санкт-Петербурге (25,5%), на втором месте –

умершие в Ленинградской области (20,3%), на третьем – умершие в Архангельской области (11%) (рисунок 2).



Рисунок 2. Распределение всех умерших от ДТП среди населения Северо-Западного федерального округа в 2019 году с учетом субъектов округа

При распределении всех умерших от ДТП в Северо-Западном федеральном округе в 2019 году по полу установлено, что наибольшую долю составляет мужское население – 70%, доля женщин составила 30%.

При исследовании динамики уровня смертности всего мужского населения Северо-Западного федерального округа от ДТП за 2010-2019 годы установлено, что данный показатель снизился на 44%. В 2019 году уровень смертности мужчин от ДТП составил 12,1 на 100 тыс. населения.

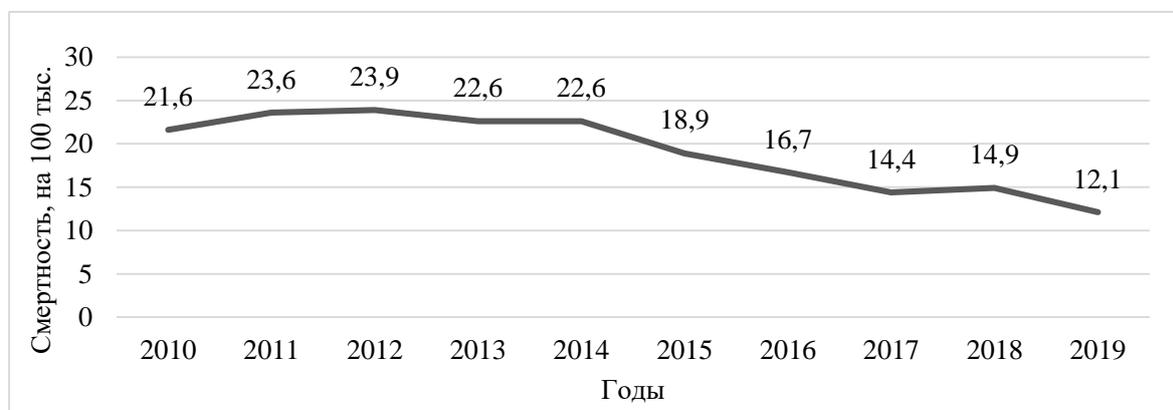


Рисунок 3. Динамика уровня смертности всего мужского населения Северо-Западного федерального округа от ДТП за 2010-2019 годы (на 100 тыс.)

За 2010-2019 годы уровень смертности от ДТП среди всего женского населения Северо-Западного федерального округа снизился на 41%. В 2019 году он составил 4,5 на 100 тыс. населения.

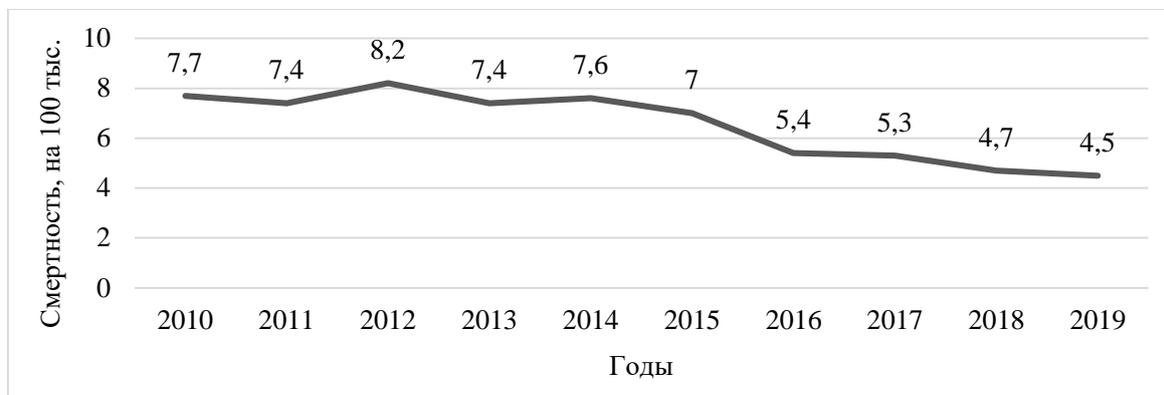


Рисунок 4. Динамика уровня смертности всего женского населения Северо-Западного федерального округа от ДТП за 2010-2019 годы (на 100 тыс.)

Субъектами риска по смертности от ДТП среди всего населения Северо-Западного федерального округа в 2019 году является население Ленинградской области (12,2 на 100 тыс.), Республики Карелия (11,5 на 100 тыс.), Архангельской области без автономии (11,2 на 100 тыс.), Новгородской (11,2 на 100 тыс.), Псковской (11 на 100 тыс.), Архангельской (10,8 на 100 тыс.) областей.

По данным Росстата и ГИБДД, в 2019 году основными причинами ДТП являются [2]:

- несоблюдение последовательности движения на перекрестке – 20%;
- некорректная дистанция и несоблюдение норм расстояния между транспортными средствами – 10%;
- нарушение движения на пешеходном переходе – 9,2%;
- выезд на встречную полосу – 8,4%;
- нарушение скоростного режима – 5,8%;
- движение не в соответствии с сигналами светофора – 2,7%;
- превышение установленной скорости – 2,3%;
- некорректный обгон – 1,3%.

Несмотря на тенденцию к снижению, уровень смертности населения Северо-Западного федерального округа от ДТП остается высоким. В связи с чем исполнительной, законодательной властям следует уделять большее внимание вопросам безопасности на дорогах, соблюдению правил дорожного движения всеми его участниками, особенно в субъектах риска.

Выводы. В Северо-Западном федеральном округе уровень смертности всего населения от ДТП за 2010-2019 годы снизился на 43%, в 2019 году

составив 8 на 100 тыс. населения. В структуре умерших от ДТП в Северо-Западном федеральном округе в 2019 году наибольшую долю составили умершие в Санкт-Петербурге (25,5%), на втором – умершие в Ленинградской области (20,3%), на третьем – умершие в Архангельской области (11%). При распределении всех умерших от ДТП в Северо-Западном федеральном округе в 2019 году по полу установлено, что наибольшую долю составляет мужское население – 70%, доля женщин составила 30%.

Субъектами риска по смертности от ДТП среди всего населения Северо-Западного федерального округа в 2019 году является население Ленинградской области, Республики Карелия, Архангельской области без автономии, Новгородской, Псковской, Архангельской областей.

Список литературы:

1. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
2. Статистика ДТП в России за 2019, 2020 год и прошлые периоды [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosinfostat.ru/dtp/> (дата обращения 17.05.2021)
3. Терешкова А.Ю., Пивоварова Г.М. Динамика смертности всего населения Российской Федерации от дорожно-транспортных происшествий за 2010-2019 годы с учетом федеральных округов // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции/ под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. – СПб., 2021.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.Я. Максимов, А.Е. Чернобровкина

*ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург
ФГБУ «РНЦРХТ им. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург*

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определил многие направления социально-экономического развития отраслей России на ближайшие годы. Основной целью исполнения указа должно стать снижение смертности

населения от новообразований, в том числе от злокачественных до 185 случаев на 100 тыс. населения. Для достижения указанных уровней благополучия предлагается обеспечить охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

Одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний, которое поражает женское население и приводит к невосполнимым потерям населения, в том числе трудоспособного возраста, являются злокачественные новообразования органов женской половой сферы: рак яичников, шейки и тела матки, других локализаций этой группы. По данным исследователей рак шейки матки занимает пятое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин и десятое место в структуре их смертности (Ашрафян Л.А., 2019, Каприн А.Д., 2018). При этом по отдельным наблюдениям за последние годы наблюдается тенденция к существенному росту доли женщин репродуктивного возраста, страдающих заболеваниями онкогинекологической сферы (Ашрафян Л.А. с соавторами, 2019, Соухами Р.Л., 2017, Тобайас Д.С., 2017).

В целях планомерного выявления злокачественных новообразований, для реализации упомянутого указа Президента Российской Федерации президиумом Совета при Президенте Российской Федерации в 2018 году утвержден Паспорт национального проекта «Здравоохранение», включающий в себя проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», реализуемый в настоящее время на федеральном и региональном уровнях. Показатели достижения целей проекта нацелены на расширение программ диспансеризации и профилактических осмотров, в том числе увеличение охвата целевых групп населения, прошедших диспансеризацию, профилактические осмотры, скрининговые исследования, развитие программ популяционного скрининга в рамках диспансеризации по ключевым нозологиям, в том числе злокачественным новообразованиям шейки матки. Это должно привести к снижению показателей смертности от онкологических заболеваний, увеличению удельного веса больных с ЗНО, выявленными на ранней стадии опухолевого процесса до 57,0 %, увеличению доли случаев онкологических заболеваний, выявленных на ранних (I–II) стадиях, за счет внедрения программ популяционного скрининга.

Организация проведения профилактических осмотров и диспансеризации в настоящее время регулируется порядками оказания медицинской помощи, устанавливаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации. Обследования женщин в целях раннего выявления злокачественных новообразований органов женской половой сферы определены Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н (далее – Порядок диспансеризации) и

Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н (далее – Порядок по гинекологии).

Согласно Порядку диспансеризации онкогинекологической скрининг проводится для всех женщин ежегодно, начиная с 18 лет. При проведении профилактического осмотра и первого этапа диспансеризации женщины осматриваются фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом. Кроме того, для отдельных возрастных групп дополнительно к осмотру проводится в обязательном порядке взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование, проведение цитологического исследования. Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются). Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки по медицинским показаниям может проводиться без учета установленной периодичности. Однако, установленная приказом частота цитологического исследования составляет по Порядку диспансеризации только 1 раз в 3 года для возрастных групп 18 – 64 года. Таким образом, ежегодный осмотр врачом акушером-гинекологом не всегда сопровождается цитологическим исследованием.

На втором этапе диспансеризации, который выполняется по показаниям, с 18 лет и старше, проводится осмотр (консультация) врача акушера-гинеколога при выявленных патологических изменениях по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки (цитологический мазок), молочных желез.

Наряду с этим, параллельно с нормативами, регламентирующими проведение профилактических мероприятий в целом, проведение скрининга на выявление злокачественных новообразований онкогинекологической сферы отражено в Порядке по гинекологии. Установлено, что в целях раннего своевременного выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций проводится профилактический осмотр (при проведении профилактического приема, диспансеризации, посещении смотрового кабинета медицинской организации).

Порядком по гинекологии установлено, что в рамках профилактического осмотра, нацеленного на раннее выявление онкологических заболеваний, проводится скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (анализ на вирус папилломы человека и цитологическое исследование мазка (соскоба), в том числе жидкостная цитология, на наличие атипичных клеток матки. Установлены следующие возрастные группы для проведения скрининга: в возрасте 21 – 29 лет – с применением цитологии или жидкостной цитологии 1 раз в 3 года, в возрасте 30 – 65 лет – с применением ко-тестирования (цитология /

жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора) – 1 раз в 5 лет.

Цитологический метод, введенный Джорджем Папаниколау, спас миллионы женщин в мире с момента его применения. В настоящее время продолжает быть самым дешевым, доступным методом диагностики в регионах России. Несмотря на существенные погрешности и отсутствие стандартизации забора метод забора «на стекло» постепенно уступил место в крупных городах методу жидкостной цитологии. Стоит отметить, что на сегодняшний день изменилась концепция самого скрининга. Важно не просто выявить рак, но и обнаружить процессы, которые могут в скором времени непременно привести к раку, такие как умеренная и тяжелая дисплазия, цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Задачей скрининга является вылечить на этом этапе женщину. Появление технологии жидкостной цитологии официально одобренной FDA в США в 1999 году и в 2004 официально одобренная NICE в Англии и Уэльсе. Это запатентованный метод клеточного обогащения улучшает качество цитологического исследования в 200 раз и является в перспективе основным методом достоверного исследования фоновых и предраковых процессов шейки матки.

Помимо указанных исследований, Порядком по гинекологии определено, что с целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза. Однако, частота такой диагностики не установлена, что не делает ее проведение обязательным.

Таким образом, требования к профилактическому осмотру по объему, срокам проведения, его частоте, а также по охвату возрастных групп различаются в установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации порядках оказания медицинской помощи – в Порядке по диспансеризации и в Порядке по гинекологии. При этом в каждом из этих документов цитологическое исследование не признается обязательным к ежегодному выполнению. Также не является обязательным и проведение УЗИ, что делает затруднительным раннюю диагностику злокачественных новообразований яичников и матки. Наряду с этим следует обратить внимание, что в Порядке по гинекологии имеется указание на возможность проведения цитологического исследования прогрессивным и высокоинформативным методом жидкостной цитологии, однако, такое обследование допускается наряду с традиционной диагностикой.

Представленный анализ нормативной базы, регулирующей вопросы проведения профилактических мероприятий, нацеленных на раннее выявление злокачественных новообразований органов женской половой сферы показал ее несогласованность, что может приводить к необоснованным отказам в оказании женщинам медицинской помощи и не обеспечивает в полной мере ежегодный охват этой части населения профилактическими мероприятиями вопреки предложенной на

государственном уровне концепции профилактического развития здравоохранения.

ОБ ИНФОРМАЦИОННОЙ ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

И.И. Белоусов, И.Ю. Худоногов, П.П. Пивненко

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Линейное моделирование любых патологических процессов (ПП) включает бессимптомный (доклинический) этап и последующий этап клинических результатов реализации социальных программ саморазрушения (СПС). Иными словами, ПП и СПС также неразрывно связаны в социальном организме, как белок и соответствующая РНК (ДНК) в микрокосмосе живой клетки. Расставляя приоритеты, необходимо говорить о первичности информации, любое изменение которой неизбежно приводит к изменениям вторичного субстрата. Настоящее исследование проводилось как с целью определения роли информации в поддержании определенного уровня общественного здоровья в целом, так и при развитии отдельных групп нозологий на примере урологических пациентов клиники РостГМУ. Учитывая медицинский контекст нашей работы, информацию мы отождествляли до некоторой степени с инфекцией, на которую должны распространяться все эпидемиологические приемы (самоизоляция, пресечение всех путей передачи, медико-социальный мониторинг, вакцинация и т.д.). При этом основной акцент при разработке современных программ профилактики мы делали на когнитивную составляющую информации, характеризующую смыслы жизни, т.е. включали индексирование потерь и приобретений объектов, считающихся социально значимыми (соответствующих альтруистической или прагматической направленности личности, что определяло суть СПС), а также учет действия конкретных факторов риска (ФР), опосредующих базовую прагматическую СПС при конкретных ПП. 1369 человек (взрослые жители ЮФО и СКФО) в возрасте от 18 до 59 лет было опрошено в 2016-2018 г.г. Каждый из участников опроса выполнял самооценку здоровья и характеризовал при помощи предлагаемых индикаторов СПС, которую он реализовывал. Динамика клинических последствий реализации СПС исследовалась на выборке, включавшей 333 человека, представленных несвязанными группами, состоящими из 78, 52, 83 и 120 пациентов, которые, тем не мене, отражали условную последовательность деградации предстательной железы вплоть до формирования рака простаты (РП), и выборке, состоящей из 164 человек, представленных несвязанными группами (12, 98 и 54 пациентов, страдающих от мочекаменной болезни). В результате статистической

обработки первичного материала было установлено, что индекс потерь и приобретений (ИПП) взрослого населения позволяет количественно оценивать влияние на общественное здоровье потока приобретенных и утраченных социально значимых объектов и разработать методическую основу оптимизации здоровья современного общества в отношении индикатора «накопленная заболеваемость» с использованием информационно-когнитивного перепрограммирования, обеспечивающего замену здоровьеразрушающих материальных потерь на аффилиативные здоровьесохраняющие приобретения. Мотивационная матрица (ММ) выборки взрослого населения (18-59 лет), индексированная при помощи разработанной нами тест-системы (ИПП), позволила наблюдать феномен снижения накопленной заболеваемости на 43,6% при увеличении ИПП от уровня -1 до уровня +1. В исследованной базе данных приобретения СЗО всех типов представлены в структуре ИПП в 8,4 раза меньше, чем потери СЗО всех типов, что означает наличие безусловного медицинского приоритета потерь над приобретениями с одной стороны, и обнищание населения – с другой. Наиболее достоверная корреляционная связь (при минимальном $Sr=0,036$) соответствовала преобладанию в мотивационной матрице обследованной популяции прагматической составляющей, обеспечивающей приобретения, которые и оказывают наиболее значимое позитивное влияние на изменение уровня (снижение) накопленной заболеваемости (НЗ). Изученная выборка взрослого населения относится к типичному обществу потребителей материальных благ. Духовная составляющая жизни участников опроса выражена незначительно, т.е. потеря близких людей (изменение аффилиативной части ММ) повысила накопленную заболеваемость в популяции по величине темпа роста (ТР) в 7,1 раз меньше, чем потеря работы, денег или товаров длительного пользования. Математическое моделирование процесса взаимодействия накопленной заболеваемости и социально значимых объектов, теряемых или приобретаемых респондентами, ($y=-0,333x+1,818$) с высокой достоверностью (допускающей вероятность ошибки 5%) показывает, что уровень здоровья современного российского социума чрезвычайно чувствителен к изменениям социально-экономической обстановки, которую мы диагностировали при помощи ИПП и установили, что каждый шаг по шкале потерь-приобретений (1 СЗО) изменяет НЗ на 333%. Иными словами, на момент наблюдения отмечалась нацеленность общества на приобретение материальных благ (стремление удовлетворить всевозрастающие материальные потребности). При этом углубляющийся (особенно на фоне пандемии COVID-19) экономический кризис значительно повысил риски приобретения новых заболеваний, поскольку случаи материальных потерь также участились. По нашему мнению, причинно-следственная цепочка, начинающаяся с материальных потерь (как наиболее чувствительных в медицинском плане) доступна активной коррекции. Основным направлением такой коррекции (профилактики) могут стать мероприятия, содержащие воспитательные и

культурно-образовательные контенты, способные заменить здоровьеразрушительные приоритеты стяжания на здоровьесберегающие альтруистические ценности. Наибольший эффект мероприятий первичной профилактики прагматизации и следующей за ней медицинской несостоятельности общества ожидается в социальных группах детей и подростков. Чрезвычайную важность цифровизации здоровья подтвердили социальный мониторинг (СМ) и линейное моделирование (ЛМ) патологического воздействия ФР на патологический процесс (ПП) дегенерации предстательной железы (ПЖ), формализующийся посредством аденомы и рака ПЖ, который представляет собой последовательность причинно-следственных взаимодействий ФР, имеющих различную природу, но четко отражающихся в информационной сфере. В ходе исследования были получены достоверные данные СМ о таких структурных компонентах основного ПП как нарушение питания (избыточный вес), снижение уровня сывороточного тестостерона (СТ), эректильная дисфункция (ЭД), отсутствие физического воздействия на ПЖ, повышенная возбудимость нервной системы – формирование патологического комплекса рефлексов дискоординации (ПКРД) и инфильтрация ткани ПЖ лимфоидными клетками и фибрином. Биполярные графические модели структурных и информационных компонентов ПП показали, что обратное развитие основного ПП возможно на каждом этапе дегенерации ПЖ, вплоть до РПЭ. Однако такое обратное развитие по мере нарастания морфологических изменений становится всё менее доступным. В связи с высокой вариабельностью возраста участников исследования хронологическое определение начальной точки (безопасного уровня) динамики факторов риска РП не представилось возможным. Тем не менее, морфофункциональные опорности (окружность талии (ОТ)=80 см; отсутствие ЭД) были подтверждены. Основные линии профилактики, верифицированные при помощи СМ и достоверно снижающие риск возникновения аденомы и РП до минимума, сводятся к: соблюдению диеты, приводящей организм в антропометрическую норму (в основе такой диеты должны лежать сырые овощи и фрукты, отруби, достаточное количество клетчатки, изредка нежирные сорта мяса, морепродукты, морская капуста, орехи. Категорически запрещено употреблять жареные, острые и копченые продукты, пряности и соусы, алкоголь, сладости, сдобную выпечку, высококалорийные торты, фаст-фуд и полуфабрикаты); регулярная половая жизнь, динамические упражнения мышц малого таза (ходьба, бег, приседания), статические упражнения, обеспечивающие отток крови и лимфы из ПЖ (подъем и удержание малого таза выше остальных органов и тканей в течение 10-15 минут перед сном); использование техник расслабления (медитация, молитва и т.п.); исключение переохлаждения (перегрева, механических повреждений и инфицирования мочеполовой системы).

Исследование СПС, приводящей к формированию коралловидного нефролитиаза (КН), показало, что улучшение функционирования мочеполовой системы является комплексной многоцелевой задачей, решение которой должно осуществляться с первых лет жизни человека. В возрастном диапазоне 40-52 года у пациентов с КН приращение размера конкрементов составляло в среднем 24,4% за 12 лет. При этом плотность камней (их кальцификация) увеличивалась на 9,0%. Интенсивность воспалительных реакций (фоновый уровень лейкоцитов в моче) возрастал на 11,1%. Разработанные в ходе исследования биполярные информационно-когнитивные модели (БИКМ) ПП свидетельствуют о том, что увеличение массы конкрементов сопряжено: с увеличением возраста (на 22,1%); ИМТ (на 14,7%); частоты исходной гиперазотемии (на 4,4%). Начальная точка патологического процесса мочекаменной болезни (МКБ) располагалась в возрастном диапазоне от 3-х до 28 лет. Дети, подростки и лица молодого возраста являются нашей целевой аудиторией. Основное внимание при формировании профилактических программ МКБ должно быть уделено процессам метаболизма белков как в направлении скрининга предикторов (ИМТ, азотемия, протеинурия) в группе риска, так и в направлении санпросветработы. Информационно-когнитивное сопровождение лечебного процесса и лекции в группах риска целесообразно формировать из материала, содержащего конкретные достоверные данные о морфологических проявлениях ПП на органном и клеточном уровнях. Пациенты, имеющие ПП «в ходу», могут снизить его интенсивность, если примут на вооружение установленные закономерности: ферментная активность организма в отношении расщепления белков снижается с возрастом; для снятия нагрузки с ферментных систем рекомендуется сокращать потребление мясных и молочных продуктов в пользу достаточного количества клетчатки (овощей и фруктов); нормализация обменных процессов и восстановление пищеварения возможны с использованием заместительной терапии (ферментов и пробиотиков) на постоянной основе. Однако имеющаяся фактографическая основа современных профилактических программ, являющаяся информационным антидотом (анти-СПС вакциной), остается невостребованной.

**ГЕНЕРИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ
САМОРАЗРУШЕНИЯ В СТОХАСТИЧЕСКОМ ОБЩЕСТВЕ
КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

И.Ю. Худоногов, И.И. Белоусов, П.П. Пивненко

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Клаус Мартин Шваб (2020), немецкий экономист, инженер, доктор технических и экономических наук, утверждает, что линии разлома (деформации) уже нарушили целостность экономики и общества во всех странах мира. Растущее фактическое неравенство, широко распространенное ощущение несправедливости, углубление геополитических разногласий, политическая поляризация, растущий государственный дефицит и высокий уровень задолженности всех перед всеми, неэффективное или несуществующее глобальное управление (общемировой беспорядок, хаос), чрезмерная финансиализация (диспропорция между денежной и товарной массами), ухудшение состояния окружающей среды нашли свое естественное продолжение в пандемии COVID-19, которую Шваб рассматривает как окно возможностей для того, чтобы сделать мир менее противоречивым, менее загрязняющимся, менее саморазрушающимся, более инклюзивным (доступным для всех слоев населения (all inclusive, for all inclusive)), более справедливым, чем он был в эпоху до пандемии. С научной точки зрения мир также должен освободиться и от дезинформации. Так, на начало 2021-го года COVID-19 убил меньше, чем 0,006% населения земного шара. Учитывая летальность, отметим, что испанский грипп (1918-1920) убил 2,7% населения Земного шара, а ВИЧ/СПИД – 0,6% (с 1981 года по сегодняшний день). Чума Юстиниана с момента её появления в 541 году и до окончательного исчезновения эпидемии в 750 году погубила почти треть населения Византии, а Черная смерть – эпидемия чумы в Эпоху Возрождения (1347-1351), как считается по разным оценкам, убила от 30 до 40% населения Европы. Тем не менее, именно COVID-19 позволяет переместиться в постпандемический мир наиболее оптимально, т.е. с минимальными потерями, но при достижении желаемого результата, а именно: справедливости при распределении материальных благ, увеличения реальных доходов подавляющего большинства населения, пересмотра социальных контрактов в пользу неимущих, очищения окружающей среды, использования (управления) технологиями на благо всего общества. Во всем мире набирают силу движения, требующие лучшего будущего и призывающие к переходу в экономическую систему, которая ставит во главу угла коллективное благополучие, а не просто рост ВВП отдельной страны, или увеличение богатства отдельно взятого человека. Шваб считает, что коллективные действия внутри общин и более тесное сотрудничество между

странами позволят более быстро и мирно выйти из кризиса, т.е. разрешить экзистенциальные риски для всех, связанные с: 1) ядерными угрозами; 2) изменением климата; 3) нерациональным использованием основных ресурсов (леса, морепродуктов, верхнего слоя почвы, пресной воды и проч.); 4) последствиями огромных различий в уровне жизни между социальными группами внутри одной страны и разными народами мира в целом. У населения Земли нет альтернативы, путь к лучшему миру (более инклюзивному, более справедливому и более уважительному по отношению к Матери-природе) один – это медико-социальное перепрограммирование всех и каждого. Справедливости ради следует отметить, что перепрограммирование или так называемая «Великая перезагрузка» уже давно и успешно идут. И связано это, прежде всего, с тем, что в окружающем нас мире четко визуализируются признаки начала глобальной трансформации (ГТ) индустриальной экономики в постиндустриальную («мутной» и «серой» – в прозрачную). Этот процесс инициируется (опосредуется) тотальной информатизацией (цифровизацией) всей существующей экономики. В определенном смысле ГТ – это закономерный этап упорядочивания имеющегося хаоса, повышение его управляемости, дальнейшая (максимально возможная) концентрация власти (собственности), т.е. ее обобществление. Новая собственность будет не частная, не государственная, а природоподобная (планетарная). Если использовать наглядные образы, то ГТ можно себе представить как процесс уподобления социальных объектов (структур) биологическим аналогам. Современное общество и все его элементы постепенно будут приобретать черты живых организмов, степень упорядоченности которых настолько велика, что каждая клетка находится в строго определенном месте, выполняет строго определенную функцию и жестко контролируется из центральной нервной системы. Кризисы перепроизводства, волатильность валют, финансовые пузыри, трудовая миграция, бесконтрольное обогащение одной части общества, обнищание другой и прочие проявления нестабильности после ГТ будут невозможны по определению. Синхронные действия всех клеток единого организма направлены на достижение общих целей, собственно достижение которых – это лишь вопрос времени, вопрос, ответ на который рассчитывается с математической точностью. Здравоохранение (медицина), являясь неотъемлемой частью экономики, также активно трансформируется в указанном направлении. Здоровье населения все более тесно сопрягается с экономической ситуацией, проявляет признаки социального программирования (манипулирования) с использованием информационных технологий. ГТ будет усиливать указанные тенденции. Уже сегодня хорошо заметны изменения экономического базиса и связанной с ним интеллектуальной надстройки. Так, одним из признаков ГТ в медицине является расширяющаяся междисциплинарная конвергенция (Худоногов И.Ю., 2018), проявляющаяся в медиализации общества (Данилевская Т.В. и соавт., 2017). Медицинские понятия всё настойчивее проникают в дискурс

общества как единого целого – об антителах и напряженности противовирусного иммунитета, например, не рассуждает сегодня только ленивый. Параллельно с этим терминология, методология и способ мышления программистов и специалистов из IT-сферы аналогично пополняют медицинский дискурс. Одним из таких терминов (методов) является «Индексирование» (И). В логике IT-специалистов понятие И интерпретируется как способ упрощения процедуры обработки информации, суть которого сводится к присвоению неповторимого набора цифр, букв или понятий (ключевых слов) определенному контенту, что значительно облегчает его поиск, сортировку, математическую обработку и проч. В контексте научной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» И входит в начальный этап управленческого цикла (УЦ), который называется «Планирование». Попытки И данных медико-социальных исследований известны достаточно хорошо. Так, метод «выявления следов» (МВС) позволяет фиксировать отражения сложных патологических медико-социальных процессов при помощи простых результативных индикаторов – конкретных случаев (поступков, проступков) на 1000 населения. Например, количество случаев регистрации брака за год – это индикатор уверенности в завтрашнем дне; разводов – семейная дисгармония; самоубийств – безысходность; убийств – чрезмерная агрессивность; грабежей и разбоев – несправедливое распределение собственности; детей-«отказников» в родильных домах и социальных сирот – угнетение чувства материнства и т.д. Будучи безусловно научным, МВС в сфере общественного здоровья, тем не менее, индексирует «следы» (последствия), т.е. характеризует этап «Контроля» УЦ. При этом очевидно есть нечто общее, что объединяет все эти разнообразные формы поведения людей в атмосфере экономического кризиса. Попытка индексировать причину происходящего составила новизну и функциональную направленность нашего исследования. Активное И потерь и приобретений, с точки зрения этапа «Планирование» УЦ, позволяет судить не только о масштабах происходящей ГТ общества, но и о её движущих силах. Имеется ввиду объективность и неизбежность ГТ, поскольку ГТ – это не чья-то прихоть или плод больного воображения, а действительно существующий этап глобального процесса развития социума, которому соответствует вполне определенная медико-социальная ситуация, определенность (взаимообусловленность) которой для многих исследователей не является вполне очевидной в силу отсутствия достаточной верификации, а тем более предложений по её коррекции.

Гипотеза нашего исследования состояла в том, что современная отечественная медицина, особенно социальная ее часть, в состоянии предоставить весь необходимый и достаточный инструментарий для проведения И коррекции уровня общественного здоровья (ОЗ) в неразрывной связи с ГТ, которая должна затронуть не только экономику и общественные отношения, но также блокировать репродукцию многочисленных

социальных программ саморазрушения (СПС), реализующихся в нашем обществе в соответствии со стохастическими принципами развития свободного рынка. Визуализация СПС возможна при помощи структурированных индикаторов (Илюхина О.В. и соавт., 2013), которые отображают ОЗ, а также интенсивность и направление коммуникации индивида в доступном ему социуме при помощи ключевых слов, обозначающих определенную потребность человека (Худоногов И.Ю. и соавт., 2018), соответствующие смыслам его жизни или СПС. Продолжая эту мысль, можно утверждать, что задолго до появления клинической симптоматики СПС приводят к активации некоторого фактора риска (ФР) или даже нескольких ФР, и возникновение патологии становится неизбежным. Иными словами, объективные закономерности проявляют себя не только клинически или лабораторно, но и в медико-социальной сфере, т.е. при проведении социального мониторинга. Именно на доклиническом этапе необходимо выполнять перезагрузку, т.е. замену СПС на профилактические контенты (программы) – информационные линии, сформированные по соответствующим подтвержденным самостоятельным направлениям (ФР). До последнего времени (в реальной действительности) пациенты рассматривались (и рассматриваются) как биологические объекты, общение с которыми ограничено жалобами и сбором анамнеза. Информационное сопровождение основного лечебного процесса, отражающее объективные достоверные данные о причинах и следствиях имеющегося заболевания, отсутствует (горизонт планирования – «здесь и сейчас»). В еще большей степени это относится к «здоровым» мужчинам и женщинам, у которых нет клинических проявлений, но патологический процесс уже начался. При этом логические цепочки (линии профилактики), способные остановить процесс, в их сознание не закладываются. Об этом не принято говорить в школе, в вузе, в СМИ, хотя такая информация есть, и ее применение может изменить ситуацию к лучшему. Вместо этого мы наблюдаем тотальную информационную экспансию производителей продуктов питания (и иных товаров и услуг), каждый из которых рассматривается нами как генератор социальной программы саморазрушения (СПС), поскольку не учитывает индивидуальные биохимические особенности населения и программирует его на бесконтрольное потребление своей продукции, болезнь и смерть ...

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ПРОЦЕССА
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ
БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА**

*В.И. Орел, В.И. Смирнова, О.М. Носырева, А.В. Орел,
Д.Н. Разгуляева, Д.В. Ченцов*

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики», Санкт-Петербург*

В рамках реализации национальных проектов в области укрепления здоровья населения значительное место отведено усилению профилактической работы, направленной на выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний и устранению или снижению их влияния. Диспансеризация определенных групп взрослого населения является актуальной профилактической программой. Обследование в рамках диспансеризации ежегодно проходят большое количество горожан Санкт-Петербурга.

С каждым годом благодаря информационно-коммуникационным компаниям, проводимым Санкт-Петербургским городским центром медицинской профилактики, количество прошедших профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию увеличивается. Однако, в ходе проводимого мониторинга выявлена недостаточная удовлетворенность потребителей медицинских услуг при прохождении профилактических осмотров и диспансеризации. Крайне важно совершенствовать процесс диспансеризации взрослого населения с применением методов бережливого производства. Ключевым принципом бережливого производства является непрерывность производственного потока без задержек и очередей за счёт равномерности загрузки персонала, рациональной логистики пациентов, персонала и информации, оптимальной планировки площадей медицинской организации и устранения всех видов потерь.

Внедрение бережливых технологий в системе здравоохранения в первую очередь направлено на создание пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды для медицинского персонала. Экспертная оценка показала высокую эффективность процессов от внедрения принципов бережливого производства в здравоохранении. Медицинские организации, вступившие в проекты по улучшениям в процессе внедрения, гарантированно достигают сокращения потерь, эффективного распределения нагрузки на персонал, снижения уровня стресса, повышения уровня удовлетворенности среди

пациентов и сотрудников медицинских организаций. Необходимость совершенствования организационного процесса диспансеризации взрослого населения с применением методов бережливого производства связана с выявленной недостаточной удовлетворенностью потребителей медицинских услуг как процессом, так и результатами диспансеризации. Приступая к совершенствованию организации процесса диспансеризации в первую очередь необходимо оценить текущее (фактическое) состояние процесса и собрать информацию о всех операциях, его составляющих. Также требуется оценить соответствие процессов требованиям действующих порядков и регламентов, выявив причины их неисполнения. На основании изучения последовательности и длительности всех операций процесса диспансеризации следующим шагом необходимо применить инструменты бережливого производства:

Картирование – инструмент визуализации и анализа материального и информационного потоков в процессе создания ценности от поставщика до заказчика, дающий возможность сразу увидеть узкие места и на основе анализа разработать план улучшений. Для выявления задержек, временных потерь в рабочих процессах осуществляется хронометраж маршрута пациентов, направленных с целью прохождения профилактического осмотра и диспансеризации. Картирование потока создания ценности осуществляется в два этапа:

Первый этап – построение карты текущего состояния: выполняется путем сбора информации на месте выполнения рабочего процесса – площадке.

На карте текущего состояния процесса отражены чаще всего встречающиеся проблемы: очереди перед регистратурой, кабинетами, пересечение потоков пациентов, длительное ожидание проведения исследований, длительный процесс диспансеризации, большое количество посещений поликлиники при прохождении диспансеризации.

Второй этап – построение карты целевого состояния процесса.

Карта целевого потока создания ценности отражает состояние потока, в котором устранены проблемы, которые можно решить в рамках проекта. Создавая карту целевого состояния процесса, необходимо произвести расчет целевого времени протекания процесса и этапов его достижения посредством реализации ряда целевых состояний. Основные принципы разработки целевого состояния процесса: разделение потоков, навигация и визуализация, минимизация перемещений за счет планировочного решения, планирование непрерывного потока с учетом равномерной загрузки персонала, маршрутизация пациентов и стандартизация работы.

Разделение потоков. Снижение количества пересечений потоков пациентов, проходящих диспансеризацию и профилактический медицинский осмотр с иными потоками пациентов, достигается организацией отделения (кабинета) медицинской профилактики отдельным компактным блоком, расположенным в непосредственной близости от кабинетов, в которых

проводятся исследования, входящие в объем диспансеризации/профилактического медицинского осмотра (кабинеты флюорографии, маммографии и т.д.).

Планировочное решение. Отделение (кабинет) медицинской профилактики размещается отдельным блоком. В месте ожидания перед кабинетами необходимо организовать комфортную зону с достаточным количеством посадочных мест. С целью самостоятельного заполнения анкет пациентами в зоне ожидания необходимо установить столы с письменными принадлежностями. При возможности необходимо разместить экраны или видеомониторы с трансляцией полезной информации о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний, подготовленной городским центром медицинской профилактики. В местах ожидания необходимо разместить кулер с питьевой водой и держатель одноразовых стаканов.

Навигация и визуализация. Система навигации должна обеспечивать быстрый поиск отделения (кабинета) медицинской профилактики. На входной двери отделения (кабинета) медицинской профилактики должна находиться информационная табличка с хорошо читаемой надписью.

Планирование непрерывного потока с учетом равномерной загрузки персонала. Для оптимальной организации работы и обеспечения равномерной загрузки отделения (кабинета) медицинской профилактики и достижения целевых показателей необходимо организовать работу согласно времени такта. Время такта отражает скорость, с которой нужно выполнить комплексную услугу, и прямо зависит от плановых показателей (расчетная величина). Время такта позволяет определить объем работы для каждого медицинского работника, занятого в проведении диспансеризации. Расчет времени такта осуществляется по формуле:

$$\text{Время такта} = \frac{\text{Количество рабочих дней в год (247)} * \text{количество рабочих минут в день}}{\text{Количество подлежащих диспансеризации в текущем году}}$$

Стандартизация работы. Отделение (кабинет) медицинской профилактики оснащается в соответствии с требованиями стандарта оснащения отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ. Работа каждого сотрудника отделения (кабинета) медицинской профилактики должна быть усовершенствована и стандартизирована с учетом минимизации потерь, обеспечивая качество и доступность оказываемой помощи. Рабочее пространство в кабинете должно быть организовано по методу 5С. По итогам процессов по улучшению должны быть разработаны стандартные операционные карты, позволяющие осуществить визуализацию выполняемых операций.

Таким образом, правильная организация процесса на принципах бережливого производства является основой для повышения качества и доступности диспансеризации и профилактических осмотров.

Список литературы:

1. В.И. Орел, А.В. Ким, О.М. Носырева, Н.А. Гурьева, Л.Л. Шарафутдинова, В.И. Смирнова, Т.И. Булдакова, Л.В. Сочкова. Реализация пилотного проекта «Бережливая поликлиника»: первые результаты и вызовы©//*Медицина: теория и практика*, том 4 2019 (спецвыпуск). С. 402-403
2. В.И. Орел, О.М. Носырева, Н.А. Гурьева, В.И. Смирнова, О.В. Орел, И.Ю. Силиди. Принципы бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь // *Евразийский вестник педиатрии. Медицинский научно-инновационный журнал 1 (1) апрель-июнь 2019 ISSN 2181-712X* С. 2 – 7
3. Л.В. Сочкова, М.М. Быкова, А.В. Ким, О.М. Носырева Опыт реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника» в поликлинике крупного города // *Рецензируемый научно-практический журнал Medicine and health care organization Медицина и организация здравоохранения 2018, volume 3, N 2: С. 4-11*
4. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации (2-е издание с дополнениями и уточнениями). М.:2019. С.82
5. Организация процесса диспансеризации на принципах бережливого производства. Методические рекомендации. М.: 2017.С.31
6. Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации. М.: 2019. С.68.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

**МЕСТО ЧАСТНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ВЫПОЛНЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ
ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
МЕТОДАМИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Т.А. Криволесова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ

На современном этапе развития государства вопросы демографической политики относятся к задачам первостепенной важности, государство заинтересовано в повышении рождаемости, в том числе этому способствует и развитие вспомогательных репродуктивных технологий.

В развитых странах — Дании, Швеции, Бельгии, Норвегии — с помощью методов вспомогательной репродуктивной технологии рождается до 10 % всех детей.

В Российской Федерации процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) была включена в систему ОМС в 2013 году. Лечение бесплодия с использованием метода ЭКО в Санкт-Петербурге осуществляют значительное количество медицинских организаций, в том числе федеральные клиники и частные медицинские организации.

Рост за последние семь лет количества медицинских организаций, входящих в систему обязательного медицинского страхования, и предоставляющих медицинскую помощь по данному профилю, составил 50,0 %, с 14 медицинских организаций в 2013 году до 21 медицинской организации в 2020 году, а учитывая значительную долю частных медицинских организаций, предоставляющих услуги по полису обязательного медицинского страхования, можно говорить о высокой рентабельности для частной системы здравоохранения установленных в системе обязательного медицинского страхования тарифов.

Медицинскую помощь по программам ЭКО жителям Санкт-Петербурга в 2020 году оказывали 12 частных медицинских организаций (57,1 % от общего числа), 6 федеральных клиник и институтов (28,6 %), подчиняющихся Министерству здравоохранения Российской Федерации, 3 учреждения здравоохранения (14,3 %), подведомственные Комитету по здравоохранению. Иногородним гражданам медицинская помощь была оказана в 19 клиниках Санкт-Петербурга.

В последние годы вместе с ростом общего количества медицинских организаций также отмечается значительный рост объемов оказываемой ими медицинской помощи.

В ходе анализа выставленных счетов установлено, что основные объемы медицинской помощи, как жителям Санкт-Петербурга, так и иногородним пациентам оказывают именно частные медицинские организации Санкт-Петербурга, входящие в систему обязательного медицинского страхования (4 535 циклов, или 74,3 % от общего числа проведенных процедур – 6 103 цикла). В федеральных клиниках, подчиняющихся Министерству здравоохранения Российской Федерации, в 2020 году проведено 920 циклов (или 15,1 % от общего числа), в учреждениях здравоохранения, подведомственных Комитету по здравоохранению - 648 циклов или лишь 10,6 %.

Если в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге частными медицинскими организациями жителям Санкт-Петербурга было выполнено 2 604 процедуры ЭКО или 66,3 % от общего числа процедур, то иногородним жителям достоверно больше (выполнено 1 931 циклов или 88,7 % от общего числа процедур ЭКО).

За оказанные медицинские услуги пациентам частными медицинскими организациями были выставлены счета на сумму 579,7 млн. руб., что подтверждает их существенную значимость в удовлетворении потребности

населения в квалифицированной медицинской помощи на современном этапе развития здравоохранения.

В целом за 2020 год иногородним гражданам в медицинских организациях города было проведено 2 177 циклов ЭКО на сумму 284,3 млн. руб. Причем следует отметить, что почти половина (48,8 %) из этих процедур ЭКО, проведенных иногородним жителям, была выполнена в ООО «АВА-ПЕТЕР» - 1 062 цикла на общую сумму 134,0 млн. руб. Почти каждая десятая процедура (248 циклов, или 11,4 %) выполнена в ОА «Международный центр репродуктивной медицины», а также в ООО «Центр инновационной эмбриологии и репродуктологии» (228 циклов, или 10,4 %). На данные три клиники приходится 70,6 % всех объемов оказываемой медицинской помощи для жителей регионов.

Таким образом, проведенный в рамках научной работы анализ объемов оказанной медицинской помощи выявил значительную роль частных медицинских организаций в удовлетворении потребности населения в процедуре ЭКО, как у жителей Санкт-Петербурга, так и у пациентов других регионов страны.

Место частной системы здравоохранения в выполнении государственного задания в системе обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге можно назвать значительным, а финансовые ресурсы, предоставляемые государством в медицинские организации частной формы собственности, существенными.

Приток в систему обязательного медицинского страхования значительных финансовых ресурсов стимулирует рост числа семей, желающих воспользоваться процедурой ЭКО, а также стимулирует рост числа клиник, готовых данную медицинскую помощь оказать.

Увеличение государственного финансирования объясняется как эффективностью самой процедуры, так и стремлением в кратчайшие сроки достигнуть определенного результата в демографических показателях.

ДИНАМИКА ЭКСТРЕННЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

И.М. Барсукова^{1,3}, А.А. Бойков², А.А. Шевцов², И.В. Ким³, А.О. Бумай¹

¹ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

²СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»

³ФГБОУ «Первый ГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Сегодня оказание скорой медицинской помощи (СМП) в России регламентировано Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об

охране здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Скорая медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядком оказания медицинской помощи - Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», на основе клинических рекомендаций (с 01.01.2022), с учетом стандартов медицинской помощи.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь является видом медицинской помощи и оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Медицинская эвакуация является элементом оказания медицинской помощи, это транспортировка пациента в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий) с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Городская станция скорой медицинской помощи (ГССМП) - старейшее и наиболее крупное медицинское учреждение Санкт-Петербурга, более двух тысяч сотрудников, работающих на 26 подстанциях в разных районах города. Круглосуточно по вызовам населения выезжают более 170 бригад различного профиля, в том числе: общепрофильные врачебные и фельдшерские бригады, специализированные бригады анестезиологии-реанимации, психиатрические бригады. Ежедневно в оперативный отдел Центральной подстанции по телефонам 103 и 03 поступает до 8 тыс. обращений. Бригады скорой медицинской помощи выполняют до 1800 выездов в сутки.

Цель исследования: провести анализ экстренных госпитализаций пациентов акушерско-гинекологического профиля бригадами скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга. Используются нормативный правовой, статистический и аналитический **методы**, материалы оперативного отдела Городской станции скорой медицинской помощи за 2015 и 2019 годы.

Результаты исследования. ГССМП принимает вызовы от лиц, находящихся на территории Адмиралтейского, Василеостровского, Выборгского, Калининского, Кировского, Красногвардейского, Красносельского, Московского, Невского, Петроградского, Приморского, Фрунзенского, Центрального административных районов Санкт-Петербурга. Вызовы, поступающие из пригородных районов Санкт-Петербурга, коммутируются на узлы связи расположенных там территориально пригородных станций и отделений скорой медицинской помощи, являющихся самостоятельными медицинскими организациями.

СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» обеспечивает оказание скорой медицинской помощи: при острых внезапных заболеваниях у взрослых и детей, возникших вне мест проживания (на улице, в общественных местах, на производстве и т.д.); при несчастных случаях в местах проживания, на улице, общественных местах, на производстве; при родах и нарушениях нормального течения беременности; при развитии острого психического расстройства; при угрозе возникновения и возникновении чрезвычайной ситуации; при массовых катастрофах и стихийных бедствиях.

Оказание скорой медицинской помощи больным в местах их постоянного или временного проживания при состояниях, вызванных внезапными острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, угрожающими жизни и здоровью, обеспечивают отделения скорой медицинской помощи городских поликлиник (ОСМП).

Мы провели анализ обобщенных показателей по всему городу, они представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Анализ экстренных госпитализаций пациентов акушерско-гинекологического профиля бригадами скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга, 2015-2019 гг.

Год	2015		2019		Динамика 2015-2019		r ¹
	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	
Пациент госпитализирован в стационар	39248	64,5	32200	66,6	-7048	-18,0	-1,0
Пациент госпитализирован в роддом	18558	30,5	12908	26,7	-5650	-30,4	1,0
Пациент оставлен на месте (нет показаний)	873	1,4	979	2,0	106	12,1	-1,0
Отказ от госпитализации (при наличии показаний)	1791	2,9	1002	2,1	-789	-44,1	-1,0
Иное ²	410	0,7	1254	2,6	844	205,9	-1,0
Всего	60880	100,0	48343	100,0	-12537	-20,6	-1,0

¹r – коэффициент корреляции Пирсона

²Иное: не найден, отмена вызова, отказ от медпомощи, доставлен домой, в морг, передан в ЛПУ (в женскую консультацию, в поликлинику), другой бригаде СМП и др.

При анализе результатов выполненных вызовов СМП установлено, что 93-95% обратившихся за СМП с патологией акушерско-гинекологического профиля, подлежали госпитализации, около 2/3 из которых - в стационар, 1/3 – в роддом, и только около 2,0% обратившихся остались дома (по месту вызова бригады СМП). Медицинскую эвакуацию в Санкт-Петербурге осуществляют бригады СМП ГССМП, ОСМП поликлиник и пригородных станций (отделений) СМП, в том числе экстренную, переданную от

медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (поликлиник, женских консультаций, бригад неотложной помощи).

Следует отметить снижение общего числа обращений акушерско-гинекологического профиля за скорой медицинской помощью на 20,6% при снижении числа отказов от госпитализации (на 44,1%). Наиболее значительно сократилось число госпитализаций в роддом – на треть (30,4%).

Заключение. Представленные данные свидетельствуют о следующем:

- о высоком проценте госпитализации пациентов с патологией акушерско-гинекологического профиля (93-95%)

- о значительном риске развития жизнеугрожающих состояний у этой категории обратившихся и крайне ограниченных лечебно-диагностических возможностях персонала бригад СМП по профилю «акушерство и гинекология» на догоспитальном этапе, принимая во внимание, в том числе, значительную долю фельдшерских бригад в структуре СМП;

- о снижении общего числа обращений акушерско-гинекологического профиля (на 20,6%) и экстренных госпитализаций в роддом (на 30,4%) коррелирует, с одной стороны, с демографическими особенностями в нашей стране, в том числе, снижением численности населения детородного возраста и показателей рождаемости, с другой – с оптимизацией работы первичного звена здравоохранения, при которой пациенты наблюдаются и лечатся амбулаторно, а госпитализируются в стационар (роддом) в плановом порядке.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

В.В. Орел

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации*

Здоровье является одним из прав человека и важнейшей составляющей его благополучия. Европейской программой «Здоровье-2020» дети и подростки определены как одна из приоритетных целевых групп. Такие законодательные акты как Конвенция о правах ребенка, принятая резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН № 44/25 от 20.11.1989 года (вступила в силу в СССР 15.09.1990 г.), седьмая статья Конституции Российской Федерации, ряд других актов и нормативно-правовых документов закрепляют право детей и подростков на здоровый рост и развитие. Европейская стратегия «Здоровье детей и подростков» (ВОЗ, 2005), Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года рассматривают обязательства по охране здоровья подрастающего поколения как инвестиции

в главный ресурс общественного развития, здоровье детей рассматривается как фактор национальной безопасности.

К наиболее распространённым повреждениям относятся черепно-мозговые травмы (ЧМТ), их число приближается к половине всех травм, на долю которых приходится примерно две трети смертельных исходов. Такие травмы становятся одной из ведущих причин временной утраты трудоспособности и инвалидизации. Рост ЧМТ отмечается не только в нашей стране, но и во всех странах мира. Специалисты постоянно изыскивают меры профилактики, изучают особенности клиники и разрабатывают наиболее эффективные методы диагностики и лечения ЧМТ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), констатирует, что в последние годы частота ЧМТ имеет ежегодную двухпроцентную тенденцию к росту, поэтому высокая распространенность и тяжесть осложнений такого вида травм обуславливают ее социальное значение.

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в 1985-1990 годах в странах бывшего СССР, частота ЧМТ составляла 3–5 случаев на 1000 населения. В Москве частота травмы у детей отмечалась в 4,1% случаев. Во всех странах мира прослеживается рост черепно-мозгового травматизма. Средняя частота ЧМТ по России в среднем составляет 4 случая на 1000 населения, что составило около 600 000 случаев в год. По данным статистического анализа, проведенного в 1999 году, в структуре травмы головы в Санкт-Петербурге преобладали повреждения мягких тканей головы – 60,3% ЧМТ. На долю сотрясения головного мозга приходилось 32,8 %, ушиба головного мозга легкой степени – 5,6 %, ушиба головного мозга средней степени – 0,9 %, ушиба головного мозга тяжелой степени – 0,4 % от всех ЧМТ. В других странах частота травмы варьирует от 1,8 до 5,4 случаев на 1000 населения, в последнее время прослеживается тенденция роста, в среднем, на 2% в год, при том, что страдают в основном люди трудоспособного возраста.

В 2000 году инвалидами вследствие травм всех локализаций признано около 70000 взрослых (около 4,7 на 10000 населения) и 17600 детей – 6,2 соответственно. В общей структуре травматизма на долю нарушения функций центральной нервной системы приходится до 30–40%, а в структуре причин инвалидности – 20–30%. На сегодняшний день черепно-мозговой травмой в стационарах страны число детей колеблется в интервале 140-160 тысяч.

ЧМТ в детском возрасте занимают первое место среди травм, требующих госпитализации, именно поэтому становятся одной из важнейших проблем детского здравоохранения. Показатель летальности у детей, госпитализированных с диагнозом ЧМТ, находится в пределах 0,35 - 38%, а 50% из тех, кто перенес тяжелую черепно-мозговую травму и выжил, становятся инвалидами. Исход лечения в значительной степени зависит от своевременности и качества оказания медицинской помощи таким пациентам.

Клиническое течение черепно-мозговой травмы у детей характеризуется рядом особенностей: развитие судорожного синдрома в остром периоде, эпилептиформные изменения на ЭЭГ и посттравматическая эпилепсия. Они проявляются в своеобразных для растущего организма проявлениях: с одной стороны это повышенная чувствительность и ранимость детского мозга, с другой – высокие компенсаторные возможности, даже при условии получения черепно-мозговой травмы тяжелой степени.

В неврологическом отделении клиники педиатрического университета с согласия родителей обследован 81 ребенок с ЧМТ различной степени тяжести. В числе детей 60,5% мальчиков и 39,5% девочки. Возраст детей составлял от 0 до 18 лет. Они были распределены на три группы: 0 - 6 лет, 7 - 15 лет и 16 - 18 лет. Критерием включения был установленный клинический диагноз черепно-мозговая травма в соответствии МКБ-шифрами для ЧМТ, с учетом срока постановки диагноза, временем госпитализации в стационар и временем начала проведения комплекса лечебных мероприятий.

Все обследованные дети были условно разделены на 2 группы в зависимости от длительности периода с момента получения ЧМТ до госпитализации. В первую группу были отнесены дети, которые были госпитализированы непосредственно после получения травмы или спустя 1–2 дня, они составили 46,9%, во вторую – дети, которые обратились за медицинской помощью, спустя более 2 дней – 55,6% соответственно.

Длительность периода до госпитализации в связи с посттравматическими последствиями у детей снижается с увеличением возраста на момент ЧМТ. Чаще дети получали черепно-мозговую травму в возрасте до 3 лет – 28,4%, большинство детей – 54,3% получили травму в быту, легкая степень ЧМТ диагностирована у 58,0% детей, средняя степень – у 19,8% детей, тяжелая степень – у 22,2% детей.

В результате ЧМТ гематомы возникли у 15 детей, переломы костей черепа – у 11 детей. В остром периоде ЧМТ сознание оказалось нарушенным у 9,9% пациентов и варьировалось от умеренного оглушения до глубокой комы. Нарушения речи выявлены у 13,6% детей. Очаговые неврологические симптомы отмечались в виде поражения черепных нервов - у 14,8% детей с ЧМТ, наличии спастического лево- или правостороннего гемипареза - у 13,6% детей, нарушении координации – у 11,3 % детей, менингеальные знаки – у 4,9% детей.

Особенностью острого периода ЧМТ легкой степени тяжести у детей раннего и младшего возраста является малосимптомное течение, но у таких пациентов могут быть последствия различной степени тяжести, в том числе посттравматическая эпилепсия. В остром периоде ЧМТ посттравматическая эпилепсия диагностирована у 10,7% детей, в промежуточном столько же – 10,71% больных, в отдаленном периоде значительно больше – 78,6% детей, и во всех случаях подтверждена результатами ЭЭГ. В 7,1% случаев пациенты имели наследственную отягощенность по эпилепсии. Единичные эпилептические приступы выявлены у половины детей, причем у 6 42,9% из

них однократно, у 14,3% детей наблюдался однократный эпилептический приступ в остром периоде. Эпилептические приступы средней частоты возникали у 6 детей, частые эпилептические приступы – у 8 детей. В результате лечения приступы прекратились у 23 детей и продолжались у 5 детей. Наличие посттравматической эпилепсии после ЧМТ установлено у 28 детей с ЧМТ, включая 12 пациентов с ЧМТ легкой степени тяжести, 8 – со средней ЧМТ и столько же с тяжелой ЧМТ, причем среди них 11 больных имели ранние эпилептические приступы, развившиеся в течение недели после травмы, и 17 детей – поздние эпилептические приступы, возникшие после недели с момента травмы.

Было отмечено, что содержание антител к основному белку миелина IgM, IgG в крови детей с ЧМТ коррелирует с тяжестью ЧМТ. Содержание в крови антител IgM у детей с легкой ЧМТ и группы сравнения не различается, у детей со средней ЧМТ оно выше, чем у детей с легкой ЧМТ, у детей с тяжелой ЧМТ - выше, чем у детей со средней ЧМТ.

Установлено, что в исходном и повторном исследованиях у детей с легкой и средней ЧМТ содержание антител IgM, а также антител IgG значимо не отличалось. При повторном исследовании содержание антител IgG у детей с легкой ЧМТ оказалось выше, чем у детей группы сравнения, а содержание антител IgM, IgG у детей со средней ЧМТ - выше, чем, соответственно, их содержание у детей с легкой ЧМТ. При повторном исследовании установлено более высокое содержания антител IgM, IgG у детей с тяжелой ЧМТ и посттравматической эпилепсией.

Независимо от тяжести ЧМТ для диагностики, прогноза и назначения лечения ее последствий у детей необходима оценка комплексных данных, включающих дату травмы, ее вид и тяжесть, данные анамнеза, неврологического статуса, результаты инструментального обследования, наличие, вид и частоту судорожных приступов после травмы. Поэтому следует применять дифференцированный подход к лечению, диспансеризации и прогнозу судорожных синдромов после ЧМТ, выделяя среди них: эпилепсию, требующую длительную антиэпилептическую терапию, не менее 5 лет; судорожные синдромы с высоким риском развития посттравматической эпилепсии, при которых назначение АЭП решается индивидуально в процессе диспансеризации с длительностью не менее трех лет; судорожные синдромы и изменения на ЭЭГ с невысоким риском развития посттравматической эпилепсии со сроком диспансеризации 2-3 года, не требующие назначения антиэпилептической терапии.

После ЧМТ в обследование детей рекомендуется включать проведение иммунологического исследования с определением содержания в крови антител к основному белку миелина IgM, IgG, показатели которых в комплексе с другими данными позволяют прогнозировать исходы ЧМТ.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Е. В. Плотникова

«Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий», Санкт-Петербург

Укрепление здоровья, снижение смертности и заболеваемости детского населения являются приоритетными направлениями социального, экономического и демографического развития страны. В результате проведенных в стране реформ здравоохранения прослеживается стабилизация показателя рождаемости. Но при этом наблюдается тенденция по ухудшению здоровья детей, большая часть которых имеет хронические заболевания.

Приоритетной задачей по социальной защищенности детей с ограниченными возможностями здоровья является обязанность государства и общества обеспечить условия для их медико-социальной реабилитации и абилитации, адаптации к социальной среде.

Основными заболеваниями, приводящими к инвалидности детей, являются болезни нервной системы, психические расстройства, врожденные anomalies. Свидетельством утяжеления проблемы является существенный рост врожденных anomalies (пороков развития) и хромосомных нарушений в исследуемый период с 125,3 тыс. случаев по 150,5 тыс. случаев. Ежегодно увеличивается число детей от 0 до 3 лет с комплексной патологией.

Несмотря на то, что произошло некоторое снижение общей заболеваемости детского населения за период 2015-2020 гг. (с 4399,5 тыс. случаев в 2015 по 2999,8 тыс. случаев в 2020 г.), проблема состояния детей первого года жизни с нарушениями в развитии остается актуальной.

В настоящее время под абилитацией понимают лечение патологических состояний у детей раннего возраста с целью формирования первичных, несформированных умений и способностей ребенка, адаптации его к окружающей среде.

Для оценки эффективности оказания абилитационной помощи детям первых трех лет жизни нами был проведен анализ деятельности и изучена структура работы абилитационного отделения.

Основной задачей отделения абилитации является осуществление индивидуально-ориентированной педагогической, психологической, социальной помощи детям и их семьям; максимально возможное развитие и поддержка функциональных способностей ребенка в соответствии с его возможностями в таких областях, как развитие навыков коммуникации, в частности речи (альтернативные способы коммуникации); познавательная область развития (развитие способов познания через наблюдение, исследование и игру); социальная область (навыки социального

взаимодействия с родителями, с другими людьми, понимание и выражение эмоций); развитие движений (обеспечение возможности удерживать и менять по своему желанию позу, дотягиваться, хватать, удерживать и манипулировать предметами, передвигаться в пространстве, в случае невозможности выполнения самостоятельных движений – подбор вспомогательного оборудования); самообслуживание (формирование предпосылок к овладению такими важными умениями, как самостоятельное питание, умывание, уход за телом, одевание, раздевание).

Индивидуальные занятия на отделении проводятся по разным направлениям: сенсомоторная и психомоторная коррекция, игровая терапия, развитие речи и коммуникативных навыков, развитие познавательной деятельности, развитие высших психических функций, психологическая коррекционно-развивающая работа, поведенческая терапия.

Специалисты отделения работают в тесном сотрудничестве с семьей ребенка, оказывая психолого-педагогическую поддержку родителям.

Основным объектом исследования явились дети первых трех лет жизни, получившие абилитационную помощь. Основным источником информации явились медицинские карты детей от 0 до 3 лет. По полученным данным проведен анализ: функциональных, речевых, когнитивных нарушений; эмоциональной активности; коммуникативных навыков. В исследовании предоставлена оценка эффективности работы отделения абилитации.

Результаты. Одним из главных показателей, характеризующих здоровье населения, является инвалидность. Важную роль в развитии инвалидности играют врожденные заболевания, а также болезни с хроническим течением и неблагоприятным прогнозом. Следует отметить недостаточный объем лечебно-профилактической помощи и реабилитационных мероприятий, отсутствие системы оказания абилитационной помощи на всей территории РФ, позднее выявление нарушений развития детей. По данным Минздрава России, число детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет в 2019 г. достигло 605 тысяч человек. Особую тревогу вызывает тот факт, что основной причиной инвалидности детей являются болезни нервной системы, среди которых заметно больший удельный вес (56,3%) приходится на детский церебральный паралич; вдвое ниже доля детей с психическими расстройствами и расстройством поведения (27,4%). Ежегодно увеличивается число детей с комплексной патологией, в том числе детей с умственной отсталостью и моторными или сенсорными нарушениями. Данная ситуация определяет основное направление дальнейшего развития системы абилитационной помощи детям с ограниченными возможностями.

Одной из форм организации медицинской помощи в системе здравоохранения РФ являются отделения абилитации на базе детских поликлиник, которые были созданы в 1998-1999 гг. Абилитационное отделение в своей работе руководствуется приказами, методическими и нормативными документами Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации, Распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 10.06.2002 № 219-р, Приложением № 1 «Положения о центре раннего вмешательства в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

Основной принцип работы отделения — это коллективная работа специалистов: педиатр, специалист по лечебной физкультуре, психолог и логопед. На первичных консультациях педиатр для определения уровня развития ребенка применяет адаптированные вопросники KID (для детей от 4 до 15 месяцев) и CDI (для детей от 1,4 года до 3,5 лет). Данное анкетирование используется не только для выявления нарушений на первичном этапе вмешательства, но и для мониторинга изменений, происходящих с ребенком в процессе реабилитационных мероприятий. Положительная динамика результата работы специалистов, выявленная путем анкетирования, позитивно влияет на эмоциональный фон родителей.

При утверждении индивидуальной программы реабилитации в каждом конкретном случае учитываются характер патологии ребенка и степень выраженности ограничений его жизнедеятельности. Нарушения развития, выявленные среди обратившихся в отделение детей, включали неврологические заболевания (25,3%): перинатальную энцефалопатию, минимальную мозговую дисфункцию, задержку психомоторного развития, детский церебральный паралич, эпилепсию и органическое поражение нервной системы. У каждого пятого ребенка имели место соматическая патология и такие нарушения, как задержка речевого и психического развития, поведенческие нарушения. Доля детей с ортопедической патологией (косолапость, плоскостопие, нарушение осанки, кривошея) составила 12,6%. У 6,6% детей выявлена патология зрительного аппарата, в том числе ограничение полей зрения, астигматизм, атрофия зрительных нервов, врожденные аномалии глаз. В единичных случаях педиатр развития работал с детьми, имеющими врожденные пороки развития (1,4%).

Исследование показало, что работа специалистов отделения реабилитации имела положительные результаты в 98,0% случаев (улучшение двигательных навыков, совершенствование крупной и мелкой моторики, повышение двигательной активности, улучшение коммуникативных навыков и др.); Неблагоприятный результат отмечался в 0,8% случаев у детей, имеющих прогрессирующие заболевания (тяжелое поражение центральной нервной системы, эпилепсия, множественные нарушения), что было вызвано течением болезни. Отсутствие динамики (1,2%) наблюдалось среди детей, проживающих в семьях с выраженными социальными проблемами.

Программа раннего вмешательства, включающая комплекс реабилитационных мероприятий, квалифицированную медико-социальную помощь детям с нарушениями в развитии может быть успешно проведена в условиях отделения реабилитации. Эффективность реабилитационных мероприятий, проводимых с детьми, имеет прогностическое значение для последующей адаптации этих детей в обществе.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОДГОТОВКИ ЮНОШЕЙ 15-17 ЛЕТ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

В.И. Орел¹, Н.А. Гурьева¹, А.В. Ким¹, А.Ю. Бесеганич²

¹ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

²Военный комиссариат Санкт-Петербурга

В настоящее время состояние здоровья молодежи допризывного и призывного возрастов стало общегосударственной проблемой. В большинстве случаев высокая распространенность ряда хронических заболеваний среди юношей определяет увеличение числа лиц, негодных к военной службе.

В состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции:

- высокая распространенность факторов риска, влияющих на ухудшение здоровья и развитие подростков, увеличение заболеваемости и инвалидности;
- интенсивность ухудшения качества здоровья детей и подростков в 3,5 раза выше, чем у взрослого населения;
- по данным Национального медицинского исследовательского Центра здоровья детей, истинная частота нарушений здоровья и развития среди юношей в 2,7 раза выше, чем данные учетной документации, а до 32% расстройств выявляются на военно-медицинских комиссиях впервые;
- в настоящее время удельный вес юношей, освобождаемых от призыва из-за низких показателей состояния здоровья, составляет 30-35%;
- около 40% юношей призывного возраста по уровню физического и психического развития не в состоянии адаптироваться к нагрузкам военной службы.
- слабая психологическая мотивация подростков к формированию здорового образа жизни, низкая физическая активность [3].

Усугубляет ситуацию нежелание большинства юношей служить в Вооруженных Силах на призывной основе.

На сегодняшний день демографический спад рождаемости 90-х годов прошлого столетия, безусловно, привел к сокращению абсолютной численности потенциальных воинов, что на фоне сокращения вдвое срока военной службы по призыву и последовавшим за этим необходимым увеличением ежегодной численности призываемых граждан, вызывает определенную социальную напряженность и актуализирует проблему обороноспособности государства.

Состояние здоровья поступающего на комплектование Вооруженных Сил РФ пополнения находится в прямой зависимости от качества и

эффективности медицинского обеспечения молодежи и медицинского отбора призывников на военную службу [1].

В связи с этим особую актуальность приобретает система организации медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе, направленная не только на максимальное оздоровление будущих воинов, но на обоснование комплексов диагностических мероприятий среди лиц, потенциально освобождаемых от призыва по состоянию здоровья.

С 1999 г. осуществлен перевод подростков до 17 лет включительно в детские медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, следовательно, ответственность за медицинское обслуживание подросткового контингента 15-17 лет возлагается на педиатрическую службу. Медицинское обслуживание детей до 18 лет в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях позволяет осуществлять проведение комплексного динамического наблюдения при подготовке юношей к первоначальной постановке на воинский учет. Непрерывность медицинского обслуживания подростков от 0 до 18 лет принципиально позволяет провести юноше в системе единого врача-педиатра комплекс диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий до первого военно-врачебного освидетельствования [2].

Медицинское обеспечение юношей допризывного возраста представляет собой систему мероприятий по подготовке граждан к призыву на военную службу, организованную в порядке, установленном органами военного управления и медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения и проводится во взаимодействии с военными комиссариатами под руководством органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления. Данная работа осуществляется в тесном контакте с общественными организациями, администрацией учебных заведений, предприятий и других учреждений, в которых учатся и работают юноши.

Мероприятия по организации медицинского обеспечения молодежи к военной службе проводятся в порядке, установленном приказами и нормативно-правовыми документами МЗ РФ, МО РФ, Минобрнауки РФ:

- Федеральный закон «О воинской обязанности и военной службе» № 53-ФЗ от 28.03.1998 (с изм. и доп.);

- Постановление Правительства РФ от 31.12.1999 № 1441 (ред. от 30.03.2019) «Об утверждении Положения о подготовке граждан Российской Федерации к военной службе»;

- Приказ Минобороны РФ и Минздрава РФ от 23 мая 2001 г. № 240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе» (с изм. и доп.), а также ряд организационно-методических документов.

С целью эффективности работы по медицинскому обеспечению юношей органы здравоохранения совместно с военными комиссариатами:

- ежегодно разрабатывают план медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе. Основные мероприятия этого плана включают в комплексный план подготовки молодежи к службе в Вооруженных Силах;

- организуют работу медицинских организаций по всестороннему медицинскому обеспечению подготовки юношей к службе в армии: а) организация и проведение профилактической работы (в том числе ежегодные профилактические медицинские осмотры), диспансерного наблюдения за состоянием здоровья и физического развития, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей 15-16 лет; б) организация и проведение медицинского освидетельствования, обследования граждан при первоначальной постановке на воинский учет и лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей, поставленных на воинский учет, до призыва их на военную службу;

- анализируют и обобщают результаты проводимых мероприятий и принимают меры по распространению положительного опыта работы;

- контролируют путем совместных проверок состояние лечебно-оздоровительной и профилактической работы среди допризывников и призывников и медицинского отбора пополнения Вооруженных Сил страны и принимают меры по их улучшению;

- организуют учет и отчетность по установленным формам;

- комплектуют призывные комиссии (комиссии по приписке) квалифицированными врачами-специалистами;

- принимают меры к повышению квалификации врачей, участвующих в диспансеризации юношей и медицинском освидетельствовании их при первоначальной постановке на воинский учет и призыве граждан на действительную военную службу.

Деятельность детских амбулаторно-поликлинических учреждений при работе с юношами направлена на медицинское обеспечение граждан мужского пола 15-16 лет до их первоначальной подготовки на воинский учет. Главной задачей является всесторонняя оценка здоровья мальчиков и юношей и начало лечебно-оздоровительной работы с теми, кто в ней нуждается. Данная работа включает в себя:

- раннее выявление функциональных нарушений, заболеваний, отклонений в физическом и психическом развитии юношей, а также факторов медико-социального риска возникновения заболеваний (условий учебы, труда, быта и т. д.);

- разработку и осуществление профилактической работы с юношами в образовательных учреждениях и по месту жительства, динамическое врачебное наблюдение за имеющимися отклонениями в состоянии здоровья, проведение нуждающимся лечебно-оздоровительных мероприятий;

- систематический анализ состояния здоровья и физического развития юношей, качества и эффективности медицинского наблюдения;

- разработку и осуществление мероприятий по совершенствованию медицинского обеспечения.

Основными элементами данного направления деятельности детских поликлиник являются ежегодные профилактические осмотры юношей 15-16 лет, которые включают в себя три этапа:

- 1) доврачебное обследование по скрининг-тестам, физиометрическое и лабораторное обследование, включающее антропометрию, половую формулу, измерение частоты сердечных сокращений, трехкратное измерение АД, ЭКГ, анализы крови, мочи, кала, флюорографии.;
- 2) осмотр врачом-педиатром поликлиники или врачом образовательного учреждения;
- 3) осмотр врачами-специалистами с анализом ранее проведенных обследований.

По завершению медицинского осмотра врач-педиатр дает комплексную оценку состояния здоровья юноши.

Таким образом, основным итогом медицинского обеспечения юношей 15-17 лет по подготовке к военной службе в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений является максимальное увеличение группы здоровых юношей к моменту первоначальной постановки на воинский учет.

Список литературы

1. Бесеганич А.Ю., Гурьева Н.А. Основные проблемы в работе поликлиник при подготовке граждан к военной службе. Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи: материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 17-18 мая 2018 г. СПб: Изд-во ABS color., 2018: 105-106
2. Орел В.И., Грандильевская О.Л., Кузнецова Е.Ю., Ким А.В., Стволинский И.Ю., Либова Е.Б., Джангавадзе Н.Д., Кокарева Т.Д., Кешишев И.А., Батраков Д.Ю., Гурьева Н.А., Андриянычева Н.В. Основные показатели здоровья юношей Санкт-Петербурга допризывного и призывного возрастов. Система медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе: Информационно-аналитический сборник. Санкт-Петербург. 2005.
3. Орел В.И., Гурьева Н.А., Ким А.В. Вредные привычки у лиц допризывного возраста. Профилактическая и клиническая медицина. 2011; №2 ТОМ 1(39): 253

**ПРОБЛЕМЫ
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

**АНАЛИЗ РЕСУРСНОЙ БАЗЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, В РАМКАХ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

В.Е. Моисеенко¹, Л.В. Кочорова², В.В. Хижа³

¹ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский Университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

³СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Показатель распространенности злокачественных новообразований (ЗНО) в Российской Федерации (РФ) в 2019 г. составил 2 675,4 на 100 000 населения, что выше уровня 2009 г. (1 897,0) на 41%. Также по данным статистики в 2019 г. в РФ от злокачественных новообразований умерли 29 940 больных [Каприн А.Д, 2020]. Для увеличения эффективности оказания медицинской помощи больным, страдающим ЗНО, а также для совершенствования существующих программ в рамках приоритетных проектов системы здравоохранения необходимо проведение анализа ресурсной базы медицинских организаций Санкт-Петербурга (СПб) в рамках оказания специализированной стационарной помощи онкологическим больным. Таким образом, целью данного исследования было проведение оценки ресурсной базы медицинских организаций СПб в рамках оказания специализированной стационарной помощи больным, страдающими ЗНО. Медико-статистические данные ресурсной базы системы оказания специализированной онкологической помощи в СПб изучены за период с 2014 по 2019 г. Для анализа использованы формы канцер-регистра СПб.

По данным управления Федеральной службы государственной статистики по г. СПб и Ленинградской области, численность врачей в 2019 г. в СПб составила 45822 человек (84,9 на 10000 человек населения). В целом в 2019 г. в медицинских организациях государственных форм собственности СПб число штатных должностей врачей-онкологов составило 667,25 единиц (прирост штатных единиц по сравнению с 2014 г. составил 30,1%). В течение проанализированного периода укомплектованность штатов врачей-онкологов носила разнонаправленный характер, в целом снизившись с 88,1% в 2014 г.

до 83,7% в 2019 г. (убыль показателя составила 5%). Наибольший темп убыли наблюдался в 2019 г. – 5,9%. Среднероссийский показатель укомплектованности штатов врачей-онкологов физическими лицами составил в 2019 г. 66,2%. При этом, показатель укомплектованности стационаров города физическими лицами увеличился: с 72,4% в 2014 г. до 83,9% в 2019 г. (прирост – 15,9%). Данная тенденция способствовала снижению коэффициента совместительства в медицинских организациях СПб с 1,2 до 1. За шесть лет увеличилось число штатных должностей врачей-онкологов в стационарах города на 49,75 единиц. Укомплектованность должностей врачей-онкологов при этом снизилась в целом с 90,5% в 2014 г. до 88,2% в 2019 г. убыль данного показателя составила – 2,5%. Показатель укомплектованности должностей врачей-онкологов в стационарном звене физическими лицами имел значительный прирост до + 28,9%: с 78,2% в 2014 г. до 100,7% в 2019 г., темп прироста был наибольшим в 2015 г. и составил +16,9%. Коэффициент совместительства при этом снизился с 1,2 до 1 в 2015 году и оставался неизменным на протяжении всего изученного периода.

Из всех врачей-онкологов, работающих в онкологической службе СПб, по состоянию на 2019 год, квалификационные категории имели 34,6%, из них – 22,3% – высшую категорию, 7,1% – первую категорию и 5,2% – вторую. Оставшиеся 65,4% врачей-онкологов категории не имели, то есть работали по специальности менее 5 лет. При этом доля врачей-онкологов, имеющих высшую категорию, снизилась по сравнению с 2015 г. на 5,7%. (Табл.1)

Таблица 1 - Динамика показателей кадрового состава врачей-онкологов СПб в период с 2014 по 2019 г.

Врачи – онкологи амбулаторного звена

Год	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Штатные должности (на 10000 населения)	512,7	517,7	551	569,5	599,2	667,2
Занятые должности (на 10000 населения)	452	456,7	477,5	509,5	532,5	558,7
Физические лица, абс.	371	422	439	489	516	560
Укомплектованность, %	88,1	88,2	86,7	89,5	88,9	83,7
Коэффициент совместительства	1,2	1,1	1,1	1	1	1

Врачи-онкологи стационарного звена

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Штатные должности (на 10000 населения)	287,7	279	295,7	306,2	304,5	337,5
Занятые должности на 10000 населения)	260,5	254,5	266,2	289,5	290	297,7
Физические лица, абс	225	255	269	305	304	340
Укомплектованность (%)	90,5	91,2	90	94,5	95,2	88,2
Коэффициент совместительства (%)	1,2	1	1	1	1	1

По данным Росстата, в целом за период с 2014 года по 2019 год число онкологических коек в медицинских организациях РФ в абсолютных числах возросло на 3,6% (с 34 936 в 2014 году до 36 186 в 2019 году). При этом, данный показатель при расчете на 1 000 случаев вновь выявленных ЗНО снизился на 11,8% (с 64,1 в 2014 году до 56,5 в 2019 году). Показатель обеспеченности онкологическими койками (на 10000 населения) оставался на протяжении изученного периода практически неизменным (2,4 в 2014 году и 2,5 в 2019 году).

В СПб число коек онкологического профиля в абсолютном выражении увеличилось с 2016 в 2014 г. до 2137 в 2019 г., прирост за 6 лет составил 6%. В 2019 г. показатель обеспеченности койками онкологического профиля в СПб составил 4,2 на 10000 населения, что оказалось в 2 раза выше среднего показателя по стране.

Таблица 2 - Динамика числа пролеченных больных на койках онкологического профиля в СПб в период с 2014 по 2019 г.

Год	Число пролеченных больных (человек)	Абсолютный прирост (человек)	Показатель наглядности (%)	Показатель роста (%)	Темп прироста (%)
2014	61642	–	100	100	–
2015	68524	6881	111,2	111,2	11,2
2016	70221	1697	113,9	102,5	2,5
2017	69837	–384	113,3	99,5	0,5
2018	74632	4795	121,1	106,9	6,9
2019	84471	9839	137,0	113,2	13,2

Несмотря на прирост числа пролеченных онкологических больных за изученный период времени, наблюдалось снижение средней длительности работы койки онкологического профиля в СПб: с 369 дней в 2014 г. до 357 в 2019 г. Темп убыли за данный период составил – 3,5%. Необходимо отметить, что средняя длительность работы онкологической койки в среднем по стране в 2019 году составила 329,4 дня. На фоне снижения среднегодовой занятости койки онкологического профиля для населения СПб наблюдалось и снижение средней длительности пребывания больного на койке с 12 дней в 2014 г. до 9 дней в 2019 г. Показатель темпа убыли за проанализированный период составил -25,6%. Снижение средней длительности пребывания больного на койке, способствовало росту оборота койки. Увеличение оборота койки составило в 2014 году – 30,6 дней и 39,5 дней в 2019 г. Прирост показателя за шесть лет равен 29,1%. Также стоит отметить, что оборот онкологической койки в среднем по России составил 40,2, а показатель средней длительности лечения больных на онкологических койках – 8,2 дня.

Заключение. Несмотря на то, что маршрутизация пациентов четко определяет функции всех звеньев онкологической службы города, на основании проанализированных данных, можно сделать вывод о том, что койки стационаров, оказывающих специализированную помощь жителям Санкт-Петербурга, страдающих ЗНО работают с некоторой перегрузкой. Показатель укомплектованности должностей врачей–онкологов в стационарном звене физическими лицами имел значительный прирост за проанализированный период, также отмечено снижение коэффициента совместительства сотрудников, также отмечается увеличение числа онкологических коек в Санкт-Петербурге.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В.А. Перминова, Л.П. Даутова

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа*

Колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности, как в России, так и во всем мире и является один из распространенных видов ЗНО не только по частоте заболеваемости, но и по показателям смертности [3]. Во всем мире смертность при КРР составляет около 8% всех смертей от рака, занимая четвертое место в ее структуре [2,5]. Смертность от злокачественных новообразований населения России сокращает среднюю продолжительность жизни у мужчин на 1,7 года и у женщин на 1,9 года, вследствие чего теряется 4,3 млн. человеко-лет жизни, в том числе 612,6 тысяч в трудоспособном возрасте [4]. Своевременность выявления злокачественных новообразований среди населения наиболее полно характеризуется показателем одногодичной летальности, который показывает долю больных, умерших до одного года с момента установления им диагноза злокачественного новообразования. В России, несмотря на снижение одногодичной летальности от КРР (с 32,3% до 23,5%) этот показатель остается высоким [1].

Колоректальный рак объединяет такие патологии, как рак ободочной и прямой кишки. В связи с этим был проведен анализ одногодичной летальности отдельно от рака ободочной кишки и прямой кишки по данным статистической отчетности онкологической службы Республики Башкортостан за 2008 и 2018гг. среди населения. Достоверность различий средних величин определялась с помощью критерия Стьюдента (t), относительных величин – Z-критерия. Взаимосвязь признаков устанавливалась с помощью корреляционного анализа.

В Республике Башкортостан в 2018г. показатель одногодичной летальности больных колоректальным раком составил 28,3%, что выше, чем

в Российской Федерации (23,5%) и Приволжском федеральном округе (24,4%). Данный показатель оказался выше среди больных раком ободочной кишки (33,8%), чем среди больных раком прямой кишки (23,5%) ($p < 0,001$).

Рассматривая показатель за десятилетний период можно отметить более выраженное снижение одногодичной летальности от рака прямой кишки – в 1,3 раза (с 29,5% до 23,5%), чем от рака ободочной кишки – в 1,1 раза (с 36,2% до 33,8%).

Показатель одногодичной летальности косвенно характеризует выявляемость случаев с запущенной стадией рака (IV стадия рака ободочной кишки и III, IV стадии рака прямой кишки). Показатель запущенности рака ободочной кишки снизился на 9,9% (с 32,2% до 29,0%), прямой кишки – на 7,7% (с 50,7 до 46,8%). Между количеством случаев запущенности и показателем одногодичной летальности КРР установлена сильная прямая корреляционная связь ($\rho = 0,89$; $p < 0,01$).

При сравнительном анализе уровня одногодичной летальности с учетом места жительства было установлено, что в сельской местности показатель оказался выше, чем в городской. В динамике отмечалось снижение годичной летальности как среди городского населения, так и среди сельского населения, но более значительное снижение показателя отмечалось среди городского населения. Так, показатель годичной летальности от рака ободочной кишки среди городского населения снизился на 20,2% (с 35,2 до 28,1%; $p < 0,05$), среди сельского населения – на 1,9% (с 37,1% до 36,4%; $p > 0,05$), от рака прямой кишки среди городского населения – на 32,6% (с 30,4 до 20,5%; $p < 0,001$), среди сельского населения – на 16,5% (с 31,5% до 26,3%; $p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1 - Одногодичная летальность больных КРР в Республике Башкортостан за 2008 г. и 2018 г., %

Население	Локализация	2008 г.	2018 г.
Городское	Ободочная кишка	35,2	28,1
	Прямая кишка	30,4	20,5
Сельское	Ободочная кишка	37,1	36,4
	Прямая кишка	31,5	26,3

Исследования многих авторов [2,5] свидетельствуют, что показатель одногодичной летальности отличался у мужчин и женщин. Анализ показал, что среди женщин уровень годичной летальности был ниже, чем среди мужчин, как у больных раком ободочной кишки (32,1% против 34,5%), так и у больных раком прямой кишки (21,3% против 24,7%).

Одногодичная летальность зависит от стадии патологического процесса. В динамике среди умерших на первом году с момента установления диагноза снизилась доля умерших в ранней стадии с 22,3% в 2008г. до 11,5% в 2018г. Доля больных умерших на ранних стадиях (I и II) на

первом году с момента установления диагноза была выше при раке прямой кишки (22,0% в 2018г.), чем при раке ободочной кишки (11,5% в 2018г.).

Распределение умерших по стадиям рака прямой кишки показало, что среди женщин доля патологического процесса в I и II стадии была выше (24,0%), чем среди мужчин (20,6%), а при раке ободочной кишки данный показатель среди женщин и мужчин был примерно одинаков (11,3% и 11,8%).

Таблица 2 - Показатель одногодичной летальности в зависимости от пола и стадии патологического процесса в Республике Башкортостан за 2008 и 2018 гг.

Стадии	Ободочная кишка			Прямая кишка		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
2008 год						
I	3,0	4,2	2,2	4,3	4,7	3,9
II	19,3	25,4	15,1	25,2	28,1	21,6
III	27,7	25,3	30,1	29,6	29,7	29,4
IV	50,0	45,1	52,1	40,9	37,5	45,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2018 год						
I	0,8	1,7	-	1,7	1,5	2,0
II	10,7	10,1	11,3	20,3	19,1	22,0
III	19,3	21,8	16,9	20,4	20,6	20,0
IV	69,2	66,4	71,8	57,6	58,8	56,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Одногодичная летальность в ранней стадии рака, как ободочной кишки, так и прямой кишки, была выше среди сельского населения, чем среди городского. В сельской местности при раке ободочной кишки она составила 16,8%, в городской – 10,4%, при раке прямой кишки соответственно – 15,6% и 10,0%.

В Республике Башкортостан показатель одногодичной летальности больных КРР выше, чем в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе. За десятилетний период отмечалось снижение показателя, что объясняется снижением показателя запущенности КРР. Более выраженное снижение показателя одногодичной летальности отмечалось от рака прямой кишки, чем от рака ободочной кишки.

Показатель годичной летальности, в том числе и в ранней стадии патологического процесса был выше среди сельского населения, чем среди городского, причем данный показатель был выше при раке прямой кишки. Возможно, это связано с более низкой доступностью и не своевременностью оказания специализированной медицинской помощи в сельской местности.

Выявленные особенности определяют необходимость разработки мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с учетом места проживания.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
НОЗОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ПАЦИЕНТОВ,
ВЫБЫВШИХ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ В 2019 -2020 гг.**

Е.Н. Пенюгина, К.И. Шапиро, О.В. Емельянов, Н.Н. Лукогорская

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова*

*ГБУ «Санкт-Петербургский научно- исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе»*

Распространение коронавирусной инфекции в 2020 году оказало существенное влияние на деятельность практически всех медицинских организаций, в том числе и оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях. Часть больниц была перепрофилирована для лечения наиболее тяжелых пациентов с COVID-19, а часть стационаров приняла на себя нагрузку перепрофилированных больниц. Кроме того, периодически отменялась плановая госпитализация, в том числе для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Так, в 2019 году удельный вес выбывших из петербургских стационаров больных, госпитализированных по экстренным показаниям, составил 55,9 %, а в 2020 году – 62,5 %.

Важно отметить, что общее число госпитализаций взрослого населения уменьшилось в 2020 году по сравнению с 2019 годом на 19,9 %: с 999978 до 801180 случаев госпитализации. Результаты сравнительного анализа нозологического состава пациентов старше 18 лет, выбывших из стационарных учреждений Санкт-Петербурга в 2019 и в 2020 году, свидетельствует о существенном уменьшении числа выбывших больных практически по всем классам заболеваний МКБ-10 –таблица 1.

Таблица 1 -Число пациентов, выбывших из медицинских организаций Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в 2019-2020 гг.

Наименование класса заболеваний	Код по МКБ	Выписано пациентов 2019 г.	Выписано пациентов 2020 г.	Абс. прирост (убыль)	%
Всего	A00-T98	999978	801180	- 198798	- 19,9
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	A00-B99	31935	19929	- 12006	- 37,6
COVID -19	U07/1-2	-	90111	+ 90111	-
Новообразования	C00-D48	119262	93999	- 25263	- 21,2
Болезни крови, кроветворные органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный	D50-D89	5388	4136	- 1252	- 23,2

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Наименование класса заболеваний	Код по МКБ	Выписано пациентов 2019 г.	Выписано пациентов 2020 г.	Абс. прирост (убыль)	%
механизм					
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	17420	10370	- 7050	- 40,5
Психические расстройства и расстройства поведения	F00-F99	34152	29219	- 4933	- 14,4
Болезни нервной системы	G00-G98	15423	12069	- 3354	- 21,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	35947	26361	- 9586	- 26,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	4904	4112	- 792	- 16,1
Болезни системы кровообращения	I00-I99	209617	132081	- 77536	- 37,0
Болезни органов дыхания	J00-J98	59715	40929	- 18786	- 31,4
Болезни органов пищеварения	K00-K92	95940	62375	- 33565	- 35,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L98	14757	9804	- 4953	- 33,6
Болезни костно-мышечной системы	M00-M99	67101	44230	- 22871	- 34,1
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	90719	64848	- 25871	- 28,5
Беременность, роды и послеродовый период	O00-O99	106982	92852	- 14130	- 13,2
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	1807	1525	- 282	- 15,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	S00-T98	88909	62230	- 26679	- 30,0

На 40,5 % уменьшилось число госпитализаций больных по поводу болезней эндокринной системы. Более чем на треть уменьшилось число госпитализаций больных с болезнями системы кровообращения, болезней органов пищеварения, болезней костно-мышечной системы, заболеваний кожи и подкожной клетчатки, болезней органов дыхания. число госпитализаций по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин уменьшилось на 30,0 %.

Вместе с тем, в 2020 году добавилась значительная по численности группа больных, госпитализированных по поводу Covid -19. По поводу данного заболевания было госпитализировано 90111 больных.

В 2020 году по сравнению с 2019 годом, с одной стороны, число госпитализаций взрослого населения уменьшилось, а, с другой стороны, изменился нозологический состав выбывших из стационаров пациентов.

В 2020 году, как и в 2020 году первое место среди всех пациентов, выбывших из стационарных учреждений, заняли больные с болезнями системы кровообращения (соответственно 21,5 % и 16,5 %), но их доля существенно уменьшилась. Второе место в 2019 году разделили пациенты, лечившиеся по поводу новообразований (11,9 %) и по поводу беременности, родов и послеродового периода (10,7 %). В 2020 году второе место разделили пациенты, лечившиеся по поводу новообразований (11,7 %), по поводу беременности, родов и послеродового периода (11,6 %) и больные коронавирусной инфекцией (11,3 %) – таблица 2.

Третье место разделили пациенты с заболеваниями органов пищеварения (9,6 % в 2019 году и 7,8 % в 2020 году), больные с болезнями мочеполовой системы (соответственно 9,1 % и 8,1 %) и пациенты с травмами и отравлениями (8,9 % и 7,8 %).

Об утяжелении контингента больных можно судить по существенному увеличению больничной летальности. По сравнению с 2019 годом в 2020 году уровень данного показателя в целом по стационарам города увеличился в 1,7 раз (с 2,9 % до 4,9 %).

Больничная летальность среди больных коронавирусной инфекцией в 2020 году составила 12,2 %, а из общего числа больных, умерших в стационарах города, умершие от Covid-19, составили 28,6 %.

Таблица 2 - Нозологический состав пациентов, выбывших из медицинских организаций, Санкт-Петербурга оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в 2019-2020 гг.

Наименование класса заболеваний	Код по МКБ	Выписано пациентов 2019 г.	Структура %	Выписано пациентов 2020 г.	Структура %
Всего	A00-T98	999978	100,0	801180	100,0
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	A00-B99	31935	3,2	19929	2,5
COVID -19	U07/1-2	-	-	90111	11,3
Новообразования	C00-D48	119262	11,9	93999	11,7
Болезни крови, кроветворные органы и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	5388	0,5	4136	0,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	17420	1,7	10370	1,3
Психические расстройства и расстройства поведения	F00-F99	34152	3,4	29219	3,6
Болезни нервной системы	G00-G98	15423	1,5	12069	1,5

ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, Санкт-Петербург, 2021

Наименование класса заболеваний	Код по МКБ	Выписано пациентов 2019 г.	Структура %	Выписано пациентов 2020 г.	Структура %
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	35947	3,6	26361	3,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	4904	0,5	4112	0,5
Болезни системы кровообращения	I00-I99	209617	21,0	132081	16,5
Болезни органов дыхания	J00-J98	59715	6,0	40929	5,1
Болезни органов пищеварения	K00-K92	95940	9,6	62375	7,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L98	14757	1,5	9804	1,2
Болезни костно-мышечной системы	M00-M99	67101	6,7	44230	5,5
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	90719	9,1	64848	8,1
Беременность, роды и послеродовый период	O00-O99	106982	10,7	92852	11,6
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	1807	0,2	1525	0,2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин	S00-T98	88909	8,9	62230	7,8

Необходимо отметить, что доля больных коронавирусной инфекцией в 2020 году составила 11,2 %. Кроме того, медицинские подразделения, осуществляющие лечение этих больных, относятся к наиболее ресурсоемким отделениям не только в связи с использованием дорогостоящей медицинской техники и дорогостоящих лекарственных препаратов, но и в связи с достаточно длительными сроками стационарного лечения. Так, в 2020 году средняя длительность пребывания на койке больного с коронавирусной инфекцией составила 13,2 дня.

Результаты анализа численности и нозологического состава выбывших из стационара больных за два прошедших года свидетельствуют о необходимости проведения масштабных исследований, касающихся изучения реальных потребностей населения крупного города в различных видах медицинской помощи, с целью соответствующей реструктуризации коечного фонда.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ-МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

В.В. Бибикова, В.Л. Эмануэль, К.С. Клюковкин

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

Лабораторная диагностика, оказывая влияние на 60-70% всех клинических решений [1], играет важную роль в решении задач здравоохранения, и есть основания полагать о растущем значении медицинских лабораторий в процессе диагностики и лечения заболеваний на ближайшую перспективу. Этому способствует как расширение номенклатуры лабораторных исследований, так и повышение их точности, надежности и доступности. Расширенный доступ к диагностическим тестам, безусловно, может принести дополнительную пользу, как пациенту, так и врачу, но повышенная доступность сопряжена с риском. Пациенты все чаще подвергаются исследованиям, которые имеют для них сомнительное клиническое значение, а врачи не всегда осведомлены об актуальных практиках заказа лабораторных тестов и корректной интерпретации их результатов.

Вопросы клинико-лабораторного обеспечения приобретают особую актуальность при оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая, являясь зоной первого контакта пациента с системой здравоохранения, способна предотвратить дальнейшую госпитализацию и дорогостоящее лечение. В ходе недавнего опроса врачей ПМСП, проведенного J. Nickner и соавт. (2014), было установлено, что в 14,7% случаев они испытывают неуверенность в заказе тестов и в 8,3% случаев сталкиваются с неопределенностью в интерпретации результатов [2]. В таких условиях важно обеспечить эффективное взаимодействие врачей первичного звена здравоохранения со специалистами клинико-диагностических лабораторий (КДЛ).

Целью настоящего исследования является изучение предпосылок обеспечения эффективного взаимодействия врачей ПМСП со специалистами КДЛ в процессе диагностического поиска.

Несмотря на предпринимаемые усилия (реализация федерального проекта «Развитие системы оказания ПМСП», рост финансирования и т.д.) система ПМСП по-прежнему считается самой слабой среди звеньев отечественного здравоохранения, а вопросы кадрового обеспечения первичного звена остаются нерешенными [3]. Среди прочих кадровых проблем ПМСП следует выделить низкую обеспеченность врачами участковой службы и их ограниченный функционал. Врачи участковой службы, из которых лишь 13% составляют врачи общей практики, ведут

больных с самыми простыми заболеваниями, что предполагает регулярную работу с наиболее распространенными лабораторными исследованиями, тогда как назначение и интерпретация результатов более сложных тестов может вызывать затруднения. Узкие специалисты, оказывая значительную часть ПМСП, нередко назначают известные им диагностические тесты, которые потенциально могут выявить заболевание. Однако в условиях быстрого обновления и усложнения диагностических возможностей КДЛ подобная тактика не всегда является оправданной, приводя к снижению информативности лабораторного обследования и излишним затратам, что требует взаимодействия с врачами клинической лабораторной диагностики (КЛД).

В соответствии с профессиональным стандартом «Специалист в области клинической лабораторной диагностики» (утв. приказом Минтруда России от 14.03.2018 N 145н) трудовой функцией врача КЛД является консультирование врачей-клиницистов, в том числе по перечню и объему лабораторных исследований, необходимых для решения поставленной диагностической задачи, а также интерпретации результатов. Врач КЛД должен уметь проводить лабораторную верификацию поставленного диагноза и определять возможные альтернативные диагнозы, давать рекомендации лечащему врачу по тактике ведения пациента, а также оценивать эффективность проводимого лечения на основании результатов лабораторных исследований [4]. Однако выполнение данных трудовых действий требует от врачей КЛД соответствующей подготовки, а от руководителя лаборатории перераспределения обязанностей внутри коллектива в части закрепления за врачами КЛД проведения только наиболее сложных исследований (четвертая категория сложности). На практике данное требование профстандарта нередко не выполняется, приводя к увеличению нагрузки на врачей КЛД.

В этом контексте важным представляется анализ обеспеченности лабораторной службы врачами и другими специалистами. При высоком уровне укомплектованности врачами КЛД – 86,8%, работающими в амбулаторных условиях в 2020 г., соотношение между ними и штатными единицами среднего медицинского персонала КДЛ не соответствует международной практике. При международном стандарте 1:4-8 и более [5; 6], данный показатель в целом по России и по Санкт-Петербургу составляет 1:2,5 [5]. При этом укомплектованность лабораторий средним медицинским персоналом в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2020 г. составляла лишь 75,9% среди лаборантов и 92% среди медицинских технологов. В абсолютном выражении численность среднего медицинского персонала лабораторий в 2017 г. сократилась по сравнению с предыдущим годом на 2%, что можно рассматривать как негативную тенденцию, поскольку зафиксированные в нормативных документах должностные обязанности отражают расширение зоны ответственности и повышение квалификационных требований к этим

специалистам. Высоким является коэффициент совместительства как среди врачей КЛД – 1,5, так и среди медицинских технологов и лаборантов – 1,6 и 2,0 соответственно, что свидетельствует о высокой загруженности сотрудников КДЛ [7].

Таким образом, обеспечение эффективного взаимодействия врачей ПМСП и клиничко-диагностических лабораторий, являясь приоритетной задачей, однако, усложняется, с одной стороны, кадровыми проблемами первичного звена, а с другой – несовершенством организации лабораторной службы. Преодолению данных противоречий призвано способствовать внедрение в практику деятельности клинических рекомендаций, которые станут основой организации и оказания медицинской помощи в Российской Федерации с 2022 г. [8].

В части лабораторного обследования клинические рекомендации предполагают унификацию лабораторных заказов и отказ от малоинформативных избыточных тестов. Однако анализ клинических рекомендаций из рубрикатора Минздрава России показывает, что блоку лабораторной диагностики заболеваний не всегда уделено должное внимание. Например, перечисленные в Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению системной красной волчанки [9] лабораторные тесты не всегда можно однозначно соотнести с этапом лабораторного обследования. По отдельным нечасто встречающимся заболеваниям актуальные клинические рекомендации отсутствуют (например, системные васкулиты, саркоидоз, локализованная склеродермия). Кроме того, в условиях пациенто-ориентированной медицины обстоятельства болезни каждого отдельного пациента могут варьироваться и оказаться не такими простыми, чтобы уложить их в тесные рамки самых тщательно составленных клинических рекомендаций. Для медицинского сообщества важно добиться такого положения, чтобы внедрение рекомендаций в сложных случаях не заслоняло для врачей возможности дополнительных лабораторных исследований. Выбор дополнительного тестирования может осуществляться консилиумом лечащего врача ПМСП и врача КЛД с отражением результатов в истории болезни, что послужит обоснованием отклонения от клинических рекомендаций. Вопреки распространенным ожиданиям, это не должно привести к серьезному увеличению расходов на обследование, поскольку избыточное тестирование согласно заказам врачей, не является главной проблемой для экономии. По данным метаанализа, проведенного M. Zhi и соавт. (2013), установлено, что в 45% исследований выявлено недостаточное использование лабораторного тестирования, в то время как признаки избыточного применения обнаружены лишь в 21% случаев [10]. Нивелированию разницы в общей стоимости лабораторного обследования при выполнении отдельных дополнительных исследований способствует также централизация КДЛ, которая проведена в Санкт-Петербурге. В то же время помимо цены, затраченной на лабораторную услугу, важно также учитывать возможную цену врачебных

ошибок, поскольку ряд судебных исков о халатности врачей возникает ввиду отсутствия заказа необходимого диагностического теста или неправильной интерпретации его результатов [11, 12].

Вышеизложенное заставляет поставить вопрос о более тесном взаимодействии между врачами ПСМП и лабораторий, учитывая, как разный профессиональный опыт, так и знание лабораторной диагностики, которые явно недостаточно изучаются в медицинских университетах и сертификационных курсах, хотя играют все возрастающую роль в диагностике. Целесообразно внедрение конкретных курсов для изучения вопросов лабораторной диагностики, которые должны проводить врачи КЛД. Так, в функции врача-патолога в США и ЕС уже сейчас входит разбор клинических случаев, участие в конференциях и работе профессиональных сообществ, обучение врачей, студентов и другого персонала медицинским лабораторным профессиям (например, цитотехнология, гистотехнология). Исследования показывают, что образовательные программы, как правило, более эффективны, чем результаты установления обратной связи с больными [13]. Больше внимание стоит уделять также взаимодействию через сотовую связь и сеть интернет, которое в настоящее время не используется в полной мере. При компьютерном опросе, проведенном J. Hickner и соавт. (2014), выяснено, что всего 6% врачей ПСМП обратились за разъяснением анализов к врачам КЛД, но при этом оценили результат обращений как полезный в 53% случаев [2].

Таким образом, повышение ценности лабораторного обследования в первую очередь связано с поддержанием возможности для врача ПСМП согласовывать лабораторное обследование и получить структурированное заключение по результатам тестирования, позволяющее принять верное лечебное решение для конкретного больного.

Список литературы

1. Compton, M., Szklarski, P. and Booth, G., 2018. Duplicate Type and Screen Testing: Waste in the Clinical Laboratory. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 142(3), pp.358-363.
2. Hickner, J., Thompson, P., Wilkinson, T., Epner, P., Shaheen, M., Pollock, A., Lee, J., Duke, C., Jackson, B. and Taylor, J., 2014. Primary Care Physicians' Challenges in Ordering Clinical Laboratory Tests and Interpreting Results. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(2), pp.268-274.
3. Шейман И.М., Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2019. – 65(1). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru/>.
4. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной диагностики»: приказ Минтруда России от 14 марта 2018г. N 145н. Доступ из справ.-правовой системы "Гарант".
5. Лянг О.В., Кочетов А.Г. Клиническая лабораторная диагностика – современные представления [Электронный ресурс]. – 2016. – URL: https://fedlab.ru/upload/medialibrary/5f8/_-_-_-2016.pdf

6. Роль специалистов со средним медицинским образованием в деятельности клиничко-диагностических лабораторий / М.Ф. Латыпова, А.Г. Мелкумян, В.Г. Стребков, О.И. Иванушкина, А.В. Эмануэль // *Московская медицина*. – 2016. – №4 (11). – С.31-35
7. Новоженова Н.Г. Проблемы кадрового обеспечения лабораторной службы медицинских организаций Санкт-Петербурга: выпускная квалификационная работа, 2021. – Санкт-Петербург: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова. – 116 с.
8. О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций [Электронный ресурс]: Федеральный закон Российской Федерации от 25 декабря 2018 г. N 489-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы "КонсультантПлюс".
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системной красной волчанки [Электронный ресурс]: утв. Ассоциацией ревматологов России 05.10.2013. – 2013. – URL: <https://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii> (дата обращения: 11.07.2021)
10. Zhi, M., Ding, E., Theisen-Toupal, J., Whelan, J. and Arnaout, R., 2013. The Landscape of Inappropriate Laboratory Testing: A 15-Year Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(11), p.e78962.
11. Kachalia, A., Gandhi, T., Puopolo, A., Yoon, C., Thomas, E., Griffey, R., Brennan, T. and Studdert, D., 2007. Missed and Delayed Diagnoses in the Emergency Department: A Study of Closed Malpractice Claims From 4 Liability Insurers. *Annals of Emergency Medicine*, 49(2), pp.196-205.
12. Singh, H., Giardina, T., Meyer, A., Forjuoh, S., Reis, M. and Thomas, E., 2013. Types and Origins of Diagnostic Errors in Primary Care Settings. *JAMA Internal Medicine*, 173(6), p.418.
13. Verstappen, W., Merode, F., Grimshaw, J., Dubois, W., Grol, R. and Weijden, T., 2004. Comparing cost effects of two quality strategies to improve test ordering in primary care: a randomized trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(5), pp.391-398.

ОПИСАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ VR В ТЕРАПИИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**В.Б. Дутов^{1,2}, В.В. Фрейзе³, М.С. Савенко¹, А.А. Белко¹,
Л.В. Малышко³, Н.В. Семенова³**

¹ СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №1». Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Применение технологий виртуальной реальности (VR) в медицине, в том числе в диагностике, консультировании, лечении и реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, описывается авторами из разных стран. Наряду с описанием терапевтического эффекта, в литературных источниках есть упоминания о побочных эффектах, вызванных воздействием технологий VR. Так, разные

авторы описывают возникновение головокружения, тошноты, головной боли, усталости глаз, явления деперсонализации и дереализации и прочие транзиторные симптомы, появляющиеся у пациентов, в терапии которых применялись технологии VR.

На сегодняшний день одним из основных барьеров на пути к массовому распространению технологий виртуальной реальности, в качестве терапевтического инструмента для работы с лицами, страдающими психическими расстройствами, является недостаточное количество клинических исследований, подтверждающих эффективность использования VR, а также демонстрирующих безопасность применения технологий VR у указанной группы пациентов.

Материалы и методы. С целью оценки безопасности применения технологий VR, на базе СПб ГБУЗ "Психоневрологический диспансер № 1" был осуществлен первый опыт их применения с участием пациентов, страдающих психическими расстройствами, а также условно здоровых лиц.

Субъекты, в анамнезе которых были упоминания о возникновении судорожных приступов при просмотре телевизора, а также при использовании видеоигр, не включались в опыт.

В опыте приняли участие 33 испытуемых. Из них: 5 пациентов, страдающих тревожно-фобическими расстройствами и имеющих в анамнезе панические атаки и 28 человек, являющихся условно здоровыми. Группа условно-здоровых людей была сформирована из врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также психологов и социальных работников СПб ГБУЗ "Психоневрологический диспансер № 1". К критериям включения относились: возраст участников ≥ 18 лет; согласие респондента (законного представителя) на участие в исследовании, подписанное добровольное информированное согласие.

Работа проводилась в специально оборудованном кабинете психотерапии. В процессе исследования использовался аппаратно-технический комплекс, включающий:

- Шлем виртуальной реальности с манипуляторами HTC Vive Pro и контроллерами позиционирования в пространстве.

- LED телевизор LG (демонстрационный экран для отображения виртуальной среды)

- Высокопроизводительная компьютерная станция, позволяющая производить обработку высокотехнологического (требовательного к производительности) графического 3D контента.

Опыт состоял из 4 этапов:

1 этап. Подготовительный. Данный этап был направлен на работу с пациентами, имеющими в анамнезе панические атаки. С испытуемыми прорабатывался механизм панической атаки, после чего, в течение двух - трех сеансов проходило обучение дыхательным и релаксирующим практикам.

2 этап. Ознакомительный. Респонденты знакомились с аппаратурой VR, особенностями восприятия и поведения в виртуальном пространстве. После настройки шлема и калибровки джойстиков испытуемые проходили обучение в демонстрационно-обучающем модуле (5-7 минут).

3 этап. Вводный модуль. На данном этапе испытуемым предлагалось более широко ознакомиться с возможностями виртуального мира, используя вводный модуль с максимально дружелюбным интерфейсом. Взаимодействие с виртуальной средой осуществлялось с помощью манипуляторов. Длительность одного сеанса составляла 10-15 минут. После каждого “погружения” участники обсуждали все нюансы увиденного с исследователями.

4 этап. Фобический модуль. На этом этапе участники проходили через несколько специально сконструированных угрожающих ситуаций, смоделированных в виртуальном пространстве модуля:

- Страх закрытых помещений (клаустрофобия) - подъем в лифте.
- Страх высоты (акрофобия) - ходьба по доске, располагающейся на огромной высоте.
- Страх пауков (арахнофобия) - встреча с муравьями и гигантским пауком
- Страх темноты (никтофобия) - в темноте появлялся образ человека, имеющего угрожающие намерения по отношению к испытуемому.

Во время сеансов психотерапевт находился рядом с испытуемыми и оказывал им необходимую поддержку. На любом этапе участники могли отказаться от испытаний.

Во время проведения, а также после каждого сеанса оценивалось общее и психологическое состояние респондентов. Производились измерения артериального давления, пульса, оценка потоотделения, изменения цвета кожных покровов. Фиксировалась субъективная оценка уровня ситуативной тревожности.

Результаты. Зачастую, в группе условно здоровых людей, вводный модуль состоял из одного сеанса, так как этого было достаточно для их адаптации к виртуальной среде. При работе с группой пациентов, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, количество сеансов в вводном модуле было увеличено до двух и более, так как у этих участников отмечались трудности при адаптации, проявляющиеся в субъективном ощущении беспокойства, тревоги и страха. Кроме того, у них выявлялось учащенное сердцебиение и повышенное потоотделение.

После однократного прохождения четвертого этапа исследования 19 испытуемых, составляющих группу условно-здоровых людей, отказались от дальнейшего участия по различным причинам (нехватка времени, отсутствие мотивации). Оставшиеся 14 респондентов прошли все этапы погружения в VR и продолжили занятия по проработке своих страхов.

После прохождения фобического модуля 28 испытуемых (84,8%) отмечали, что во время погружения испытывали чувство страха разной степени выраженности. Наиболее интенсивное чувство страха указанные респонденты испытывали при работе с элементом модуля «доска над пропастью», где испытуемые должны были выполнить переход по узкой доске от одного края до другого. У 20 респондентов (60,6%) ощущение страха сопровождалось учащением пульса, повышенным потоотделением. У 7 испытуемых (21,2%) отмечались нарушения координации движений. После снятия шлема в большинстве случаев вся симптоматика редуцировалась. Зафиксировано 4 случая остаточного головокружения, которое купировалось в течение часа после завершения сеанса.

Характерно, что при работе респондентов с фобическим модулем, после нескольких сеансов погружения в виртуальное пространство их страх значительно снижался, затем исчезал полностью. Испытуемые высказывали желание расширить в дальнейшем свой опыт освоения VR.

Выраженных побочных эффектов VR в процессе исследования отмечено не было. Дальнейшая работа была приостановлена в силу внешних обстоятельств.

Данная работа является описанием клинического опыта. И, несмотря на то, что серьезные выводы на основании результатов этого опыта делать рано, можно предположить, что постепенное, дозированное погружение пациентов, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, в виртуальный мир, способно давать положительный эффект, не сопровождаясь выраженными побочными явлениями. Важным условием является контроль и поддержка психотерапевта на протяжении всей терапии. В то же время, опыт работы с условно здоровыми людьми показал возможности технологий VR в области самопознания и открытия новых ментальных горизонтов у испытуемых.

ТЕЛЕПСИХИАТРИЯ – ПРОБЛЕМЫ НА ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

И.И. Чехонадский¹, Л.В. Кочорова², В.С. Скрипов^{1,2}, А.А. Шведова¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

²ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ

Развитие современного здравоохранения неразрывно связано с внедрением цифровизации и информатизации всех процессов оказания медицинской помощи. Так, значимым механизмом повышения доступности медицинской помощи в рамках информатизации является оказание помощи с

применением телемедицинских технологий. Данное технологическое веяние появилось сравнительно недавно в Российской Федерации, а точкой официального старта таких консультаций можно считать 2017 год, когда вышел Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». Несмотря на выход официального нормативного документа, регулирующего проведение консультаций с применением телемедицинских технологий, требуются уточнения и корректировки для полноценного развития этой сферы.

Не вызывает сомнения тот факт, что важным элементом совершенствования любой организационной технологии является анализ проблем, на которые указывают специалисты, непосредственно работающие с данными технологиями. Несмотря на это, согласно данным В.И. Евдокимова с соавторами (2019), в структуре научных исследований, касающихся телемедицинских технологий, социальные и психологические проблемы оказания таких консультаций изучались лишь в 1,6% случаев. В связи с чем, можно считать, что развитие телемедицины идет своим путем – путем принятия решений исходя из сложившегося мнения организаторов здравоохранения и вышестоящих органов исполнительной власти. Данная статья призвана отразить взгляд специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, на те проблемы, которые видят непосредственно они, в своей практической деятельности.

Опрос специалистов проводился в 2021 году с помощью специально разработанной анкеты. Ряд вопросов анкеты предполагал выбор оценки от «0» до «5» баллов. Данные, полученные по результатам опроса, прошли статистическую обработку, в том числе: описание экстенсивных и интенсивных коэффициентов, расчет средних величин и, соответственно, средней ошибки среднего арифметического (m). При статистическом анализе данных достоверными считались данные с уровнем значимости $p < 0,05$.

В настоящем исследовании приняли участие врачи-психиатры, врачи-наркологи, клинические психологи, врачи-психотерапевты из Приволжского, Северо-Западного, Северо-Кавказского и Южного федеральных округов. Общее количество опрошенных специалистов составило 285 человек. Средний возраст опрошенных специалистов составил $41,1 \pm 1,4$ года. Наибольшая доля опрошенных специалистов имели стаж работы более 10 лет (63,1%), менее четверти опрошенных имели стаж менее 5 лет (23,5%), наконец оставшиеся 12,9% специалистов работали по специальности от 5 до 10 лет. Важно, что практически половина опрошенных специалистов имели опыт участия в консультациях с применением телемедицинских технологий (44,6%), причем удельный вес специалистов, участвовавших в роли консультанта, составил только 13,7%, а доля лечащих врачей, направивших своих пациентов на консультацию в федеральный телемедицинский центр – 30,9%.

На вопрос о том, проявляют ли пациенты интерес к консультациям с применением телемедицинских технологий только 12,9% опрошенных ответили однозначно – «Да», 21,4% специалистов ответили, что пациенты редко проявляют интерес к данному виду консультаций. Таким образом, 65,7% специалистов указали на отсутствие заинтересованности в телемедицинских консультациях со стороны их пациентов. Указанный факт может говорить о низкой осведомленности пациентов о такой возможности.

Данное утверждение подтверждается еще и довольно низким уровнем осведомленности в вопросах телемедицинского консультирования среди опрошенных специалистов. Низкая осведомленность врачей закономерно влечет за собой еще более низкую осведомленность пациентов. Так, по результатам опроса, специалисты оценили свою осведомленность на $3,5 \pm 0,2$ балла.

Специалистам было предложено ответить на вопрос о том, какие сложности возникают у них при направлении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения на телемедицинские консультации. Так, по результатам опроса, чаще всего специалисты отмечали сложности, связанные с особенностями пациентов, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения (уровень когнитивных нарушений, эмоциональная лабильность и т. д.), частота такого ответа составила 47,2%. Второй по частоте ответ был – Отсутствие доверия у пациентов к новым технологиям (сомнения в безопасности и сохранении конфиденциальности данных), так отвечали с частотой 41,2%. Примерно каждый третий опрошенный специалист (33,1%) указал, что сложности связаны с недостаточной информированностью пациентов о телемедицине. С частотой 31% специалисты отмечали сложности, связанные с оформлением документов для консультации, в частности с оформлением информированного добровольного согласия на такую консультацию. Важно, что 43% опрошенных указали на то, что у них не возникало никаких сложностей. Частота ответов на вышеуказанный вопрос продемонстрирована на рисунке 1.

В ходе анкетирования изучался вопрос, касающийся того, какие проблемы специалисты видят в системе оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (рисунок 2). Так, на первом месте по частоте ответов (45,1%), оказалась проблема, связанная с недостаточным оснащением служб, т. е. отсутствует необходимое оборудование для проведения таких консультаций. Кроме того, были выявлены сложности с реализацией рекомендаций консультантов федерального телемедицинского центра в региональных медицинских организациях. Так, с частотой 44,4% специалисты ссылались на проблемы, связанные с ограниченными диагностическими возможностями в региональной службе (например, отсутствием аппарата МРТ и пр.), помимо этого 40,1% опрошенных указали на ограниченные возможности в выборе лекарственных препаратов.

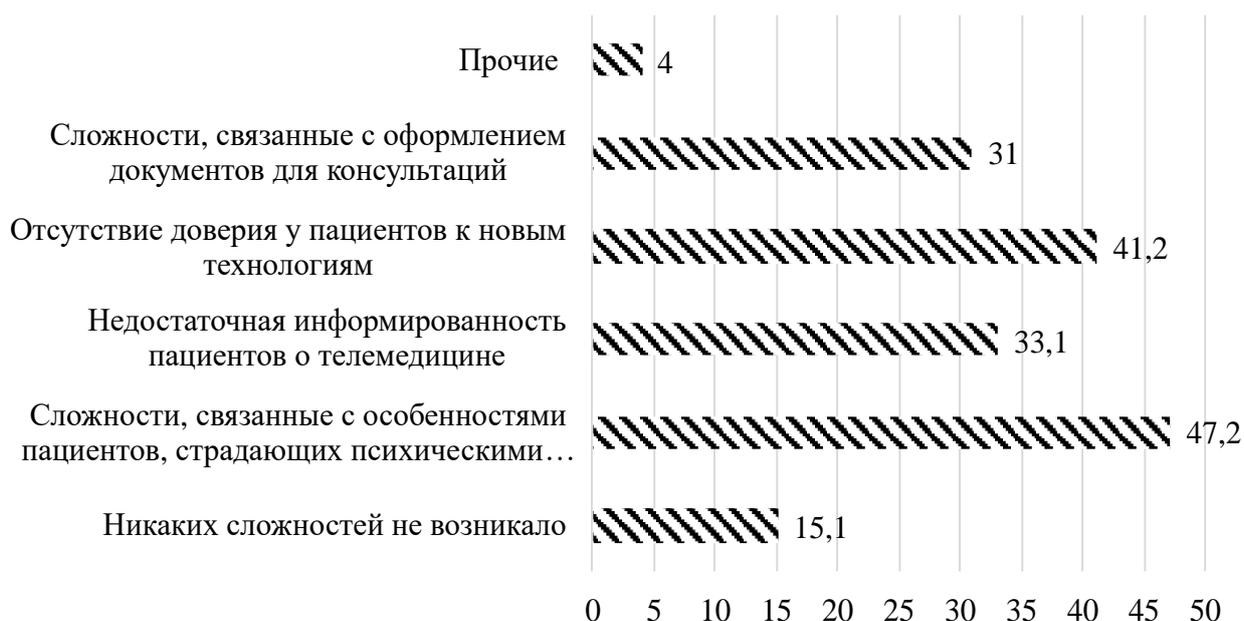


Рис. 1. Частоты ответов специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, на вопрос о сложностях, возникающих у них при направлении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения на телемедицинские консультации (%).

Данное обстоятельство указывает на разный уровень лекарственного обеспечения в охваченных опросом федеральных округах. Практически треть специалистов указали на низкую осведомленность в вопросах оказания помощи с применением телемедицинских технологий, частота таких ответов составила 29,9%. Лишь 18% опрошенных указали на то, что проблем в системе оказания консультаций с применением телемедицинских технологий нет.

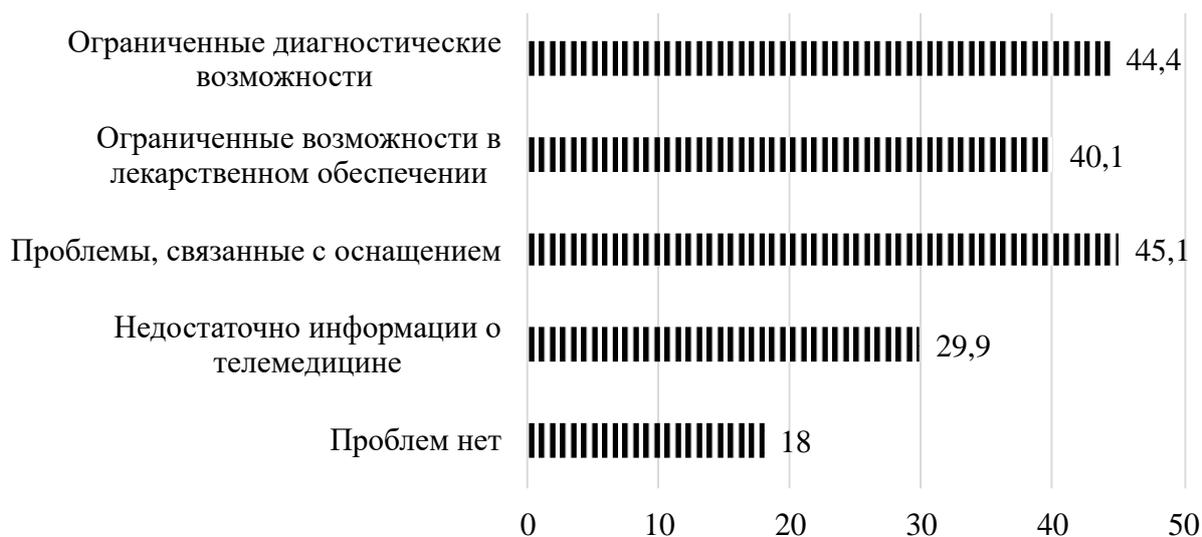


Рис. 2. Частоты ответов специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, на вопрос о сложностях, возникающих у них при направлении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения на телемедицинские консультации (%).

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о необходимости проведения информационной работы среди специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, и среди пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, но, безусловно, с учетом их психического состояния. Важным аспектом повышения качества результатов проведенных консультаций с применением телемедицинских технологий является улучшение и выравнивание обеспеченности психиатрических служб регионов диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами.

О НОРМАТИВНОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ВОПРОСОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, А.И. Махновский, Н.П. Седых

*ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при
Президенте Российской Федерации», г. Санкт-Петербург*

Сегодня особенно актуальными являются проблемы реформирования отечественного здравоохранения, в том числе, вопросы совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи в городе. **Цель** настоящего **исследования** – анализ нормативного регулирования вопросов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, использованы нормативный правовой и аналитический методы.

Результаты исследования. Правовой регламент оказания медицинской помощи медицинскими организациями в Российской Федерации определен нормами общих и специальных нормативных правовых актов отраслевого федерального законодательства.

Согласно статье 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ №323) медицинская помощь классифицируется по видам, условиям и форме оказания.

В указанной норме права в перечне **условий**, в которых может оказываться медицинская помощь, названы амбулаторные (условия, не предусматривающие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; медицинская помощь разрешена к оказанию вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной,

медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); в условиях дневного стационара и стационарно.

Частью 2 статьи 32 ФЗ №323 к **видам** медицинской помощи отнесены первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь.

Частью 4 статьи 32 ФЗ №323 закрытым перечнем названы **формы** оказания медицинской помощи: экстренная, неотложная и плановая.

Первичная врачебная и доврачебная медико-санитарная помощь, являясь основой системы оказания медицинской помощи, содержит в себе мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний. Этот вид медицинской помощи разрешен к оказанию в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в **неотложной форме** (ч. 7 ст. 33 ФЗ №323).

Вместе с тем, **скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь**, оказывается в **экстренной или неотложной форме**, вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях (ч.2 ст.35 ФЗ №323).

Напомним, такой вид помощи востребован при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, и зачастую содержит этап медицинской эвакуации, нуждающийся в детализации нормативной определенности в части ее регламента (этапов), однозначного разрешения необходимости истребования информированного добровольного согласия для ее осуществления, использования мер физического стеснения в медицинских целях. Таковая необходимость определяется проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования (ч.6 ст.35 ФЗ №323). Понимая процесс медицинской эвакуации как совокупность медицинских услуг, выполнение которых требует использования медицинских изделий, мы неизбежно приходим к необходимости дополнения таковыми номенклатуры медицинских услуг и номенклатурной классификацией медицинских изделий (ст.ст.37, 38 ФЗ №323).

Законодателем при отсутствии в штате медицинской организации медицинских работников выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи, предлагается вызов и выезд такой бригады в медицинскую организацию для оказания

скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (ч.8 ст.35 ФЗ №323).

Таким образом, оказание неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях возможно при условии создания структурных подразделений для такой цели в медицинской организации, если реализуется **первичная врачебная и доврачебная медико-санитарная помощь**.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь в амбулаторных условиях требует выезда бригады скорой медицинской помощи в медицинскую организацию в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

Помимо сложно сформулированных в нормах ФЗ № 323 алгоритмов реализации в амбулаторных условиях таких видов, как первичной медико-санитарной помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, законодатель оставляет открытым вопрос легитимности оказания медицинской помощи в экстренной форме при первичной медико-санитарной помощи.

Однако, как с позиции нормативной определенности (пп.1,2 ч.4 ст.32 ФЗ №323), так и с позиции здравой логики, остановка сердечной и дыхательной деятельности, возникшие у лица в амбулаторных условиях, может ли рассматриваться иначе, как показания к реализации медицинской помощи в экстренной форме? На практике единственным способом, сохраняющим жизнь и здоровье страдающему лицу, является немедленное начало необходимых медицинских мероприятий и их реализация до прибытия бригады скорой помощи.

Создание подразделений медицинской помощи, оказывающих указанную помощь в неотложной форме, безусловно, важное и необходимое условие реализации **первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**. Вместе с тем, практическая деятельность врача-психиатра, состоящего в штате психоневрологического диспансера, и оказывающего помощь в амбулаторных условиях и на дому, предполагает постоянную готовность к оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной формах в случаях, когда в процессе медицинского осмотра выявляются критерий непосредственной опасности осматриваемого лица для него самого или окружающих. Медицинский осмотр в юридическом смысле, согласно действующим положениям Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1, рассматривается с этого момента как процедура недобровольного освидетельствования лица. De iure и de facto, этот же момент может считаться началом недобровольной госпитализации, на этапе которой востребованы не только медикаментозные назначения, но и применимы меры физического стеснения и изоляции в медицинских целях и с целью предотвращения опасности для нуждающегося в госпитализации лица и окружающих.

Классификация вида медицинской помощи с позиции экстренной или неотложной формы на любом этапе ее оказания, в любых условиях, разрешенных законом для ее оказания, крайне важна для медицинского работника и лица, нуждающегося в оказании медицинской помощи.

Именно это разграничение обеспечивает выбор организационно-правового алгоритма оказания медицинской помощи, определяет необходимость получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, а при нарушенной способности к волеизъявлению разрешает оказание медицинского вмешательства без согласия лица, его родителей или иных законных представителей.

Заключение. По нашему мнению, вышеизложенные коллизионные вопросы требуют разрешения и определения в нормах федерального законодательства, регулирующего оказание медицинской помощи.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ВРАЧЕБНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИГОРОДНОГО РАЙОНА КРУПНОГО ГОРОДА

А.О. Емельянов, Е.Н. Пенюгина

*СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района»
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им.
И.И. Джанелидзе»*

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами).

Выбор модели организации первичной медико-санитарной помощи определяется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 132н от 27.02.2016 г. «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения». При численности прикрепленного населения от 2-х до 10 тысяч человек рекомендовано разворачивать врачебную амбулаторию либо центр (отделение) общей врачебной практики (семейной) медицины. При численности населения от 10 до 20 тысяч человек по решению органа управления субъекта Российской Федерации на обслуживаемой территории возможно размещение нескольких врачебных амбулаторий либо центров

(отделений) общей врачебной практики (семейной) медицины или одной поликлиники. В расчете на 20-50 тысяч человек должна функционировать поликлиника.

Пушкинский район является одним из пяти пригородных районов Санкт-Петербурга. В 2019 году численность населения данного района составляла 217983 человека, в том числе, взрослого населения района - 171428 человек. Среди общих особенностей пригородных районов необходимо отметить относительно низкую плотность населения, наличие микрорайонов с малоэтажной застройкой, наличие в этих районах муниципальных образований с небольшой численностью населения, удаленных от административного центра района. Кроме того, в последние годы во всех пригородных районах активно ведется жилищное строительство многоэтажных домов. Соответственно с каждым годом увеличивается численность населения и существующие амбулаторно-поликлинические учреждения не справляются с потоком пациентов.

В связи с наличием в пригородных районах населенных пунктов с небольшой численностью населения, именно в этих районах могут успешно сосуществовать разные модели оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи. На территории района сформировано 5 муниципальных образований, численность населения в которых варьировала от 111205 человек в г. Пушкин до 1340 человек в поселке Тярлево.

С учетом перечисленных особенностей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению в Пушкинском районе Санкт-Петербурга оказывают 5 поликлинических отделений городской поликлиники № 60 и два центра общей врачебной практики также, входящих в состав данной поликлиники. Кроме того, подразделениями поликлиники № 60 являются женская консультация, стоматологическая поликлиника и центр здоровья. В связи с отсутствием в районе психоневрологического диспансера в структуру поликлиники включено и психоневрологическое отделение. Суммарная мощность городской поликлиники № 60 в 2019 году составила 2615 посещений в смену, в том числе мощность поликлинических отделений – 2522 посещений в смену, мощность женской консультации- 75 посещений в смену, мощность центра здоровья – 18 посещений в смену.

В подразделениях, оказывающих населению первичную врачебную медико-санитарную помощь, развернуты: 91 участок врача-терапевта участкового и 10 участков врача общей практики. Как и в других городских поликлиниках, в поликлинических отделениях и центрах общей врачебной практики Пушкинского района, штаты врачей и средних медицинских работников укомплектованы физическими лицами не полностью. Так, штаты врачей общей практики с учетом всех занятых должностей к концу 2019 года были укомплектованы на 60,0%, а физическими лицами - на 50,0 %.

Показатели укомплектованности штатных должностей врачей-терапевтов участковых существенно выше: с учетом всех занятых должностей – 78,6 %, а физическими лицами- 72,5 %. Коэффициенты

совместительства составили у врачей-терапевтов участковых -1,08 занятых должностей на 1 физическое лицо врача. У врачей общей практики коэффициент совместительства составил 1,2. Вместе с тем, число штатных должностей врачей-терапевтов участковых в расчете на 1 физическое лицо составило 1,38, а у врачей общей практики – 2,0. Таким образом, в среднем каждый врач-терапевт оказывал первичную врачебную медико-санитарную помощь на 1,38 ставки, а каждый врач общей практики – на 2,0 ставки даже при относительно невысоком уровне коэффициента совместительства.

Дефицит физических лиц врачей-терапевтов участковых к концу 2019 года составил - 25 врачей, а дефицит врачей общей практики -5 врачей. Таким образом, из 101 территориального участка 30 участков не имели своего постоянного участкового терапевта или врача общей практики. Соотношение штатных должностей врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых составило как 1: 9,1, а соотношение физических лиц врачей этих специальностей составило как 1: 13,2.

В целом, удельный вес посещений, выполненных к врачам-терапевтам, врачам- терапевтам, врачам – терапевтам участковым и врачам общей практики, составил 43,4 % от общего числа амбулаторных посещений. Причем, из этих амбулаторных посещений 90,3 % выполнено к врачам-терапевтам участковым, 8,6 % - к врачам общей практики и лишь 1,1 всех посещений выполнено к врачам-терапевтам.

В расчете на 1-го взрослого жителя района выполнено 5,91 амбулаторных посещений. В среднем, одно обращение в подразделения поликлиники 60 включает 2,8 посещений. Необходимо отметить, что из общего числа амбулаторных посещений всех подразделений поликлиники № 60 посещения, выполненные к врачам общей практики и врачам-терапевтам участковым, составили суммарно 42,9 % (в том числе, к врачам общей практики выполнено 3,7 % всех амбулаторных посещений, а к врачам-терапевтам участковым – 39,2%). Из общего числа посещений на дому 85,2 % выполнено врачами-терапевтами участковыми и 10,3 % -врачами общей практики (суммарно 95,5 % всех посещений пациентов поликлиники на дому).

Таким образом, даже при наличии модели первичной медико-санитарной помощи, включающей как традиционную поликлинику с поликлиническими отделениями, так и центры общеврачебной практики, важной составной частью являются подразделения и кабинеты, оказывающие первичную специализированную медицинскую помощь. Наличие поликлинических отделений и центров общей врачебной практики в разных населенных пунктах района позволяет выполнить нормативы пешеходной доступности медицинских организаций, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, рекомендуемые Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 132н от 27.02.2016 г. «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной

системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения».

В связи с объединением всех подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению района, в одну медицинскую организацию суммарная мощность поликлиники № 60 увеличилась до 2615 посещений в смену, а численность обслуживаемого населения в 2019 году увеличилась до 171428 человек. А в соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 3.12.2019 г. № 984н «О внесении изменений в Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н, с увеличением мощности поликлиники растет и уровень ее специализации. И при численности обслуживаемого населения свыше 50 тысяч человек в структуру поликлиники включаются практически все подразделения для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и соответствующие диагностические отделения (кабинеты).

МЕДИКО СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМИРОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

***Н.Х. Шарафутдинова, Р.Р. Даутов, Д.Р. Еникеева,
О.Р. Мухамадеева, М.Ю. Павлова***

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Травмы среди городского населения представляют значимую медико социальную проблему вследствие роста их распространенности, они часто являются причиной длительной нетрудоспособности, инвалидизации, требуют оказания скорой и неотложной медицинской помощи (Селиванов Л.К., 2016; Донцов А.С., 2019).

Ввиду низкого уровня информированности населения о причинах травм, отсутствия бережного отношения к своему здоровью наибольшую долю среди травм занимают бытовые травмы (Королева А.М, 2018; Турсунов М.Ж., Унайбаев Б.Ж. и др., 2018; Кузьмин А.Г., 2019).

По данным Л.К. Селиванова (2016) в 2015 году в Российской Федерации бытовые травмы охватывали 69,9% всех повреждений.

Неотложная медицинская помощь в городе Уфа организована в 4-х травмпунктах. Согласно нормативам должен быть 1 круглосуточный пост на 100 тыс. прикрепленного населения для оказания круглосуточной амбулаторной травматологической помощи (приказ МЗ РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Положение об организации оказания первичной медико-санитарной

помощи взрослому населению» и регламентируется приказом МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. N 901н «Правила организации кабинета неотложной травматологии и ортопедии». Согласно данному приказу рекомендуемая штатная численность врачей-травматологов определяется исходя 1 должность на 15 тыс. населения.

Для медико социальной характеристики травмированных лиц и оценки оказания первичной медико-санитарной помощи базой исследования был выбран травмпункт, к которому прикреплено 330 тыс. населения. На основе анализ 28880 посещений в травмпункт в течение года дали характеристику травмированных по полу и возрасту, по причинам травм, по времени обращения пациентов в течение года по месяцам, неделям и в течение суток.

Результаты исследования показали, что среди обратившихся в травматологический пункт доля женщин и мужчин была примерно одинаковой, соответственно 50,9% и 49,1%.

В тоже время в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет доля мужчин была значительно выше, чем доля женщин (соответственно 60,0%, 60,3% и 53,4%). С 50-летнего возраста доля женщин оказалась выше и в возрасте 70 лет и старше составила 74,4%.

Среди пациентов четвертая часть (24,1%) принадлежала возрастной группе 30-39 лет (табл. 1). Среди мужчин эта возрастная группа также была преобладающей (29,6%). Среди женщин преобладала возрастная группа 50-59 лет (19,2%) и 60-69 лет (32,6%).

Таблица 1 - Структура обратившихся лиц в травматологический пункт по полу и возрасту, %

Возрастные группы, лет	Пол					
	Муж		Жен		Оба пола	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
18-19	27	0,2	94	0,7	121	0,4
20-29	2785	22,7	1859	14,6	4644	18,6
30-39	3633	29,6	2395	18,8	6028	24,1
40-49	2055	16,7	1794	14,1	3849	15,4
50-59	1897	15,5	2444	19,2	4341	17,4
60-69	1235	10,1	2260	17,8	3495	14,0
70 лет и старше	646	5,3	1877	14,8	2523	10,1
Всего	12278	100,0	12723	100,0	25000	100,0

Среди травм у лиц обоего пола 25,7% составили травмы области голеностопного сустава и стопы, 19,8% - травмы запястья и кисти, 16,0% - травмы колена и голени, 11,8% - травмы локтя и предплечья, 11,2% - травмы грудной клетки. На указанные виды травм пришлось 84,5% всех локализаций.

Анализ показал, что 73,0% пациентов при всех видах травм обратились в травматологический пункт течение первых 2 суток. Наибольший удельный

вес обращений в первые сутки принадлежит пациентам с вывихами – 72,5%, а также с ранами – 71,4%. При переломах и повреждениях связок в первые сутки обратились соответственно 53,3% и 50,7% пациентов.

Динамика обращений по поводу травм в медицинские организации характеризовалась тем, что значительный подъем обращений по поводу травм отмечается в феврале, марте и далее в июне, июле и августе.

Динамики травматизма в течение недели выявило значительное превалирование обращений в травмпункт в понедельник (18,2%). Доля обратившихся во вторник составила 14,8%, в среду – 13,7%, в четверг – 13,7%, в пятницу – 13,5%, в субботу – 13,0%, в воскресенье – 13,1% от числа всех обратившихся пациентов.

Такая динамика обращений по поводу травм по дням недели свидетельствует о том, что часть пациентов, получив травму в субботу и воскресенье откладывают обращение к врачу-травматологу, что приводит к удлинению сроков лечения и затрат на лечение пациента.

Анализ динамики обращений пациентов в травматологический пункт по времени суток показал, что количество обращений в утренние часы (с 6 часов до 10 часов) было превалирующим в понедельник и заняло 11,4% среди всех обращений в течение суток, 40,8% пациентов обратились с 10.00 часов до 14.00 часов, 24,0% - с 14.00 часов до 18.00 часов, 17,9% - с 18.00 до 22.00 часов.

Минимальное число обращений было в ночное время с 22.00 до 02.00 часов – 5,0% и с 02.00 до 06.00 часов – 1,0% из всех обратившихся по поводу травм в течение суток.

Следует подчеркнуть, что в понедельник и вторник обращений больше в утренние часы, чем в другие дни недели. Например, в понедельник с 06.00 часов до 10.00 часов обратилось 16,9% из числа обратившихся в течение суток, во вторник этот показатель составил 15,8%, в среду 13,2%, четверг 12,0%, в пятницу 9,0%. Наименьшее число обращений утром было в воскресенье – 4,9% от обращений в течение суток.

Изучено также распределение пациентов, обратившихся в травматологический пункт, по способам обращения. Выявлено, что из всех обратившихся в травматологический пункт 37,5% были доставлены скорой помощью и 62,5% обратились самостоятельно. Среди доставленных скорой помощью пациенты с переломами верхних конечностей составили 26,7% и травмами внутренних органов – 28,4%, при самостоятельном обращении 45,4% пациентов имели поверхностные травмы (ушибы), 25,8% – вывихи, растяжения.

Таким образом, выявленные особенности структуры травм по локализации, по полу и возрасту, по способам доставки, динамика этих обращений по дням недели и в течение имеют важное значение при планировании организации медицинской помощи травмированным лицам.

**ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
НОРМАТИВНОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ,
ПОЛУЧИВШИХ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ
УВЕЧЬЯ (РАНЕНИЯ, ТРАВМЫ, КОНТУЗИИ)**

О.Н. Петрова, А.С. Кораев, Л.А. Карасаева

*ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»
Минтруда России, Санкт-Петербург*

Главный центр военно-врачебной экспертизы Минобороны России, Москва.

Особенности военной службы, выделяют ее в особый вид федеральной государственной службы. Именно профессиональная деятельность военнослужащих связана с высоким риском гибели, причинения вреда здоровью в период прохождения военной службы и военных сборов. Поэтому в Российской Федерации (РФ) на законодательном уровне закреплено обязательное государственное страхование их жизни и здоровья. Главным назначением (целью) страхования является гарантированное государством возмещение застрахованному лицу понесенного вреда вследствие наступления страхового случая путем выплаты страховой суммы.

Система пособий и компенсаций за вред, причиненный военнослужащим, существовала и в советское время. Так, выдача денежных пособий «на лечение и на восстановление здоровья после тяжкой болезни, ранения, контузии, повреждения, а равно, если болезнь является последствием переутомления, вызванного напряженной служебной работой», была предусмотрена еще в Кодексе законов о льготах и преимуществах для военнослужащих Рабоче-Крестьянской Красной Армии и Рабоче-Крестьянского Красного Флота Союза ССР и их семей, утвержденном Постановлением Центрального Исполнительного Комитета СССР от 29.10.1924 г., а размер пособия устанавливался Революционным Военным Советом Союза ССР из специально ассигнуемых средств по смете Военно-Морского ведомства.

Из госбюджета также осуществлялось финансирование обязательного государственного страхования жизни, здоровья и имущества работников милиции и членов их семей. Согласно Положению о службе в Рабоче-Крестьянской Милиции, утвержденному Постановлением Совета Народных Комиссаров СССР от 25.05. 1931 г. № 390, работники оперативно-строевого состава милиции, независимо от социального страхования, страховались в обязательном порядке за счет органов милиции в Госстрахе, и предусматривало выплату Госстрахом единовременного страхового вознаграждения в случае смерти или увечья при исполнении служебных обязанностей.

Незадолго до распада СССР, для усиления социальной защищенности военнослужащих и военнообязанных, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, Постановлением Совета Министров СССР от 30.12. 1990 г. № 1393 было введено государственное обязательное личное страхование на случай гибели (смерти), ранения (контузии), заболевания, полученных в период прохождения службы (сборов) с 01.01. 1991 г.

Обязательному страхованию за счет государства подлежали служащие примерно 20 министерств и ведомств, включая военнослужащих Министерства обороны (Минобороны), пограничников, милиционеров, военнослужащих железнодорожных войск и др. Выплаты по обязательному государственному страхованию также проводились через «Госстрах».

Однако с развалом СССР в историю ушла стройная система Госстраха, производившая все социальные выплаты по несчастным случаям с военнослужащими. Во исполнение законодательных норм от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ» и от 22 .01. 1993 №4338-1 «О статусе военнослужащих» было подготовлено постановление Совета Министров - Правительства РФ от 05. 04. 1993 г. № 295 «О порядке проведения обязательного государственного личного страхования военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел», в котором определялись источник финансирования, перечень страховых событий, размеры страховых сумм и их расчет, а также страховые организации, через которые планировалось осуществлять страхование. Для реализации этого постановления приказом Министра обороны РФ от 06.05.1993 г. № 246 «Об обязательном государственном личном страховании и порядке выплаты единовременных пособий военнослужащим, гражданам, призванным на военные сборы, и членам их семей» был определен порядок выплаты единовременных пособий и Перечень увечий, ранений, травм и контузий, относящихся к тяжелым и легким.

После вступления в силу новой Конституции в России от 1993 г., наступил новый этап развития российского законодательства, когда были приняты многие основополагающие федеральные законы, в т. ч. направленные на укрепление обороноспособности страны, улучшение социального и материального положения военнослужащих «О воинской обязанности и военной службе», «О статусе военнослужащих», «О ветеранах». И теперь объекты обязательного государственного страхования, страховые случаи, страховые суммы, выплачиваемые выгодоприобретателям и применяемые для расчета страховой премии, порядок и условия выплаты страховых сумм закреплялись в ст. Федерального закона № 52-ФЗ от 28.03.1998 г. «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы ...», а Перечень увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым или легким, устанавливался Правительством РФ от 29 июля 1998 № 855 «О мерах

по реализации ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы ...».

Суммы единовременных пособий военнослужащим Вооруженных Сил (ВС) РФ, гражданам, призванным на военные сборы, и членам их семей в случае гибели (смерти) при исполнении обязанностей военной службы или увольнении с военной службы (военных сборов) в связи с признанием их военно-врачебными комиссиями (ВВК) не годными к военной службе по увечью (заболеванию), полученному при исполнении обязанностей военной службы в настоящее время определены Федеральным законом от 07.11. 2011 г. № 306-ФЗ «О денежном довольствии военнослужащих и предоставлении им отдельных выплат».

Таким образом, за более чем 20-ти летний постсоветский период система нормативного правового регулирования отношений по обязательному государственному страхованию приобрела ярко выраженную социальную направленность. Для сравнения в армиях ведущих стран - членов НАТО, модели личного страхования жизни и здоровья военнослужащих, подобной российской, нет. Например, в ВС Великобритании системы обязательного страхования военнослужащих не существует. В армии США с 1965 г. действует система государственного страхования военнослужащих, но при этом из денежного довольствия военнослужащего ежемесячно удерживается страховой взнос, т.е. в формировании страхового фонда государство не участвует.

Страховое обеспечение жизни и здоровья военнослужащих Министерства обороны РФ с 2015 г. по настоящее время осуществляет АО «СОГАЗ».

В настоящее время порядок организации обязательного государственного страхования жизни и здоровья военнослужащих ВС РФ и граждан, призванных на военные сборы, утвержден приказом Министра обороны РФ от 24.12. 2015 г. № 833, в котором также содержатся элементы порядка медицинского освидетельствования ВВК в целях определения тяжести увечья пострадавших военнослужащих с оформлением справки о тяжести увечья, полученного застрахованным лицом. Контроль за соответствием степени тяжести увечья, указанной в справке о тяжести увечья, полученного застрахованным лицом, Перечню увечий и надлежащим оформлением ВВК справки о тяжести увечья, возложен на Главный центр военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации (Главный центр).

С учетом требований нормативных документов Главным центром осуществляется обязательное методическое сопровождение всех документов, по которым производятся страховые и единовременные выплаты, путем тщательного изучения и оценки обоснованности их оформления подчиненными военно-врачебными комиссиями (ВВК) военно-медицинских организаций Минобороны России.

Всего за период с 2018 г. по 2020 г. Центральной военно-врачебной комиссией (ЦВВК) Главного центра и ВВК филиалов и отделов филиалов Главного центра рассмотрено более 31 тыс. справок о тяжести увечья, из них порядка 2 тыс. (6%) составили справки, оформленные непосредственно ЦВВК Главного центра и ВВК его филиалов и отделов филиалов по обращению застрахованных граждан, которым медицинское освидетельствование по окончании лечения не проводилось.

Оценка обоснованности заключений ВВК ВМО о тяжести увечий и проверка качества оформления справок относится к этапу ведомственного контроля, осуществляемого Главным центром. Наглядным показателем этой деятельности служит количество неутвержденных заключений. За анализируемый период почти 1,5 тыс. заключений (около 5%) были не утверждены. Основными причинами не утверждения заключений ВВК послужили неправильная оценка тяжести увечья, установление необоснованного диагноза увечья и увечье в Перечень не входит.

Таким образом, работа врачей-специалистов, осуществляющих медицинское освидетельствование военнослужащих, кроме медицинского аспекта в значительной мере содержит социальный аспект деятельности поскольку оформляемая ВВК справка о тяжести увечья является ключевым моментом в реализации гарантий социальной защиты военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, получивших увечья в период прохождения военной службы (военных сборов).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОБЪЕМА И СТРУКТУРЫ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
СИСТЕМЫ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ,
ВЫПОЛНЕННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2019 – 2020 гг.**

Н.Н. Лукогорская, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова*

*ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И.Джанелидзе»*

В условиях распространения Covid-19 существенно возросли потребности в функциональных исследованиях системы дыхания. Однако в связи с тем, что передача нового коронавируса SARS-CoV-2 возможна и воздушно-капельным, и контактным путем, выполнение функциональных исследований легких является потенциально опасным как для пациентов, так и для медицинского персонала, осуществляющего данные исследования.

Поэтому в связи с «Рекомендациями Российского респираторного общества по проведению функциональных исследований системы дыхания в период пандемии COVID-19. Версия 1.1. от 19.05.2020 г.», с одной стороны, максимально ограничить число проводимых исследований, а с другой стороны, при наличии крайней необходимости в проведении исследования для принятия неотложных решений по тактике лечения пациента, необходимо соблюдать комплекс мер защиты. Кроме того, в соответствии с данными Рекомендациями в условиях распространения COVID-19, функциональные исследования легких должны быть ограничены спирометрией и определением диффузной способности легких при задержке дыхания. Кроме того, нецелесообразно измерение общей емкости легких методом бодиплетизмографии, а также проведение исследований, связанных с дыханием в закрытом контуре, бронходилатационных и бронхоконстрикторных тестов, нагрузочных тестирований.

Все виды функциональных исследований системы дыхания могут выполняться только при уровне коэффициента распространения коронавируса $R_t < 1$. Важно также отметить, что в условиях пандемии в связи с увеличением времени между исследованиями, и затратами времени на обеззараживание помещений затраты времени медицинских сестер на выполнение исследования при высоком риске заражения увеличиваются на 15 %.

В связи с этим, несмотря на общее увеличение числа функциональных исследований в период распространения коронавируса, изменилась структура выполняемых исследований. Результаты изучения объема и структуры всех функциональных исследований, выполненных в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2019 году и в 2020 году, свидетельствуют о том, что общее их количество уменьшилось на 10,4 % (с 6804244 исследований в 2019 году до 6097653 исследований в 2020 году). В то же время, число исследований системы дыхания увеличилось в 2,1 раза (с 477830 исследований до 1022034 исследований). Соответственно доля исследований системы дыхания в структуре всех функциональных исследований увеличилась с 7,0 % до 16,8%.

Следует подчеркнуть, что в основном существенное общее увеличение функциональных исследований системы дыхания в 2020 году по сравнению с 2019 годом обусловлено за счет увеличения в 10,5 раз исследований непрямой фотооксигеметрии (пульсоксиметрии). В 2019 году было выполнено 72470 таких исследований, а в 2020 году – 761123 исследований, соответственно, их доля увеличилась с 15,2 % до 74,5 % - таблица 1. Столь значительное увеличение исследований пульсоксиметрии стало возможным за счет увеличения количества пульсоксиметров в 3,1 раза: с 1628 в 2019 году до 5109 в 2020 году.

Таблица 1 - Динамика числа и удельного веса разных функциональных методов системы внешнего дыхания, выполненных в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2019 – 2020 гг.

Методы исследования	2019 г.		2020 г.	
	абс.	%	абс.	%
Спирографические пробы (из стр.9 т.5401)	301701	63,1	187849	18,4
Исследование остаточного объема легких	24175	5,0	11803	1,1
Исследование аэродинамического сопротивления дыхательных путей	20019	4,2	13362	1,3
Исследование легочного газообмена	8064	1,7	2875	0,3
Исследования газового состава крови	23846	5,0	10378	1,0
Непрямая фотооксигеметрия (пульсоксиметрия)	72470	15,2	761123	74,5
Другие методы исследования системы внешнего дыхания	27555	5,8	34644	3,4
Итого исследования внешнего дыхания	477830	100,0	1022034	100,0

Вместе с тем, число спирографических проб сократилось в 1,6 раза: 301701 исследований в 2019 году до 187849 исследований в 2020 году. В 2 раза сократилось число исследований остаточного объема легких (с 24175 исследований до 11803 исследований). В 1,5 раза уменьшилось число проведенных исследований аэродинамического сопротивления дыхательных путей (с 20019 исследований в 2019 году до 13362 исследований в 2020 году). В 2,8 раза увеличилось число исследований легочного газообмена (с 8064 исследований до 2875 исследований). Число исследований газового состава крови уменьшилось в 2,3 раза (с 23846 исследований до 10378 исследований). Число других методов исследования системы внешнего дыхания увеличилось на 25,7 % (с 27555 исследований в 2019 году до 34644 исследований в 2020 году). В 2019 году 100 % других методов исследования составило кардио-респираторное мониторирование, в 2020 году доля таких исследований составила 36,4 %, а их число сократилось в 2,2 раза.

В связи с особенностями поражения легких при коронавирусной инфекции после этапа интенсивной терапии на этапе реабилитации больных COVID-19, наряду с пульсоксиметрией, возрастет потребность в проведении и других методов исследования внешнего дыхания, в том числе и более трудоемких по сравнению с пульсоксиметрией. Соответственно потребуются коррекция штатного расписания отделений (кабинетов) функциональной диагностики и табелей их оснащения.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАНДИДАТОВ НА ПЕРЕСАДКУ РОГОВИЦЫ

Л.В. Кочорова, П.И. Константинова

*ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

Известно, что в последние годы во всем мире наблюдается неуклонный рост выполненных операций по пересадке донорской роговицы, однако в Российской Федерации до сих пор существует ряд факторов, ограничивающих доступность этого вида медицинской помощи. Специализированную офтальмологическую медицинскую помощь пациентам, нуждающимся в пересадке роговицы, оказывают на базе офтальмологических отделений стационаров, хотя их количества пока недостаточно для удовлетворения потребности населения в этом виде хирургических вмешательств. Таким образом, в связи с повышением заболеваемости болезнями роговицы, а также большим экономическим ущербом, обусловленным потерей трудоспособности у пациентов с данной патологией, нами было проведено данное исследование.

Учитывая высокую значимость заболеваний роговицы в структуре всех глазных патологий нами была проанализирована заболеваемость жителей Санкт-Петербурга по обращаемости к врачам-офтальмологам. Было выявлено, что за 2019 год всего было зарегистрировано 27684 случаев обращения за специализированной офтальмологической медицинской помощью с той или иной патологией роговицы. Соответственно этим данным, нами была рассчитана первичная заболеваемость болезнями роговицы, которая составила 5,2 на 1000 населения. Показатель общей заболеваемости болезнями роговицы составил 5,6 на 1000 населения.

Путем выкопировки данных из 303 историй болезни двух крупных офтальмологических стационаров Санкт-Петербурга нами была детально изучена медико-социальная характеристика пациентов, которым была выполнена пересадка роговицы.

Большую долю (55,4%) в структуре госпитализированных пациентов составляли женщины, а 44,6% – мужчины. Однако, наибольший интерес представляет возрастная структура, так как она наглядно демонстрирует, что заболевания роговицы преимущественно поражают пожилой контингент. Так, средний возраст пациентов, которым была выполнена кератопластика, составил 63,6 лет ($m \pm 4,7$). Почти половину (45,5%) составляют пациенты старше 71 года, а 30,4% – возрастная группа от 51 до 70 лет. На долю пациентов в возрасте от 41 до 50 лет приходится 7,9%, от 31 до 40 – 9,6%, а лица от 18 до 30 лет занимают всего 6,6% (Рисунок 1).

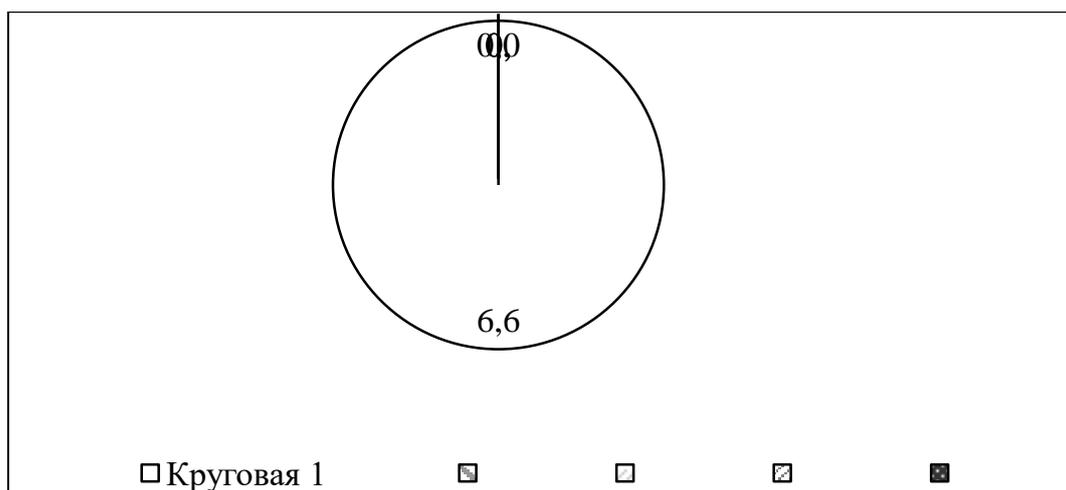


Рисунок 1. – Возрастная структура пациентов, госпитализированных с целью пересадки роговицы на офтальмологические отделения Санкт-Петербурга, в %.

Было выявлено, что среди госпитализированных пациентов преобладали пенсионеры – 55,8%. Практически треть пациентов (29,7%) составляли работающие граждане, что позволяет обозначить высокую социально-экономическую значимость заболеваний роговицы для государства. 3% в структуре занимали учащиеся, а 11,6% – лица, имеющие ту или иную группу инвалидности.

Длительность госпитализации пациентов, которым была выполнена пересадка роговицы, варьировала в диапазоне от 3 до 18 дней. Средняя длительность их пребывания на койке составила $6,6 \pm 0,8$ дней.

Следует отметить, что средняя длительность лечения таких пациентов находится в зависимости от целого ряда признаков. Этот показатель отличается у пациентов в разных возрастных группах, в зависимости от диагноза, наличия у пациента сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания. Кроме того, существенное влияние на увеличение сроков госпитализации при выполнении пациенту операции по пересадке роговицы имеет конечный успех приживления донорского трансплантата в глазу. Этот процесс также зависит от многих факторов, таких как, например, качества используемого донорского материала, срока от момента забора роговицы у донора до ее пересадки реципиенту, а также от наличия у пациента патологии глаза. Таким образом, мы оценили удельный вес пациентов, у которых возникли те или иные осложнения после пересадки роговицы. Оказалось, что 84,8% пациентов, которым была выполнена пересадка роговицы выписались из стационара без осложнений, однако остальные 15,2% пациентов требовали дополнительного наблюдения и контроля со стороны врачей-офтальмологов в послеоперационном периоде, что, безусловно, увеличило длительность их госпитализации.

При анализе нозологической структуры пациентов в соответствии с МКБ-10 было установлено, что в исследуемой группе преобладают больные с диагнозом наследственные дистрофии роговицы (H18.5) и составляют

наибольшую долю – 26,7%. Они, в свою очередь, подразделяются на эпителиальную, гранулярную, решетчатую и пятнистую дистрофии. Также, более, чем 1/5 в структуре заболеваний занимают пациенты с неоваскуляризацией роговицы (Н16.4), на их долю приходится 20,8%. Третье место по значимости составляют пациенты с другими центральными помутнениями роговицы (Н17.1) – 13,2%. Остальные патологии роговицы занимают менее половины от общего числа и на каждую из них приходится не больше 10% (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение госпитализированных пациентов с разными классами заболеваний роговицы, в %.

Диагноз по МКБ-10	%
Н16.0 Язва роговицы	4,9
Н16.4 Неоваскуляризация роговицы	20,8
Н17.1 Др. центральные помутнения роговицы	13,2
Н17.8 Др. рубцы и помутнения роговицы	8,6
Н17.9 Рубцы и помутнения роговицы неуточненные	1,3
Н18.1 Буллезная кератопатия	7,6
Н18.3 Изменения оболочек роговицы	2,6
Н18.4 Дегенерация роговицы	4,6
Н18.5 Наследственные дистрофии роговицы	26,7
Н18.6 Кератоконус	9,0
Н18.8 Др. уточненные болезни роговицы	0,7

Также немаловажное значение для оценки проведенного хирургического лечения имеет исход операции, однако, стоит заметить, что далеко не каждую пересадку роговицы можно выполнить с оптической целью, то есть с полным или частичным восстановлением зрительных функций глаза. Очень часто пересадка роговицы показана пациенту как органосохраняющая операция, которая позволяет предотвратить удаление глаза. В большинстве случаев, сохранение глаза избавляет пациента от психологической травмы и косметического дефекта. В исследуемой группе пациентов оптического эффекта удалось достичь в 74,4% случаев, стабилизировать состояние глаза – в 17,7% и сохранить орган – в 7,9%.

Таким образом, операции по пересадке донорской роговицы имеют высокое медико-социальное и социально-экономическое значение. Выявление реальной потребности в этом виде хирургических вмешательств

будет способствовать повышению доступности специализированной офтальмологической медицинской помощи населению.

НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ (по данным социологического исследования сотрудников)

В.И. Орел, Н.А. Гурьева, В.А. Затулкин

ФБГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

В силу высокой распространенности и интенсивности поражения зубочелюстной системы среди населения, обращаемость за стоматологической помощью постоянно увеличивается. По данным ВОЗ заболеваемость кариесом зубов в разных странах и среди разного контингента колеблется от 80 % до 98 %. В последние два десятилетия отмечается тенденция роста заболеваемости среди детей, особенно в экономически развитых странах, и уже к 6–7 годам у 80–90 % детей наблюдается кариес разной глубины поражения. В Российской Федерации более 87,0% населения страдают кариесом зубов, 95,1% – болезнями пародонта. Удельный вес стоматологических заболеваний среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20-25% (третье место), составляя 345-550 случаев на 1000 жителей; обращаемость за стоматологической помощью занимает второе место после обращаемости к врачам-терапевтам. Исходя из этого, стоматологическую помощь можно отнести к наиболее массовым видам медицинской помощи.

По данным официальной статистике в Санкт-Петербурге удельный вес кариеса среди населения выше, чем в целом по России, и составляет 96,7-97,6%; некариозных поражений – 9,5-14,2%. Среди детского населения в более старших возрастных группировках отмечается увеличение распространенности кариеса постоянных зубов, так у детей 6 лет этот показатель равен 12,0-22,0%, а у 15-летних подростков достигает уже 82,3-88,1%. На фоне высокой распространенности стоматологической заболеваемости среди населения города, за последние пять лет в 2,5 раза снизилась общая мощность амбулаторной детской стоматологической службы Санкт-Петербурга и к 2020 г. составила 1609 посещений в смену (2016 г. - 4179) [5]. Таким образом, высокие показатели заболеваемости кариесом, снижение общей мощности стоматологической службы ведет к увеличению нагрузки на систему стоматологической помощи города. Растущая потребность в стоматологической помощи без изменения ресурсного обеспечения (материально-технического, кадрового и т.д.) требует поиска новых организационных технологий в деятельности

стоматологической организации, чтобы улучшить качество медицинской помощи и удовлетворить потребности пациентов.

Такими организационными технологиями могут стать принципы бережливого производства, которые сейчас внедряются в медицинские организации общего профиля, оказывающие первичную медико-санитарную помощь [4].

В отечественной литературе представлены различные подходы к определению «бережливого производства» в стоматологической практике. Например, под «бережливым производством» (lean production) Е.С. Иванова, А.Ф. Чернавский, И.А. Петров понимают концепцию, содействующую организации в повышении ее конкурентоспособности и эффективности бизнеса, включающую комплекс методов и инструментов по всем направлениям деятельности, позволяющий производить товары и оказывать услуги в минимальные сроки и минимальными затратами с требуемым потребителем качеством [2].

В.Ф. Арженцов отмечает, что бережное производство в стоматологической клинике - это философский подход к разработке гибких, отзывчивых процессов, способных предоставить клиентам то, что они хотят, с ожидаемым уровнем качества и доставить продукт именно тогда, когда они этого хотят. Жесткий контроль затрат в стоматологической клинике - надежная и необходимая бизнес-стратегия [1].

Нами было проведено исследование по изучению мнения медицинских и немедицинских работников одной из городских стоматологических поликлиник по выявлению существующих проблем в организации деятельности данной медицинской организации и необходимости внедрения новых организационных технологий, основанных на принципах бережливого производства. Респондентами опроса были сотрудники: руководство, врачи, средний медицинский и вспомогательный персонал. В исследовании приняли участие 4 человека из администрации больницы, включая главного врача, 22 врача стоматолога различных специальностей, в том числе три детских врача стоматолога, 12 средних медицинских работников и 9 сотрудников вспомогательного персонала.

В анкете были представлены вопросы, отвечая на которые респонденты характеризовали проблемы в текущем состоянии организации стоматологической помощи в учреждении, обосновывали необходимость улучшения деятельности и возможности внедрения бережливых технологий.

По результатам опроса, среди наиболее важных проблем, с которыми сталкивается стоматологическая поликлиника, были выделены дефицит кадрового ресурса, особенно среднего звена и в отделении, оказывающем стоматологическую помощь детям (100% респондентов – медицинских работников); увеличение количества пациентов за последний год и, как результат, большие очереди перед кабинетами врачей и рентген-кабинетом, а также необходимость работать по истечении времени приема (100% врачебного и среднего медицинского персонала и 78,0% вспомогательного

персонала); в силу особенностей исторического здания поликлиники, недостаточное количество площадей для ожидания пациентов, в частности в регистратуре и холлах (100% респондентов); рост числа обращений пациентов с жалобами на организационные моменты в работе учреждения (100% руководство и медицинские работники, 55,5% - вспомогательный персонал).

При ответе на вопрос «Как часто в вашей медицинской организации вносятся организационные изменения в ее деятельность, и кто является инициатором этих изменений?» 93,0% врачей и медицинских работников среднего звена ответили, что не чаще 1 раза в полгода, 67,0% - вспомогательного персонала – не чаще 1 раза в год, 100% представителей администрации – ежеквартально. Изменения чаще связаны с обработкой и анализом информации, иницируются в основном руководством медицинской организации (100% респондентов) и никаких восходящих инициатив нет. Врачи, средний медицинский и вспомогательный персонал заняты выполнением текущих обязанностей и не участвуют в действиях по улучшению деятельности своей поликлиники.

Среди тех, кто мог бы участвовать в решении данных проблем, врачи, средний и вспомогательный персонал назвали руководство поликлиники, в то время как представители администрации отметили важность участия всего коллектива в устранении существующих проблем и внедрении бережливых технологий по всем направлениям деятельности медицинской организации.

Участники опроса также могли высказать свое мнение о внедрении системы предложений, типичной для концепции бережливого производства, и о размещении в поликлинике специальных контейнеров (ящичков или коробок) для сбора таких предложений от сотрудников. Только 100% респондентов из администрации высказались о целесообразности данной идеи, предложив такое решение и для врачей, и для медсестер, и для пациентов. Другие респонденты в 76,7% поддержали это решение, однако, усомнились, что предложенные идеи будут проанализированы и реализованы. Остальные респонденты предположили, что внедрение такого инструмента невозможно из-за менталитета персонала. Это вскрыло еще одну проблему, что для эффективного внедрения новых организационных систем, в том числе и принципов «бережливого производства», необходимо в первую очередь изменение психологического восприятия организационных изменений, перестройка мышления персонала, а уже после его обучение и информирование.

В.А. Климов отмечает, что заказчик играет важную роль в организации, управляемой в духе бережливого производства, и любые действия по улучшению предпринимаются с учетом ожиданий, предпочтений и потребностей пациента [3].

Один из вопросов нашего исследования касался обоснованности исследования степени удовлетворенности пациентов. Руководство единогласно считает, что необходимо изучать, анализировать и использовать

данные, полученные при опросе пациентов для решения их проблем. Среди прочих респондентов ответы разделились, если средний медицинский персонал в 83,3% поддержал точку зрения администрации и предложил увязать результаты изучения мнения пациентов с системой премирования, то врачи и вспомогательный персонал в 80,6% не видели смысла учитывать степень удовлетворенности пациентов процессом организации медицинской помощи в поликлинике в силу необъективности данного критерия.

За необходимость внедрения организационных изменений высказалось 72,5% участников исследования (100% - руководящего состава, 68,2% - врачей, 66,6% - среднего медицинского персонала, 55,5% - вспомогательного персонала). Термины «бережливое производство» или «бережливые технологии» были знакомы 51,1% респондентов, в основном руководству и врачебному персоналу, при этом имели представление о концепции бережливого производства 100% представителей администрации и только 20,0% врачей.

Руководящий аппарат поликлиники отмечает важность сбора информации о текущем состоянии своей поликлиники, выявления проблемных зон и путей оптимизации процессов при организации работы с помощью внедрения технологий бережливого производства. По их мнению, это будет способствовать сокращению среднего времени пребывания пациента в поликлинике, ожидая приема врача или диагностического исследования, уменьшению числа жалоб, повышению удовлетворенности, как пациентов, так и сотрудников, улучшит командную работу, что в итоге приведет к повышению качества медицинской помощи.

Таким образом, исследование показало, что большинство респондентов на разных уровнях ощущают потребность во внесении изменений в деятельность своей медицинской организации, отмечают необходимость поиска новых организационных технологий в стоматологической практике для удовлетворения потребностей пациентов и медицинских работников.

Список литературы

1. *Арженцов В.Ф. Применение принципов бережливого производства в медицине. Управление качеством в здравоохранении. 2018; 1: 14-18.*
2. *Иванова Е.С., Чернавский А.Ф., Петров И.А. Эффективность психологического консультирования администрации и персонала реорганизуемого стоматологического учреждения. Проблемы стоматологии. 2016; 12 (4) :75–83.*
3. *Климов В.А. Современная регистратура – визитная карточка лечебного учреждения. ГлавВрач. 2018; 5: 27-33.*
4. *В.И. Орел, Бурцева Т.Е., Гурьева Н.А., Жданова Л.А., Ким А.В., Мадар Л.Н., Манькова Т.Ю., Орел В.В., Орел О.В., Рослова З.А., Силиди И.Ю., Смирнова В.И., Сочкова Л.В., Ченцов Д.В., Шавалиев Р.Ф. Новые организационные подходы к оказанию медико-санитарной помощи детскому населению: монография. СПб.: СПбГПМУ; 2020.*
5. *Орел В.И., Иванов Д.О., Ким А.В., Носырева О.М., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л., Либова Е.Б., Смирнова В.И., Булдакова Т.И., Петренко, А.Л. Рубежов, А.Г. Кулев, В.А. Резник, В.Г. Пузырев, З.А. Рослова, Г.А. Нерода Ю.В., Каканов А.М., Данилов В.Т., Беженар С.И., Разгуляева Д.Н., Орел В.В., Ченцов Д.В., Орел О.В., Силиди И.Ю., Сочкова*

Л.В., Горбачевская И.Н. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2018-2019 годах: учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2020.

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ МУЖСКОМ ФАКТОРЕ БЕСПЛОДИЯ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

Т.А. Криволесова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ

Согласно статье 55 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

Мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Ограничения возможности зачатия ребенка может быть обусловлено как женским фактором, так и мужским фактором бесплодия.

Согласно современным научным данным примерно в 10–15 % случаев причиной бесплодия в паре оказывается азооспермия, то есть, бесплодие обусловлено мужским фактором.

В связи с вышеизложенным процесс оказания медицинской помощи мужчинам в системе обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге требует особого внимания, а объемы оказываемой медицинской помощи, а также их финансовое обеспечение требует отдельного разбора.

С целью выбора оптимального способа получения сперматозоидов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в системе обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге предусмотрен тариф «Консультация врача-уролога» при проведении первичной, и, при необходимости, повторной консультации пациента с бесплодием, обусловленным мужским фактором.

К тарифу дополнительно применяется один из тарифов на оперативное пособие (биопсию яичка, придатка яичка и семенного канатика, а также

дополнительно может применяться тариф на анестезиологическое пособие). Выбор дополнительного тарифа на оперативное пособие и анестезиологическое пособие зависит от технологии проведенного оперативного вмешательства и медицинских показаний.

Биопсия яичек у мужчин при азооспермии может носить как чисто диагностический характер, так и применяться с целью получения семенной жидкости для дальнейшего использования при вспомогательных репродуктивных технологиях.

В настоящее время в андрологии используют несколько видов биопсии яичка у мужчин:

- тонкоигольная аспирационная биопсия яичек – TESA, которую называют также TEFNA. Предназначена она для забора канальцев тестикул со сперматозоидами при обструктивной азооспермии;

- тонкоигольная аспирационная биопсия придатков яичек – PESA. Технически проводится аналогично TESA;

- микрохирургическая аспирация содержимого придатков яичек – MESA. Такая биопсия яичек у мужчин проводится тоже при наличии обструкции.

Количество консультаций врача-уролога по поводу мужского фактора бесплодия, в том числе частота применения оперативного пособия (биопсии яичника, придатка яичка и семенного канатика) в Санкт-Петербурге в последние годы представлена на рисунке 1.

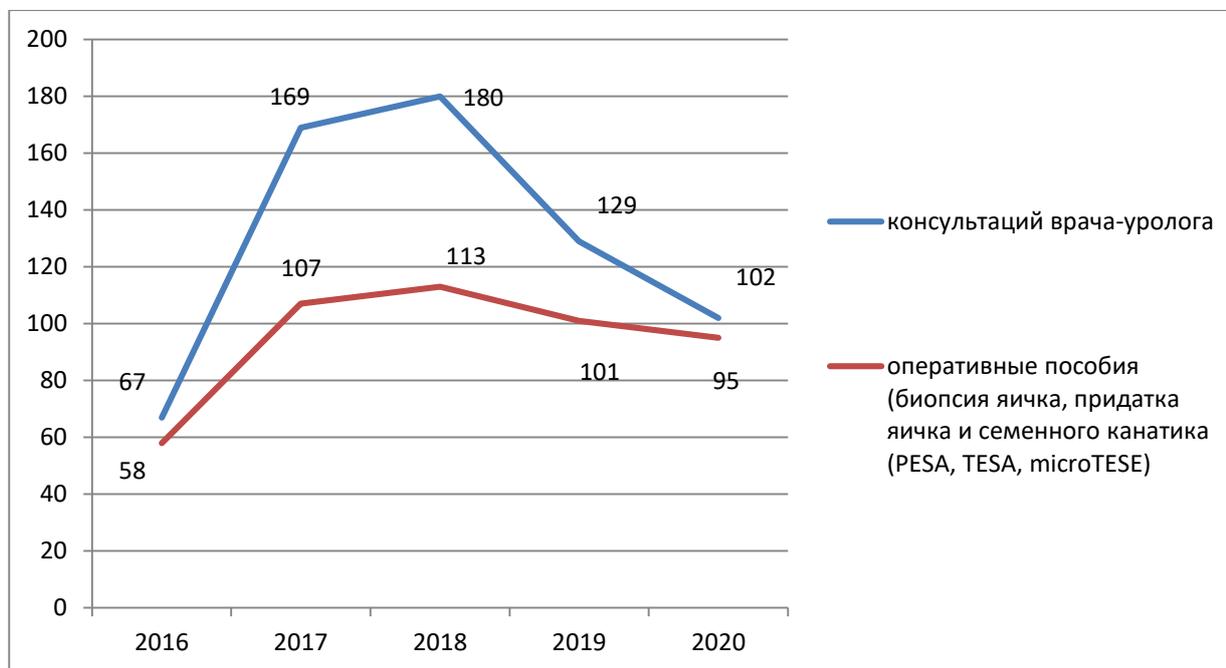


Рисунок 1. Количество случаев выставления счетов в системе обязательного медицинского страхования в амбулаторных условиях, обусловленное мужским фактором бесплодия, в Санкт-Петербурге в период 2016-2020 гг.

В 2020 году медицинскими организациями в связи с мужским фактором бесплодия проведено всего 102 консультации, выполнено 95 различных оперативных пособий по биопсии яичка, придатка яичка и семенного канатика (PESA, TESA, microTESE). Следует обратить внимание, что объемы консультаций и оперативных вмешательств в последние годы несколько снизились, с 180 консультаций врача-уролога в 2018 году до 102 консультаций в 2020 году (- 43,3 %), а различных видов оперативных вмешательств с 113 случаев в 2018 году до 95 случаев в 2020 году (- 15,9 %).

Учитывая, что тариф в системе обязательного медицинского страхования за консультацию врача-уролога составляет всего 540 руб., то и расходы системы на оказание данного вида медицинской помощи совсем незначительны, и в 2020 году составили всего 55 080 руб.

На проведение биопсии яичка, придатка яичка и семенного канатика в 2020 году были установлены следующие тарифы: тонкоигольчатая аспирационная (PESA, TESA) – 12 540,45 руб., биопсия яичка, придатка яичка и семенного канатика открытая (TESE) – 14 405,67 руб., биопсия яичка, придатка яичка и семенного канатика открытая (microTESE) – 30 036,23 руб.

Таким образом, расходы на выполнения указанных видов оперативных пособий в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2020 году составили 1 861 069 руб., из которых 1 048 998 руб. были затрачены на застрахованных жителей Санкт-Петербурга, а остальные 812 071 руб. на иногородних граждан.

Более половины (55,0 %) всех консультаций врачом-урологом, 56,8 % всех биопсий были выполнены пациентам из других регионов Российской Федерации, и оплачены ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» в рамках межтерриториальных расчетов.

Проведенный анализ объемов медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий при мужском факторе бесплодия выявил низкую их долю. На эти цели выделяются незначительные ресурсы системы обязательного медицинского страхования.

В 2020 году выявлено существенное снижение объемов медицинской помощи, данное снижение обусловлено не только распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, так как снижение показателя наблюдалось и ранее, начиная с 2018 года.

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

А.Ю. Апресян

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Поиск путей оптимизации использования ресурсов системы оказания бесплатной медицинской помощи населению является актуальной задачей для организаторов здравоохранения. Одним из способов решения данной задачи является широкое внедрение в медицинскую практику стационарозамещающих технологий, в том числе наиболее распространенной из них – дневного стационара. Кроме рационализации процесса оказания медицинской помощи, несомненным преимуществом широкого использования стационарозамещающих технологий является и их удобство для пациентов, а именно возможность совмещать лечение с обычным образом жизни, без отрыва от семьи и возможного стресса. В настоящее время, в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой сокращение времени круглосуточного пребывания пациентов в общественных местах, в том числе в стационаре, представляется особенно актуальным.

Заболевания системы кровообращения в значительной мере распространены среди населения, по данным формы статистической отчетности № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» в 2019 году в общей структуре заболеваемости взрослого населения в Санкт-Петербурге на их долю пришлось 18,5%, в том числе 1,2% - на заболевания периферических артерий.

В ряду болезней системы кровообращения заболеваниям периферических артерий отводится особое место, обусловленное их существенным медико-социальным значением, выражающимся в значительной степени снижения качества жизни таких больных и их последующей инвалидизации. В связи с этим, целесообразна разработка мер по оптимизации оказания медицинской помощи данной группе больных, в том числе в части расширения использования для них стационарозамещающих технологий.

В целях оценки динамики объемов использования стационарозамещающих технологий в практике оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий проведен анализ статистических данных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в Санкт-Петербурге в рамках программ

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Проведенный анализ показал, что в последние годы стационарозамещающие технологии (дневной стационар) применяются при лечении заболеваний периферических артерий (Таблица 1).

Если в целом, при оказании бесплатной медицинской помощи по программам государственных гарантий в Санкт-Петербурге доля случаев лечения в дневных стационарах составляет менее одного процента, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы – около двух процентов, то при заболеваниях периферических артерий – около десяти процентов.

Таблица 1 - Структура случаев медицинской помощи, оказанной пациентам в различных условиях в Санкт-Петербурге в 2019-2020 годах, в %

Условия и период оказания медицинской помощи	Структура случаев оказания медицинской помощи					
	При всех болезнях		При болезнях системы кровообращения		При болезнях периферических артерий	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Амбулаторно	94,3	94,5	86,5	86,7	71,8	70,6
В стационаре	3,2	3,0	6,3	5,9	19,1	20,7
В дневном стационаре	0,9	0,9	1,6	1,4	8,0	7,3
Скорая помощь	1,6	1,7	5,5	5,9	1,1	1,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Следует отметить, что в 2020 году в период распространения новой коронавирусной инфекции, акценты в структуре случаев оказания медицинской помощи в различных условиях при заболеваниях системы кровообращения несколько сместились в сторону амбулаторной и скорой медицинской помощи, а при заболеваниях периферических артерий – в сторону скорой и стационарной медицинской помощи. Однако нельзя говорить о статистически достоверной разнице полученных показателей за указанные периоды ($t = 1,8$; $p < 0,05$).

Частота лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий в Санкт-Петербурге в условиях дневного стационара в период 2016-2019 годов оставалась стабильной до 2020 года, когда произошло существенное ($t = 3,5$; $p < 0,05$) снижение показателя (Рисунок 1).

В сравнении с аналогичным показателем в группе больных заболеваниями системы кровообращения в целом, лечение в условиях дневного стационара при заболеваниях периферических артерий проводится чаще практически в семь раз. Необходимо отметить, что частота применения стационарозамещающих технологий при заболеваниях системы кровообращения также достаточно стабильна, а в 2020 году также наблюдается снижение значения данного показателя ($t = 2,8$; $p < 0,05$) (Рисунок 2).

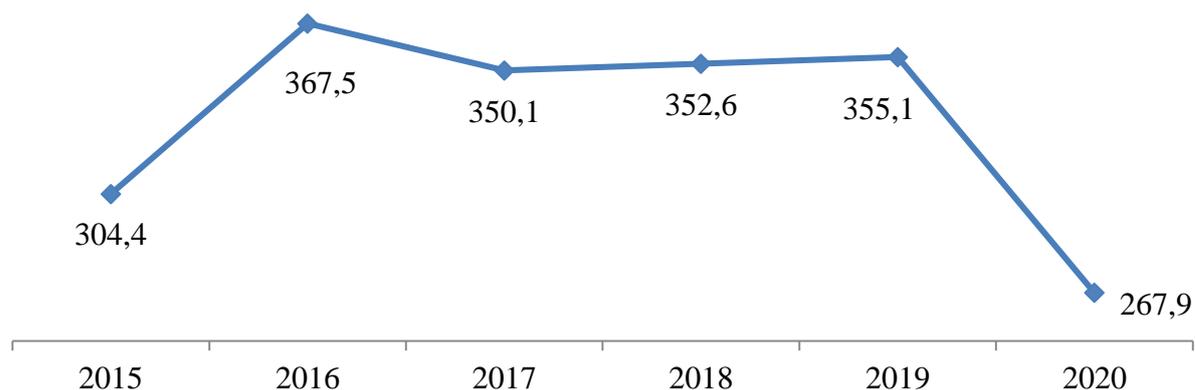


Рисунок 1 – Динамика частоты лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий в условиях дневного стационара на примере больных эндартериитом и тромбангезитом облитерирующим, на 1000 больных

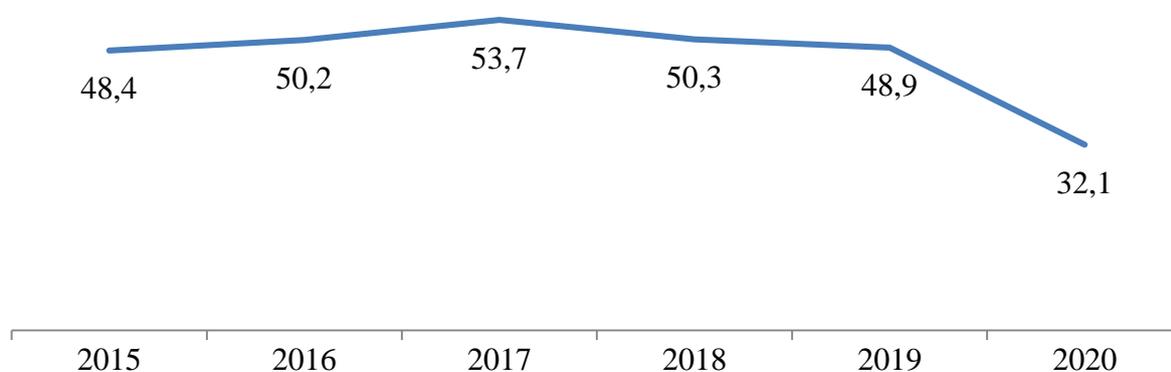


Рисунок 2 – Динамика частоты лечения пациентов с заболеваниями системы кровообращения в условиях дневного стационара, на 1000 больных

Вместе с тем, показатели деятельности коек дневных стационаров по профилю «сосудистая хирургия» в Санкт-Петербурге, отражаемые медицинскими организациями в статистическом отчете по форме № 14, свидетельствуют об отсутствии стабильной интенсивности их работы (Таблица 2).

Значение показателя оборота койки в изученный период крайне низкое, кроме того, оно значительно колеблется в разные годы – от 38 до 112 человек ($t = 3,8$; $p < 0,05$). Полученные статистические данные, однозначно, требуют проведения углубленного анализа.

При этом, финансовые затраты на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара пациентам с заболеваниями периферических артерий в рамках программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи значительны и составили в 2019 году 162,5 млн. рублей – около четверти всех расходов на оказание медицинской помощи данной группе больных.

Таблица 2 - Динамика деятельности дневных стационаров в Санкт-Петербурге по профилю «сосудистая хирургия»

Показатели / период		2015	2016	2017	2018	2019	2020
В стационарных условиях	Среднегодовое число коек	6	12	20	24	24	13
	Оборот койки	112	63	64	38	54	39
	Средняя длительность лечения	8,9	8,9	8,4	9,5	8,9	8,2
В амбулаторных условиях	Среднегодовое число коек	1	4	4	-	2	2
	Оборот койки	115	10	17	-	43	16
	Средняя длительность лечения	13,2	1,0	1,0	-	1,0	1,0

Учитывая важность планомерной и систематической медикаментозной терапии для пациентов с заболеваниями периферических артерий, проводимой в рамках диспансерного наблюдения за пациентами, особенно перенесшими оперативное лечение по поводу сосудистых тромбозов, дневные стационары следует рассматривать как неотъемлемый этап третичной профилактики заболеваний периферических артерий.

Разработка мер по оптимизации данного этапа оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий представляются актуальной, особенно принимая во внимание его высокую затратность.

АКТУАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Багненко Е.С., Гриненко А.О.

Институт красоты ГАЛАКТИКА, Санкт-Петербург

Роль внешности в рамках социальной жизни человека крайне высока. Несмотря на распространенное убеждение о преобладающей значимости личностных качеств над внешними данными, все же первое впечатление создает именно внешность человека.

Представление о телесном облике человека в некоторой степени отражает иерархическое устройство общества. Очевидно, что социальный статус человека, во многом определяемый совокупностью связей внутри определенной группы, зависит также от коммуникационных, поведенческих навыков и, безусловно, от созданного внешнего образа, так как визуальное

восприятие индивида является первичным по отношению к другим видам рецепции, например, звуковому или вербальному контакту.

Другим немаловажным аспектом является влияние внешнего облика на межличностные отношения. На бессознательном, имплицативном уровне осуществляется оценка внешнего вида человека в целом путем сравнения сформировавшегося образа с другими, уже имеющимися, сопряженными с положительными и отрицательными эмоциями. Однако не стоит забывать, что в восприятии других людей имеет место и безусловно-рефлекторный механизм, что доказывается ответной реакцией младенцев на демонстрацию различных эмоций взрослыми людьми.

В свою очередь, многие черты лица могут являться эквивалентами тех или иных его выражений и, следовательно, потенциальными сигналами эмоций другого человека. Определенная локализация морщин, дефекты кожи лица, уродства будут неосознанно вызывать негативное отношение либо ощущение брезгливости. Объяснить эту реакцию можно эволюционно закрепленным, врожденным рефлексом: в сообществах животных самки выбирают для спаривания самцов по внешним, физическим данным. Положительному естественному отбору подвергаются только сильные, здоровые и полноценные животные, что обеспечивает существование данного вида, предотвращая его вымирание.

Применение методов косметологии и эстетической хирургии улучшает внешний облик человека, делая его более привлекательным как в глазах его обладателя, так и в глазах окружающих - тем самым на бессознательном уровне это приводит к более благоприятному восприятию его другими людьми и повышает уровень его социализации.

С недавних пор отмечается устойчивая тенденция к росту обращений к врачам-косметологам, что может быть связано с увеличением доступности косметологической помощи и ростом высокоэффективных медицинских технологий. В связи с этим проблема взаимоотношений между клиентом косметологической клиники и врачом-косметологом с каждым годом становится всё более актуальной.

По данным социально-психологического анализа были установлены основные варианты отношения клиентов к врачу-косметологу: врач-«спаситель», врач-«союзник», врач-«подружка», врач-«прислуга», врач-«невидимка».

Каждый вид отношений складывался из ряда факторов, к которым относятся:

- 1) уровень общей культуры клиента,
- 2) патохарактерологические особенности его личности,
- 3) истинная или воображаемая принадлежность его к элитарным слоям общества («хозяева жизни», «острое чувство статуса»),
- 4) уровень тревожности, обусловленный косметическими проблемами,
- 5) принадлежность клиента и врача-косметолога к женскому полу.

В связи с увеличением доступности лечения существует необходимость проведения анализа обращений – действительно ли имеются у пациента косметические проблемы, требующие косметологических манипуляций, или преобладают психологические трудности.

По данным проведенного ранее нами анализа 100 случаев обращений женщин к врачу-косметологу, только у 78 пациенток действительно имелись проблемы, требующие косметологической коррекции.

У небольшого числа пациенток, обратившихся в клинику (n=4) имелась дисморфофобия, то есть ипохондрический моносимптоматический синдром, проявляющийся в стойком убеждении человека в наличии у него того или иного телесного дефекта или заболевания при отсутствии такового. У остальных 18 пациенток объективно не имелось ни косметологических проблем, ни психических расстройств. Такие пациентки были разделены на две группы и обозначены нами как «фантазерки» и «жертвы рекламы».

«Фантазерки» - в среднем это женщины 40-55 лет эгоистичного характера, с неопределенными жизненными ценностями, устремлениями, с явлением эмоционального выгорания, для которых придуманная косметическая проблема – вариант копинг-поведения, с помощью которого они пытаются сформулировать себе какую-то цель, которая могла бы добавить эмоции и смысл в повседневную жизнь.

«Жертвы рекламы» - в основе психологического поведения у данного типа женщин лежит подражание и эмоциональное заражение. Такому поведению подвержены лица с конституционально обусловленной конформностью, сочетающейся с поразительной некритичностью. Коммерческий характер оказания косметологической помощи не способствует развенчанию заблуждений о необходимости проведения манипуляций. В отличие от лиц с дисморфофобиями обращение к косметологу у них было импульсивным, не связанным с навязчивым представлением о собственных эстетических недостатках.

Таким образом, план лечения врача-косметолога должен подбираться индивидуально с учетом психологических особенностей пациента, исходя из объективных проблем. При их отсутствии правильная тактика врача-косметолога оказывает психокорректирующее действие, что повышает самооценку пациента.

У пациентов, действительно нуждающихся в помощи врача-косметолога, корригирование самооценки после лечения сильно зависело от психологического статуса до начала лечения.

Так, лица молодого возраста, столкнувшиеся с угревой болезнью и рубцовыми изменениями на лице, порой отличались существенно заниженной самооценкой, самоощущение которых можно было охарактеризовать как «комплекс гадкого утенка». Сочетание стойкой фиксации на малейших изменениях в структуре кожных поражений, тщательный анализ предыдущих эпизодов лечения и не всегда грамотное знакомство с медицинской литературой обуславливали их пассивное и

скептическое отношение к лечению и благоприятному прогнозу. У данной группы пациенток проводимое косметологическое лечение, несмотря на объективное улучшение состояния кожи, не влияло существенно на самооценку и качество жизни.

Обратным примером могут служить женщины с завышенной самооценкой, чаще молодого и среднего возраста, обращавшиеся с проблемами целлюлита, по поводу морщин, с целью коррекции овала лица. У данной категории пациенток отмечался невысокий уровень притязаний, который был полностью удовлетворен высоким уровнем материальной обеспеченности, что поднимало их в собственных глазах на недостижимую высоту. Коррекция их внешности также существенно не влияла на их завышенный уже до начала лечения уровень самооценки.

У пациенток, имевших средний уровень самооценки, она в результате лечения повышалась, что вносило свой вклад в улучшение их социальной жизни, межличностных отношений, в преодоление комплекса неполноценности.

В заключение стоит отметить, что во все времена общество, так или иначе, диктовало определенные параметры внешнего вида человека. Подражание, эмоциональное заражение, копирование этих идеальных моделей, образов было и остается социально одобряемым. В основе данного психологического феномена лежат как социально-адаптивные механизмы, так и безусловные рефлексy. С ростом доступности косметологической помощи количество обращений в косметологические клиники будет непременно увеличиваться, следовательно, проблема отношений врач-пациент сохраняет свою актуальность. Особенностью этих взаимоотношений является значительная их вариабельность, зависящая, главным образом, от психологических особенностей клиентов, которые должен учитывать врач-косметолог. Налаживание продуктивного контакта с клиентом позволяет улучшить качество его жизни не только за счет коррекции внешности, но и за счет психотерапевтического эффекта от общения с врачом.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

О РОЛИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ

*А.Н. Тулунов, В.А. Мануковский, А.Е. Демко, В.Е. Савелло, Д.В. Кандыба,
М.И Сафоев, Я.В. Гаврищук, А.В Никитин*

*ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе*

Прогресс в области диагностики и лечения тяжелых механических повреждений в последние годы связан с разработкой и внедрением в клиническую практику современных высокотехнологичных малоинвазивных методов: эндоскопических, эндовидеохирургических, рентгенэндоваскулярных, травматологических и др. Приводим серию клинических наблюдений, в том числе оригинальных, демонстрирующих возможность успешного использования этих методов в травмоцентре I уровня при различных повреждениях.

Пострадавший Н., 26 лет, доставлен в в травмоцентр СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе 21.09.2016 через 1 час после падения с 4 этажа жилого дома. При поступлении установлен диагноз: Тяжелая сочетанная травма головы, груди, таза и конечностей. Закрытая травма груди с переломами II-IX ребер справа. Ушиб обоих легких. Полный разрыв гребешка среднедолевого бронха и гемопневмоторакс справа. Пневмомедиастинум. Эмфизема мягких тканей груди и шеи. Закрытый перелом тела лопатки справа. Множественные гематомы мягких тканей груди, таза и конечностей. В срочном порядке пациенту под общим обезболиванием выполнены дренирование правой плевральной полости, видеобронхоскопия и клипирование гребешка среднедолевого бронха. Сразу после этого герметизм правого легкого полностью восстановился, под воздействием аспирационного и пассивного дренирования оно быстро расправилось. При контрольной обзорной рентгенографии груди через 3 сут после клипирования бронха правое легкое расправленное и воздушное, в его корне были видны 2 клипсы. Сохранялась, но заметно регрессировала эмфизема мягких тканей грудной стенки. При контрольной лечебно-диагностической фибробронхоскопии через неделю после вмешательства клипсы ослизнены, покрыты фибрином, проходимость среднедолевого и других бронхов сохранена, в бронхиальном дереве за клипсами -

минимальное количество слизистой мокроты. Плевральные дренажи удалены. Во время видеобронхоскопия через 14 сут после травмы произведено деклипирование гребешка среднедолевого бронха. Рана бронха герметична. Пострадавший в удовлетворительном состоянии выписан из стационара 07.10.2016, через 17 сут после травмы. При контрольном осмотре через месяц после травмы (т.е. через 2 недели после деклипирования) состояние пациента удовлетворительное, легкие расправлены, эмфизема мягких тканей груди исчезла. Приоритет этого способа защищен патентом на изобретение №2651691 от 23.04.2018.

Пациент Б., 32 лет, 25.05.2020 через 1 ч 10 мин после инцидента доставлен в противошоковую операционную СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с диагнозом колото-резаного ранения левой ягодичной области, большой наружной кровопотери и алкогольной интоксикации. При поступлении общее состояние тяжелое, ЧСС 130 ударов в мин, АД 105/65 мм рт. ст., количество эритроцитов периферической крови - $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, уровень гемоглобина – 80 г/л, концентрация алкоголя в крови 2,7‰; в моче - 4,2‰. Рана размерами 1,5x1,8 см располагалась в нижне-внутреннем квадранте левой ягодичной области на уровне середины крестца, после снятия давящей повязки обильно кровоточила. При пальцевом ректальном исследовании патологии не обнаружено. В экстренном порядке под общим обезболиванием с интубацией трахеи выполнены перевязка внутренней подвздошной артерии внебрюшинным доступом (кровотечения из раны сразу прекратилось), туалет, ушивание и дренирование колото-резаной раны. Через 3 суток после этого возник субфебрилитет, пациент стал отмечать боли и припухлость в области ушитой колото-резаной раны левой ягодичной области. После снятия с нее швов отмечено отхождение небольшого количества газов и мутного зловонного отделяемого, из которого в последующем высеяна кишечная палочка. Срочная ректороманоскопия. Эндоскоп введен до сигмовидной кишки. На осмотренных участках просвет кишки сохранен, тонус удовлетворительный. В средней трети прямой кишки на высоте 15 см от ануса определяется рана левой стенки кишки размером 1,2x0,7 см, края отечны, с фибрином. При введении 5мл раствора метиленового синего через рану ягодичной области краситель поступает в просвет кишки. Дефект стенки закрыт путем наложения 6 эндоклипс. Раневой канал левой ягодичной области передренирован ПХВ дренажом диаметром 1,0 см, который был удален через неделю. Пациент на 7 сутки переводился на полное парентеральное питание, получал системную антибактериальную терапию Метрогилом (внутривенно по 1 г 3 раза в сутки) и Цефтриаксоном (внутримышечно по 1 г в сутки). Температура тела нормализовалась через 2 суток после клипирования. Дренаж удален через 10 суток. При контрольной ректороманоскопии через 20 суток рана стенки прямой кишки герметична, с 2 оставшимися клипсами. Остальные 4 отошли с калом. 19.06.2020, через 25 суток после ранения, пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. При контрольном осмотре через месяц рана ягодичной области

зажила вторичным натяжением, состояние реконвалесцента удовлетворительное, вернулся к труду.

Пострадавший А., 26 лет, 07.11.2019 получил тяжелую сочетанную травму головы, груди, живота, таза, позвоночника, конечностей в результате падения с высоты 5 этажа во время строительных работ, после чего через 1 ч 25 мин доставлен в травмоцентр I уровня (СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе). При поступлении общее состояние тяжелое, сознание по шкале комы Глазго 15 баллов, жаловался на боли в области груди справа, в правой верхней конечности и области таза. ЧСС - 105 ударов в мин, АД - 115/75 мм рт. ст. Количество эритроцитов периферической крови $3,7 \times 10^{12}/л$, уровень гемоглобина - 100 г/л. По данным ультразвукового исследования живота свободная жидкость в брюшной полости под печенью, под селезенкой и в малом тазу с толщиной слоя до 10 мм. С целью оценки характера повреждения органов брюшной полости выполнена МСКТ живота с внутривенным контрастированием. Обнаружены участки разрывов паренхимы печени глубиной 75 мм в 20 мм в диаметре в 8, 7, 5 и 6 сегментах печени с экстравазацией контраста в 7 сегменте. Субкапсулярно определялось скопление жидкости толщиной 7 мм (подкапсулярная гематома). Определялось скопление жидкости под правой долей печени и над селезенкой. В паренхиме верхнего полюса левой почки имелся с нечеткими контурами не накапливающий контрастное вещество участок ушиба. Переломы поперечных отростков L1 слева, L2 справа, L4 справа, остистых отростков L1-L5 позвонков со смещением костных отломков. Переломы седалищной и верхней ветви лонной костей справа, разрыв правого крестцово-подвздошного сочленения. Окончательный диагноз: «Кататравма. Тяжелая сочетанная травма головы, груди, живота, таза, позвоночника, конечностей. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Закрытая травма груди. Ушиб легких. Правосторонний малый пневмоторакс. Закрытая травма живота. Внутрипеченочный разрыв VII-VIII сегментов печени (IV ст. по AAST). Гемоперитонеум. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Ушиб левой почки. Закрытая ротационно-нестабильная травма таза с переломом правой седалищной и лонной кости, частичным разрывом правого крестцово-подвздошного сочленения. Закрытая стабильная травма позвоночника без нарушения проводимости спинного мозга. Компрессионно-оскольчатый перелом тела Th5 позвонка. Перелом остистых отростков L1-5 позвонков, поперечных отростков L1 позвонка слева, L2 и L4 позвонков справа. Множественная травма конечностей. Закрытый перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением отломков. Открытый перелом дистального эпифиза плечевой кости и локтевого отростка со смещением отломков. Тяжесть травмы по шкале ISS 29 баллов. Прогноз для оперативного лечения неблагоприятный». С целью остановки продолжающегося кровотечения произведена неотложная ангиография с селективной эмболизацией поврежденных сосудов печени. Также при поступлении выполнена фиксация переломов костей таза минимально

инвазивным методом с использованием канюлированных винтов, первичная хирургическая обработка раны в области правого локтевого сустава, наложение аппарата внешней фиксации на правую верхнюю конечность. Послеоперационный период протекал без осложнений, в динамике выполняли УЗИ живота и общий анализ крови. Через две недели после травмы произведен накостный металлостеосинтез переломов правой плечевой кости. На 7 и 21 сут после травмы выполнили контрольное УЗИ и МСКТ живота с контрастированием: картина регресса интрамуральных и субкапсулярных гематом печени. В удовлетворительном состоянии выписан на 23 сутки после травмы. Через 4 месяца вернулся в труд.

Пострадавшая М., 44 лет, 07.12.2018 г. получила сочетанную закрытую травму груди и живота в результате падения с высоты собственного роста, после чего через 3 ч 39 мин доставлена в СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. При поступлении жалобы на боли в области груди слева и в левом подреберьи, ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. По данным ультразвукового исследования живота, свободной жидкости в брюшной полости нет, имеется неоднородная структура селезенки, в средней трети, ближе к верхнему полюсу, определяется гиперэхогенный неоднородный участок с неровным, нечетким контуром, размерами 3,5x2,0 см. - подкапсулярная гематома. С целью оценки характера повреждения селезенки выполнена МСКТ живота с внутривенным контрастированием. Обнаружены множественные разрывы селезенки III степени с признаками экстравазации контрастного вещества, а также переломы задних отделов VIII-XII ребер слева, левосторонний малый пневмоторакс. Сформулирован диагноз: «Сочетанная травма груди и живота. Закрытая травма груди с множественными переломами VIII-XII ребер слева. Левосторонний малый пневмоторакс. Закрытая травма живота с разрывами III степени (по AAST) и подкапсулярной гематомой селезенки». С целью остановки продолжающегося кровотечения произведена ангиография с селективной эмболизацией поврежденных сосудов и псевдоаневризмы трабекулярной артерии селезенки. Послеоперационный период протекал без особенностей, в динамике выполняли УЗИ живота и общий анализ крови. Выписана через 14 суток после травмы.

Таким образом, использование описанных малоинвазивных технологий у пострадавших с различными повреждениями органов груди и живота дают возможность избавиться от весьма травматичных традиционных полостных оперативных вмешательств и обеспечить органосохраняющее лечение.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА
В КОМПЛЕКСЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА,
ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЕННУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ
ИНФЕКЦИЮ**

*А.В. Новикова¹, С.А. Дукул¹, И.А. Вознюк^{1,2}, А.В. Полякова¹,
Д.В. Токарева^{1,2}.*

*¹Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия*

² Военно-медицинская академия им. С.М Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира. В Российской Федерации ежегодно регистрируется около 500 тысяч новых случаев заболевания. Более 80% пациентов, перенесших инсульт, имеют инвалидность разной степени тяжести, почти 20% из них становятся тяжелыми инвалидами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе[2]. Такие высокие показатели инвалидности диктуют необходимость повышения эффективности реабилитации и принципиально нового подхода в организации реабилитационных мероприятий.

Реабилитационное лечение для лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, следует начинать как можно раньше, до образования устойчивого патологического состояния, развития выраженной мышечной спастичности, формирования патологических двигательных стереотипов и контрактур[3]. Профилактикой таких состояний будет раннее начало физической реабилитации, расширение двигательной активности. Для проведения реабилитационных мероприятий пациенту необходимо иметь хорошую переносимость нагрузок.

Вследствие распространения коронавирусной инфекции(COVID-19), большое количество пациентов имеют в анамнезе перенесенный COVID-19[1]. По статистике, 70% пациентов, переболевших коронавирусной инфекцией будут нуждаться в медицинской реабилитации, более 50% пациентов сильно снижают толерантность к физическим нагрузкам и жалуются на слабость[7]. И более 17% пациентов, выписывающихся из медицинских организаций, нуждаются в круглосуточном постельном режиме[8].

Материал и методы исследования.

Исследование проходило на базе отделения медицинской реабилитации ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», в период с марта 2020 по август 2021 год. В исследование были включены 86 пациентов (средний

возраст $61,3 \pm 5,3$ года) в остром периоде ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии (СМА) со средним сроком от начала заболевания $21,9 \pm 2,2$ дня. Медиана давности COVID-19 до 6 месяцев.

Все пациенты были когнитивно сохранены, имели выраженный двигательный дефицит, значительное нарушение двигательной активности, признаки одышки и учащение пульса в движении, общую слабость. Все больные перенесли атеротромботический подтип инсульта и получали лечение в соответствии с современными стандартами.

Пациенты ретроспективно были разделены на две группы:

1. Основная группа ($n=43$). Получала лечение с включением разработанного комплекса дыхательной гимнастики для восстановления после коронавирусной инфекции. Подбор упражнений и количество повторений, а так же повышение нагрузки были подобраны с учетом коморбидности состояния пациентов[5]. Курс состоял из 14 занятий, 5 раз в неделю. Тренировки были построены прогрессивно: постепенное увеличение нагрузки, подходов и количества упражнений.

2. Пациенты контрольной группы ($n=43$) имели сходную неврологическую симптоматику и выраженность неврологического дефицита, по возрастному и половому составу не отличались значимо от пациентов первой группы, занимались лечебной физкультурой по стандартным программам без включения комплекса дыхательной гимнастики.

Для измерения и оценки показателей, необходимых для оценки эффективности разработанного комплекса, использовались следующие тесты: мониторинга сатурации при помощи пульсоксиметра (в %): замер проходил на 1 и 14 занятия; проба с комфортным апноэ (гипоксический тест) (Шмонин А.А., 2016): пациент делает спокойный вдох – выдох и задерживает дыхание на комфортное для себя время (проба Штанге- задержка дыхания на вдохе, проба Генчи – задержка дыхания на выдохе) (в сек.); определение толерантности к физической нагрузке (модифицированный Гарвардский степ-тест)[6].

Методика и задачи.

Целью исследования является оценка эффективности дыхательной гимнастики в комплексе мультимодального воздействия при восстановлении пациентов после перенесенного ОНМК, имеющих в анамнезе перенесенную новую коронавирусную инфекцию.

Комплекс дыхательной гимнастики включает в себя подобранные упражнения, направленные на восстановление правильного дыхательного паттерна, мобилизацию грудной клетки для увеличения экскурсии и тренировку мышц, участвующих в акте дыхания. Все упражнения были разделены на 3 блока:

1-й блок: направлен на устранение патологического и тренировку правильного дыхательного паттерна, а также мобилизацию грудной клетки для увеличения экскурсии.

2-й блок: направлен на мобилизацию грудной клетки для увеличения экскурсии и тренировку мышц участвующих в акте дыхания.

3-й блок: направлен на мобилизацию грудной клетки, тренировку мышц участвующих в акте дыхания, тренировку общей выносливости и координацию.

Результаты.

Полученные данные, свидетельствующие о том, что у больных первой группы отмечается статистически значимое увеличение значений при измерении сатурации с $93,7 \pm 1,3$ до $96,5 \pm 3,1$, что статистически значимо отличалось от группы контроля – на первый день - $93,2 \pm 1,2$, на 14 день - $94,8 \pm 2,3$ ($p < 0,05$).

В основной группе статистически значимо улучшились показатели по гипоксическим тестам: Штанге- с 31 ± 2 сек до $37,8 \pm 4,5$ сек; Генчи- с $28,1 \pm 5,9$ сек до $35,6 \pm 5,2$ сек. В контрольной группе отмечается повышение значений, статистически незначимое.

По данным таблицы так же можно отметить повышение толерантности к нагрузкам по индексу степ-теста в основной группе с $56,6 \pm 3,4$ до $63,9 \pm 7,8$ (модифицированный Гарвардский тест) (табл.1).

Таблица 1 – Показатели эффективности разработанного комплекса

Тесты		Контрольная группа (n=43)	Основная группа (n=43)
Сатурация(%)	1й день	$93,2 \pm 1,2$	$93,7 \pm 1,3$
	14й день	$94,8 \pm 2,3$	$96,5 \pm 3,1^*$
Проба Штанге (сек.)	1й день	$30,1 \pm 2$	31 ± 2
	14й день	$32,3 \pm 3,2$	$37,8 \pm 4,5^*$
Проба Генчи (сек.)	1й день	$27,3 \pm 3,5$	$28,1 \pm 5,9$
	14й день	$29,1 \pm 3,9$	$35,6 \pm 5,2^*$
Модифицированный Гарвардский степ-тест (индекс)	1й день	$55,2 \pm 3,5$	$56,6 \pm 3,4$
	14й день	$56,9 \pm 4,2$	$63,9 \pm 7,8^*$

* $p < 0,05$

Чтобы сопоставить вариативность признаков, измеренных в различных единицах, использовали относительный признак – коэффициент вариативности(рис.1). На основе полученных данных можно отметить, что внедренный комплекс дыхательной гимнастики способствовал повышению сатурации: в основной группе на 2,1% от начальных данных. По гипоксическим тестам отмечен прирост в 5,5% в пробе Штанге и 9% в пробе Генчи. Значения модифицированного Гарвардского степ-теста выросли на 6,1%.

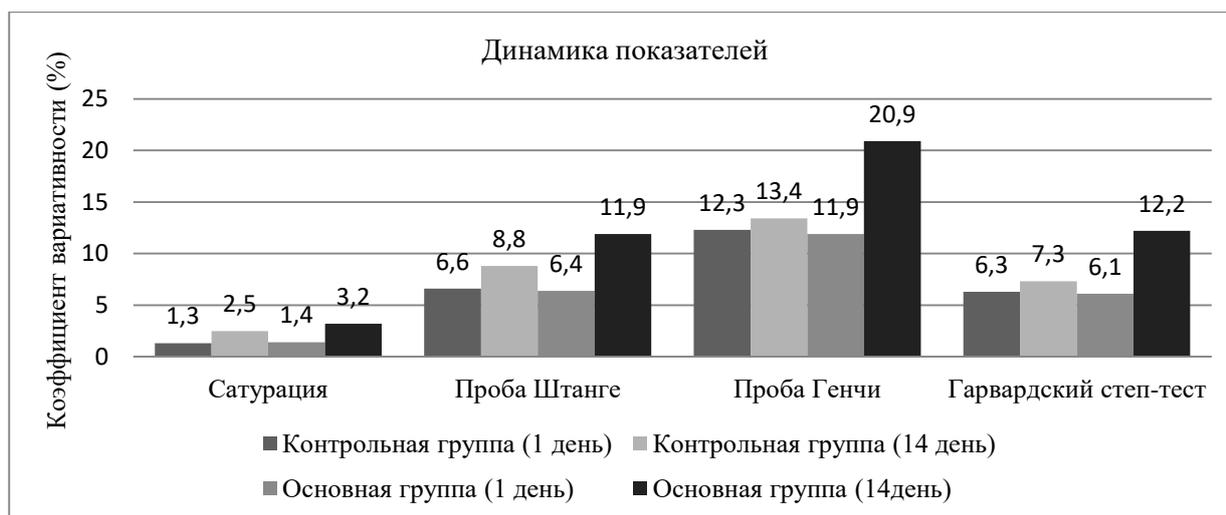


Рисунок 1 – Показатели коэффициента вариативности оценки показателей для оценки эффективности разработанного комплекса

У пациентов, прошедших курс реабилитации с включением комплекса дыхательной гимнастики в целом было отмечено отсутствие одышки при физической нагрузке, уменьшение астении и расширение двигательной активности. Это позволило отметить повышение реабилитационного потенциала данной группы пациентов и повысить качество восстановительного курса в дальнейшем. Положительные изменения произошли и в контрольной группе, но улучшение показателей значительно ниже и в большинстве случаев недостоверны ($p > 0,05$). У пациентов данной группы отмечалось снижение показателей давления, пульса и заметно проявлялась одышка при увеличении нагрузки. У этой группы пациентов этапы реабилитационного процесса увеличивался в сроках.

Заключение и выводы.

Использование дыхательной гимнастики в реабилитации пациентов после перенесенного ОНМК и имеющих в анамнезе перенесенную новую коронавирусную инфекцию оправдана. Дыхательная гимнастика способствует снижению гипоксии, увеличивает общий уровень физической активности, повышает толерантность к нагрузке, осуществляет профилактику повторных инсультов, улучшает качество жизни.

1. Использование дыхательной гимнастики значительно повышает уровень физической активности и улучшает качество жизни.

2. При использовании дыхательной гимнастики в сочетании с основной программой лечения к концу реабилитации возросла сатурация, общая выносливость, по сравнению с группой контроля.

3. У пациентов, перенесших ОНМК и имеющих в анамнезе коронавирусную инфекцию, рекомендовано включение дыхательной гимнастики.

Список используемой литературы:

1. Валяева, Е.И., Гладышева, А.А., Вижухова, В.В. Дыхательная гимнастика, как средство профилактики и восстановления после заболевания COVID-19 // *Международный студенческий научный вестник*. - М.– 2021. – № 2.

2. Вознюк, И.А., Полякова, А.В., Токарева, Д.В. Нейропротезирующая технология "Bioess" (экзоробот) в процессе восстановления двигательных и вегетативно-трофических нарушений при центральном парезе верхней конечности/ *Вестник восстановительной медицины*. 2020. №5 (99). – С. 62-68.

3. Иванова Г. Е., Баландина И. Н., Бахтина И. С., Белкин А. А., Беляев А. Ф., Бодрова Р. А., Буйлова Т. В., Гречко А. В., Дидур М. Д., Калинина С. А., Кирьянова В. В., Лайшева О. А., Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., Мишина И. Е., Петрова М. В., Пряников И. В., Постникова Л. Б., Суворов А. Ю., Соловьёва Л. Н., Цыкунов М. Б., Шмонин А. А. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (Covid-19)/ *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. – М., 2020., №2. – С. 140-189

4. Разумов, А. Н., Пономаренко, Г. Н., Бадтиева, В. А. Медицинская реабилитация пациентов с пневмониями, ассоциированными с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. - 2020; - № 97(3), - С. 5-13.

5. Полякова, А.В., Забиров, С.Ш., Вознюк, И.А., Чечулов, П.В. Особенности клинических исходов в зависимости от коморбидности при реваскуляризирующих операциях в остром периоде ишемического инсульта / *XXI Давиденковские Чтения (сборник тезисов)*. – СПб, 2019. – С. 261-262

6. Тупикина, А. А., Плотникова, И. В., Ковалев, И. А., Свинцова, Л. И., Джаффарова, О. Ю., Янулевич, О. С., Кривошеков, Е. В. Определение толерантности к физической нагрузке у здоровых детей с использованием модифицированного Гарвардского степ-теста // *СМЖ*. 2015. №4.- С. 34-39.

7. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, Cook JR Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021 Apr;27(4):601-615.

8. Fan BE, Umaphathi T, Chua K, Chia YW, Wong SW, Tan GWL, Chandrasekar S, Lum YH, Vasoo S, Dalan R. Delayed catastrophic thrombotic events in young and asymptomatic post COVID-19 patients. *J Thromb Thrombolysis*. 2021 May;51(4):971-977.

ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТАНОЛА: КРИТЕРИИ ВЫБОРА ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ОПЬЯНЕНИЕМ И ОТРАВЛЕНИЕМ

Г.А. Рысев, И.М. Барсукова, А.Н. Лодягин, Б.В. Батоцыренов

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Аннотация. Актуальность темы обусловлена высокой социальной значимостью вопросов оказания помощи пациентам с отравлением этанолом, а также проблемами экономической эффективности и нагрузки на узкоспециализированные отделения. Настоящее исследование проведено с целью поиска критериев маршрутизации больных с диагнозом «токсическое действие этанола» (код заболевания по МКБ-10 T51.0), для этого проанализированы данные 14151 пациента и предложен вариант

обследования и лечения таких пациентов в условиях стационарных отделений скорой медицинской помощи. В результате исследования определены понятия «опьянение» и «отравление», а также предложены критерии выбора подразделения для лечения больных с диагнозом «токсическое действие этанола».

Введение. Исходя из данных мировой статистики, а также информации, публикуемой на территории Российской Федерации, алкогольные опьянения и отравления составляют «львиную долю» всех пациентов токсикологического профиля, поступающих в многопрофильные стационары. Заболеваемость и смертность, вызванные употреблением алкоголя, имеют социально-экономические последствия, включая медицинские расходы, которые несет правительство, а также финансовое и психологическое бремя для семей.

В Российской Федерации за 2020 год по данным Росстата число смертей от различных причин, связанных с употреблением алкоголя превысило 50 тыс. человек. Кроме того, в последние годы растет количество отравлений суррогатами алкоголя, содержащими метанол, этиленгликоль, сивушные масла и другие или неуточненные спирты. Одним из важнейших принципов оказания помощи пациентам с отравлением алкоголем является высокая оперативность действий медицинского персонала.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения употребление алкоголя ежегодно является причиной более 3-х миллионов смертей от различных причин. Это объясняется, в том числе, и тем, что отравление этанолом зачастую маскирует тяжелую сопутствующую соматическую патологию. Причиной тому служит измененное состояние сознания, отсутствие возможности сбора адекватных жалоб и анамнеза. Широкая вариабельность клинической картины отравления обуславливает зачастую недооценку тяжести состояния больного как на догоспитальном этапе, так и в стационаре. Серьезной проблемой является перегруженность специализированных токсикологических отделений и высокая нагрузка на медицинский персонал.

Одним из методов решения данной проблемы может быть использование для лечения таких пациентов стационарных отделений экстренной медицинской помощи, а также лечение непосредственно в условиях приемного отделения. Однако, на данный момент алгоритмы оказания помощи таким больным вне специализированных отделений требуют доработки.

Цели и задачи исследования. Целью нашего исследования стало определение критериев госпитализации пациента с диагнозом «токсическое действие этанола» в то или иное подразделение многопрофильного стационара. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Определить объективную разницу понятий «опьянение» и «отравление»

2. Оценить особенности течения заболевания и вариабельность клинической картины

3. Обосновать критерии госпитализации пациента в то или иное подразделение стационара.

Материал и методы исследования. В проведенном исследовании рассматривались все случаи госпитализации пациентов в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с диагнозом «токсическое действие этанола» за 2019 год (14151 пациент). Диагноз устанавливался на основании анамнеза, клинической картины, а также подтверждался результатами химико-токсикологических исследований (определение концентрации этанола в биологических средах методом газовой хроматографии).

Результаты и обсуждение. За 2019 год в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе было госпитализировано 14151 пациент с входящим диагнозом «токсическое действие этанола». Количество госпитализаций за месяц в среднем составило 1204 пациента (от 1134 до 1331). Из них 11% пациентов госпитализировались повторно (от 2 до 10 раз). Среди госпитализированных пациентов у 0,56% (80 случаев) была выявлена тяжелая, в том числе жизнеугрожающая, сопутствующая соматическая патология: переломы костей скелета и черепно-мозговые травмы у 72,5%, обморожения у 18,75%, субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния у 6,25% пациентов. Трудности диагностики этих заболеваний на догоспитальном этапе определялись особенностью клинической картины «отравлений этанолом»: угнетение сознания, отсутствие анамнестических сведений и соответствующих заболеванию жалоб.

Длительность госпитализации пациентов варьировалась в зависимости от тяжести состояния. Более 90% пациентов, доставленных в состоянии легкой и средней степени тяжести были выписаны в первые сутки госпитализации. Обследование и выписка производились в том числе в условиях приемного отделения, а также отделения экстренной медицинской помощи краткосрочного пребывания больных. Основными показаниями к госпитализации данных пациентов служило измененное состояние сознания, судорожный синдром, травмы легкой степени тяжести (ушибы, ссадины, гематомы). Пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, в том числе в состоянии комы (утраты сознания), госпитализировались в Городской центр лечения острых отравлений: отделение токсикологической реанимации или отделения токсикологии.

Маршрутизация гражданина с опьянением или отравлением алкоголем является одной из важнейших проблем как для медицинских работников, так и для служащих органов охраны правопорядка. В настоящее время разрабатывается проект приказа МВД России «Об утверждении Порядка доставления лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, в медицинские организации или специализированные организации либо в служебные помещения территориальных органов или подразделений полиции», который поможет

законодательно регламентировать маршрутизацию пациентов подобного профиля. Важным аспектом в разработке и применении данного приказа, а также оказания помощи пациентам в целом, является однозначное определение понятий «опьянение» и «отравление», а также критерии различия между данными понятиями.

Исторически сложилось, что в Российских рекомендациях понятие «алкогольного отравления» напрямую коррелирует с утратой сознания (комой). Понятия звучат следующим образом:

Отравление алкоголем (этанолом) – коматозное состояние, остро развившееся в результате употребления токсической дозы этилового спирта.

Алкогольное опьянение – состояние не сопровождающегося потерей сознания, не требующее оказания экстренной медицинской помощи.

Исходя из данных определений можно сделать вывод, что пациенты, транспортируемые в стационар в состоянии легкой и средней степени тяжести, не нуждаются в оказании экстренной помощи, что в корне неверно, исходя из вышеописанных данных по вариабельности клинической картины и маскированной сопутствующей патологии. Степени опьянения/отравления алкоголем представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Токсическое действие алкоголя

Концентрация этанола в крови (г/л)	Стадии	Симптомы
0,1 – 0,5	Трезвость	Поведение почти нормальное, легкие признаки опьянения при специальном тестировании
0,3 – 1,2	Эйфория	Разговорчивость, повышенная самооценка, сниженное поведение, ослабление внимания
0,9 – 2,5	Возбуждение	Эмоциональная нестабильность, снижение критики, ухудшение памяти, снижение чувствительности, дискоординация движений
1,8 – 3,0	Спутанность	Дезориентация, головокружение, спутанная речь, изменение эмоционального статуса (страх, печаль, гнев), диплопия, снижение болевой чувствительности
2,7 – 4,0	Ступор	Апатия, значительное снижение ответа на стимуляцию и дискоординация, невозможность ходить и стоять, рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, сон или поверхностная кома (ступор)
3,5 – 5,0	Кома	Полное отсутствие сознания, анестезия, снижение или отсутствие рефлексов, снижение температуры, депрессия дыхания и кровообращения, возможна смерть
> 4,5	Смерть	Смерть от остановки дыхания

В приведенной таблице описана клиническая картина действия алкоголя в зависимости от концентрации в плазме. Граница «отравления» в

данной классификации – ступор или поверхностная кома. Следует понимать, что полной утраты сознания не происходит, скорее, можно классифицировать данную стадию опьянения как «глубокое угнетение сознания», что соответствует тяжелому состоянию пациента и требует госпитализации в специализированное токсикологическое отделение. Пациенты же, находящиеся в состоянии «условной трезвости», эйфории, возбуждения и спутанности, могут проходить обследование и лечение в условиях стационарных отделений экстренной медицинской помощи (стационарных отделений скорой медицинской помощи).

Заключение. Исходя из проведенных исследований, опыта Российских и зарубежных коллег, можно констатировать тот факт, что, несмотря на длительную историю борьбы с алкогольными отравлениями, четкие алгоритмы маршрутизации пациентов до конца не ясны и требуют дальнейшей проработки. Необходимо тесное взаимодействие медицинских работников и органов охраны правопорядка при разработке регламентирующих документов, в том числе в законодательном утверждении понятий «опьянение» и «отравление». Оказание помощи пациентам с диагнозом «токсическое действие этанола», доставляемых в состоянии легкой и средней степени тяжести возможно в условиях отделений экстренной медицинской помощи (стационарных отделений скорой медицинской помощи), что позволит ограничить нагрузку на специализированные токсикологические отделения, оказывающие помощь больным в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Литература.

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. N 925н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями».
2. Алимов Р. Р., Парфенов В. Е., Багненко С. Ф., Стожаров В. В., Линец Ю. А. Интенсификация использования ресурсов многопрофильного стационара за счет внедрения технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи // *Скорая медицинская помощь*. 2013. Т. 14, No 4. С. 76–82.
3. Потенциальные возможности стационарных отделений скорой медицинской помощи в лечении больных с диагнозом "токсическое действие этанола" / И. А. Шикалова, И. М. Барсукова, А. Н. Лодягин [и др.] // *Скорая медицинская помощь*. – 2020. – Т. 21. – № 2. – С. 28-33. – DOI 10.24884/2072-6716-2020-21-2-28-33.
4. Афанасьев, В. В. Острая интоксикация этанолом (догоспитальный этап) / В. В. Афанасьев // *Скорая медицинская помощь*. – 2002. – Т. 3. – № 1. – С. 8-18.
5. Наджимитдинов, С. Б. Отравление этанолом и суррогатами алкоголя / С. Б. Наджимитдинов, О. И. Хван, А. Т. Пирназаров // XIX Международная конференция по науке и технологиям Россия-Корея-СНГ: Труды конференции, Москва, 29–31 августа 2019 года. – Москва: Новосибирский государственный технический университет, 2019. – С. 203-208.
6. Отравление алкоголем и его суррогатами / К. Ж. Ахметов, А. К. Турдалина, Н. К. Кульмырзаева [и др.] // *Медицинский журнал Западного Казахстана*. – 2010. – № 1(25). – С. 100-102.

7. LaHood AJ, Kok SJ. Ethanol Toxicity. [Updated 2021 Mar 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan
8. Rix KJ. 'Alcohol intoxication' or 'drunkenness': is there a difference? *Med Sci Law*. 1989 Apr;29(2):100-6. doi: 10.1177/002580248902900203. PMID: 2747470

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФАГИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

**Е.А. Лукоянова¹, И.В. Попова¹, И.А., Вознюк^{1,2}, А.В. Полякова¹,
Д.В. Токарева^{1,2}**

¹Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее частых причин инвалидизации и смертности населения в Российской Федерации. [1] Одним из наиболее частых и серьезных осложнений ОНМК является нейрогенная дисфагия. Дисфагия – термин, который обозначает любое затруднение или дискомфорт в продвижении пищи изо рта в желудок и является общим названием расстройства акта глотания. Дисфагия включает невозможность сделать глоток, нарушение движения пищевого комка в глотке и по пищеводу, а также неприятное ощущение, связанное с задержкой пищи в этих органах [2]. Дисфагия приводит к значительному снижению качества жизни пациентов, увеличению риска развития вторичных осложнений, таких как аспирационная пневмония, что, в свою очередь, существенно ухудшает долгосрочный прогноз, повышая риск летальных исходов.

При нейрогенной дисфагии нарушения могут возникать на разных уровнях и этапах акта глотания: на уровне ротовой полости, глотки или пищевода. При острых нарушениях мозгового кровообращения преимущественно страдает орофарингеальная (ротоглоточная) фаза. Больной может испытывать затруднения в формировании пищевого комка и дальнейшего его проглатывания. В одном случае еда надолго остается в ротовой полости, зачастую без наличия попыток больного совершить глоток (оральная фаза). В другом - при возможном трансфере изо рта в глотку и пищевод пища не может быть проглочена в результате, например, наличия крикофарингеального синдрома или каких-либо иных дисфункций и нарушений (фарингеальная фаза). Ухудшение глотания пищи и жидкости приводит к истощению, дегидратации, изменению трофологического статуса, что, в свою очередь, усугубляет функциональный прогноз [3].

Следует отметить, что у пациентов с ОНМК, нейрогенная (орофарингеальная) дисфагия развивается не только при поражении бульбарного отдела ствола или двустороннем поражении супрануклеарных структур головного мозга, но и у более, чем половины больных с полушарным ишемическим инсультом. Недооценка ситуационно возникающей трофической недостаточности у таких пациентов, как правило, приводит к быстро прогрессирующему истощению и, как следствие этого, возникающей угрозе развития различных осложнений, увеличению сроков пребывания в стационаре, расходов на их лечение и реабилитацию, а также повышению риска летального исхода [6].

Диагностика нейрогенной дисфагии

Больные с ОНМК должны быть обследованы на наличие дисфагии не позднее, чем через три часа от момента поступления в стационар. По алгоритму оценки и ведения пациентов с дисфагией производится скрининговое тестирование глотания, по результатам которого принимается решение о возможности перорального кормления пациента или необходимости назначения консультации специалиста по глотанию (логопеда). О высокой вероятности дисфагии могут свидетельствовать следующие признаки:

- кашель, удушье во время или после глотка;
- изменение качества голоса (появление «влажного» или «булькающего» голоса после глотка);
- затрудненное или прерывистое дыхание после глотка;
- затруднения при пережевывании пищи;
- слюнотечение, выпадение пищи изо рта;
- «смазанная» речь;
- носовая регургитация.

При наличии вышеописанных признаков назначается консультация логопеда для проведения углубленного клинического тестирования глотания, которое включает в себя:

- изучение анамнеза;
- исследование полости рта, зубов и десен;
- оценка чувствительности слизистой ротоглотки (обследуется чувствительность языка, щек, мягкого нёба (тактильная, температурная, вкусовая);
- состояния рефлексов (глочный - наличие слюны в ротоглотке, сокращение задней стенки глотки, реакция на глоток воды, движение щитовидного хряща и напряжение диафрагмы рта при глотке, способность проглатывать только малые болюсы пищи, множественные глотательные движения на один болюс, редкое сглатывание слюны вне приёма пищи – менее одного движения в 5 минут; рвотный; кашлевой; сосательный; хоботковый);

- обследование артикуляционного аппарата (артикуляторный праксис (оральный и символический); объём, сила, амплитуда движений органов артикуляции, мышечный тонус (черепномозговые нервы - V, VII, IX, X, XI и XII пары); фонация мягкого нёба; осиплость, гнусавость голоса; поперхивание и кашель перед-, во время- или после глотка; изменение голоса после глотания воды; регургитация жидкости в полость носа при глотке; затруднённое дыхание во время приёма пищи или жидкости.

Лечение дисфагии проводится в комплексе с основным заболеванием, послужившим причиной ее развития. Реабилитация показана для всех пациентов с дисфагиями при заболеваниях ЦНС. Пациенты нуждаются в наблюдении и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий мультидисциплинарной командой, включающей: нутритивную поддержку, физические тренировки и физиотерапию, логопедическую коррекцию, терапию боли, психологическую коррекцию [4]. Базовыми задачами терапии нейрогенной дисфагии являются адекватная нутритивная поддержка и максимальная защита дыхательных путей [5]. С данной целью пациентам назначается энтеральное питание, которое осуществляется через назогастральный зонд. Длительное назогастральное питание грозит такими осложнениями как назофарингит, эзофагит, стриктура пищевода, носоглоточный отек. При прогрессировании дисфагии или отсутствии динамики глотательной функции в течение длительного периода (более 3-х недель) применяют гастростомальный зонд.

Программа реабилитационных мероприятий включает в себя тренировочные упражнения и компенсаторные стратегии, включающих в себя модификацию консистенции пищи, вязкости жидкости, определение объема, темпа кормления, применение вспомогательных средств во время трапезы. Зачастую, благодаря вышеописанным реабилитационным мероприятиям удается достичь значительной положительной динамики восстановления функции глотания, улучшить качество жизни пациента, вернуть его к привычному образу питания. Но встречаются случаи, когда динамика восстановления функции глотания очень медленная, применяется длительное назогастральное питание и встает вопрос о необходимости постановки гастростомального зонда. Далее будет описан клинический пример и представлен опыт составления индивидуальной программы логопедических занятий при дисфагии, с пациентом, перенесшим ОНМК, благодаря которым удалось избежать проведения гастростомии и восстановить функцию глотания.

Клинический пример

Пациент К., 56 лет (1965 г.р.), был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в НИИ СП им.И.И.Джанелидзе с диагнозом ОНМК в ВББ от 24.08.2020 г., сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2 типа. Пациент, минуя приемное отделение, госпитализирован в реанимационное отделение для больных с ОНМК. При поступлении скрининговое тестирование функции глотания не проводилось в связи с тяжестью

состояния пациента, нарушением сознания. Была проведена трахеостомия, установлен назогастральный зонд, начато энтеральное питание.

В данном случае при первичной консультации логопеда был использован протокол ведения пациентов с дисфагией с назогастральным зондом/трахеостомической трубкой (ТСТ) с нарушением сознания. При осмотре было выявлено: уровень сознания – сопор (11 баллов по шкале Глазго). Дыхание самостоятельное через трахеостомическую трубку. Жалоб не предъявляет в связи с нарушением сознания. Лицо асимметрично за счет сглаженности левой носогубной складки. Отмечается скопление густой пенистой слюны у корня языка и в надманжеточном пространстве. Девиация языка влево. Глоточные рефлексy снижены. Кашлевой рефлекс ослаблен. При санации трахеи и надманжеточного пространства пациент реагирует слабым кашлем. Скрининговое тестирование функции глотания и метод «разглатывания» на данном этапе не проводились в связи с нарушением сознания пациента. Оценка речи также не проводилась в связи с отсутствием продуктивного контакта с пациентом. Рекомендовано энтеральное питание.

В течение 10 дней проводились логопедические занятия, которые включали активизирующий массаж лица, пассивную артикуляционную гимнастику, использование постуральных методик, механическое открывание и закрывание рта.

При повторной консультации логопеда 03.09.2020 г. было выявлено: уровень сознания – оглушение (13-14 баллов по шкале Глазго). Дыхание самостоятельное через трахеостомическую трубку. Манжета ТСТ туго раздута. При сглатывании слюны - добавочные глотки. Сохраняется асимметрия лица за счет сглаженности левой носогубной складки, гиперсаливация. Мягкое небо гипотонично, асимметрично, провисает слева. Отмечается слабость периоральной мускулатуры, подтекание слюны слева. Язык в полости рта, малоподвижен, девирует влево. Глоточные рефлексy снижены. Отмечается нарастание кашлевого рефлекса (в сравнении с осмотром от 24.08.2020 г.). Речь достоверно не оценить в связи с наличием ТСТ. Обращенную речь понимает, инструкции выполняет. Скрининговое тестирование функции глотания проводилось водой, окрашенной пищевым красителем, с целью выявления наличия/отсутствия аспирации, манжета ТСТ перед тестированием сдувалась. При проведении скринингового тестирования было выявлено: плохое удержание жидкости во рту (подтекание слева), задержанная по времени оральная фаза (более 5 сек.), дополнительные глотки, кашель после глотка, подтекание небольшого количества окрашенной жидкости из трахеостомической трубки. Заключение: нейрогенная дисфагия средней степени выраженности (11 баллов по «Шкале оценки тяжести дисфагии» КИМ).

После проведения скринингового тестирования были подобраны оптимальные для данного пациента консистенция пищи и вязкость жидкости, безопасный объем глотка и темп кормления, а также способ позиционирования пациента в кровати при кормлении. В связи с быстрой

истощаемостью больного и невозможностью получения полноценного и безопасного перорального питания было рекомендовано продолжить энтеральное питание через назогастральный зонд. Ежедневно проводились занятия с логопедом, включающие в себя активизирующий логопедический массаж, активную и пассивную артикуляционную гимнастику, использование постуральных методик, «разглатывание» с применением загущенной жидкости.

Спустя неделю логопедических занятий возрос объем загущенной жидкости, получаемой пациентом перорально за один прием. При совместной консультации логопеда и нутрициолога было рекомендовано смешанное питание (зондовое – с использованием специально подобранных питательных смесей, пероральное – протертая пища с добавлением специального загустителя для придания необходимой консистенции, а также загущенные до консистенции «йогурт» жидкости), а также продолжение логопедических занятий, направленных на восстановление функции глотания.

На протяжении следующей недели наблюдалась положительная динамика восстановления функции глотания, но осуществить полноценный прием пищи перорально пациент не мог, объем пищи и жидкости, получаемой пациентом перорально, был недостаточным. В связи с отсутствием возможности адекватного естественного перорального питания, длительным зондовым питанием, а также медленной динамикой восстановления функции глотания был поднят вопрос о необходимости проведения гастростомии.

Учитывая состояние пациента, сопутствующую патологию в виде присоединившейся инфекции мочевыводящих путей, вероятность возникновения осложнений при проведении гастростомии, а также наличие положительной динамики и благоприятный прогноз восстановления функции глотания, был собран консилиум в составе врача-реаниматолога, невролога, нутрициолога и логопеда, на котором было принято решение об отказе от проведения гастростомии. Пациенту был удален НГЗ и подобрана методика безопасного перорального кормления. Использование готовых смесей с повышенной вязкостью в данном случае не представлялось возможным, в связи с необходимостью потребления их в объеме, превышающем возможности пациента. В связи с невозможностью пациента удовлетворить свои потребности в энергии и питательных веществах за счет обычной пищи, специалистами НИИ СП им.И.И.Джанелидзе была подобрана специальная высококалорийная питательная смесь для перорального кормления, а также степень ее вязкости. Суточная норма такой смеси для данного пациента составила 500 мл, что соответствовало его возможностям и удовлетворяло потребности организма в энергии и питательных веществах.

На протяжении дальнейших 10 дней пациент осуществлял прием питательной смеси перорально, с постепенным наращиванием ее объема и введением в рацион протертой пищи из меню стационара. При кормлении

пациента использовались постуральные методики, а также ежедневно проводились занятия с логопедом. Наблюдалось улучшение состояния пациента. Больной находился в ясном сознании. Риск аспирации значительно снизился, благодаря чему стала возможной деканюляция пациента.

При заключительной консультации логопеда было выявлено: сознание ясное. Дыхание состоятельное через естественные дыхательные пути. Сохраняется асимметрия лица за счет сглаженности левой носогубной складки. Скопления слюны в ротовой полости не выявлено. Мягкое небо симметричное, подвижное. Сохраняется небольшая девиация языка влево. Глоточные рефлексы снижены. Кашлевой рефлекс в норме, кашель продуктивный, отделяемого из ГСТ не наблюдается. При проведении скринингового тестирования было выявлено: жидкость удерживается во рту, оральная фаза своевременная, при фарингеальной фазе отмечаются добавочные глотки, пенетрация на 30 мл жидкости. Заключение: нейрогенная дисфагия средне-легкой степени выраженности (7 баллов по «Шкале оценки тяжести дисфагии» КИМ).

При выписке пациенту были даны рекомендации по питанию и дальнейшему восстановлению функции глотания.

Таким образом, применение индивидуально подобранных питательных смесей с возможностью изготовления их различной степени вязкости, позволяют применять данную методику у пациентов с различными патологиями (в т.ч. сахарный диабет, заболевания ЖКТ и т.д.) и избежать гастростомии, а следовательно, и возможных ее осложнений.

Список литературы:

1. *Нейрохирургия и нейрореаниматология. Под ред. В.В.Крылова. М.: АБВ-пресс, 2018.*
2. *Горячев А.С., Амосова Н.Н., Зуева Л.Н., Кирьянова Н.М. Методы диагностики нарушений глотания и логопедическая работа на ранних этапах реабилитации нейрохирургических больных. Клинические рекомендации. – М.: В.Секачев, 2017. – 44 с.*
3. *Норвилс С.Н., Петрова А.В. Тактика логопедической работы и выбор клинического питания для пациента с нарушением глотания после перенесенного инсульта (клинический случай). ConsiliumMedicum. 2018; 20 (9): 17-21.*
4. *Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации. М.: 2013.*
5. *Петриков С.С., Солодов А.А. Диагностика и лечение нейрогенной дисфагии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Неврология и Ревматология (Прил. к журн. ConsiliumMedicum). 2018; 1.*
6. *Нутритивно-метаболическая терапия больных с острым нарушением мозгового кровообращения: Методические рекомендации. – Санкт-Петербург: Тактик-Студио, 2015. – 52 с.*

**РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНОСТИ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
(КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

В.А. Ильина, Р.В. Вашетко, М.М. Ермолаева, Е.А. Бородай

*ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе*

Сахарный диабет (СД) является одной из ведущих проблем современной медицины у лиц пожилого и старческого возраста, особенно она актуальна в Санкт-Петербурге, где лица этих возрастных групп составляют большой процент.

По данным Международной федерации диабета (IDF), в настоящее время в мире зарегистрировано 415 млн человек с сахарным диабетом (СД), а к 2040 году прогнозируется увеличение числа людей страдающих СД до 642 млн человек, что свидетельствует о том, что СД является важной медико-социальной проблемой.

СД в патогенезе развития тяжелейших осложнений при различных соматических заболеваниях играет существенную роль. В результате нарушения гомеостаза прежде всего наступают нарушения сердечно-сосудистой и иммунной системы. Поэтому вопросы изучения данной патологии и ее роли в коморбидности различных соматических заболеваний имеет большое значение для их профилактики и лечения. Следует особо отметить, что в 87% случаев СД отмечались значительные морфологические изменения в поджелудочной железе в виде диффузных фиброзных изменений и липоматоза с поражением островков Лангерганса, кроме того в одном наблюдении отмечался хронический псевдотуморозный панкреатит, а в двух-хронический рецидивирующий панкреатит с наличием постнекротических кист. У 46 больных отмечалась желчнокаменная болезнь, из них у 28 - гнойный холангит. Ишемическая болезнь сердца отмечена у 87 пациентов, гипертоническая болезнь - у 54, ХОБЛ - у 17, ревматический порок сердца - в пяти случаях.

За 2019-2020 гг среди умерших в стационаре НИИ СП им. И.И. Джанелидзе от различных соматических заболеваний СД был выявлен в 108 случаях как фоновое или конкурирующее заболевание. Среди них женщин было 62, мужчин - 46. Средний возраст составил у мужчин $66,9 \pm 5,97$ и у женщин $79,3 \pm 7,53$.

Результаты: При морфологическом исследовании во всех случаях выявлено поражение сосудистой системы с изменениями артерий разного калибра, а также капилляров, артериол и венул практически во всех органах, что приводило к развитию таких осложнений как острый инфаркт миокарда (ОИМ), инфаркт головного мозга, кровоизлияние в головной мозг, которые

по данным аутопсийных исследований стали наиболее частой причиной летальных исходов. ОИМ выявлен у 41,3% умерших, их них повторный - в 15,2% случаев. Осложнения со стороны головного мозга наблюдалось в 21,7% случаев, из них по тромбоэмболическому типу в 13,1%, по геморрагическому - в 8,7%. Кроме того, в 15,2% в ткани головного мозга выявлены постнекротические кисты различных размеров. Изменения сосудов нижних конечностей с развитием диабетической стопы наблюдалось у 19,6% пациентов. Частота развития диабетической нефропатии как проявления микроангиопатии при СД зависит от длительности заболевания и степени компенсации углеводного обмена. При сопоставлении лабораторных данных выявлено, что повышение уровня креатинина наблюдалось у 17 пациентов (35,4%). Согласно градации степени снижения показателя СКФ по классификации K.DIGO(2013) оптимальная (1 стадия, уровень СКФ >90 мл/мин/1,73 м²) и незначительно сниженная степень (2 стадия, уровень СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²) выявлены у 32,36% больных, умеренно сниженная (С3а стадия, 45-59 мл/мин/1,73 м²) - у 8,82%, существенно сниженная (С3б стадия, 30-44 мл/мин/1,73 м²) - у 11,76%, резко сниженная (С4 стадия, 15-29 мл/мин/1,73 м²) - у 23,53%, терминальная почечная недостаточность (С5 стадия, <15 мл/мин/1,73 м²) - 23,53%. В 8,7% случаев с хронической болезнью почек 5 стадии при жизни проводился заместительный вид терапии (гемодиализ). При морфологическом исследовании выявлено специфическое поражение почек в виде диффузного и узелкового гломерулосклероза. У остальных умерших выявлены неспецифические поражения почек. В 6,3% случаев наблюдались инфекционные осложнения мочеполовой системы в виде гнойного цистита с последующим восходящим апостематозным нефритом. В 12,8 % случаев непосредственной причиной смерти послужила тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Инфекционные - гнойные осложнения выявлены у 29% пациентов, генерализованная форма - у 8,46% умерших. При бактериологическом исследовании в крови высевались *Enterococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*.

Выводы: наиболее частой причиной смерти пациентов с СД явились осложнения, связанные с поражением сосудов: на первом месте инфаркт миокарда, на втором - нарушение мозгового кровообращения.

У всех умерших больных отмечалось наличие тяжелых гнойных осложнений в виде влажной гангрены нижних конечностей, обострение хронического гнойного цистопиелонефрита с развитием уросепсиса у трех пациентов, хронического цистита, в семи наблюдениях отмечена септикопиемия, в трех - септический эндомиокардит, у одной умершей (76-ти лет) на фоне декомпенсированного СД развился некротизирующий целлюлофасцит, осложнившийся септическим шоком.

Наличие гнойных осложнений резко ухудшало клиническое течение соматических заболеваний и было причиной развития тяжелой полиорганной недостаточности, при явлениях которой у большинства больных наступал летальный исход.

У 9-ти умерших в 2020г, помимо выше описанных гнойно-септических осложнений, при посмертном вирусологическом исследовании выявлен **Covid-19** с наличием тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии.

Заключение: СД у лиц пожилого и старческого возраста резко отягощает течение соматических заболеваний, способствует возникновению гнойно-септических осложнений, которые, в большинстве случаев, являются причиной развития полиорганной недостаточности и неблагоприятного исхода заболевания.

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РАЗНОЙ ТЯЖЕСТИ

*И.Д. Магамедов, Л.П. Пивоварова, О.Б. Арискина, И.В. Осипова,
С.П. Нохрин, В.В. Сорока, И.М. Раджабов, А.Н. Рязанов, А.Б. Курилов,
Ш.И. Ибрагимов, М.Н. Исимов*

ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Известно, что к моменту формирования ишемии нижних конечностей больные имеют коморбидный фон, отягчающий течение основного заболевания осложняющий его лечение. Коморбидность — сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них. (Коморбидная патология в клинической практике, 2017). У большинства пациентов наблюдается артериальная гипертензия, сахарный диабет, сердечная недостаточность II-III степени, хронические заболевания бронхо-лёгочной системы (ХОБЛ) и другие. Для количественной оценки клинической и прогностической значимости, имеющейся у пациентов коморбидной патологии, были разработаны индексы и системы, среди которых широкое применение в клинической практике получил индекс Charlson (Charlson ME, et al, 1987), прогнозирующий 10-летнюю выживаемость пациентов. Одним из механизмов полисистемного поражения является эндотелиальная дисфункция, связанная с гипоксией, воспалением, дефицитом внутриклеточной энергии.

Течение острой ишемии нижних конечностей (ОИНК) вследствие сопутствующей диабетической полинейропатии, характеризуется стертым, атипичным или отсутствующим болевым синдромом/перемежающейся хромоты. Для пациентов пожилого и, особенно, старческого возраста распространенность коморбидности достигает 62% среди людей 65-74 лет и 82% - среди людей старше 85 лет (Вёрткин А.Л. с соавт., 2015). Факторами, ответственными за развитие коморбидности, могут быть хронические

инфекции, асептическое воспаление, инволюционные и системные метаболические изменения, ятрогения, условия жизни, неблагоприятные экологические условия, генетическая предрасположенность.

Цель исследования. Выяснить связь коморбидности, тяжести заболевания и прогнозируемой 10-летней выживаемости у больных острой ишемией конечностей.

Пациенты и методы. Обследованы 71 больной с ОИНК, возраст 70 (60;83) лет, с тромбоэмболией на фоне окклюзии артерий. Пациентам с некомпенсированной ишемией выполняли реваскуляризацию, пациентам с необратимой ишемией выполняли реваскуляризацию с целью снижения уровня ампутации. Пациентов разделили на 4 группы согласно тяжести течения и исхода: 41 пациент с некомпенсированной ишемией и выпиской, возраст 70 (61;81) лет; 7 - с некомпенсированной ишемией и летальным исходом, 81 (76;88) лет; 11 - с необратимой ишемией, ампутацией и выпиской, 61 (55;76) лет; 7 - с необратимой ишемией, ампутацией и летальным исходом, 58 (54;72) лет (рис.1).

При вычислении индекса коморбидности Чарлсона суммируются баллы за возраст и соматические заболевания. (Charlson ME, et all, 1987).

Индекс коморбидности Чарлсона предсказывает 10-летнюю выживаемость/смертность для пациента, у которого может быть ряд сопутствующих состояний, таких как болезнь сердца, СПИД или рак (всего 22 состояния). Каждому состоянию присваивается балл 1, 2, 3 или 6, в зависимости от риска смерти, связанного с каждым из них. Баллы суммируются, чтобы получить общий балл для прогнозирования выживаемости/смертности.

Результаты и обсуждение. Рост индекса коморбидности способствует утяжелению течения ОИНК и увеличивает вероятность летального исхода (табл. 1,2, рис.2).

Возраст пациентов представляет собой одну из самых высоких степеней риска и должен обязательно учитываться при решении вопроса об оперативном вмешательстве и дальнейшей терапии.

Индекс коморбидности помогает рассчитать вероятность 10-летней выживаемости/смертности у пациентов (табл. 2). Выяснилось, что только 8 пациентов с некомпенсированной ишемией и 1 пациент с необратимой ишемией имеют шанс на 10-летнюю выживаемость.

Количество баллов от 0 до 5 предполагает вероятность 10-летней выживаемости пациентов и процент выживаемости уменьшается с увеличением количества баллов.



Таблица 1 - Средний балл коморбидности у пациентов с острой ишемией нижних конечностей различной тяжести

Болезни	Баллы (средние)	Некомпенсированная ишемия, выписка	Некомпенсированная ишемия, летальный исход	Необратимая ишемия, выписка	Необратимая ишемия, летальный исход
Инфаркт миокарда	1	0,31	0,36	0,29	0,58
Застойная сердечная недостаточность	1	0,64	0,55	0,57	1
Болезнь периферических артерий	1	1	1	1	1
Цереброваскулярная болезнь	1	0,62	0,91	0,43	0,92
Деменция	1	0,21	0,55	0	0,42
Хронические заболевания лёгких	1	0,51	0,45	0,14	0,75
Болезни соединительной ткани	1	0,10	0,09	0,14	0
Язвенная болезнь желудка	1	0,03	0,09	0	0,17
Лёгкое поражение печени	1	0,28	0,64	0,57	0,33
Диабет	1	0,23	0,45	0,29	0,50
Гемиплегия	2	0,05	0,18	0,29	0,33
Умеренная или тяжёлая болезнь почек	2	0,41	1,09	1,14	1,67
Диабет с поражением органов	2	0,26	0,36	0,57	1,00
Злокачественная опухоль без метастазов	2	0,15	0	0,57	0,17
Лейкемия	2	0	0	0	0

Болезни	Баллы (средние)	Некомпенсированная ишемия, выписка	Некомпенсированная ишемия, летальный исход	Необратимая ишемия, выписка	Необратимая ишемия, летальный исход
Лимфомы	2	0	0	0	0
Умеренное или тяжёлое поражение печени	3	0,23	0,27	0,43	1,25
Злокачественная опухоль с метастазами	6	0,15	1,09	0	0,0
СПИД	6	0,15	0	0	0
40–49 лет	1	0,01	0,09	0	0,17
50–59	2	0,15	0	0,88	0,83
60–69	3	0,92	0,55	0,88	0,25
70–79	4	0,92	0,73	0	1,00
80–89	5	1,54	1,82	1,43	0,42
>90	6	0	1,09	0	0
Сумма		8,9	12,36	9,62	12,76

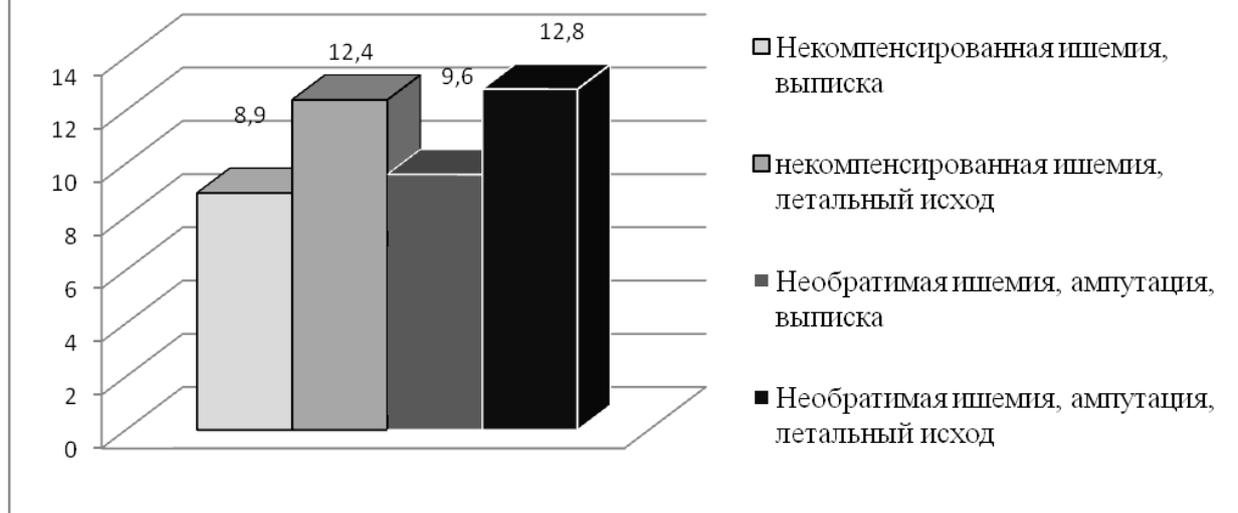
Таблица 2 - Прогнозируемая вероятность 10-летней выживаемости у пациентов с острой ишемией нижних конечностей различной тяжести

Сумма баллов	10-летняя выживаемость, %	Некомпенсированная ишемия, выписка	Некомпенсированная ишемия, летальный исход	Необратимая ишемия, выписка	Необратимая ишемия, летальный исход
0	99	0	0	0	0
1	96	0	0	0	0
2	90	0	0	0	0
3	77	1	0	0	0
4	53	0	0	0	0
5	21	7	0	1	0

Выводы.

- У всех пациентов с ОИНК выявлен значительный уровень коморбидности: от 3 до 17 баллов.
- Величина индекса коморбидности у больных с острой ишемией нижних конечностей ассоциирована с тяжестью основного заболевания и снижением вероятности 10-летней выживаемости, и также увеличивает риск летального исхода.

Рис. 2. Индекс коморбидности Чарлсона у пациентов с острой ишемией нижних конечностей разной тяжести



Литература

1. Верткин А.Л., Ховасова Н.О., Белялов Ф. И. Коморбидный пациент // Из серии: Амбулаторный прием. - Москва, 2015. - 119 с.
2. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. - Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(6). - 56с
3. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : development and validation. J Chron Dis 1987;40(5): 373-383.

ОРГАНИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

В.М. Луфт, А.Е. Демко, А.В. Ланицкий, И.М. Батыршин, А.М. Сергеева

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Синдром короткой кишки (СКК) - симптомокомплекс нарушенного пищеварения, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки и проявляющийся кишечной недостаточностью различной степени выраженности (мальдигестия и мальабсорбция), что приводит к развитию недостаточности питания и системным соматическим нарушениям [1]. Кишечная недостаточность - это снижение функциональной способности тонкой кишки, при которой нарушаются процессы внутриполостного, а также пристеночного гидролиза пищевого химуса и последующего

всасывания нутриентов, воды и электролитов, которые необходимы для поддержания оптимальной жизнедеятельности организма, что требует внутривенного их введения. Во всех случаях, когда у больных, перенесших резекцию тонкой кишки в послеоперационном периоде на протяжении 2-3 мес. наблюдается многократная диарея с регистрируемыми копрологическими признаками мальдигестии (стеаторея, амилорея, креаторея), которая сопровождается водно-электролитными нарушениями и прогрессирующей потерей массы тела на 5% и более в месяц, их следует рассматривать как пациентов с синдромом короткой кишки и имеющейся кишечной недостаточностью [2,3].

В Европе синдром короткой кишки (СКК) как основная причина выраженной хронической кишечной недостаточности требующей длительного (многолетнего, часто пожизненного) домашнего парентерального питания по жизненным показаниям встречается с частотой 1,8-3 чел на 1 млн населения. Количество больных с СКК, которым на период структурно-функциональной адаптации оставшейся части кишки требуется временная нутриционная поддержка продолжительностью до 6 – 18 мес. составляет 6-9 чел на 1 млн. населения [4,5]. Распространенность СКК в России не изучена

Основными причинами развития синдрома короткой кишки (СКК) являются: хирургическое удаление большей части тощей и (или) подвздошной кишки; выключение различных отделов тонкой кишки из процессов переваривания и всасывания, например, при выполнении шунтирующих бариатрических операций, наложении еюно- или илеостомы, а также в случаях образования межкишечных свищей; наложение анастомоза между проксимальными отделами тонкой кишки и толстой кишкой в обход баугиниевой заслонки. Наиболее частыми причинами резекции различных отделов тонкой кишки являются: тромбоз мезентериальных артерий и вен, спаечная непроходимость, абдоминальные травмы и ранения, множественные кишечные свищи, болезнь Крона, рак тонкой или толстой кишки [1,6].

Клинические проявления и реабилитационный потенциал больных при синдроме короткой кишки определяются:

1. *Протяженностью резекции и длиной оставшейся (резидуальной) части тонкой кишки*

- обширная резекция (сохранённый участок тонкой кишки < 200 см);
- короткая кишка (сохранённый участок тонкой кишки < 100 см);
- сверх(ультра)короткая кишка (сохранённый участок тонкой кишки < 50 см).

2. *Местом ее резекции:*

- тощая кишка (проксимальный СКК) - преобладают нарушения процессов гидролиза питательных субстратов и всасывания большинства нутриентов, что проявляется преимущественно гипоабсорбционно-осмотической диареей и прогрессирующей недостаточностью питания;

- подвздошная кишка (дистальный СКК) - преобладают нарушения процессов всасывания воды, электролитов, желчных кислот и витамина В12, что проявляется развитием преимущественно секреторно-экссудативной диареи и водно-электролитными расстройствами с высоким риском отсроченного (через 5-6 мес) присоединения В12-дефицитной мегалобластной анемии.

3. *Наличием или отсутствием илеоцекального клапана*, который замедляет прохождение химуса по кишечнику, препятствует восходящей бактериальной колонизации тонкой кишки, усугубляющей явления энзимопатии, мальдигестии и мальабсорбции, повышает всасывание жидкости, электролитов и желчных кислот. При сохраненном илеоцекальном клапане компенсаторная общая абсорбционная способность тонкой кишки может увеличиваться в 8 - 10 раз.

4. *Способностью морфо-функциональной адаптации оставшейся части кишки*, которая в определенной степени зависит от возраста пациента, имеющейся основной и сопутствующей патологии, а также правильно подобранной и своевременно начатой терапии (1,6).

Клинически значимые симптомы нарушенного пищеварения в виде мальдигестии и мальабсорбции имеют место у большинства пациентов перенесших резекцию более 60-70% длины тонкой кишки [7].

Основные категории пациентов с СКК и ХКН 2-3 типа с прогнозируемой потребностью длительного парентерального питания (ПП):

- перенесшие резекцию большей части тощей кишки и полностью подвздошной кишки с наложением еюностомы (резидуальный отрезок менее 100 см);

- перенесшие обширную резекцию тощей и (или) подвздошной кишки (резидуальный отрезок менее 60 см) с формированием тонкотолстокишечного анастомоза в обход баугиниевой заслонки (чаще всего при правосторонней гемиколэктомии);

- перенесшие обширную резекцию тощей и подвздошной кишок с резидуальным отрезком тонкой кишки менее 35 см и полностью сохранённой толстой кишкой с баугиниевой заслонкой (еюноилеоанастомозы)

В настоящее время в организационном решении должного обеспечения внутривенной поддержки пациентов с СКК и выраженной КН имеется 2 пути решения. Первый – это многочисленные повторные госпитализации этих больных для проведения инфузионной терапии и парентерального питания, что, как правило, имеет местов РФ, когда пациенты по 4-6 месяцев в году вынужденно пребывают в стационарных условиях и не только занимают дорогостоящую больничную койку, но и подвергаются повышенному риску развития у них, вследствие многократной катетеризации центральных вен, инфекционных ангиогенных осложнений. Второй вариант – это должная организации и внедрение стационар замещающей технологии ПП данной

категории больных в амбулаторно-поликлинических (в домашних) условиях, что имеет место во многих Европейских странах и США.

В феврале 2019 г Законодательным Собранием были внесены дополнения в Закон Санкт-Петербурга от 22 ноября 2011г. N 728-132 "Социальный кодекс Санкт-Петербурга", включающие меры социальной поддержки (пункт 8 статьи 79 Кодекса), граждан города с синдромом короткой кишки, которым по жизненным показаниям необходимо ПП в домашних условиях (ДКП) и состоящим на диспансерном учете в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти СПб. Согласно указанному Кодексу финансирование ДКП пациентов с СКК осуществляется за счет средств бюджета города.

Во исполнение данного Закона Правительством СПб было принято Постановление от 4 сентября 2019 г № 599, согласно которому был установлен порядок предоставления отдельным категориям граждан дополнительной меры социальной поддержки по финансированию за счет средств бюджета Санкт-Петербурга расходов, связанных с предоставлением препаратов, расходных материалов и оборудования, необходимых для обеспечения парентерального питания в домашних условиях. Указанное Постановление включает перечень документов, необходимых для принятия решения о предоставлении клинического питания в домашних условиях, а также перечень препаратов, расходных материалов и оборудования, предназначенных для реализации ПП и инфузионной терапии больных с СКК и КН в домашних условиях.

Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства СПб от 04 октября 2019 г № 533-р были утверждены Порядок принятия решения об обеспечении пациентов с СКК и КН необходимыми препаратами, расходными материалами и оборудованием, предназначенными для ПП на дому, порядок их выдачи, а также определены ЛПУ, обеспечивающие данный вид медицинского пособия этим больным. Во исполнение указанного выше Постановления Правительства в СПб на базе лаборатории клинического питания СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе был создан Центр парентерального питания для взрослых пациентов с СКК и КН (6 чел). Все пациенты прошли соответствующую подготовку и самостоятельно реализуют парентеральное питание и инфузионную терапию в предписанном им объеме в домашних условиях.

Литература

1. *Основы клинического питания. Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального питания / Под ред. Л. Сobotки: пер. с англ. – Москва, 2015. 751 с.*
2. *Pironi L, Hebuterne X, Van Gossum A, et al. Candidates for intestinal transplantation: a multicenter survey in Europe. Am J Gastroenterol. 2006;101:1633-1643; quiz 1679.*
3. *Szczgiel B., Jonkers-Schuitema C., Naber T. Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in extensive gut resections (short bowel) Eur e- J Clin Nutr Metab 2010; 5: e63-68.*
4. *Kelly DG, Tappenden KA, Winkler MF. Short bowel syndrome: highlights of patient management, quality of life, and survival. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014;38(4):427-437.*

5. Thompson JS, Rochling FA, Weseman RA, Mercer DF. Current management of short bowel syndrome. *CurrProbl Surg.* 2012;49(2):52-115.

6. *Энтеральное и парентеральное питание: национальное руководство / под ред. А. И. Салтанова, Т. С. Поповой.* - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 814 с.

7. Donohoe C.L., Reynolds J.V. Short bowel syndrome. *Surgeon* 2010; 8:5: 270—279.

НАРУШЕНИЯ МИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Д.Ш. Саъдулаев, А.В.Дергунов, И.М. Барсукова, П.А. Дубикайтис

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Травма является основной причиной смертности молодых людей. Хотя доля сочетанной травмы в структуре травматизма невелика (от 5 до 12% госпитализированных в травматологические стационары), на ее долю приходится более 60% летальных исходов. Причиной смертности, в первую очередь, является травматический шок. Среди прочих нарушений при сочетанной травме наблюдается поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Расширение представлений о механизмах развития нарушений функции ЖКТ у пострадавших с тяжелой сочетанной шокогенной травмой является необходимым для совершенствования способов диагностики, лечения и профилактики развития осложнений.

Целью исследования было изучение нарушений ЖКТ у пациентов с тяжелой сочетанной шокогенной травмой (миоэлектрической активности и иммунозависимой барьерной функции ЖКТ) и возможности их коррекции с использованием ранних энтеральных инфузий и субстратного антигипоксанта (Цитофлавина). В ходе исследования проведен анализ результатов инструментальных (в том числе электрогастроэнтерографии) и лабораторных исследований 80-ти пациентов, поступивших в многопрофильный стационар с тяжелой сочетанной шокогенной травмой с 2015 по 2019 гг.; использованы статистические и аналитические методы.

Результаты исследования. Анализ научных данных по патологической физиологии желудочно-кишечного тракта у пациентов с тяжелой сочетанной шокогенной травмой выявил исключительную медико-социальную значимость проблемы (в связи с высокой летальностью лиц молодого трудоспособного возраста - первое место в мире среди пациентов моложе 50 лет) и потребность исследования механизмов развития нарушений функций желудочно-кишечного тракта у данной категории больных, их последствий и методов коррекции в целях спасения жизни и здоровья пострадавших.

Выявлено, что при тяжелой сочетанной шокогенной травме имеют место нарушения миоэлектрической активности ЖКТ, которые проявляются достоверным снижением его суммарной электрической мощности при росте частоты сокращений, при этом низкие значения суммарной мощности электрической активности ЖКТ и рост коэффициента ритмичности всех отделов ЖКТ на 5-й день течения травматической болезни являются прогностическими неблагоприятными признаками.

Установлено, что тяжелая сочетанная шокогенная травма приводит к снижению неспецифической антибактериальной резистентности организма пациента в целом, которая выражается в снижении числа CD14⁺ моноцитов крови у пострадавших, что способствует развитию септических осложнений.

Медикаментозная коррекция выявленных нарушений имеет большое практическое значение. В частности, использование субстратного антигипоксанта Цитофлавина нормализует показатели миоэлектрической активности ЖКТ: устраняет дисбаланс относительной мощности между вышележащими (желудок, подвздошная кишка) и нижележащими отделами ЖКТ (толстый кишечник), предупреждает дискордантные сокращения тощей и подвздошной кишок.

В нашем исследовании введение субстратного антигипоксанта Цитофлавина в сочетании с ранними энтеральными инфузиями в комплексе лечебных мероприятий при тяжелой сочетанной шокогенной травме сопровождалось сокращением частоты гнойных осложнений (на 26,4%), сепсиса (на 16,9%) и сроков пребывания пострадавших в стационаре (на $5,6 \pm 4,0$ койко-дня) ($p < 0,05$), а также летальности (в 2,9 раза, $p < 0,01$).

В ходе исследования разработаны лечебно-диагностические и организационные мероприятия по совершенствованию системы оказания медицинской помощи пациентам с тяжелой сочетанной шокогенной травмой: алгоритм комплексного лечения функциональных нарушений тонкой кишки с применением субстратного антигипоксанта Цитофлавина и ранних энтеральных инфузий, рекомендации по профессиональной подготовке профильных специалистов, что позволит улучшить результаты лечения пациентов данного профиля.

Практические рекомендации разработаны как для медицинских организаций, оказывающим медицинскую помощь пациентам с тяжелой сочетанной травмой, так и для образовательных организаций, осуществляющих подготовку специалистов по данному профилю (хирургов, травматологов, анестезиологов-реаниматологов, врачей скорой медицинской помощи, организаторов здравоохранения). Они включают: разъяснения патогенеза нарушений ЖКТ у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой - нарушения электромеханической активности ЖКТ, создающие условия для бактериальной транслокации и повышающие риск септических осложнений, что требует их коррекции; комплексную профилактику септических осложнений, которая должна начинаться сразу после госпитализации пострадавших и включать в себя, в том числе, внутривенное и/или

энтеральное введение препаратов субстратных антигипоксантов (Цитофлавина); применение электрогастроэнтерографии у больных с тяжелой сочетанной травмой, которая позволяет осуществлять динамическое наблюдение за функциональным состоянием ЖКТ и прогнозировать развитие бактериальной транслокации и септических осложнений.

Литература

1. Саъдулаев Д.Ш., Дубикайтис П.А. Малышев М.Е. Влияние субстратного антигипоксанта на состояние иммунной системы у пострадавших с шокогенной травмой / Вестник хирургии имени И.И. Грекова . — 2016. - №1 (том - 175). - С. 54-41.

2. Саъдулаев Д.Ш., Барсукова И.М., Дергунов А.В., Дубикайтис П.А. Анализ рисков развития септических осложнений у пациентов с тяжелой сочетанной шокогенной травмой / Джанелидзе-ские чтения – 2021: Сборник научных трудов, материалы научно-практической конференции «Джанелидзе-ские чтения – 2021» (16-17 апреля 2021 года, Санкт-Петербург) / ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб.: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2021. – С. 6-21.

3. Саъдулаев Д.Ш., Барсукова И.М., Дубикайтис П.А. Научное обоснование лечебно-диагностических и организационных мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи пациентам с тяжелой сочетанной шокогенной травмой / Джанелидзе-ские чтения – 2021: Сборник научных трудов, материалы научно-практической конференции «Джанелидзе-ские чтения – 2021» (16-17 апреля 2021 года, Санкт-Петербург) / ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб.: СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2021. – С. 144-147.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА

А.С. Повзун^{1,2}, Е.В. Щемелева¹, К.А. Повзун¹, В.А. Костенко¹

1- ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

2 - ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ

В 2008 году впервые в Российской Федерации на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И.Джанелидзе (НИИ СП) в клиническую практику была внедрена концепция оказания скорой медицинской помощи [1] больным с острым суставным синдромом (ОСС). Предпосылками к формированию концепции явилось отсутствие до этого времени маршрутизации больных с ОСС, оказание неотложной помощи ранее осуществлялось бессистемно в ближайшем дежурном стационаре вне зависимости от наличия профильных врачей-специалистов и на различные отделения (хирургия, терапия, неврология, травматология и т.п.), не предполагая в дальнейшем инициации этиопатогенетической терапии.

Внедренная концепция предполагает оптимизацию оказания медицинской помощи больным с ОСС путем их концентрации в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи (НИИ СП), имеющем в своем составе стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП). Поступление больных с ОСС в СОСМП предполагает одновременное проведение мероприятий по дифференциальной диагностике и верификации конкретной нозологической формы заболевания, а также начало проведения симптоматической терапии суставного синдрома, позволяющей снизить интенсивность болевого синдрома и повысить комплаенс пациента к дальнейшим лечебно-диагностическим мероприятиям.

Особенностью концепции является согласованное разрешение на догоспитальном этапе направления пациентов в стационар с диагнозом ОСС, что позволяет с одной стороны направлять таких пациентов именно в НИИ СП, имеющем возможности по оказанию неотложной помощи по всем основным профилям, включая ревматологию, а с другой стороны, позволяет направлять больных с не каким-либо «предполагаемым» диагнозом, а именно с диагнозом ОСС, являющимся маркером необходимости проведения дифференциальной диагностики и постановки конкретного нозологического диагноза.

В результате проводимой с 2008 года по настоящее время работы были определены основных направлений госпитализации больных: травматология, неврология, инфекционные болезни, онкология и ревматология [2].

Наиболее часто встречающимися причинами ОСС по направлению травматология являются внутрисуставные переломы, ушибы, растяжения связок, а также посттравматический остеоартрит (ОА), являющийся наиболее частой причиной вторичных остеоартритов [3, 4]. Среди неврологической патологии наиболее частой причиной ОСС является ухудшение течения остеохондроза, в основе которого лежит ОА суставов позвоночника в сочетании с корешковым синдромом [5, 6, 7]. Ряд инфекционных заболеваний может сопровождаться артралгией и артритом с симптоматикой ОСС [8, 9]. Онкологические заболевания могут сопровождаться болевым синдромом из-за инвазии опухоли или метастазов, а также необходимо учитывать наличие паранеопластического артрита, являющегося зачастую наиболее выраженным клиническим проявлением паранеопластического синдрома.

Предметом более детального изучения авторов являлись ревматологические причины ОСС [2, 11-14]. Верификация конкретной нозологической формы необходимой является необходимым условием раннего начала этиопатогенетической терапии. В тоже время, в ряде случаев клиническая картина и данные обследования не позволяют верифицировать нозологический вариант ревматологического заболевания. В таком случае используется термин «недифференцированный артрит», требующий наблюдения пациента на амбулаторном этапе в динамике.

В таблице 1 представлены данные по выявлению недифференцированного артрита в НИИ СП в период с 2010 по 2018 гг.

Таблица 1 - Количество больных недифференцированным артритом

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Количество направленных на госпитализацию	59585	60672	63059	76292	61962	65950	70382	74581	75504
Количество стационарных больных ревматологического профиля	385	437	401	392	487	370	456	552	570
Количество больных с недифференцированным артритом, % от кол-ва ревм. больных	4 1,01%	0	17 4,24%	19 4,85%	7 1,43%	13 3,51%	21 4,61%	38 6,88%	29 5,09%

Таким образом, за указанный период было выявлено 148 больных с недифференцированным артритом. Количество пациентов составляло по годам от 0% до 6,88% максимально от количества госпитализированных ревматологических больных. Средний процент выявления составил 3,65% в год от общего числа ревматологических больных.

Данные пациенты нуждаются в динамическом наблюдении на последующих этапах с целью верификации конкретной нозологической формы заболевания. Своевременная верификация заболевания позволит в ранние сроки инициировать патогенетическую терапию, улучшив результаты лечения больных.

Список литературы:

1. Мазуров В.И., Повзун А.С. Острый суставной синдром / Скорая медицинская помощь. – 2009. – Том 10, №4. – С. 33-38.
2. Мазуров В.И., Лиля А.М., Повзун А.С. Дифференциальная диагностика при остром суставном синдроме / Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова. – 2012. – Том 4, №3. – С. 87-98.
3. Алексеева Л.И., Аникин С.Г., Кашеварова Н.Г., Шарпова Е.П., таскина Е.А., Короткова Т.А., Раскина Т.А., Оттева Э.Н., Дубиков А.И., Зонова Е.В., Виноградова И.В. Факторы риска развития сильной боли у лиц с остеоартритом коленных суставов / Тезисы IV Евразийского конгресса ревматологов, Москва, 26-28 сентября 2018 г. // Научн.-Практ. Ревм. – 2018. – Том 56, Прил. 2. – С. 13.
4. Повзун А.С., Мазуров В.И. Острый суставной синдром: проблемы диагностики / Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова. – 2016. – Том 8, №4. – С. 11-19.
5. Повзун А.С., Кисельгоф О.Г., Повзун К.А., Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г. Остеохондроз: Анализ госпитализации пациентов с острым болевым синдромом // Скорая медицинская помощь. – 2014. – Том 15, №4. – С.61-64.

6. Воробьева О.В. Роль суставного аппарата позвоночника в формировании хронического болевого синдрома. Вопросы терапии и профилактики // РМЖ. – 2010. – Том 18, №16. – С. 1008-1013.
7. Дамулин И.В., Семенов П.А. Боли в спине: клинические и лечебные аспекты // Тер. Арх. – 2009. – Том 81, №6. – С. 78-82.
8. Дорошенко Ю.А., Никонова Е.Н. Реактивные артриты: современные особенности и роль хламидийной инфекции в формировании клинической картины // Тер. Арх. – 2001. – Том 73, №11. – С. 40-43.
9. Абельдяев Д.В., Шостак Н.А., Бирко Н.И., Тимофеев В.Т., Аксенова А.В., Фильшина В.Л. Нозологическая диагностика и исходы артрита, ассоциированного со стрептококковой инфекцией // Тер. Арх. – 2007. – Том 79, №5. – С. 59-65.
10. Revel M. Phenotyping neck pain in order to personalize the treatment // Ann. Rheum. Dis. – 2014. – Vol. 73, Suppl. 2. – P. 8 (SP0029).
11. Повзун А.С., Повзун К.А., Киссельгоф О.Г., Шемеровская Т.Г., Смутьская О.А. Сопоставление фактических объемов медицинской помощи больным с ревматоидным артритом с действующим в системе ОМС Санкт-Петербурга медико-экономическим стандартом «ревматоидный артрит» // Скорая медицинская помощь. – 2014. – Том 15, №1. – С.72-76.
12. Повзун А.С., В.И. Мазуров, Повзун К.А., Костенко В.А. Оценка текущей экономической эффективности лечения больных остеоартритом в Санкт-Петербурге и ее перспективы // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2017. – Том 9, №3. – С. 89-96.
13. Повзун А.С., Мазуров В.И. Особенности госпитализации ревматологических больных // Скорая медицинская помощь. – 2018. – Том 19, №3. – С. 19-24.
14. Повзун А.С., Мазуров В.И. Острый суставной синдром. Концепция оказания неотложной помощи в ревматологии // Науч.-Практ. Ревм. – 2018. Том 56, №4. – С. 456-460.

К ВОПРОСУ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО И БЕЛКОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕПСИСОМ

**В.М. Луфт, С.А. Шляпников, А.Е. Демко, А.В. Лапицкий,
И.М. Батыршин, Г.А. Пичугина, П.А. Дубикайтис, А.М. Сергеева,
А.И. Золотухин**

*Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»*

Развитие сепсиса сопровождается выраженным синдромом гиперметаболизма–гиперкатаболизма и быстро нарастающей трофологической недостаточностью. Нутритивно-метаболическая терапия (НМТ) является одной из базовых составляющих интенсивного лечения больных с сепсисом [1-5]. Однако остаются дискуссионными вопросы о тактике нутриционной поддержки и объёме субстратного обеспечения данной категории больных, особенно в первую неделю заболевания [6]. Согласно международным рекомендациям по лечению больных с тяжёлым сепсисом и септическим шоком 2012 года [7] в первые 7 суток заболевания

целесообразно и достаточно гипокалорическое (500 ккал в сутки) питание. В канадских рекомендациях 2013 года [8] в первую неделю болезни предписывается целевой уровень алиментации в 2000 ккал.

До конца не решены вопросы оптимального белкового обеспечения при критических состояниях больных. В последнее время появляется всё больше публикаций, утверждающих, что гипернитрогенное питание способствует снижению продолжительности искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), частоте развития инфекционных осложнений, длительности пребывания в ОРИТ, а также их летальности [9-13]. В самом крупном многоцентровом исследовании, в которое были включены 2772 пациента, было показано, что летальность среди реанимационных больных снижалась по мере увеличения потребления энергии более 1500 и белка более 60 г белка в сутки и была минимальной при достижении целевых показателей по энергии в объёме около 1900 ккал/сут и по белку 90 г/сут [11]. В рандомизированном исследовании 2016 года было показано, что у реанимационных пациентов, получающих при парентеральном питании более 1,2 г/кг/сут белка по сравнению с больными, получающими белковое обеспечение менее 0,8 г/кг/сут, имела место лучшая динамика соматометрических показателей. При этом никаких различий в летальности и длительности пребывания их в ОРИТ выявлено не было [14].

Цель данного исследования – улучшение результатов лечения больных с тяжёлым сепсисом (по классификации R.Bone, 1972).

Задача - определить параметры оптимального субстратного обеспечения данной категории больных.

Для решения поставленных цели и задач было проведено проспективное обсервационное когортное исследование, в которое были включены 166 из 307 больных с тяжёлым сепсисом, находившихся на лечении с октября 2016 по июнь 2019 года в ОРИТ Городского центра по лечению тяжёлого сепсиса Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Критериями исключения из исследования являлись: длительность искусственного лечебного питания (зондового энтерального, парентерального, смешанного) менее 5 суток; обширные комбинированные циторедуктивные операции по поводу онкологических заболеваний IV стадии; наличие тяжёлой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации (ХССН, ХБП, цирроз печени); внебольничные инфекции (туберкулёз, СПИД); возраст более 80 лет.

Характеристика больных по полу, возрасту и индексу массы тела представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Характеристика больных по полу, возрасту и индексу массы тела

Пол	n (%)	Средний возраст (лет)	Средний ИМТ (кг/м ²)
Женщины	60 (36,1)	56,1±18,8	23,75±4,0
Мужчины	106 (63,9)	51,0±15,7	23,60±3,7
	166 (100)	52,8±17,0	23,63±3,8

Достоверных различий между мужчинами и женщинами по возрасту и индексу массы тела не было.

Целевое базисное субстратное обеспечение при нестабильном состоянии пациентов составляло: энергия 20–25 ккал/кг/сут, белок - 1–1,2 г/кг/сутки; при стабильном состоянии: энергия 25-30 ккал/кг/сут, белок 1,2-1,5 г/кг/сут. Микронутриенты — не менее суточной физиологической потребности. Субстратное обеспечение больных осуществлялось в постепенно нарастающем объеме в течение 3–4 дней (от 500 калорий в день) под контролем метаболического ответа организма.

У больных с избыточной массой тела и ожирением расчет потребности в субстратах осуществлялся на идеальную массу тела. При наличии выраженной гипотрофии (ИМТ <16 кг/м²) — на фактическую массу тела + 20%. Учитывалось, что после 30 лет за каждое последующее десятилетие величина основного обмена уменьшается на 5%.

Приоритетом в субстратном обеспечении больных с сепсисом являлось раннее энтеральное питание, которое назначалось в первые 24–48 часов поступления больных в ОРИТ. При невозможности достижения должного целевого субстратного обеспечения пациентов через ЖКТ в течение 5 дней назначалось дополнительное парентеральное питание. В случаях прогнозируемой в ближайшие 3–5 дней невозможности реализации зондового питания (чаще при абдоминальном сепсисе) в первые 48-72 часа назначалось полное парентеральное питание в постепенно нарастающем объеме с соблюдением предписанной скорости введения питательных субстратов.

Противопоказаниями для проведения нутриционной поддержки больных являлись: рефрактерный шок, тяжелая артериальная гипоксемия (раО₂<50 мм рт.ст.), декомпенсированный метаболический ацидоз (гиперлактатемия 4 ммоль/л и более), гиперкапния (рСО₂> 70 мм рт. ст., рН <7,2), непереносимость компонентов питательных смесей.

Характеристика больных по видам сепсиса и имевшейся при этом летальности представлена в табл. 2.

Таблица 2 - Распределение больных по виду сепсиса и летальности

Вид сепсиса	n (%)	Выписка/смерть (n)	Летальность (%)
Абдоминальный	81(48,8)	54/27	33,3
Пулмональный	51 (30,8)	27/24	47,1
Инфекции мягких тканей	15 (9,0)	9/6	40,0
Нейросепсис	15 (9,0)	9/6	40,0
Уросепсис	2 (1,2)	1/1	-
Холангиосепсис	2 (1,2)	1/1	-

Как следует из имеющихся в таблице 2 данных, среди включенных в исследование больных преобладал абдоминальный сепсис, который составил

почти половину (48,8%) всех случаев, при котором наблюдалась наименьшая летальность. Общая летальность в группе исследования составила 39,16% и была сопоставимой среди мужчин и женщин (40,0% и 38,7% соответственно). Возраст умерших больных был достоверно выше, чем у выживших (таблица 3).

Таблица 3 - Летальность больных в зависимости от возраста

Исход	n	Летальность (%)	Возраст (лет)
Выписка	101	39,16	49,7±17,7*
Смерть	65		57,3±15,1
Всего	166		52,8±17,0

*- различия сравниваемых параметров в группах достоверны (P<0,01)

Следует также отметить, что наиболее высокая летальность имела место среди пациентов с исходными квашиоркором (42,5%) и маразматическим квашиоркором (35,5%), а наименьшая в группе больных с маразмом (20%).

Тяжесть органной дисфункции по шкале SOFA при поступлении в ОРИТ составляла 4,44±2,4 балла (у 43,4% пациентов – менее 4 баллов, у 17,9% - 5-6 баллов и у 38,8% была более 6 баллов). Уровень сознания по шкале ком Глазго - 11,7±3,1 баллов. Средняя длительность пребывания больных в ОРИТ составила 25,4±11 суток при средней продолжительности ИВЛ - 17,5±16,1 суток.

Для оценки эффективности различных вариантов энергетического обеспечения больных с сепсисом они были разделены на три группы: получавшие менее 25, 25-30 и более 30 ккал/кг/сут соответственно. Разделение на группы производилось ретроспективно, исходя из среднего количества получаемой энергии в сутки за весь период лечения (табл. 4).

Таблица 4 - Исходы тяжёлого сепсиса в зависимости от среднесуточного уровня энергетического обеспечения (ЭО)

Энергетическое обеспечение (ккал/кг/сут)	Исход	n-166	Летальность (%)	Среднее ЭО (ккал/кг/сут)
Менее 25 ¹	выписка	49	46 ^{2,3}	20,2±0,5
	смерть	43		20,2±0,5
25-30 ²	выписка	39	31 ¹	27,0±0,2
	смерть	18		27,2±0,3
30 и более ³	выписка	13	23 ¹	33,5±0,9
	смерть	4		31,2±0,9

x^{1,2,3}- различия в сравнении с соответствующей группой достоверны (P<0,05),

Как видно из табл. 4, наименьшая летальность наблюдалась в группе с энергетическим обеспечением 30 ккал/кг/сут и более, которая была в 2 раза

ниже по сравнению с больными, получавшими энергетическое обеспечение менее 25 ккал/кг/сут. В группе пациентов, получавших 25-30 ккал/кг/сут, летальность также была достоверно ниже (в 1,5 раза) чем в первой группе (менее 25 ккал/кг/сут), но в 1,4 раза больше, чем в третьей группе пациентов (30 ккал/кг/сут и более), однако различия между 2 и 3 группами больных не достигли статистической значимости.

Аналогичным образом пациенты, вошедшие в исследование, были разделены на группы (табл. 5) и по количеству получаемого белка (ПБ).

Таблица 5 - Исходы тяжелого сепсиса в зависимости от среднесуточного белкового обеспечения (БО)

Белковое обеспечение(г/кг/сут)	Исход	n - 166	Летальность (%)	Среднее БО (г/кг/сут)
Менее 1,2 ¹	выписка	42	46,2 ³	1,01±0,02
	смерть	36		0,98±0,02
1,2-1,5 ²	выписка	38	39,7 ³	1,33±0,01
	смерть	25		1,36±0,02
Более 1,5 ³	выписка	21	16,0 ^{1.2}	1,63±0,02
	смерть	4		1,73±0,09

x^{1,2,3}- различия в сравнении с соответствующей группой достоверны (P<0,05)

Данные табл. 5 свидетельствуют о статистически достоверной наименьшей летальности больных с белковым обеспечением более 1,5 г/кг/сут. Летальность в этой группе была в 2,9 раза ниже, чем в группе с белковым обеспечением больных менее 1,2 г/кг/сут и в 2,5 раза ниже, чем в группе пациентов, получающих таковое от 1,2 до 1,5 г/кг в сутки. Статистически достоверной разницы в летальности между первой и второй группами пациентов получено не было.

Выводы:

1. Энергетическое обеспечение больных с тяжелым сепсисом в диапазоне 25-35 ккал/кг/сут достоверно способствует их лучшей выживаемости, по сравнению с пациентами, получающими меньшее количество энергии;
2. Белковое обеспечение больных с тяжёлым сепсисом должно быть не менее чем 1,2 г/кг/сут, т.к. меньшее потребление белка сопровождается достоверным увеличением их летальности. Наилучшие показатели выживаемости пациентов с тяжелым сепсисом наблюдались при обеспечении их белком в количестве более 1,5 г/кг/сут.

Список литературы:

1. *Клинические рекомендации по диагностике и лечению тяжелого сепсиса и септического шока в лечебно-профилактических организациях Санкт-Петербурга 2016*

года. Санкт-Петербургское общество специалистов по сепсису.
http://www.spbsepsis.ru/wp-content/uploads/Protocols_24.11.2016.pdf

2. Основы клинического питания. Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального питания / Под ред. Л. Сobotки: пер. с англ. – Москва, 2015. 751 с.
3. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение / Практическое руководство под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. М.: Литтерра, 2006. 176 с.
4. Парентеральное и энтеральное питание: национальное руководство / под ред. М.Ш. Хубутия, Т.С. Поповой, А.И. Салтанова. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2014. 800 с.
5. Руководство по клиническому питанию / под редакцией Луфта В.М. - СПб., «Арт-Экспресс», 2016. 484 с.
6. Kristine W.A.C. Koekkoek, Arthur R.H. Nutrition in the critically ill patient. *Curr Opin Anesthesiol* 2017, 30:178–185.
7. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med* 2013, 41: 580-637.
8. Dhaliwal R, Cahill N, Lemieux M, Heyland DK. The canadian critical care nutrition guidelines in 2013: an update on current recommendations and implementation strategies. *Nutr Clin Pract* 2014, 29: 29-43.
9. Elke G, Wang M, Weiler N, et al. Close to recommended caloric and protein intake by enteral nutrition is associated with better clinical outcome of critically ill septic patients: secondary analysis of a large international nutrition database. *Crit Care* 2014; 18:R29.
10. Elke G, Heyland DK. Enteral nutrition in critically ill septic patients – less or more? *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2015; 39:140–142.
11. Alberda C, Gramlich L, Jones N, et al. The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: results of an international multicenter observational study. *Intensive Care Med* 2009; 35:1728–1737.
12. Weijs PJ, Stapel SN, de Groot SD. Optimal protein and energy nutrition decreases mortality in mechanically ventilated, critically ill patients: a prospective observational cohort study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2012; 36:60–68.
13. Nicolo M, Heyland DK, Chittams J, et al. Clinical outcomes related to protein & delivery in a critically ill population: a multicenter, multinational observation study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2016; 40:45–51.
14. Ferrie S, Allman-Farinelli M, Daley M, Smith K. Protein requirements in the critically ill: a randomized controlled trial using parenteral nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2016; 40:795–805.

ВОПРОСЫ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВЫХОДА НА ИНВАЛИДНОСТЬ

Д.В. Гладышев, А.Е. Чернобровкина

*СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»
ФГБУ «РНЦРХТ им. А.М. Гранова» Минздрава России*

Уровень злокачественных новообразований в мире в последние годы показывает стойкую тенденцию к увеличению. Уровень инвалидности вследствие новообразований, в том числе у лиц трудоспособного возраста, стабильно увеличивается, что требует развития мер профилактики злокачественных новообразований и реабилитации пациентов после прохождения лечения. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований женской половой сферы занимает одно из ведущих мест среди всех причин выхода на инвалидность [1,2,3].

В рамках данной работы изучены отдельные вопросы организации направления медицинскими организациями Санкт-Петербурга пациентов с установленным диагнозом онкологического заболевания на медико-социальную экспертизу в 2020 году.

Всего в 2020 году ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по г. Санкт-Петербургу» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации было освидетельствовано 14 899 жителей города со злокачественными новообразованиями (взрослое население). Из общего числа освидетельствованных граждан большинство были признаны инвалидами 14 826 человек (или 99,5 %), остальные 73 человека (0,5 %) не подошли по критериям установления группы инвалидности. Первичное освидетельствование с целью установления инвалидности прошли 5 935 человек (39,8 %), повторное – 7097 человек (60,2 %).

Обращает на себя особое внимание, что в 2020 году впервые в Санкт-Петербурге при первичном освидетельствовании злокачественные новообразования заняли первое место среди всех причин инвалидности, опередив сердечно-сосудистые заболевания. Их доля в динамике с 2018 года по 2020 год увеличилась с 30,0 % до 37,0 %.

Структура первичной инвалидности вследствие злокачественных заболеваний в зависимости от локализации патологического процесса характеризуется преобладанием рака молочной железы – 18,3 %, далее

следует колоректальный рак – 14,8 %, на третьем месте среди причин инвалидности рак легких – 7,4 %.

Важно отметить, что и среди трудоспособного населения Санкт-Петербурга онкологические заболевания являются основной причиной выхода на инвалидность, удельный вес онкологической патологии среди трудоспособных граждан составил 35,5 %.

Показатель первичной инвалидности от злокачественных новообразований в городе остается стабильно высоким 13,1 на 10 000 взрослого населения, хотя и меньше чем по стране. Для сравнения по Российской Федерации он равен 18,5 на 10 000 взрослого населения [4].

На сегодняшний день качество обследования пациентов этой группы перед направлением их на медико-социальную экспертизу остается не удовлетворительным.

В 9,8 % случаях при освидетельствовании потребовалось дополнительное обследование пациентов. Данные показатели говорят о неудовлетворительной работе амбулаторного звена в этом направлении. Нужно отметить, что правильность и полнота заполнения приобретает особое значение при передаче направлений на медико-социальную экспертизу в электронном виде, а именно такая цель должна быть реализована уже в 2021 году.

Экспертная оценка направлений на медико-социальную экспертизу показала, что врачи лечебно-профилактических учреждений города Санкт-Петербурга допускают серьезные неточности. В направлениях не указывают стадийность основного онкологического заболевания, недостаточно полно заполняется раздел проведенных медицинских обследований, направленных на диагностику онкологического заболевания, отсутствуют консультации отдельных профильных врачей-специалистов, не указаны сопутствующие заболевания онкологического пациента, нет заключения врачебной комиссии медицинской организации о необходимости предоставления технических средств медицинской реабилитации, что имеет особое значение для отдельных пациентов и определяет качество их жизни в последующем.

Также при освидетельствовании не всегда соблюдались сроки направления пациентов на переосвидетельствование, что нарушает права инвалидов на своевременное предоставление им мер социальной поддержки.

В связи с вышеизложенным можно констатировать, что перечисленные факты свидетельствуют о системных проблемах проведения диагностических, реабилитационных мероприятий жителям города с онкологическими заболеваниями, в том числе женской половой сферы. Несвоевременное предоставление полных, достоверных сведений от медицинских организаций города при направлении пациента на медико-социальную экспертизу приводит к ограничению прав пациентов на предоставление мер государственной поддержки достаточно уязвимой категории граждан.

Проведённый анализ показал, что в настоящее время на первом месте среди всех причин выхода на инвалидность находятся именно онкологические заболевания женских половых органов (доминирует рак молочной железы), что требует особого внимания к этой проблеме в современных условиях развития здравоохранения города, а онкологические заболевания в целом вышли на первое ранговое место среди причин инвалидности в нашем городе.

Список литературы:

1. Кароль Е.В. Динамика показателей первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга за период 2015 – 2019 гг / Е.В. Кароль, С.И. Козлов, Н.В. Попова [и др.] // *Медико-социальные проблемы инвалидности.* – 2020. – № 3. – С. 101-105;
2. Порохина Ж.В. Концептуальный подход к развитию в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / Ж.В. Порохина, А.А. Ярков, Е.В. Морозова [и др.] // *Медико-социальные проблемы инвалидности.* – 2020. – № 2. – С. 52-60;
3. Пильник И.А. Анализ формирования первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований у взрослого населения Челябинской области в динамике за 2014 – 2018 гг / И.А. Пильник, И.М. Лузина // *Медико-социальные проблемы инвалидности.* – 2020. – № 2. – С. 39-45;
4. Пузин С.Н. Показатели тяжести инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц молодого возраста в Москве за 2016-2018 гг. / С.Н. Пузин, Ю.А. Коврижных, С.Н. Запарий [и др.] // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* – 2020.- Т. 28, № 3. – С. 377-379.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*А.К. Кутькова¹, А.В. Новикова¹И.А., Вознюк^{1,2}, А.В. Полякова¹,
Д.В. Токарева^{1,2}*

*¹Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия*

² Военно-медицинская академия им. С.М Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Важным фактором восстановления здоровья в ситуации болезни является активная позиция самого пациента, определенная установка и вера в выздоровление, которая может способствовать эффективности лечения и последующей реабилитации больного [8]. В этой связи, изучение мотивационного компонента в структуре внутренней картины болезни является на сегодняшний день актуальной проблемой.

Формирование программы реабилитации основывается на ее основных принципах, мультидисциплинарном подходе, четком определении целей,

задач и методов в каждом определенном случае на этапах реабилитации [5]. Чем выше мотивация пациента на восстановление, чем активнее он включен в данный процесс, тем выше его реабилитационный потенциал, тем лучший прогноз восстановления утраченных функций этому пациенту мы можем дать при прочих равных условиях [1]. Не менее значимым для повышения мотивации является двигательная активность. Например, на фоне положительного подкрепления в виде движения паретичной кистью функциональной электростимуляции (ФЭС) в режиме протезирования сопровождалось значимым снижением выраженности депрессии [6].

Приоритет видов помощи, ее преемственность, маршрутизация в реабилитационные учреждения, основывается на оценке реабилитационного потенциала пациента [5]. Высокая мотивация пациента обеспечивает высокую приверженность к лечению, ответственный подход к выполнению самостоятельных заданий от различных специалистов, а также способствует более вдумчивой, качественной работе на самих занятиях по реабилитации [4]. К сожалению, мотивация на реабилитацию имеется не у всех пациентов, переживших ОНМК.

Цель исследования: выявить основные причины снижения мотивации к реабилитации у пациентов неврологического профиля, разработать приёмы повышения мотивации и оценить их эффективность.

Материал и методы исследования.

Группы наблюдения.

Исследование проходило на базе отделения медицинской реабилитации ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», в период с февраля 2020 по август 2021 год. В исследование были включены пациенты с двигательными нарушениями после ишемического инсульта (n=96). Медиана давности инсульта составляла 21 [11; 47] суток, медиана возраста пациентов — 54 [42; 65] лет. Все пациенты когнитивно сохранены, имеют выраженный двигательный дефицит и значительное нарушение двигательной активности.

Проводились диагностические беседы с когнитивно сохраненными пациентами, после ОНМК, находящимися на реабилитационном лечении и имеющими парезы (96 человек). В результате данных диагностических бесед были выявлены причины снижения мотивации к реабилитации: дефицит информации у пациентов о своем заболевании и принципах реабилитации после него (76%); невозможность увидеть желаемую динамику (68%); чувство «универсальности и однотипности» проводимых реабилитационных мероприятий (58%); отсутствие целеполагания со стороны пациента (47%); отсутствие поддержки со стороны родственников, особенно во время пандемии COVID-19 (40%). Медицинским психологом были разработаны приёмы профилактики снижения мотивации в соответствии с каждой из групп.

Пациенты ретроспективно были разделены на три группы:

1. Экспериментальная группа (n=31). Пациентам данной группы проводили методику с добавлением процедур роботизированной механотерапии с БОС и занятиями с медицинским психологом.

2. Основная группа (n=28). Пациентам данной группы проводили методику с добавлением процедур роботизированной механотерапии с БОС, без занятий с медицинским психологом.

3. Контрольная группа (n=37). Со сходной неврологической симптоматикой, проходили реабилитацию по стандартной программе, без использования дополнительных приёмов.

Все пациенты проходили полный лечебный курс в соответствии с современными стандартами. 1 и 2 группам проводился курс роботизированной механотерапии с БОС, куда входило по 14 занятий на Стабилоплатформе и Armeo. С пациентами 1 группы проводились занятия с медицинским психологом, в процессе которых применялись разработанные приёмы профилактики снижения мотивации.

Для измерения показателей, необходимых для оценки эффективности разработанных приёмов, использовался следующий комплекс методик: «Реабилитационный потенциал личности» И.Ю. Кулагиной, Л.В. Сенкевич, Цветовой тест отношений А.М. Эткинды, методика «Телесная география эмоций» В.А. Ананьева и Е. А. Горской, методика «Дерево» Л. П. Пономаренко (адаптированная). Результаты фиксировались на 1 и 14 сутки от начала исследования.

Методика, оборудование и задачи:

1. Стабилография проводилась с использованием диагностического комплекса «Стабилан-01-2» производства ЗАО «ОКБ «РИТМ» с наличием программно-методических и технических средств на основе компьютерной стабилографии для диагностики патологии опорно-двигательного аппарата и нарушений функций равновесия человека. В комплексе предусмотрена стандартизация методов исследования, цифрового и графического отображения информации [3]. Запись стабилотраграммы проводилась в отдельном помещении в первой половине дня после индивидуального инструктирования каждого пациента при максимальном физическом, психическом покое и без визуальных помех. Время регистрации стабилотраграммы составляло 30 с во всех пробах с перерывами между ними в 60 с.

В качестве визуального отображения мы применяли тестирование до и после игр, с пояснениями для пациента результатов и визуального понимания его достижений. Затем проводились игровые программы с выведением результатов на экран монитора и сравнением результатов с предыдущим днем.

2. Механизированный комплекс с программным обеспечением и встроенной пациент-специфичной обратной связью «Armeo» - уникальный роботизированный тренажер, ориентированный на восстановление утраченных двигательных навыков верхних конечностей путём активной

терапии в виде игровых занятий [7]. ArmeoSpring компенсирует вес верхней конечности, позволяя пациенту даже с небольшими остаточными функциональными возможностями выполнять тренировочные задачи в режиме 3D симуляции реальных жизненных ситуаций [2]. Программное обеспечение точно регистрирует движения верхней конечности, позволяя оценить координаторные способности и прогресс терапии. Все результаты так же выводятся на экран, что позволяет пациенту сравнить свои результаты с предыдущими занятиями. Последовательность повторяемых движений с сочетанием элементов виртуальной реальности играют важную роль в мотивации пациентов, позволяя повысить эффективность тренировок и являясь дополнительным стимулом для скорейшего восстановления [7].

3. Психологическое информирование пациентов об их заболевании. Перед работой с пациентом, медицинский психолог отдельно обсуждал актуальное состояние и перспективы пациента с его лечащим врачом-неврологом, получал согласие на разъяснение той или иной информации пациенту.

4. Составление дневника динамики для отдельных пациентов, которые испытывали сложности с тем, чтобы отследить её самостоятельно. Основной задачей психолога было следить за заполнением дневника и периодически стимулировать к сравнению записей за разные временные промежутки – сегодня и позавчера, сегодня и неделю назад.

5. Медицинским психологом разрабатывались индивидуальные вечерние задания для пациентов. Главной целью данных заданий было стимулировать пациента к работе не только в первой половине дня, обеспечить непрерывность реабилитационного процесса.

6. С эмоционально лабильными пациентами, пациентами с гипотимией или выраженной тревожностью проводились регулярные психологические консультации, направленные на коррекцию и стабилизацию эмоционального состояния.

7. Работа с родственниками пациентов. В период пандемии медицинский психолог при необходимости созванивается с родственниками больного, проводит с ними психологическое информирование, разъясняет, как лучше сейчас общаться с пациентом, отвечает на все возникающие у родственника вопросы.

Результаты:

У пациентов всех трёх групп наблюдалось повышение реабилитационного потенциала. Наибольшее увеличение наблюдалось в экспериментальной группе пациентов, в этой же группе различия на 1 и 14 день по данному показателю значимы. У пациентов 3 группы увеличение реабилитационного потенциала минимально (на 5,4% от изначального уровня)(табл.1).

Таблица 1 - Показателей повышения мотивации у пациентов неврологического профиля

Методика	Показатель	Экспериментальная группа (1)		Основная группа (2)		Контрольная группа (3)	
		1 день	14 день	1 день	14 день	1 день	14 день
«Реабилитационный потенциал личности» И.Ю. Кулагиной, Л.В. Сенкевич	Общий уровень реабилитационного потенциала (%)	48,2*	77*	49,1	66,6	48,6	54
Цветовой тест отношений А.М. Эткинды. % выбора положительных цветов (№3,4,2,5) к стимулам	Будущее	29*	41,8*	28,1	35,1	29,7	35,1
	Семья	35,4	45	35,1	38,6	32,4	35,1
	Медицинский персонал	51,4*	73,8*	49,1*	63,1*	51,3	59,4
«Телесная география эмоций» В.А. Ананьева и Е. А. Горской	% отрицательных эмоций, расположенных на теле	54,6*	38,6*	56,1*	42,1*	54	56,7
Методика «Дерево» Л. П. Пономаренко. % выбора позиции	Установка на преодоление препятствий	19,3*	32,2*	21,1	31,6	24,3	18,9
	Желание добиваться успехов, не преодолевая трудности	32,2	22,5	35,1	49,1	32,4*	51,3*
	Отстранённость, замкнутость, тревожность	16,1	6,2	10,6	7,1	13,5	27

*p<0,05

Пациенты всех трёх групп после прохождения 14 дней реабилитации улучшили свое отношение к медицинскому персоналу, статистически значимые отличия обнаруживаются в основной и экспериментальной группах. Значимо улучшилось отношение к своему будущему у пациентов 1 группы. У пациентов 2 и 3 группы изменение отношения к будущему минимальны, но в положительную сторону. Значимых изменений отношения к семье не обнаружилось ни в одной группе (рис.1).

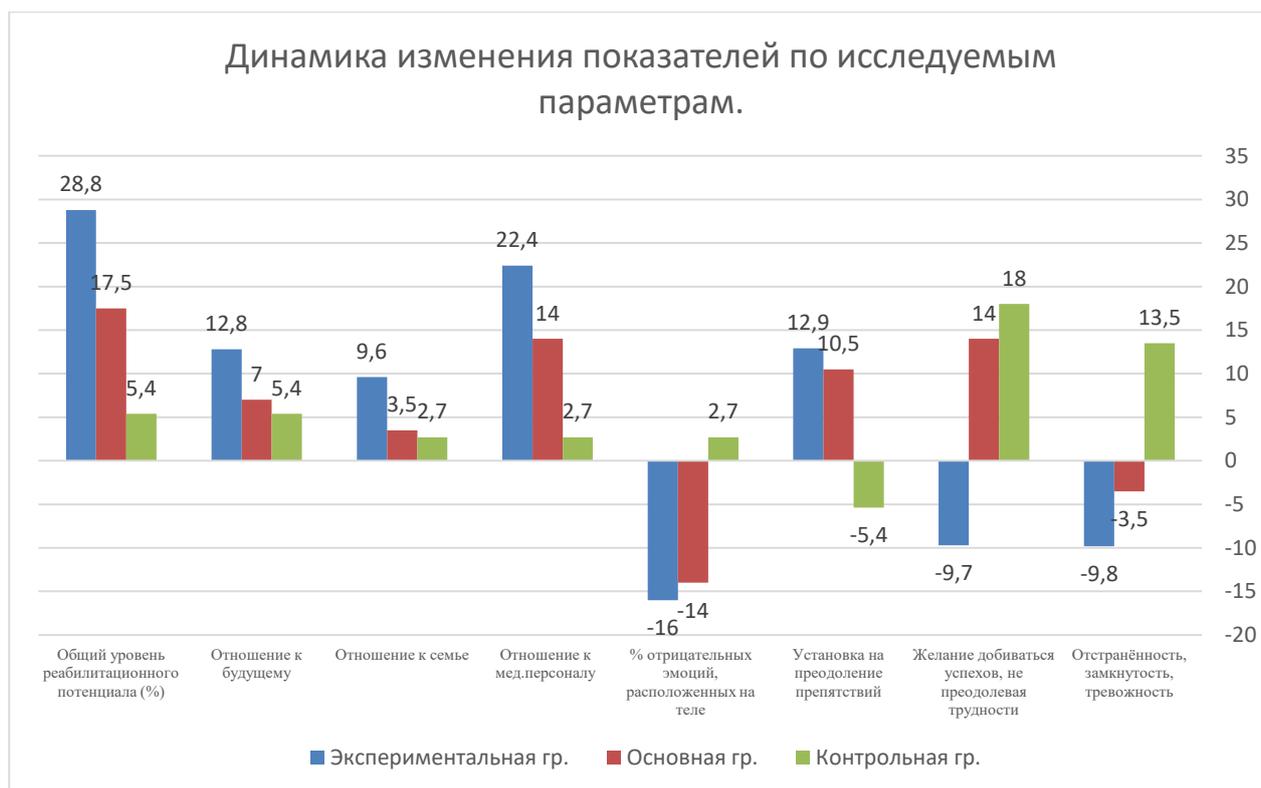


Рисунок 1 – Изменение показателей исследуемых параметров за 14 дней

Пациенты 1 и 2 группы к 14 дню реабилитации значительно меньше отрицательных эмоций изображали на своем теле. У пациентов третьей группы этот показатель немного (+2,7), но возрос. У пациентов 1 группы значительно чаще стала появляться установка на преодоление трудностей, то есть активная уставка в отношении реабилитационного процесса. У пациентов третьей группы этот показатель к 14 дню уменьшился на 5,4%.

Среди пациентов 1 и 3 групп повысилась частота выбора пассивной позиции «добиваться результата, не преодолевая препятствий», в 3 группе данное отличие значимо. У пациентов экспериментальной группы выбор этой позиции снизился на 9,7%. Среди пациентов третьей группы увеличилось число выборов позиции отстраненности, замкнутости и тревожности. У пациентов 1 и 2 групп наблюдается снижение процента выбора этой позиции (рис.1).

Выводы:

Анализ результатов полученных в ходе результатов исследования позволяет сделать следующие выводы.

1. Использование роботизированных тренажеров с биологической обратной связью, предъявляемой в виде визуальных стимулов повышает включённость пациентов в реабилитационный процесс, улучшает их отношение к собственному телу.

2. Сопровождение медицинского психолога совместно с применением роботизированных тренажеров с БОС способствует повышению реабилитационного потенциала пациентов, улучшает их отношение к

будущему, своему телу и медицинскому персоналу, стимулирует придерживаться активной позиции в реабилитационном процессе.

3. Комплексный подход в реабилитации, включающий взаимодействие специалистов разных профилей, повышает качество реабилитационного процесса, положительно влияет на психологическое благополучие пациентов.

Список литературы:

1. Биктимирова Ф.М., Ничипоренко Н.П. Гендерные особенности мотивации пациентов с нарушениями структуры и функций конечностей / Ф.М. Биктимирова, Н.П. Ничипоренко // Теоретическая и клиническая медицина. - 2012. - №6. - С. 902-906.

2. Даминов, В.Д. Роботизированная механотерапия в нейрореабилитации / Вестник АГИУВ, 2013, №3. - С. 83-88.

3. Костенко, Е. В., Петрова, Л. В., Рыльский, А. В., Энеева, М. А. Эффективность коррекции постинсультных двигательных нарушений с применением методов функциональной электростимуляции и БОС-стабилометрического пострурального контроля. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М.: Медиа Сфера, 2019, №119(1), -С. 23-30.

4. Леонтьев Д.А. Современная психология мотивации / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2002. - 344 с

5. Новиков, Л.Б., Акопян, А.П., Шарапова, К.М. Реабилитация больных в раннем и позднем восстановительном периодах инсульта: учеб. пособие / сост.: Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, К.М. Шарапова. — Уфа: БГМУ, 2019 – 74с.

6. Полякова А. В., Вознюк И. А., Токарева Д. В., Нейропротезирующая технология «Bioness» (экзоробот) в процессе восстановления двигательных и вегетативно-трофических нарушений при центральном парезе верхней конечности. / Вестник восстановительной медицины. 2020. № 5 (99). С. 62-69.

7. Токарева Д. В., Дукул С.А., Полякова А.В, Коррекция моторного неглекта с помощью роботизированного тренажёра «Arteo» у лиц, перенесших ОНМК / XXI Давиденковские чтения. сборник тезисов. – СПб, 2019.- С. 326-327.

8. Чупина, В.Б., Попенко, Н.В. Особенности мотивационной направленности внутренней картины болезни и уровня жизнестойкости у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТМС В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Е.А. Лукоянова¹, Д.В. Токарева^{1,2}, И.А. Вознюк^{1,2}, А.В. Полякова¹

¹Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на сегодняшний день являются важнейшей медико-социальной проблемой

во всех экономически развитых странах, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения. В Российской Федерации ежегодно регистрируется около 500 тыс. новых случаев заболевания, а диагноз «острое нарушение мозгового кровообращения» констатируется каждые 1,5 минуты. По некоторым данным, в течение полугода при развитии инсульта в совокупности от 60% до 80% пациентов умирают или становятся инвалидами. Экономические потери от снижения трудоспособности населения составляют более 50 млрд рублей ежегодно. По данным мониторинга ведения пациентов с ОНМК, в Санкт-Петербурге в течение последних 5 лет ежегодная доля пациентов, вновь перенесших инсульт, абсолютно зависимых от внешней помощи, составляет 20–22% (4,5–5,0 тыс.), не менее 5 тыс. пациентов (23–25%) нуждаются в активном восстановительном лечении в отделениях реабилитации первого и второго этапов, имея грубый инвалидизирующий комплекс [5]. Утрата трудоспособности и снижение социальной активности у пациентов с очаговыми поражениями мозга связаны с возникновением комплекса нарушений высших корковых функций, среди которых особое место занимает речевая недостаточность, в том числе афазия [4]. Афазия после инсульта развивается достаточно часто и оказывает серьезное влияние на независимость и качество жизни пациента. Для восстановления речи необходима логотерапия, эффективность которой зависит от интенсивности и продолжительности лечения. Одной из стратегий лечения может быть подавление аномально активированных областей речевой сети, которые оказывают влияние на реинтеграцию первичных речевых зон [1].

Реорганизация речевой системы осуществляется за счет вовлечения прилежащих к зоне инфаркта мозга областей доминантного по речи левого полушария мозга и компенсаторной активации гомологов основных речевых зон правого полушария. На интенсивность и очередность нейропластических процессов в головном мозге, равно как и на степень восстановления речи, оказывают влияние расположение и распространенность очага инфаркта мозга. У пациентов с небольшими очагами чаще наблюдается активация периинфарктных речевых зон, при обширных инфарктах переключение идет главным образом на гомологичные области в правом полушарии. Однако значение структур правого полушария в восстановлении речи неоднозначно. Активация правосторонних гомологов может быть неэффективной, оказывая сдерживающее влияние на функционирование и реализацию процессов нейропластичности левополушарной сети. Высказывается мнение, что вследствие уменьшения ингибирующего трансколлозального эффекта со стороны пораженного полушария происходит избыточная активация в гомологах пораженных речевых зон правого полушария. Негативным эффектом ее является тормозящее влияние на околоочаговые области в левом полушарии и соответственно темпы и объем восстановления речи [3].

Восстановление речевой сети левого полушария путем подавления сверхактивных гомологичных речевых зон правого полушария с помощью

транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в качестве дополнительного лечения ассоциировано с лучшим восстановлением [1].

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) – метод, позволяющий адресно активировать функционально заблокированные нейрональные комплексы парацентральной коры.

Суть метода заключается в том, что под воздействием магнитного поля происходит деполяризация мембраны нервных клеток коры головного мозга, что вызывает активизацию и модуляцию нейропластических процессов. При этом активируются сохранные, но функционально неактивные мотонейроны и стимулируются процессы спраутинга. Кроме этого под действием магнитной стимуляции у больных с инсультом выявлена тенденция к уменьшению дисциркуляции мозгового кровотока и асимметрии линейной скорости кровотока в каротидном синусе. Магнитное поле оказывает воздействие на макро- и микроциркуляцию, вызывая раскрытие резервных капилляров и улучшая функцию шунтов. Немаловажным является тот факт, что ТМС снижает уровень когнитивных нарушений, повышая заинтересованность пациентов в лечении. [6]

С помощью ТМС возможно добиться либо супрессии контралатеральной очагу поражения стороны (используя низкочастотную стимуляцию), либо усиления кортикальной активности на ипсилатеральной стороне в зонах, прилегающих к очагу поражения (высокочастотная стимуляция). [7]

Цель исследования – оценка эффективности применения транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в реабилитации пациентов с афазией после инсульта.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения медицинской реабилитации ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». В исследование были включены 52 пациента (15 женщин и 37 мужчин) в раннем восстановительном, позднем восстановительном и резидуальном периодах ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии. Средний возраст пациентов составил 66,5 лет [59, 87]. Все пациенты имели речевые нарушения по типу афазии (33 человека с моторной афазией, к которой были отнесены динамическая, афферентная и эфферентная моторные афазии и 19 человек с сенсорной афазией, к которым были отнесены акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазии) разной степени выраженности. Критериями исключения стали наличие металлических медицинских устройств и инородных тел, особенно в голове, наличия кардиостимулятора или водителя ритма, эпилептических приступов в анамнезе, беременности. Пациентам 1 группы (n=28) проводили ТМС в режиме ингибирующей стимуляции с частотой импульсов 1 Гц, частота импульсов в серии 1200 импульсов, 90% мощности от порога моторного ответа время воздействия 20 мин, на курс 10 ежедневных процедур. Перед началом курса каждому пациенту предлагалось тестирование по краткому опроснику безопасности ТМС и индивидуально определялся порог

моторного ответа. У пациентов с моторной афазией стимуляция проводилась в проекции правой нижней лобной извилины, у пациентов с сенсорной афазией – в проекции правой верхней височной извилины. Пациенты 2 группы (n=24) получали лечение в соответствии с современными стандартами, но без применения ТМС. Логопедические занятия проводились со всеми пациентами, методики восстановления речи подбирались индивидуально для каждого пациента, в зависимости от формы и степени выраженности афазии.

Основными направлениями логопедической работы были:

1. Стимулирование понимания речи на слух.
2. Растормаживание экспрессивной речи на материале автоматизированных рядов, песен, проговаривания пословиц, устойчивых выражений.
3. Стимулирование устного высказывания.
4. Восстановление фразовой речи с использованием метода пиктограмм.
5. Невербальные формы восстановления речи (рисование, затормаживание речевой продукции при сенсорной афазии).
6. Восстановление фонематического слуха.
7. Накопление пассивного и активного словаря (показ, называние картинок, раскладывание подписей (названий предметов и действий) к предметным и сюжетным картинкам).
8. Восстановление письменной речи (звуко-буквенный анализ, деление слов на слоги, определение количества звуков в слоге, запись слов по слогам).
9. Восстановление чтения (сопряженное, сопряженно-отраженное, отраженное и самостоятельное чтение слов, предложений, текстов).
10. Расширение объема слухоречевой памяти (прослушивание предложений, текстов, ответы на вопросы по содержанию и т.д.).
11. Восстановление понимания слов с пространственным и временным значением (предлоги, наречия) логико-грамматических конструкций.
12. Восстановление развернутого высказывания: написание изложений, свободный рассказ на заданную тему, толкование сложных слов. [2]

Эффективность метода оценивалась с помощью шкалы для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга (Вассерман Л.И.).

Результаты. На 14 сутки от момента поступления в отделение медицинской реабилитации у пациентов обеих групп наблюдалось улучшение речевой функции. Наибольшее улучшение наблюдалось в группе пациентов, получавших ТМС в сочетании с логопедическими занятиями. (табл.1)

Таблица 1 – Степень восстановления речевых функций по шкале Вассерман Л.И. для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга

	1 группа (ТМС)*	2 группа (стандартная программа)
1 день	34,4	36,6
14 день	22,3	31,4
$P < 0,05^*$		

Выводы:

Применение курса ТМС позволяет активизировать процессы нейропластичности мозга и расширить возможности формирования новой системы межнейрональных связей. Выраженность вызываемых эффектов зависит как от локализации, так и от сроков инсульта.

Проведение логопедических занятий в сочетании с ТМС у пациентов с афазией позволяет более эффективно восстанавливать речевые функции, улучшать качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Weiduschat N., Thiel A., Rubi-Fessen I. [и др.] Влияние повторяемой транскраниальной магнитной стимуляции при инсульте с афазией. Рандомизированное контролируемое пилотное исследование. Журнал Национальной ассоциации по борьбе с инсультом /Stroke/ Российское издание. – 2011. – № 2(22). – С. 60-68.
2. Белкин А. А., Белкина Ю. Б., Прудникова С.С., Скрипай Е.Ю., Ермакова Е.В., Якимова А.С., Барышникова Ю.С., Ладейщикова Ю.А., Никитенко Т.В., Пинчук Е.А., Сафонова Т.Ю. (2021). Медицинский логопед в мультидисциплинарной реабилитационной команде. Практический опыт Клиники Института Мозга. *Consilium Medicum*, 23 (2), 136-143.
3. Белопасова А.В., Кадыков А.С., Червяков А.В., Белопасов В.В. (2015). Диагностический и лечебный потенциал транскраниальной магнитной стимуляции при афазии. *Неврологический журнал*, 20 (4), 23-28.
4. Ларина О.Д. Восстановление речи у пациентов с афазией с применением интерактивных средств // *Специальное образование*. 2018. № 2
5. Полякова А. В., Вознюк И. А., Токарева Д. В., Нейропротезирующая технология «Bioness» (экзоробот) в процессе восстановления двигательных и вегетативно-трофических нарушений при центральном парезе верхней конечности. *Вестник восстановительной медицины*. 2020. № 5 (99). С. 62-69.
6. Полякова А.В., Токарева Д.В., Вознюк И.А. Применение транскраниальной магнитной стимуляции головного мозга у пациентов с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде. *Национальная Ассоциация Ученых*. – 2015. – № 8-2(13). – С. 117-119.
7. Токарева Д.В., Полякова А.В., Вознюк И.А., Забиров С.Ш. Возможности транскраниальной магнитной стимуляции в программе восстановительного лечения в остром периоде инсульта. *Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения: Сборник статей и тезисов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 140-летию со дня рождения Михаила Ивановича Аствацатурова, Санкт-Петербург, 17–18 ноября 2017 года / Под редакцией И.В. Литвиненко*. – Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, 2017. – С. 185.

ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО И БЕЛКОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

А.М. Сергеева, В.М. Луфт, Е.Ю. Тявокина, А.В. Лапицкий
Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Нервная анорексия (НА) - расстройство пищевого поведения, в основе которого лежит преднамеренная потребность больных к похуданию с целью коррекции мнимой или резко переоцениваемой избыточной массы тела, реализуемая путем ограничения приема пищи (ограничительный вариант) или искусственно вызываемой рвотой, применения слабительных и мочегонных средств (очистительный вариант), а иногда и изнуряющих физических упражнений.

НА относится к категории социально значимых психиатрических проблем клинической медицины, что обусловлено ростом данного расстройства пищевого поведения особенно среди молодых людей, недостаточной эффективностью лечения и рецидивирующим характером течения этого заболевания, что нередко приводит к инвалидизации пациентов (Steinhausen Н.С, 2002, 2009; Захарова Л.И., 2019; Мазаева Н.А., 2019). Среди психических заболеваний при НА отмечается наиболее высокая смертность, составляющая по данным различных авторов 5-16,7% (Захарова Л.И., 2019; Steinhausen Н.С, 2002, 2009; Keski-Rahkonen А. et al., 2007; Arcelus J. et al., 2011; Jagielska G., Kasperska I., 2017)

Одним из основных клинических проявлений НА является выраженное, нередко угрожающее жизни пациентов, алиментарное истощение (гипотрофия), которое сопровождается различными висцеральными нарушениями и является основной причиной преждевременного летального исхода у 32% таких больных (Захарова Л.И., 2019; Keski-Rahkonen А. et al., 2007; Steinhausen Н.С., 2009; Arcelus J. et al., 2011; Jagielska G., Kasperska I., 2017;). Именно в этой связи особое место при лечении и реабилитации этих больных занимает нутритивно-метаболическая терапия с использованием современных возможностей клинического питания, направленная на должное восстановление их трофологического статуса. При этом следует отметить, что до настоящего времени остаются дискуссионными вопросы о рациональном энергетическом и белковом обеспечении этих больных (Лаптева Е.Н., 1998, Сергеев В.Н. и соавт., 2013, Mehler S. et al., 2010, L. Sobotka et al., 2019).

С целью оптимизации восстановительной реалиментации больных с данным расстройством пищевого поведения в зависимости от степени выраженности гипотрофии нами были обследованы 81 пациентка, которые находились на лечении в соматопсихиатрическом отделении Санкт-

Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. НА была диагностирована у 54 чел. (66,7%), у 27 больных (33,3%) имел место синдром нервной анорексии в рамках других психиатрических расстройств: тревожно-депрессивное расстройство, шизофрения и шизотипическое расстройство, расстройства личности, расстройство адаптации и др. По имеющемуся нарушению пищевого поведения преобладали больные с ограничительным вариантом анорексии (55 чел. - 67,9%), у 9 чел. (11,1%) отмечался очистительный и у 17 чел. (21,0%) смешанный тип НА.

Все больные согласно принятой нами классификации, основанной на особенностях их пищевого поведения и индекса массы тела (ИМТ), были разделены на 4 группы: 1 стадия (эйфорическая) - ИМТ 16,5 – 18,5; 2 стадия (анорексибулимическая) - ИМТ 14,5 – 16,49; 3 стадия (астеноанорексическая) - ИМТ 12,5 – 14,49 и 4 стадия (астенокахексическая) – ИМТ < 12,5 кг/м².

Для определения базального уровня энергетических трат пациенток выполнялась непрямая калориметрия на аппарате Cosmed Quark RMR (Италия) и измерялись суточные потери азота с мочой.

Энергетические потребности

Средние показатели основного обмена (ОО) больных, определяемого методом непрямой калориметрии, действительного расхода энергии (ДРЭ) и рекомендуемое энергетическое обеспечение пациенток, необходимое для поддержания устойчивого положительного энергетического баланса представлено в зависимости от ст. заболевания представлены в табл.1.

Поскольку все пациентки с НА в условиях стационара соблюдали свободный двигательный режим, показатели ДРЭ рассчитывался путём увеличения величины ОО на 30%. Для достижения стойко положительного энергетического баланса, позволяющего рассчитывать на увеличение массы тела (МТ) в среднем около 1 кг в неделю необходимо дополнительное энергетическое обеспечение около 6000 ккал или около 850 ккал в сутки.

Данные табл.1 свидетельствуют о том, что средние показатели ОО в пересчете на фактическую МТ в группах сравнения были выше общепринятых (20 ккал/кг/сут). Рекомендуемое энергетическое обеспечение для больных с 1 ст. НА составляет 58,5 ккал/кг, а для пациенток со 2-4 ст. заболевания 70-73 ккал/кг фактической МТ в сутки ($p < 0,05$).

Потребности в белковом обеспечении

Для определения оптимальной потребности пациентов с НА в белковом обеспечении нами изучены потери азота (табл.2), которые определялись по экскреции мочевины с мочой за сутки и рассчитывались по формуле:

Азот, г/сут = (М, ммоль/л, x 0,033 x СД, л) + 4, где

М – мочевины; 0,033 – коэффициент пересчёта мочевины в г; СД – суточный диурез; 4 – внеуринарные потери азота

Средние суточные потери азота (ПА) и рекомендуемое потребление белка для обеспечения стойко положительного азотистого баланса в зависимости от стадии НА представлены в табл.2.

Таблица 1 - Средние показатели основного обмена, действительного расхода энергии и рекомендуемого энергетического обеспечения больных с НА в зависимости от стадии заболевания

Показатель	Стадия НА				p
	1 n=21	2 n=25	3 n=16	4 n=19	
Основной обмен, ккал/сут	1425,00+/- 81,54	1600,36+/- 68,36	1402,30+/- 106,63	1135,47+/- 57,60	<0,001
Основной обмен, ккал/кг/сут	30,87+/-1,18	38,23+/- 1,74	38,17+/-2,54	35,03+/-2,04	0,054
ДРЭ, ккал/сут	1875,50+/- 98,31	2078,00+/- 95,95	1822,+/- 138,62	1476,11+/- 74,88	<0,001
ДРЭ, ккал/кг/сут	40,13+/-1,53	49,69+/- 2,26	49,63+/-3,30	45,54+/-2,65	0,039
РЭО, ккал/сут	2728,50+/- 97,31	2928+/- 95,95	2672,99+/- 138,62	2326,11+/- 74,88	<0,001
РЭО, ккал/кг/сут	58,51+/-1,71	70,11+/- 2,35	73,05+/-3,2	72,01+/-3,35	0,021

Таблица 2 - Средние суточные потери азота и потребность в белке для обеспечения стойко положительного азотистого баланса (+ 2 г азота)

Показатель	Стадия НА				P
	1 n=21	2 n=25	3 n=16	4 n=19	
Общие потери азота, г/сут	13,09+/-1,39	11,87+/-1,22	9,77+/-0,92	9,81+/- 0,77	0,202
Потери азота, г/кг/сут ФМТ	0,27+/- 0,03	0,28+/-0,03	0,27+/-0,03	0,31+/- 0,03	0,599
Потери белка, г/кг/сут ФМТ	81,79+/-8,70	74,19+/-7,64	61,08+/-5,76	61,29+/-4,79	0,202
Рекомендуемое белковое обеспечение, г/кг/сут ФМТ	1,95+/- 0,18	2,05+/-0,17	2,07+/-0,17	2,39+/- 0,18	0,352
Рекомендуемое белковое обеспечение, г/сут	94,29+/-8,70	86,69+/-7,65	73,58+/-5,76	73,79+/-4,79	0,202

Согласно полученным данным, потери азота были наибольшими при 1 ст. заболевания и уменьшались по мере редукции массы тела, составляя 9,77 - 9,81 г/сут при 3-4 ст. заболевания (больные с выраженной и критической гипотрофией). При этом различия между стадиями не были статистически значимыми. Для обеспечения стойко положительного азотистого баланса рекомендуется к имеющимся фактическим потерям азота добавлять ещё 2 г (12,5 г белка).

Резюме. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о повышенном уровне базального обмена при всех стадиях НА. При этом для поддержания устойчивого энергетического баланса, позволяющего рассчитывать на возрастающую прибавку МТ от 0,5 до 1 кг в неделю требуется от 58 ккал/кг ФМТ при 1 ст. НА (начальная гипотрофия – ИМТ=16,5-18,5 кг/м²) до 70-73 ккал/кг фактической МТ при 2-3-4 ст. заболевания. При оценке белкового обмена полученные нами данные свидетельствуют о потребности в относительно высоком белковом обеспечении больных с НА, необходимого для поддержания стойко положительного азотистого баланса (от 1,95 до 2,39 г/кг/сут ФМТ). Наибольшая потребность в белке у подобных пациентов имеет место при критической гипотрофии (2,39 г/кг/сут ФМТ).

Литература

1. Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор) / Л.И. Захарова // *Научные результаты биомедицинских исследований* – 2019. – Т. 5, № 1. – С. 108–121.
2. Лаптева Е. Н. Клинико–патогенетические формы алиментарной дистрофии и эффективность дифференцированной терапии / Е. Н. Лаптева // *Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. – специальность 14.00.07.* – 1998, – 35 с.
3. Мазаева Н.А. Нервная анорексия: обзор зарубежных публикаций. Часть 2. Клинико–биологические соотношения, прогноз и ведение больных / Н.А. Мазаева // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2019. – Т.21. – №4. – С. 4–12.
4. Сергеев В.Н. Формирование, клиника и лечение нервной анорексии / В.Н. Сергеев, В.И. Михайлов, А.Г. Одинец, З.Р. Щербова // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* – 2013. – № 7. – С.11–24.
5. Arcelus J. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies / J. Arcelus, A.J. Mitchell, J. Wales, S. Nielsen // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2011. – № 68(7). – P.724–731.
6. *Basics in clinical nutrition. Editor-in-Chief Luboš Sobotka.* 2019, Prague:Galen. 676 p.
7. Jagielska G. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa / G. Jagielska, I. Kasperska // *Psychiatr. Pol.* – 2017. – №51(2). – P.205–218.
8. Keski-Rahkonen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community / Keski-Rahkonen A. [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2007. – №164(8). – P.1259–1265.
9. Mehler P. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient / P. Mehler, A. Winkelman, D.G. Andersen, J.L. // *Journal of Nutrition and Metabolism.* 2010. – №2010. – P.1–7.
10. Steinhausen H.C. Outcome of eating disorders / H.C. Steinhausen // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2009.– Vol. 18(1). – P. 225–242.
11. Steinhausen H.C., *The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century* , *Am J Psychiatry*, 2002 Aug;159(8):1284–93

КАДРОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*Н.И. Вишняков, В.А. Мануковский, Е.Н. Пенюгина,
А.И. Махновский, М.В. Окулов*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

В течение многих лет Санкт-Петербург, крупнейший субъект Северо-Западного федерального округа, занимает первое место в стране по уровню обеспеченности населения врачебными кадрами. К концу 2019 года на 10 000 населения приходилось 84,9 врачей. В Российской Федерации уровень данного показателя был в 1,7 раза ниже: 48,7 врачей на 10 000 населения.

В трех субъектах России, занимавших в конце 2020 года последние три места, уровень данного показателя был в 2,7 раза ниже, чем в Санкт-Петербурге. Так, на 10 000 населения приходилось 29,3 врачей в Курганской области (85-е место), 29,4 врачей в Чеченской Республике (84 место) и 31,0 врач в Псковской области (83 место).

Однако, необходимо помнить о том, что Санкт-Петербург наиболее населенным субъектом Северо-Западного региона. На 1 января 2020 года в Санкт-Петербурге проживало 5398064 человека. В медицинской помощи нуждаются не только жители города. Однако до сих пор отсутствуют официальные истинные данные о количестве мигрантов, проживающих в северной столице. Важно учитывать и поток туристов, ежегодно посещающих северную столицу. Кроме того, в связи с тем, что Санкт-Петербург является крупным научным центром, на его территории расположены не только медицинские организации городского подчинения, но и клиники образовательных учреждений, научно-исследовательских институтов подчиненные Министерству здравоохранения Российской Федерации, а также медицинские организации других ведомств (Министерства обороны, Министерства чрезвычайных ситуаций, Министерства внутренних дел и др.).

Поэтому превышение в Санкт-Петербурге среднего показателя обеспеченности населения врачебными кадрами по стране является вполне закономерным.

К сожалению, приходится констатировать, что даже достаточно высокий уровень обеспеченности населения врачебными кадрами не может в полной мере свидетельствовать о благополучии в обеспечении реальной доступности врачебной помощи.

Так, при относительно высоком уровне укомплектованности штатных врачебных должностей с учетом всех занятых должностей (84,2 % в 2019 году и 82,9 % в 2020 году), вызывают тревогу показатели укомплектованности штатных должностей физическими лицами: 68,8 % в 2019 году и 68,0 % в 2020 году – таблица 1. Соответственно дефицит врачей в Санкт-Петербурге в 2019 году составил 14681 человек, а в 2020 году – 15678 человек (+ 6,8 %) – таблица 1.

Таблица 1 - Показатели укомплектованности штатных должностей врачей в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2019 и в 2020 годах

Годы	Укомплектованность штатных должностей (%)		Коэффициент совместительства	Число штатных должностей врачей на 1 врача (физическое лицо)	Дефицит врачей (абс.)
	Всего	физическими лицами			
2019	84,2	68,8	1,22	1,45	14681
2020	82,9	68,0	1,22	1,47	15678

Особое внимание следует обратить и на существенные различия данных показателей у врачей различных специальностей. Целесообразно выделить три группы врачей с наиболее низкими показателями укомплектованности штатов физическими лицами в 2020 году. В первую группу включены врачи, у которых укомплектованность штатных должностей физическими лицами в 2020 году составила ниже 50 %. Наиболее низкий уровень данного показателя имел место у патологоанатомов (32,8 %) и у психотерапевтов (33,0 %). Кроме того, менее чем наполовину штатные должности были укомплектованы физическими лицами у судебно-психиатрических экспертов (40,6%), судебно-медицинских экспертов (41,2 %), врачей по паллиативной медицине (42,7 %), и у клинических фармакологов (48,9 %).

Вторую группу составили врачи, у которых укомплектованность штатных должностей физическими лицами варьировала от 51,0 % до 60,0 %. Наименьший уровень данного показателя во второй группе имел место у трансфузиологов (51,3 %), торакальных хирургов (51,7 %), у фтизиатров (52,1 %) и у инфекционистов (52,4 %). У врачей функциональной

диагностики штатные должности были укомплектованы физическими лицами на 55,1 %, у врачей-анестезиологов-реаниматологов на 54,8 %, у врачей-бактериологов – на 55,8%.

В третью группу включены врачи с уровнем укомплектованности штатных должностей физическими лицами, варьирующим от 61,0 % до 70 %.

Наиболее низкий уровень данного показателя в этой группе выявлен у врачей клинической лабораторной диагностики и нефрологов (по 60,9 %), у врачей скорой медицинской помощи (61,0 %), у врачей ультразвуковой диагностики (61,2 %), у врачей по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению (61,3 %) и у пульмонологов (61,4 %). Менее чем на 70 % были укомплектованы штатные должности у стоматологов (63,6 %), нейрохирургов (63,8 %), у эндоскопистов (65,6 %), физиотерапевтов (65,7 %) и у врачей общей практики (69,3 %). Следует подчеркнуть, что штатные должности врачей-терапевтов участковых были укомплектованы физическими лицами на 80,0 %.

Полученные результаты сопоставления показателя укомплектованности штатов физическими лицами среди врачей разных специальностей свидетельствуют о том, что у врачей, работавших по специальностям, не требующим подготовки в ординатуре или профессиональной переподготовки, уровень этого показателя выше, составляя 80,0 % - у врачей-терапевтов участковых. Выпускники медицинских ВУЗов с 2017 года могут после первичной аккредитации работать участковыми врачами-терапевтами и врачами-педиатрами участковыми, а получить другие врачебные специальности могут только в ординатуре. Ранее большинство специальностей можно было получить в интернатуре. Таким образом, подготовка врача до прохождения первичной специализированной аккредитации увеличилась на год. И, соответственно, необходимо увеличить прием студентов в образовательные учреждения высшего медицинского образования. Даже для обеспечения укомплектованности существовавших в 2020 году штатных должностей врачей физическими лицами хотя - бы на 75 % требуется не менее 3330 врачей. При этом необходимо помнить о том, что определенная часть врачей ежегодно уходит на заслуженный отдых.

Изучение распределения врачей медицинских организаций городского и федерального подчинения по полу показало, что к концу 2020 года большую часть из них (71,0 %) составили женщины и менее 1/3 – 29,0 % - мужчины. Анализ возрастного состава врачей свидетельствует о том, что врачи молодого возраста (до 36 лет) составили 1/3 – 33,2 % - таблица 2. Более чем каждый пятый врач (22,3 %) входил в возрастную группу от 36 до 45 лет. Почти равную долю составили врачи в возрасте от 46 до 50 лет и от 51 года до 55 лет (соответственно 9,8 % и 9,4 %). Одинаковым оказался и удельный вес врачей в возрасте от 56 лет до 59 лет и от 60 до 64 лет (по 8,1 %). Врачи, вошедшие в самую старшую возрастную группу (65+) составили 9,1 %.

Таким образом, почти каждый десятый врач в ближайшие годы потребует замены. В соответствии с пенсионной реформой пенсионный возраст будет увеличиваться постепенно, причем, с учетом пола гражданина. В связи с этим нужно отметить, что в 2020 году доля врачей пенсионного возраста женского пола превысила долю врачей пенсионного возраста мужского пола (соответственно 21,3 % и 18,4 %, $t = 6,04$).

Таблица 2 - Распределение врачей разного пола, работавших в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2020 год, по возрасту (в % к итогу)

Возраст (число лет)	Мужчины	женщины	Все врачи
До 36 лет	35,0	32,5	33,2
36-45	25,2	21,1	22,3
46-50	9,4	10,0	9,8
51-55	9,1	9,5	9,4
56-59	7,3	8,5	8,1
60-64	6,7	8,6	8,1
65 и старше	7,3	9,8	9,1
Итого	100,0	100,0	100,0

К сожалению, в годовых отчетах медицинских организаций (формах 30 «Сведения о медицинской организации»), представлено только распределение по возрасту и полу всех врачей, без учета их специальности. Вместе с тем, для перспективного планирования подготовки врачебных кадров важно учитывать возрастной состав врачей по каждой специальности. Внесение этих данных в годовые отчеты медицинских организаций, несомненно, поможет оперативно реагировать на изменения возрастного состава врачей разных специальностей и своевременно вносить коррективы в планы подготовки врачей, в том числе и подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА

С.А. Повзун, В.А. Ильина, М.М. Ермолаева, Е.А. Бородай

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время в отечественном здравоохранении то и дело возникают ситуации, связанные с тем, что мы, как выясняется, во многом действуем на основании «сложившейся практики», а не на основании законов и подзаконных актов, что регулярно всплывает при попытках юридической оценки качества оказываемой медицинской помощи.

На сегодняшний день патологоанатомическая работа в части, касающейся исследования тел умерших больных, регламентирована ст.67 ФЗ №323 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также Приказом Минздрава №354н 2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий», который, к слову, является руководством к действию для патологоанатомов, но вовсе не для судебно-медицинских экспертов, которые, помимо прочего, вскрывают умерших от травм и отравлений в лечебных учреждениях.

Согласно ФЗ №323, вскрытия тел умерших больных осуществляются «в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания», при этом в нем отнюдь не говорится о такой цели как оценка качества оказывавшейся пациенту медицинской помощи. Однако в упомянутом приказе МЗ 354н хоть и дублируется цель проведения вскрытий, в п.29 далее говорится, что «для выявления расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза, а также дефектов оказания медицинской помощи производится сопоставление заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза в части установленных: основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний», то есть врачу-патологоанатому вменяется в обязанность анализировать качество медицинской помощи и давать им оценку, хотя, исходя из положений упомянутого закона, вскрытие такой цели не преследует (??).

Этому приказу противоречит Приказ Росздравнадзора №2494-Пр/05 2005г. «О введении в работу Системы добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических исследований». В этой «Системе...» в качестве одной из задач патологоанатомических учреждений/подразделений указывается «оценка качества диагностического и лечебного процесса путем клинико-анатомических сопоставлений на биопсийно-операционном материале и аутопсийном материале, в том числе по заказам страховых организаций».

Поскольку положения любого закона имеют приоритет перед положениями любых других нормативных актов кроме Конституции, получается, что сопоставление диагнозов и указание на наличие тех или иных дефектов медицинской помощи в протоколе вскрытия незаконно и может быть опротестовано!

Не менее незаконно указание в протоколе патологоанатомического вскрытия или других документах на *расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов* той или иной категории, которое формулируется по инерции в соответствии с ранее существовавшим Приказом МЗ СССР №375 1983г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране», который, к слову, определение категории расхождения диагнозов относит к компетенции клинико-анатомических конференций, но не прозектора, и действие которого отменено на территории РФ.

Уже упомянутый действующий приказ №354н 2013г. не содержит положения о категориях расхождения диагнозов и необходимости их определения по результатам патологоанатомического вскрытия. Зато он содержит указание на необходимость сопоставления диагнозов не только основного заболевания, но и осложнений и сопутствующей патологии, при этом не расшифровывается, что считать расхождением. Невыявленные у больного гипертонической болезнью не проявлявшие себя клинически узловыые изменения в щитовидной железе или цирроз печени у больного умершего от инфаркта миокарда? Совершенно очевидно, что при таких расхождениях в случае гражданского иска родственников умершего к лечебному учреждению появляются основания говорить о «некачественно оказанной услуге», чего судье, который прочтет соответствующее заключение в медицинских документах, может оказаться достаточно для удовлетворения иска.

Более того, хотя действующие законы и нормативные документы Министерства здравоохранения, как уже было сказано, не предусматривают выделения тех или иных категорий расхождения диагнозов, для медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования предусмотрены весьма жесткие экономические санкции в случаях наличия расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов II и III категорий.

Еще хуже обстоит дело с регламентированной уже упоминавшимся приказом №354н необходимостью выявлять дефекты в оказании медицинской помощи, поскольку ни одним официальным документом (!) не определено, что считать дефектом медицинской помощи (ДМП), а предлагаемые авторами разных учебных пособий и даже руководств определения понятия «дефект медицинской помощи» не выдерживают не только с юридической, но и с логической точки зрения никакой критики.

Приказ Минздрава №354н требует осуществлять вскрытие умерших «в срок до трех суток после *констатации биологической смерти* человека» вопреки Федеральному Закону №8 1996г. «Закон о погребении и похоронном деле» (с изменениями на 25 мая 2018 года)», в котором предписывается «выдача документов, необходимых для погребения умершего, в течение суток с момента *установления причины смерти*», для определения которой иногда требуется некоторое время для проведения гистологических и других исследований.

Неменьшая правовая неопределенность существует и в отношении контроля качества медицинской помощи в соответствии с требованиями различных документов, в том числе Приказа Минздравсоцразвития России N363/77 от 24 октября 1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации», в котором говорится о необходимости изучения с этой целью летальных исходов в лечебном учреждении.

В соответствии со «сложившейся практикой» в лечебных учреждениях существуют и работают *комиссии по изучению летальных исходов*, при этом никто не может сказать, откуда они возникли, поскольку ни одним приказом Минздрава деятельность их не регламентирована, и существуют они на основании только неких методических рекомендаций и, в лучшем случае, приказов руководства областного здравоохранения, при этом порядок их работы и их полномочия в разных регионах и лечебных учреждениях могут существенным образом отличаться.

Обязательная экспертиза летальных исходов вменяется уже упоминавшимся Приказом Минздравсоцразвития России N363/77 в обязанность *клинико-экспертных комиссий* лечебных учреждений.

Анализ летальных исходов также входит в круг задач *врачебных комиссий*, что определено более поздним Приказом Минздравсоцразвития №502н 2012г. «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Отсутствие четкого регламента анализа летальных исходов ведет к тому, что эти комиссии иногда вопреки заключению патологоанатома, имеющего, к слову, в отличие от других членов комиссии специальную подготовку по этому вопросу, пытаются делать выводы о причине смерти больного, изменять патологоанатомический диагноз, указывая другое заболевание в качестве основного, или же формулировать рекомендации администрации больницы о наказании тех или иных лиц, оказывавших медицинскую помощь больному.

Наконец эту же функцию анализа летальных исходов возлагают на себя и клинико-анатомические конференции, практикуемые в лечебных учреждениях на основании не действующего на территории РФ Приказа МЗ СССР №375 1983г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране».

Многоукладность анализа летальных исходов помимо очевидной мысли о нерациональной трате времени ведущими специалистами, входящими в состав этих комиссий, вызывает воспоминание о пословице насчет семи нянек...

Если такая правовая неопределенность прозекторской работы в нашей стране будет сохраняться, в условиях повышения правовой грамотности населения можно прогнозировать рост числа юридических конфликтов в отношении качества оказываемой медицинской помощи.

Издание законов и подзаконных актов, в части, касающейся прозекторской работы, должно осуществляться, по нашему убеждению, только после проведения предварительной юридической экспертизы на предмет отсутствия противоречий с уже действующими документами, с привлечением экспертов из числа патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

**ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАГРУЗКИ
НА АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННУЮ СЛУЖБУ
В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

Л.В. Кочорова, К.С. Клюковкин, С.А. Кожин

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ*

В последнее время в системе здравоохранения Российской Федерации видятся крайне актуальными вопросы создания устойчивых условий работы специалистов по различным направлениям деятельности. Одной из специальностей, требующей повышенного внимания органов управления здравоохранением, следует считать «анестезиологию и реаниматологию», поскольку деятельность специалистов в этой области требует особых условий теоретической и практической подготовки и при этом сопряжена с повышенными психоэмоциональными и физическими нагрузками, профессиональной вредностью [Москвичева М.Г. и др., 2017, Нетесин Е.С. и др., 2018, Кожин С.А., 2019].

Управление нагрузкой специалистов анестезиологов-реаниматологов позволяет своевременно и в достаточном объеме принимать меры по нивелированию негативных факторов деятельности врачей этой специальности [Карасев Н.А. и др., 2012, Полушин Ю.С., 2019]. В этой связи анализ нагрузки службы анестезиологии и реаниматологии является одной из наиболее актуальных задач в сфере здравоохранения. Комплексный анализ данных о количестве, структуре и стоимости реанимационных и анестезиологических пособий проведен путем выкопировки сведений о деятельности медицинских организаций стационарного типа в части случаев оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, а также сведений, содержащихся в официальной отчетной форме № 30 «Сведения о деятельности медицинской организации», утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 04.09.2015 № 412 (75 медицинских организаций стационарного типа, 1 309 700 случаев выполнения анестезиологических пособий и 759 696 случаев выполнения реанимационных пособий за период 2015-2019 годов (сплошное наблюдение).

Полученные данные статистически обработаны, произведен расчет средних величин, экстенсивных и интенсивных показателей. Для оценки статистической значимости различий показателей использовался t-критерий Стьюдента. Оценка динамики коечного фонда реанимации и интенсивной терапии и его деятельности за пятилетний период произведена путем расчета показателей динамического ряда. Оценка взаимосвязи ряда параметров

деятельности стационара проведена с использованием корреляционного анализа.

В период 2015-2019 годов в Санкт-Петербурге наблюдается увеличение нагрузки на службу анестезиологии-реаниматологии, выражающееся в увеличении количества пациентов, получивших стационарную медицинскую помощь данного профиля на 13,8 %, увеличении объема, оказанных в медицинских учреждениях реанимационных и анестезиологических пособий на 9,4 % и 14,8 % соответственно.

Увеличение анестезиологической и реанимационной медицинской помощи в целом пропорционально увеличению объемов оказываемой гражданам медицинской помощи: доля объемов медицинской помощи по специальности «анестезиология и реанимация» в общем объеме предоставленной пациентам медицинской помощи в течение изучаемого периода составила от 0,15 % до 0,17 % ($t < 2$) по реанимационным пособиям, и от 0,25 % до 0,29 % ($t < 2$) по анестезиологическим пособиям. Значительное увеличение объемов реанимационных и анестезиологических пособий, а также применение в последние годы все более дорогостоящих лекарственных средств и расходных материалов для их оказания влечет за собой планомерное увеличение расходов системы здравоохранения на их проведение. Только в 2019 году общие затраты системы здравоохранения Санкт-Петербурга на оказание реанимационных и анестезиологических пособий составили 6581,3 млн. руб. (4763,7 млн. руб. и 1817,550 млн. руб. соответственно), что соответствовало доле, равной 7,4 % в общем объеме затрат системы здравоохранения в соответствующий период.

Следует обратить внимание, что рост расходов системы здравоохранения на оказание медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» опережает темп роста соответствующих объемов медицинской помощи. Темп роста финансовых затрат возрос в период с 2015 по 2019 год в части предоставления реанимационных пособий на 38,6 %, тогда как объем помощи увеличился только на 9,4 %. Объем финансовых затрат системы здравоохранения в части оказания анестезиологических пособий увеличился в указанный период почти в 1,5 раза – рост на 53,9 %, тогда как объем указанных пособий возрос только на 14,8 %. Однако, ежегодно в общей структуре затрат на оказание медицинской помощи расходы по ее предоставлению специалистами в области анестезиологии и реаниматологии остаются стабильными и составляют от 2,0 % до 2,4 % ($t < 2$). Наиболее трудоемкими и затратными с точки зрения психо-эмоционального компонента работы врача является оказание реанимационных пособий. Среди всех реанимационных пособий, к сожалению, существенную долю занимает проведение реанимации новорожденных детей – 26,1 % в структуре всех медицинских услуг такого типа.

Среди пособий, в котором нуждается взрослое население, проходящее

лечение в медицинских учреждениях, наиболее востребованными оказываются: реанимация 1-ой категории сложности (до 24 часов включительно), а также реанимация 2-ой категории сложности. Более трудоемкие реанимационные мероприятия требуются к проведению у значительно меньшей доли пациентов: в 5,8 % случаях необходимо проведение реанимации 3-ей категории сложности (4 – 5 суток), в 3,7 % – реанимации 4-ой категории сложности (6 – 9 суток), в 2,8 % – реанимации 5-ой категории сложности (до 10 суток). Проведение реанимации для пациентов с осложненными формами гриппа (до 14 суток), требовалось только в 0,01 % случаев.

В структуре финансовых затрат на оплату медицинской помощи в части оказания медицинских услуг по анестезиологии и реаниматологии наибольшую долю занимают проведение реанимации 1-ой категории сложности (до 24 часов) – 21,1 % и реанимация 2-ой категории сложности (от 25 до 72 часов) – 24,9 %. Значительные объемы финансовых затрат занимают также: реанимация новорожденных – 17,7 % в общей структуре финансовых затрат.

В изученный пятилетний период с 2015 по 2019 год количество анестезиологических пособий, оказанных пациентам в стационарах Санкт-Петербурга, возросло на 14,7 %. В структуре проводимых пациентам анестезиологических пособий наряду с внутривенными анестезиями, которые составили в 2019 году 37,1 % от всех манипуляций такого рода, значительную долю занимают достаточно трудоемкие анестезиологические пособия. Так, доля общих комбинированных анестезий в структуре всех анестезиологических пособий, проводимых в стационарах Санкт-Петербурга, составляет 32,5 %, а сочетанных и ингаляционных анестезий – 13,5 % и 7,2 % соответственно. Нагрузка врача-анестезиолога не ограничивается проведением реанимационных и анестезиологических манипуляций. В ходе более чем трети проводимых анестезиологических пособий в 2019 году (97 361, 35,3 %) дополнительно пациентам требовалось применение респираторной поддержки с инвазивной искусственной вентиляцией легких. Затраты системы здравоохранения на ее проведение составили в 2019 году 60,5 % от общих затрат на анестезиологию. При этом следует обратить внимание, что объем пациентов, нуждающихся в анестезиологических пособиях с искусственной вентиляцией легких, ежегодно увеличивается. В 2015 году он составлял только 35,3 %, что ниже уровня 2019 года ($t = 2,2$, $p < 0,05$). Также следует обратить внимание, что нагрузка врачей-анестезиологов требует от них все больших навыков и умений: только каждое третье (34,9 %) выполненное анестезиологическое пособие в 2019 году – это плановое медицинское вмешательство, наряду с этим 47,4 % пособий оказались экстренными и еще 17,7 % неотложными. При этом средняя длительность анестезиологического пособия составила в стационарах Санкт-Петербурга в среднем 75 ± 15 минут, а доля пациентов, требующих последующего наблюдения в отделении реанимации и интенсивной терапии – не менее

24,7 %. Положительная динамика объемов медицинской помощи, предоставляемой службой анестезиологии и реаниматологии, влечет за собой неуклонный рост нагрузки на врачебный персонал. Ретроспективный анализ показал, что количество обслуживаемых специалистами коек реанимации и интенсивной терапии в период с 2015 по 2019 год оставалось относительно стабильным и составило от 1,32 койки на 1 занятую должность соответствующих специалистов до 1,30 ($t < 2$). Однако, количество проводимых специалистами анестезиологических и реанимационных пособий существенно возросло. Так, в 2015 году 1 специалистом в среднем проводилось 101,4 анестезиологическое пособие, а в 2019 году уже 109,1 пособие ($t = 3,7$, $p < 0,05$). Коэффициент реанимационной нагрузки также возрос и составил в 2015 году 61,43, а в 2019 году – 63,06 ($t = 4,5$, $p < 0,05$).

Вывод.

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что в последние годы нагрузка на врачей анестезиологов-реаниматологов неуклонно возрастает в условиях ограниченной кадровой обеспеченности врачами этой специальности. Нарастание нагрузки обусловлено планомерно увеличивающимся количеством пациентов, нуждающихся в помощи врачей анестезиологов-реаниматологов, в том числе пациентов, поступающих в стационары по экстренным показаниям, нуждающихся в проведении оперативных вмешательств. Кроме того, наблюдается увеличивающаяся потребность системы здравоохранения в проведении анестезиологических и реанимационных пособий. Указанные обстоятельства должны быть учтены при оценке проведения мероприятий по совершенствованию организации труда врачей анестезиологов-реаниматологов.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДИСТАНЦИОННОМ РЕЖИМЕ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСА

Е.Н. Пенюгина, М.В. Окулов, Н.Ю. Смирнова, А.А. Козырев, Р.Ю. Ротарь

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им.И.И.Джанелидзе»

В соответствии с учебным планом аудиторная подготовка студентов лечебного факультета по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» включает лекции и практические занятия (соответственно 40 и 80 часов). В первую «волну»

COVID – 19 проблемы преподавания коснулись организации в дистанционном режиме только практических занятий, так как лекции второму потоку лечебного факультета были прочитаны до введения ограничительных санитарных мер.

В связи с закрытием помещений кафедры студенты не имели возможности ознакомиться с информацией по организации учебного процесса, размещенной на информационных стендах. Поэтому в первый день цикла практических занятий студентам были разосланы тематические планы практических занятий, методические рекомендации по темам практических занятий, экзаменационные вопросы, образцы задач по всем темам и т.д.

В соответствии с тематическим планом первые три практических занятия посвящены практическому применению статистических показателей в здравоохранении и выполнению курсовой работы. Причем, при проведении занятий в очном режиме студенты выполняют выкопировку статистических данных из официальных учетных документов, группировку и шифровку данных, составление статистических таблиц. В новых условиях преподавания эти важные элементы курсовой работы были упразднены. Для выполнения курсовой работы было разработано 12 тем курсовых работ. Каждая тема включала по 5 вариантов. Студентам предлагались 2 групповые таблицы для расчета и анализа экстенсивных показателей, вариационный ряд для расчета средних величин (среднего возраста, средней длительности лечения и т.д.), задача по расчету показателей динамического ряда и задача по расчету стандартизованных показателей. Кроме того, по теме исследования студенты готовили обзор литературы, графическое изображение результатов исследования и формулировали выводы.

Значительная работа было выполнена преподавателями кафедры по подготовке презентации практических занятий, домашних заданий для студентов. Следует отметить, что в связи с переходом на дистанционное обучение была утрачена возможность проведения практических занятий на базе поликлиники, женской консультации и больницы. В связи с этим пришлось внести изменения в тематический план. Занятия по изучению структуры, организации работы перечисленных медицинских организаций были объединены с занятиями по анализу их деятельности. Кроме того, на занятии по изучению деятельности многопрофильной больницы демонстрировался специально снятый фильм в Мариинской больнице.

Контроль посещений и подготовки к практическим занятиям осуществлялся в начале каждого занятия: студенты отвечали на несколько вопросов, сформулированных в виде тестов. Кроме того, в ходе практических занятий студенты выполняли различные задания, правильность выполнения которых контролировалась преподавателем непосредственно во время занятий. На последнем занятии было отведено время для обсуждения экзаменационных вопросов и решения задач.

Для проведения экзамена после цикла практических занятий на основе утвержденных экзаменационных билетов, включающих не только

теоретические вопросы, но и задачи по расчету показателей и оформлению листков нетрудоспособности, было составлено 150 билетов. Таким образом, экзаменационные билеты практически не повторялись. Экзамену предшествовало тестирование. Задания для проведения тестирования по всем темам лекций и практических занятий были существенно обновлены. В период второй волны COVID-19, осенью 2020 года, дистанционно проводились не только практические занятия, но и читались все лекции. Поэтому кроме традиционной работы по ежегодному обновлению материала лекций, было необходимо обеспечить согласование тематики лекций с тематическим планом практических занятий, которые уже в течение семестра проводились в дистанционном режиме.

В течение всего периода дистанционного обучения на регулярно проводимых кафедральных совещаниях (также в дистанционном режиме) обсуждались проблемы, связанные с проведением занятий, чтением лекций и проведением экзамена.

Среди проблем, связанных с дистанционным обучением студентов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, необходимо отметить проблемы, связанные с:

- техническим обеспечением учебного процесса;
- организацией проведения практических занятий и лекций;
- методическим обеспечением практических занятий;
- контролем знаний, как в период обучения, так и в период промежуточной аттестации (экзамена) по дисциплине;
- организацией труда преподавателей, в том числе совместителей, работающих в медицинских организациях города.

Проблемы с техническим обеспечением учебного процесса решались в оперативном порядке. Для решения проблем, связанных с методическим обеспечением практических занятий, между преподавателями были распределены темы занятий, Методические материалы для занятий обсуждались на кафедральных совещаниях и затем тиражировались для студентов.

Возникали определенные сложности при проведении экзамена, если некоторые студенты из разных групп, проживающие в одной комнате в общежитии, сдавали экзамен разным преподавателям в одно и то же время при наличии одного компьютера в комнате. Важно подчеркнуть, что длительность экзамена в дистанционном режиме существенно увеличивалась. Студенты решали задачи и оформляли листки нетрудоспособности и отправляли преподавателю. После проверки этих заданий проводился устный опрос.

Внешние совместители активно привлекались к чтению лекций, проведению практических занятий в вечернее время, к подготовке методических материалов и к проведению экзамена.

**«Созидатель, организатор, педагог.
К 100-летию Владимира Алексеевича Миняева»**



31 мая Музей ПСПбГМУ открыл выставку «Созидатель, организатор, педагог», на которой собраны фотографии, документы, книги и боевые награды, иллюстрирующие вклад Владимира Алексеевича в расширение института, развитие международных связей и здравоохранения города.

Адрес музея: ул. Льва Толстого 6-8, корпус 30. Режим работы: с пн по пт с 10:00 до 17 :00. Подробности по телефону 338-67-34

<https://www.1spbgmu.ru/universitet/press-tsentr/novosti/5355-k-100-letiyu-so-dnya-rozhdeniya-vladimira-alekseevicha-minyaeva>

Вишняков Н.И., Барсукова И.М.

Проблемы городского здравоохранения

Выпуск 26: Сборник научных трудов

Формат 148x210/16. Объем 9,5 усл.п.л. Печать цифровая. Бумага офсетная.

Тираж 200 экз. Заказ № 47 Отпечатано в ООО «Медиапапир»

194021, Санкт-Петербург, Политехническая ул., д. 24, лит. В, пом. 11-Н, №25, 26, Тел. +7 (812)
987-75-26, mediapapir@gmail.com, www.mediapapir.com, www.mediapapir.ru.

Подписано в печать с оригинал-макета 02.09.2021

Печать с готового оригинал-макета заказчика.