

ВЫВОД

Анализ проведённого исследования показал, что необходима разработка единых стандартов медицинской помощи при болях в спине на амбулаторно-поликлиническом этапе, которых на сегодняшний день нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.С., Васильева В.В., Шмырев В.И. Особенности патогенеза, диагностики и лечения торакалгий у пациентов трудоспособного возраста в условиях мегаполиса // Кремлевск. мед. Клин. вестн. — 2012. — №3. — С. 40–44.
2. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. — М.: Медицина, 2011. — 456 с.
3. Заболеваемость взрослого населения Амурской области в 2012 г. — Благовещенск: Министерство здравоохранения Амурской области ГБУЗ АО «Амурский медицинский информационно-аналитический центр», 2013. — 129 с.
4. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И.

Прикладная медицинская статистика. — СПб.: Фолиант, 2003. — 432 с.

5. Здравоохранение и здоровье населения Амурской области в 2012 г. Благовещенск: Министерство здравоохранения Амурской области ГБУЗ АО «Амурский медицинский информационно-аналитический центр», 2013. — 125 с.

6. Камчатнов П.Р., Трубецкая Е.А. Лечение пациента с поясничной болью — эффективность комбинированной терапии // Рос. мед. ж. — 2012. — №2. — С. 39–42.

7. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 386 с.

8. Серезина И.Ф., Гришина Н.К. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи // Пробл. социальн. гигиен., здравоохран. и истории мед. — 2009. — №5. — С. 3–7.

9. Татарников М.А. Обращения граждан как важнейший канал информации о качестве медицинского обслуживания // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. — 2012. — №8. — С. 3–8.

10. Тураев Р.Г., Войт Л.Н., Аббасова Е.С. Заболеваемость населения Амурской области // Казан. мед. ж. — 2010. — Т. 91, №4. — С. 540–542.

УДК 614.2: 616.155.392: 616-006.441-006.442: 616-039.78 (470.23)

H03

СОВРЕМЕННАЯ СТРУКТУРА, ОРГАНИЗАЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Любовь Юрьевна Жигулёва*

*Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии
Федерального медико-биологического агентства, г. Санкт-Петербург*

Реферат

Цель. Проанализировать структуру и организацию амбулаторной медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови в г. Санкт-Петербурге и оценить её эффективность.

Методы. Проведён анализ на основании отчётов заведующих гематологическими кабинетами (83 отчёта) за период 2000–2012 гг. Оценку эффективности проводили с учётом общепринятых статистических показателей. Изучение заболеваемости осуществляли на основании учётных форм №7 и 35, данных информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению и популяционного ракового регистра города. Выборочное исследование характера и объёма амбулаторной гематологической помощи проводили за период 2010–2012 гг. Проанализировано 250 амбулаторных карт (форма 025/у), использованы специально разработанные регистрационные карты (254 признака).

Результаты. Амбулаторную гематологическую помощь в г. Санкт-Петербурге оказывают учреждения городского, федерального и ведомственного подчинения. Основную нагрузку по оказанию медицинской помощи гематологическим больным несут межрайонные гематологические кабинеты, в которых ведут активное наблюдение и лечат сложных с точки зрения диагностики, лечения и прогноза больных гемобластозами. Каждый шестой из них имеет осложнения, а 75% — сопутствующие заболевания. За исследуемый период посещаемость возросла на 33,4% (с 64 766 в 2000 г. до 86 405 в 2012 г.), число впервые выявленных больных гемобластозами увеличилось на 13,9% ($p < 0,05$), в структуре диспансерной группы доля больных гемобластозами увеличилась с 28,0 до 50,4%. Накопленная заболеваемость лимфомами увеличилась с 69,9 до 96,0 на 100 тыс. населения; лейкозами — с 49,7 до 79,3 на 100 тыс. Летальность при лимфомах снизилась с 8,1% в 2001 г. до 5,3% в 2012 г., а при лейкозах — с 9,2 до 3,6%. 5-летняя выживаемость больных лейкозами увеличилась за период 2010–2012 гг. с 56,6 до 63,2%.

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют об эффективности амбулаторной гематологической помощи; с целью повышения эффективности амбулаторной гематологической помощи в мегаполисе необходимо повышать квалификацию врачей общей лечебной сети и педиатров по вопросам гематологии, пересмотреть нормы нагрузок на персонал гематологических кабинетов, усилить профилактическую составляющую гематологической помощи (качество профилактических осмотров), разрабатывать и внедрять новые организационные технологии, что будет способствовать снижению затрат и повышению качества жизни больных.

Ключевые слова: организация амбулаторной гематологической помощи, злокачественные новообразования лимфоидной, кровяной и родственной им ткани.

CURRENT STRUCTURE, ORGANIZATION AND EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF THE SPECIALIZED OUTPATIENT MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH BLOOD DISEASES IN A METROPOLIS *L.Yu. Zhiguleva.*

Russian Scientific and Research Institute of Hematology and Transfusiology, Saint Petersburg, Russia. **Aim.** To analyze the structure, organization and effectiveness of outpatient medical care for patients with blood diseases in St. Petersburg, Russia. **Methods.** 83 reports submitted by the heads of hematological offices at 2000–2012 were analyzed. The effectiveness was evaluated using routine statistical tests. The prevalence of the diseases was assessed by registration forms №7, 35, the data provided by information and analytical center of the Healthcare Committee and the City cancer registry. Medical aid provided to patients at 2010–2012 was studied, for this purpose 250 outpatient files (025/y form) were randomly picked out, the data were collected using specially designed registration cards (254 parameters). **Results.** Municipal, federal and departmental institutions provide hematologic outpatient medical care in St. Petersburg. The major burden of providing medical care to hematologic patients lays on interdistrict hematological offices, which actively follow-up and treat patients with hematologic cancers. Every sixth patient has complications, and 75% – comorbidities. During the period of study, the attendance rate increased by 33.4% (from 64 766 in 2000 to 86 405 in 2012), the number of the newly-diagnosed patients with hematologic cancers increased by 13.9% ($p < 0.05$), the share of patients with hematologic cancers increased from 28.0 to 50.4%. Cumulative incidence of lymphomas increased from 69.9 to 96.0 per 100 thousand of population; leukemia – from 49.7 to 79.3. Mortality due to lymphomas decreased from 8.1% in 2001 to 5.3% in 2012, and due to leukemia – from 9.2% to 3.6%. Five-year survival rate of patients with leukemia increased from 56.6% to 63.2 % over the period of 2010–2012. **Conclusion.** The study shows the effectiveness of outpatient hematologic care in St. Petersburg. To further improve the efficiency of outpatient hematologic care in metropolis, it is important to improve the knowledge of hematologic diseases by doctors and pediatricians of general healthcare network, to review the workload of hematological office staff, to focus on preventive component of hematologic care (quality of occupational medical examinations), to develop and implement the new organizational techniques providing costs reduction and improving quality of life.

Keywords: organization of outpatient hematologic care, malignancies of lymphoid, haematopoietic and related tissues.

По мере уменьшения токсичности современных программ лечения пациентов с заболеваниями системы крови появилась реальная возможность проводить терапию по сквозным протоколам, шире использовать стационарозамещающие технологии [9]. Особенно существенные изменения качественного характера, затронувшие структуру, процесс оказания гематологической помощи на амбулаторном этапе и её эффективность, произошли в последние 10–15 лет с внедрением в амбулаторную клиническую практику ряда препаратов таргетного (направленного) и иммуномодулирующего действия [1–3, 5], позволяющих проводить терапию амбулаторно на протяжении всего периода лечения. В свете этого рациональная организация гематологической помощи в амбулаторных условиях становится фактором, непосредственно влияющим на качество жизни больных и качество медицинской помощи в целом. Структура гематологической помощи на территории Российской Федерации неоднородна и зачастую определяется существующими в регионах возможностями. Особую специфику она имеет в мегаполисах, к которым относится Санкт-Петербург.

Цель работы – анализ структуры, организации амбулаторной медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови в Санкт-Петербурге и оценка её эффективности.

Анализ деятельности учреждений гематологической помощи проводили на основании отчётов заведующих гематологическими кабинетами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), оказывающих специализированную гематологическую помощь населению города, за период 2000–2012 гг. Оценку эффективности проводили с учётом общепринятых статистических показателей.

Всего проанализировано 83 отчёта о деятельности амбулаторной гематологической службы

[межрайонных гематологических кабинетов для взрослых, детских гематологических кабинетов, Центра по лечению гемофилий, консультативно-поликлинического отделения Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства, (РосНИИГТ ФМБА)] за период 2000–2012 гг. Изучение показателей заболеваемости населения проводили на основе учётных форм №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и №35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями», а также данных информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и популяционного ракового регистра города.

Данные о характере и объёме специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови на амбулаторном этапе были получены в результате анализа первичной медицинской документации за 2010–2012 гг. (амбулаторные карты больных, форма 025/у – 250 единиц), выкопировку данных из которых производили на разработанные в ходе настоящего исследования карты (254 признака).

Существующая в настоящее время структура амбулаторной гематологической помощи населению Санкт-Петербурга сформировалась в основном в 1978–79 гг., когда по решению Коллегии Минздрава СССР и на основании Приказа Главного управления здравоохранением Ленинграда №1248 от 29.09.78 были организованы межрайонные гематологические кабинеты (МГК). Последние были территориально и функционально связаны с гематологическими отделениями крупных многопрофильных больниц, имеющих специализированную клинко-лабораторную базу, научными учреждениями федерального подчинения, оказывающими консультативную и методическую помощь (РосНИИГТ ФМБА,

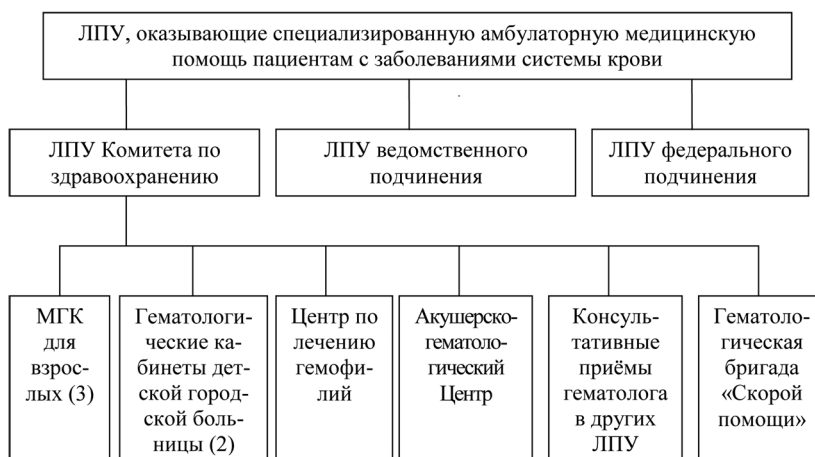


Рис. 1. Структура специализированной амбулаторной гематологической помощи населению Санкт-Петербурга. ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения; МГК – межрайонные гематологические кабинеты.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова), а также с популяционным раковым регистром, функционирующим в городе с 1996 г.

Таким образом, формирование гематологической помощи в Санкт-Петербурге с самого начала проходило системно с учётом максимальной приближенности специализированной помощи к населению, транспортной доступности, обеспечения преемственности между амбулаторным и стационарным этапами.

На рис. 1 представлена современная структура специализированной амбулаторной медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови.

Как свидетельствует рис. 1, амбулаторную гематологическую помощь населению города оказывают следующие структуры:

- три МГК для взрослых;
- два гематологических кабинета для детей в структуре многопрофильной детской городской больницы;
- городской центр по лечению гемофилий;
- городской акушерско-гематологический центр на базе родильного дома им. В.Ф. Снегирёва, занимающийся проблемами нарушения гемостаза, анемиями и другой патологией системы крови у беременных;
- реанимационно-гематологическая бригада «Скорой помощи», обеспечивающая экстренную помощь при тяжёлых кровотечениях, посттрансфузионных осложнениях, острых тромбозах магистральных сосудов как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

МГК осуществляют приём пациентов по территориальному принципу, что обеспечивает приблизительно одинаковые нагрузки на персонал. Дневные гематологические стационары работают на базе гематологических отделений.

Специализированную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями системы крови

оказывают также ЛПУ федерального и ведомственного подчинения, находящиеся на территории Санкт-Петербурга: РосНИИГТ ФМБА, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. академика В.А. Алмазова, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачёвой, Научно-исследовательский институт онкологии им. профессора Н.Н. Петрова, Военно-медицинская академия им. Кирова, Дорожная больница. На базе РосНИИГТ функционирует Республиканский центр иммунологического типирования тканей.

Учреждения федерального и ведомственного подчинения, находящиеся на территории города, а также некоторые многопрофильные городские больницы (в том числе детская), на базе которых работают гематологические отделения, связанные с МГК, располагают широкой диагностической базой и обеспечивают для жителей города возможность иммуногематологических, цитогенетических, гистохимических, культуральных, молекулярно-биологических и других современных методов исследования. Участие этих учреждений в многоцентровых международных клинических исследованиях по лечению заболеваний системы крови свидетельствует о современном уровне терапии таких больных в Санкт-Петербурге.

Основную нагрузку по диагностике, лечению и диспансерному наблюдению за пациентами с заболеваниями системы крови в амбулаторных условиях несут МГК (по официальным отчетным данным, в 2012 г. среди всех посещений, выполненных подразделениями амбулаторной гематологической помощи, на них приходилось 79,0%, на долю взрослых пациентов – 82,3%). В динамике за исследуемый период число посещений увеличилось на 33,4% (с 64 766 в 2000 г. до 86 405 в 2012 г.). Так как существенного рос-

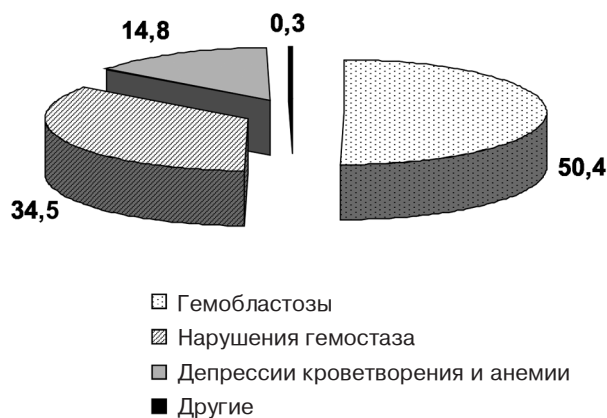


Рис. 2. Структура диспансерной группы больных, находившихся под наблюдением гематолога в 2012 г. (%).

та первичной заболеваемости гемобластозами за этот период времени не произошло (стандартизованный показатель заболеваемости увеличился с 14,5 на 100 тыс. населения в 2001 г до 15,1 на 100 тыс. в 2012 г.), то увеличение числа посещений можно расценивать как положительный факт, связанный, с одной стороны, с накоплением контингента больных за счёт увеличения продолжительности их жизни, с другой стороны — с повышением доступности специализированной медицинской помощи.

Из числа первичных посещений в 2012 г. (9057) гематологом установлено и уточнено в процессе обследования в условиях МГК 30,3% диагнозов, неверно установленных в ЛПУ общей лечебной сети. Расхождение диагнозов направившего ЛПУ и МГК свидетельствует о недостаточной квалификации терапевтов и педиатров поликлиник по вопросам гематологии. Это может быть также показателем нарушения обратной связи между гематологом и врачами районных поликлиник, что свидетельствует о недостатках преемственности и организационно-методической работы МГК, задачей которых при их создании было усиление медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови на прикрепленной территории.

В настоящее время в связи с ростом посещаемости (при неизменной штатной структуре) работа МГК организована таким образом, что из неё исчез диспансерный день, позволявший врачу сосредоточиться не только на диспансерной, консультативной, но и на организационно-методической работе в зоне обслуживания. Поток пациентов, как первичных, требующих срочного обследования, так и диспансерных, нуждающихся, кроме всего прочего, в выписке рецептов на дорогостоящие лекарственные препараты для льготных категорий граждан (что занимает много времени у врача), не оставляет гематологу возможности для организационно-методической работы с врачами поликлиник зоны обслуживания.

В то же время частота расхождения диагнозов между гематологическими кабинетами и

гематологическими стационарами была небольшой и достаточно стабильной (1,5–1,25%), что обусловлено почти 100-процентной прижизненной морфологической верификацией диагноза.

При изучении каналов направления пациентов к гематологу показано, что в подавляющем большинстве случаев (88,1%) больные были направлены поликлиникой по месту жительства; в 9,2% — стационарами, в которых пациенты лечились по поводу других (непрофильных) заболеваний, 1,8% больных обратились самостоятельно; в единичных случаях (0,9%) были зарегистрированы другие каналы направления. Уровень выявляемости гемобластозов по данным профилактических осмотров населения за весь период наблюдения был низким и составлял при лимфомах 1,7% в 2002 г. и 1,5% в 2012 г., а при лейкозах — 2,6% в 2002 г. и 0,3% в 2012 г. [7, 8]. Особое беспокойство вызывает отрицательная динамика этого показателя, что может свидетельствовать о недостатках в организации профилактических осмотров и/или формальном их проведении.

Число впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани возросло за исследуемый период времени на 13,9% ($p < 0,05$). Среди больных, впервые выявленных в 2012 г., женщины составляли 56,1%. Возрастно-половой состав впервые выявленных пациентов на протяжении всего периода изучения оставался стабильным. Максимальное число первичных случаев заболевания выявлено в возрасте 70–74 года. Тенденция нарастания числа впервые выявленных больных с увеличением возраста (при максимуме в возрастной группе 70–74 года и снижении их числа к 85 годам) характерна почти для всех гемобластозов, кроме острых лимфобластных лейкозов (максимум выявления в возрастной группе до 4 лет) и лимфомы Ходжкина (максимум выявления в возрасте 30–34 года).

Нозологическая структура у пациентов, находившихся под наблюдением в Центре по лечению гемофилий, за этот период времени была стабильной. Самой крупной была диспансерная

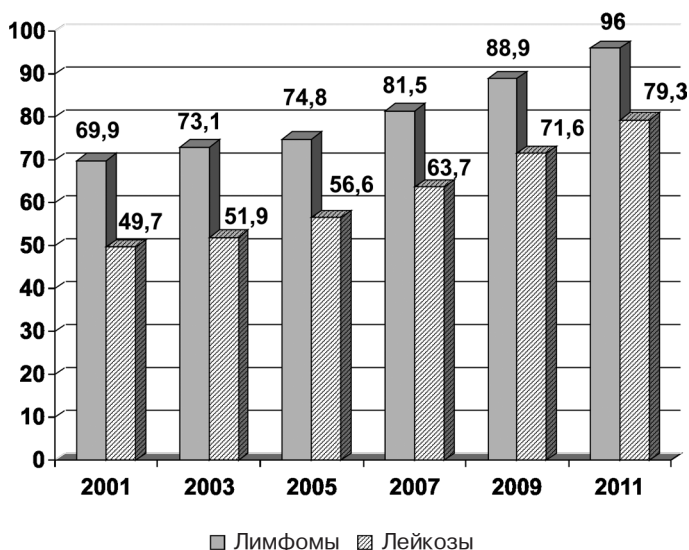


Рис. 3. Динамика накопленной заболеваемости населения Санкт-Петербурга злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани в 2001–2011 гг. (на 100 тыс. населения).

группа с болезнью Виллебранда и тромбоцитопатиями (85,7% в 2000 г, 86,9% в 2012 г.). Доля больных гемофилией в структуре диспансерных больных Центра по лечению гемофилий составляла 12,1% (за исследованный период показатель колебался от 11 до 12,1%).

На рис. 2 представлена структура диспансерной группы больных, находившихся под наблюдением гематолога в 2012 г.

Как свидетельствует рис. 2, максимальную группу диспансерных больных составляют больные гемобластозами. Число больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани в структуре общей диспансерной группы увеличилось с 28,0% в 2000 г. до 50,4% в 2012 г. Так, группа пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями (хроническим миелолейкозом, хроническим моноцитарным лейкозом, истинной полицитемией, первичным миелофиброзом, эссенциальной тромбоцитемией) возросла на 37,8%, группа пациентов с хроническими лимфопролиферативными заболеваниями (хроническим лимфолейкозом, неходжкинскими лимфомами, лимфомой Ходжкина, множественной миеломой) возросла в 1,5 раза. Сопоставление приведённых данных с динамикой количества впервые выявленных больных свидетельствует о том, что прирост числа больных гемобластозами обусловлен не столько увеличением количества первичных случаев заболевания, сколько увеличением продолжительности жизни больных. На рис. 3 представлена динамика показателей накопленной заболеваемости злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани в Санкт-Петербурге.

По данным рис. 3, показатель накопленной заболеваемости лимфомами за исследуемый период времени возрос с 69,9 до 96,0 на 100 тыс.

населения, а лейкозами — с 49,7 до 79,3 на 100 тыс. При этом диспансерная группа больных гемобластозами является наиболее тяжёлой с точки зрения течения заболевания, прогноза, ресурсных и финансовых затрат. Проведённое нами выборочное исследование свидетельствует о том, что у 17,4% больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани, находившихся под амбулаторными наблюдениями, развились осложнения заболеваний, в том числе у 10,1% — одно, у 3,7% — два, у 3,7% — три осложнения и более. У большинства пациентов (75,2%) диагностированы сопутствующие заболевания. Среднее их число у одного пациента составляло $1,9 \pm 0,15$.

При характеристике объёма диспансерного наблюдения следует отметить, что за период 2010–2012 гг. больные злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани посещали гематолога в среднем $14,5 \pm 1,6$ раза в год. Кроме того, за период наблюдения в среднем около 5 раз в год ($4,9 \pm 0,6$) пациенты лечились в стационаре.

В среднем на амбулаторном этапе пациентам с онкогематологическими заболеваниями проводили $2,4 \pm 0,2$ инструментальных исследования в год. Среднее число лабораторных исследований у одного пациента составляло $9,6 \pm 0,6$ в год. Обследование проводили комплексно, включая и обследование по поводу сопутствующей патологии. Консультации различных специалистов на амбулаторном этапе были осуществлены 15,6% пациентов с гемобластозами. В связи с необходимостью диспансерного наблюдения в течение почти всей жизни пациента гематолог становится основным лечащим врачом больного, поэтому такие консультации в общем комплексе лечебно-диагностических мероприятий на амбулаторном этапе являются оправданными.

Лечение также осуществляли комплексно. Специфическое лечение, включая химио- и иммунотерапию получали на амбулаторном этапе 42,8% больных, в том числе одним препаратом — 25,2%, двумя — 13,6%, тремя-четырьмя — 2,8% пациентов. Не все больные нуждались в активной противоопухолевой терапии на амбулаторном этапе в связи с тем, что курсы индукции и реиндукции ремиссии, лечение рецидива проводили в условиях стационара. Такие пациенты получали амбулаторно поддерживающую (сопроводительную) терапию. Осуществлялись также профилактика и лечение осложнений заболеваний и побочных действий лекарственных препаратов, гемокомпонентная терапия (5,5% больных) и лечение сопутствующих заболеваний в хронической фазе.

Характеризуя эффективность гематологической помощи за исследуемый период, следует отметить, что летальность при лимфомах снизилась с 8,1% в 2001 г. до 5,3% в 2012 г., а при лейкозах — с 9,2% в 2001 г. до 3,6% в 2012 г. Только за три года (с 2010 по 2012 гг.) число больных лейкозами, состоящих на диспансерном учёте 5 лет и более, увеличилось с 59,6 до 63,2%. Летальность в течение первого года с момента установления диагноза уменьшилась за этот период времени с 18,1 до 13,3%, что свидетельствует об улучшении первичной диагностики лейкозов, уменьшении числа случаев запоздалой диагностики заболеваний.

Внебольничная специализированная гематологическая помощь продолжает развиваться в основном за счёт создания и развития дневных стационаров, которые могут базироваться либо в гематологических отделениях (как это происходит сейчас в Санкт-Петербурге), либо в МГК (с соблюдением всех требований санитарно-эпидемиологических правил и нормативов). Проведённый нами опрос пациентов и гематологов [4, 6] показал, что 46,7% опрошенных пациентов и 37,6% врачей положительно оценивают возможность создания гематологического стационара на дому. Обоснованием возможности существования таких стационаров могли бы стать гематологические бригады «Скорой помощи», существующие в мегаполисах Москве и Санкт-Петербурге. Создание такой организационной технологии — вопрос будущего внебольничной гематологической помощи, ещё одна возможность улучшения качества жизни больных и повышения экономической составляющей качества гематологической помощи в условиях крупного города.

ВЫВОДЫ

1. Результаты проведённого исследования свидетельствуют об оптимальности структуры и организации амбулаторной гематологической помощи населению города, в чём главную роль, на наш взгляд, сыграл системный подход при её формировании, позволивший обеспечить рациональное использование возможностей учреждений федерального и ведомственного подчинения для усиления городской гематологической службы.

266

2. Существенную роль в системе оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями системы крови в мегаполисе играют межрайонные гематологические кабинеты. В них активно наблюдаются и консультируются пациенты, в том числе и наиболее сложные с точки зрения диагностики, лечения и прогноза больные злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани, каждый шестой из которых имеет осложнения, а 75% — сопутствующие заболевания.

3. Улучшение первичной диагностики, увеличение показателя 5-летней выживаемости, снижение летальности при росте показателя накопленной заболеваемости гемобластомами свидетельствуют об увеличении продолжительности жизни больных и улучшении её качества, что в значительной степени связано с рациональной организацией диспансерного наблюдения и свидетельствует о его эффективности.

4. Выявлены и недостатки в организации амбулаторной гематологической помощи, которые не всегда могут быть компенсированы усилиями только специализированной службы и должны стать предметом пристального внимания органов управления здравоохранением города. К ним относятся, прежде всего, недостаточная квалификация врачей общей лечебной сети и педиатров по вопросам гематологии. Необходим также специальный анализ причин низкой выявляемости гемобластозов по данным профилактических осмотров населения. Отдельного исследования требует вопрос об адекватности нагрузки на персонал гематологических кабинетов в связи с возросшими объёмами медицинской помощи и требованиями к организации и контролю обеспечения льготных категорий граждан лекарственными препаратами в амбулаторных условиях.

5. Одной из перспектив дальнейшего развития внебольничной гематологической помощи наряду с дневными стационарами может быть гематологический стационар на дому, что положительно оценивают 46,7% пациентов и 37,6% врачей-гематологов города.

Автор выражает благодарность за предоставленную статистическую информацию директору популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга, профессору В.М. Мерабишвили, директору информационно-аналитического центра Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга Г.М. Орлову.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкадыров К.М., Ломаиа Е.Г., Шуваев В.А. и др. Оценка выживаемости, достижения молекулярного, цитогенетического ответа у пациентов с хроническим миелолейкозом в хронической фазе, получающих терапию иматинибом: данные девятилетнего популяционного наблюдения больных хроническим миелолейкозом Санкт-Петербурга и Ленинградской области // Вестн. гематол. — 2010. — Т. V, №2. — С. 5.
3. Бессмельцев С.С., Карягина Е.В., Стельмашен-

ко Л.В. и др. Леналидомид при рефрактерных/рецидивирующих формах множественной миеломы // *Вестн. гематол.* — 2013. — Т. IX, №3. — С. 6–7.

3. Гусева С.А., Гончаров Я.П. Применение талидомида при множественной миеломе // *Вестн. гематол.* — 2013. — Т. IX, №3. — С. 12–13.

4. Жигулёва Л.Ю. Мнение пациентов о качестве амбулаторной гематологической помощи / Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 13: Сборник научных трудов / Под ред. Н.И. Вишнякова, С.Д. Бурлакова. — Санкт-Петербург, 2008. — С. 187–191.

5. Ломаша Е.Г., Романова Е.Г., Сбитякова Е.И. и др. Эффективность и безопасность ингибиторов тирозинкиназ 2-го поколения (дазатиниб, нилотиниб) в терапии хронической фазы хронического миелолейкоза // *Онкогематология.* — 2013. — №2. — С. 22–33.

6. Петрова Н.Г., Балохина С.А., Беляев В.Р. и др. Ретроспективный врачебный анализ как необходимое условие развития инновационных процессов в здравоохранении // *Вестн. Рос. Военно-мед. академии.* — 2011. — №3. — С. 210–213.

7. Состояние онкологической помощи населению России в 2002 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: ФГБУ «МНИО им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2003. — 232 с.

8. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: ФГБУ «МНИО им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. — 232 с.

9. Цыба Н.Н. Стационарзамещающие технологии в гематологии // *Терап. арх.* — 2006. — Т. 78, №7. — С. 62–67.

УДК 314.44: 331.436: 622.324: 331.483.46: 613.632: 613.646

Н04

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ И ЗНАЧИМОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ОТРАСЛИ

Светлана Валерьевна Пыльцова^{1*}, Татьяна Васильевна Поздеева²

¹ОАО «ВОЛГОГАЗ», г. Нижний Новгород,

²Нижегородская государственная медицинская академия

Реферат

Цель. Оценить влияние медико-социальных факторов риска заболеваемости у работников газотранспортной отрасли и разработать план мероприятий по снижению неблагоприятных воздействий.

Методы. В исследование включён рабочий контингент газотранспортного производства ОАО «ВОЛГОГАЗ» по данным за 2007–2009 гг. (369 человек). Разработана карта социально-гигиенического исследования, в которую занесена информация об условиях труда и быта, режиме питания, семейных отношениях, вредных привычках и наследственных факторах.

Результаты. Отмечено преобладание лиц в возрасте 30–49 лет и старше (190 человек, 51,4%), по образованию — работников со среднетехническим образованием (151 человек, 40,8%). Большинство респондентов оценили свою работу как тяжёлую, высокую и значительную степень утомления и усталости после рабочего дня отметили 48 (13,0%) и 261 (70,7%) опрошенных соответственно. В отдельных квартирах проживают 260 (70,5%) человек, по месту жительства — большинство (216 работников, 58,5%) проживают в области, по семейному положению — преобладают полноценные семьи с детьми (297 человек, 80,5%), несмотря на выраженную неполноту собственных семей в детстве. Более половины работников (192 человека, 52%) питаются 3 раза в день, для 310 (84%) человек длительность сна составляет 6–7 ч, 222 (60,2%) человека курят, 27 (7,3%) человек употребляют алкоголь чаще 1 раза в неделю. Оценили жилищные условия как удовлетворительные 149 (40,5%) человек, так же оценили своё материальное положение 50 (40,7%) человек. Большинство работников (175 человек, 47,5%) болели реже 2 раз в год, своё здоровье как удовлетворительное оценили 228 (61,8%) респондентов. Таким образом, медико-социальные факторы риска заболеваемости среди работников связаны с выполнением ответственных и физически тяжёлых работ в сложных условиях, часто вахтовым методом, а также поведением, не способствующим формированию здорового образа жизни.

Вывод. Оздоровительные мероприятия должны включать совершенствование социальной сферы (улучшение условий труда, быта и отдыха работающих), формирование поведения, сберегающего здоровье, повышение мотивации к накоплению знаний о здоровом образе жизни и способах улучшения здоровья.

Ключевые слова: профессиональные заболевания, медико-социальные факторы риска, заболеваемость.

ASSESSING THE STRUCTURE AND IMPORTANCE OF MEDICAL AND SOCIAL RISK FACTORS IN PIPELINE COMPANIES' EMPLOYEES S.V. Pylytsova¹, T.V. Pozdeeva². ¹OJSC «Volgogaz», Nizhny Novgorod, Russia, ²Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russia. **Aim.** To assess the influence of medical and social risk factors in pipeline companies' employees and to design measures to reduce unfavorable influence. **Methods.** The study included 369 employees of OJSC «Volgogaz» working on pipelines at 2007–2009. A special form for social and hygienic study was designed, including information about health and living conditions, eating habits, family relationship, obsessive habits and family history. **Results.** Employees aged 30–49 years and older (190 subjects, 51.4%), with technical secondary education (151 subjects, 40.8%) were the most common. The majority of employees assessed their job as hard, 48 (13.0%) and 261 (70.7%) patients reported significant and extreme fatigue after the working shift. 260 (70.5%) subjects lived in a separate apartments, mostly in rural areas (216 subjects, 58.5%), most have complete families with children (297 subjects, 80.5%), despite most having one-parent family at childhood. Over a half of all employees (192 subjects, 52%) had 3 meals per day, 310 (84%) subjects slept for 6–7 hours per day, 222 (60.2%) subjects are current smokers, 27 (7.3%) subjects drink alcohol more than 1 time per week. 149 (40.5%) assessed their living conditions, and 50 (40.7%) — their fare as satisfactory. The majority of all employees (175,