

жалась 5—7 месяцев. Длительность же заболевания у больных данной группы варьировала от 8 до 12 лет. В 3-й группе было 7 больных, у которых в результате лечения кожные и суставные проявления ПС оставались без изменений. Продолжительность заболевания составляла 12—16 лет, а процесс носил особенно упорный характер.

Таким образом, лечение ПС остается трудной проблемой. Применение ПФ в комбинации с ГБО позволило получить хорошие результаты у 33,3% больных с ремиссией до 12—18 месяцев, что дает основание надеяться на перспективность данного метода лечения псориаза.

УДК 616—05—073.48:658.386.3

Е.Т. Сагдеева (Казань). Организационные и методические основы повышения качества работы врача ультразвуковой диагностики

Качество оказания медицинской помощи зависит от комплекса факторов, характеризующих многие стороны деятельности врача — медико-биологические, социально-гигиенические, производственные и др. Целью настоящей работы было математическое описание влияния на деятельность врача ультразвуковой диагностики неблагоприятных факторов с построением модели повышения качества его работы.

На первом этапе оценивалось влияние социально-гигиенических, медико-биологических, производственных факторов на трудовую деятельность и качество работы врачей ультразвуковой диагностики. По специально разработанной карте была изучена деятельность 220 специалистов, ведущих прием в лечебно-профилактических учреждениях Казани, Набережных Челнов, Альметьевска, Нижнекамска, Йошкар-Олы, Чебоксар. По результатам исследования с помощью многофакторного дисперсионного анализа были выделены ведущие факторы, влияющие на качество оказания диагностической помощи. Из социально-гигиенического комплекса факторов основными являются низкий материальный уровень врача ($\eta^2=28,9\%$; $P<0,001$), неудовлетворительные жилищно-бытовые условия ($\eta^2=24,9\%$; $P<0,001$). Среди медико-биологических факторов ведущими оказались различные перенесенные заболевания ($\eta^2=54,9\%$; $P<0,001$), а также болезни, связанные с работой на ультразвуковом аппарате ($\eta^2=2,8\%$; $P<0,05$). Из поведенческих факторов значимыми были сочетание отрицательное действие курения и употребления алкоголя ($\eta^2=12,4\%$; $P<0,001$). Из производственных факторов выделены низкий уровень организации диагностического процесса ($\eta^2=24,3\%$; $P<0,001$), превышение нормативов рабочей нагрузки врача ($\eta^2=20,2\%$; $P<0,001$), неудовлетворительная оснащенность диагностической аппаратурой ($\eta^2=16,2\%$; $P<0,001$), низкое материально-техническое обеспечение ($\eta^2=14,1\%$; $P<0,001$), отсутствие преемственности между лечебной и диагностической службами ($\eta^2=13,2\%$; $P<0,001$).

На втором этапе было проведено социологическое изучение мнения 1240 пациентов, прошедших ультразвуковое исследование, относительно удовлетворенности качеством оказания специализированной диагностической помощи. Негативными факторами оказались низкая информированность населения о деятельности врача ультразвуковой диагностики, малая доступность проведения данного вида исследования.

На третьем этапе была осуществлена экспертная оценка деятельности врачей ультразвуковой диагностики по разработанным стандартам, результатам хронометража медицинских технологий, анализу медицинской документации. В качестве организационных дефектов в работе специалистов нами выделены отсутствие организационно-правовой документации (3,2%), низкая обеспеченность специализированной литературой (14,1%); в работе не использовались прогрессивные технологии (6,8%).

Оценка ресурсного обеспечения выявила следующие недостатки: 10,5% врачей работали в кабинетах, не соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; обеспеченность диагностической аппаратурой составила 57,7%; 32,8% специалистов не были в достаточной степени обеспечены медицинским имуществом.

Изучение профессионального уровня врачей показало, что 4,6% из них работали без специализированной подготовки, 42,7% не имели квалификационной категории, 15,7% — не были охвачены программами повышения квалификации.

При экспертной оценке качества и результативности деятельности врачей было установлено, что у 26,8% специалистов отсутствовали стандартные протоколы исследований; заключения не соответствовали окончательным диагнозам в 4,1% случаев.

Полученные данные и их многофакторный математический анализ позволили разработать мероприятия по устранению (ослаблению) неблагоприятных факторов, влияющих на качество работы врача ультразвуковой диагностики. Соответствовали ведущим факторам риска и их градациям.

Эффективность проводимых мероприятий изучали в течение двух лет в лечебно-профилактических учреждениях. Под наблюдением находились 83 врача ультразвуковой диагностики (44 чел. — основная группа и 39 чел. — контрольная). При реализации мероприятий в основной группе общее количество неблагоприятных факторов за 24 месяца наблюдений снизилось до 146 (исходное количество — 326), что составило 3,3 фактора на одного обследованного (исходное количество — 7,4). В контрольной группе общее количество негативных факторов за это же время уменьшилось с 285 лишь до 266, что составило 0,5 фактора на одного обследованного.

На основании результатов настоящей работы мы предлагаем алгоритм мероприятий по оптимизации качества работы врачей ультразвуковой диагностики, состоящий из следующих этапов:

- изучение влияния комплекса медико-социальных и производственных факторов на качество работы врача ультразвуковой диагностики;
- опрос мнения населения о качестве оказания специализированной диагностической помощи;
- экспертная оценка деятельности специалистов в соответствии с медицинскими стандартами;
- разработка мероприятий по устранению (ослаблению) неблагоприятных факторов и дефектов в работе врачей ультразвуковой диагностики;

Поэтапная реализация этих мероприятий позволит рационально управлять качеством оказания диагностической помощи населению.