

при проведении данной работы, снижают качество осмотра за счет неполного объема проведенных исследований либо неоправданно увеличивают его объем и стоимость, что самым неблагоприятным образомказываются на завершающем этапе сдачи работ и оплаты медицинских услуг работодателем. Качество проведения собственно медицинского осмотра определяется величиной нагрузки на специалиста, наличием необходимого оборудования, удобством заполнения медицинской документации и, безусловно, квалификацией врача или среднего медицинского работника. Наконец, одним из трудоемких этапов работы профпатолога является написание заключительного акта по итогам ПМО: огромный объем информации, высокая ответственность за совершение ошибки при принятии экспертных решений требуют наличия высокой квалификации данного специалиста.

Практика работы поликлиники №9 МУЗ «Городская больница №5» показала высокую эффективность применения инновационных методов при организации и проведении ПМО работающих. В течение календарного года специалистами поликлиники проводится ПМО более 10000 работающих более 130 организаций. Для исключения вероятности технических ошибок на этапе подготовки ПМО разработана и с 2005 года внедрена в практику работы поликлиники компьютерная программа «Периодические медицинские осмотры». Программа в автоматическом режиме создает календарный план ПМО (по задаваемому перечню вредных и/или опасных факторов определяет перечень врачей-специалистов для прохождения ПМО, подсчитывает количество осматриваемых с разбивкой по полу, создает необходимый объем исследований для конкретного работника или группы работников), формирует расчет стоимости ПМО для работодателя.

Для обеспечения качества проведения ПМО в поликлинике №9 в 2009 году создана и внедрена в практику компьютерная программа «Ведение и учет медицинских осмотров». Программа позволяет разделить права доступа к данным ПМО для врача, проводящего ПМО, и председа-

теля комиссии. Программа обеспечивает контроль за нагрузкой специалистов, проводящих осмотр, и строгое соблюдение нормативного объема исследований. На каждого работника, проходящего ПМО, формируется личная карточка осмотра. Программа автоматически формирует заключение о профессиональной пригодности, суммирует введенные сведения о результатах ПМО и формирует заключительный акт по итогам ПМО.

Таким образом, применение инновационных технологий при проведении ПМО позволяет существенно сократить время оформления медицинской документации и полностью исключает технические ошибки, ускоряет процесс расчетов стоимости оказания медицинских услуг и обеспечивает постоянный контроль качества осмотра. Несомненными достоинствами также являются обеспечение преемственности в работе и динамический контроль за здоровьем работающих.

ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКАХ СОВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ – «ШКОЛЫ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

В.В. Хан, С.Н. Линченко

*Кубанский государственный медицинский
университет
Краснодар, Россия*

Гипертоническая болезнь (ГБ) — одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. В большинстве стран мира ее распространенность среди взрослого населения составляет 15-25%. В России ГБ страдают около 30 млн. человек: повышенное артериальное давление – выше 140/90 мм рт. ст. имеют 39,2% мужчин и 41,1% женщин, а у лиц старше 60 лет ее частота превышает 50%. Большинство из них составляют лица с ранней стадией заболевания, причем на ГБ 1-2 ст. приходится более половины связанных с артериальной гипертензией (АГ) осложнений — мозговой инсульт, инфаркт миокарда, фатальные нарушения ритма сердца, формирование не-

достаточности кровообращения, хронической почечной недостаточности.

В России положение усугубляется еще и тем, что только 37,1% мужчин и 58,9% женщин информированы о наличии у них заболевания, регулярно лечатся лишь 21,6 и 46,7%, в том числе достаточно эффективно — 5,7 и 17,5% соответственно. Отсутствие действенной системы организации профилактики, диагностики и лечения АГ является главной причиной того, что частота инсультов в России в 4 раза выше, чем в США и странах Западной Европы. Кроме того, в условиях чрезвычайных ситуаций техногенного характера или непредвиденных обстоятельств, вызванных природными катастрофами, последствия осложнений ГБ среди населения могут носить еще более масштабный характер.

Исходя из вышеизложенного, весьма актуальны многолетние популяционные программы борьбы с АГ. Вместе с тем проблема внедрения результатов этих исследований в практическое здравоохранение далеко еще не решена. В отечественной литературе имеются единичные работы, посвященные этому вопросу.

В последнее десятилетие большое значение придается обучению больных с целью повышения их информированности и активного вовлечения в лечебно-диагностический процесс. При этом достижение согласия между врачом и пациентом становится одним из решающих условий успешного лечения ГБ и профилактики ее осложнений, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Национальные программы по борьбе АГ реализуются практически во всех экономически развитых странах. В США, например, осуществление подобной программы на протяжении 20 лет, с 1972 по 1992 гг., привело к снижению смертности от инфаркта миокарда на 56%, от ИБС — на 40%.

В 2001 г. Правительством Российской Федерации утверждена Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации (2002-2008 годы)», в которой одним из приоритетов выступает образование пациентов, в том числе и молодого возраста.

Вместе с тем, в исследованиях, посвященных изучению влияния обучения на состояние больных АГ, нет четких, научно обоснованных рекомендаций по разработке программы и методики обучения, формированию у обучающихся мотивации к лечению, навыков самоконтроля и самопомощи в ургентных ситуациях. Все еще недостаточно ясными представляются клинико-экономическая эффективность комплексной терапии пациентов, обучающихся в школе больных гипертонической болезнью в условиях военной поликлиники, направления повышения качества жизни этих больных. Поэтому назрела необходимость в обобщении опыта и оценке эффективности комплексного лечения, включающего обучение по образовательной программе, а также обоснования и внедрения в систему комплексного лечения пациентов, страдающих ГБ, в военных поликлиниках современной организационной технологии — школы больных гипертонической болезнью.

ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА УПОТРЕБЛЯЕМОГО С ПИЩЕЙ КАЛЬЦИЯ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

Л.А. Челнакова, А.А. Свешников

Шадринский государственный

педагогический институт

ФГУ «РНЦ "ВТО"

им. акад. Г.А. Илизарова

Росмедтехнологий»

Курган, Россия

Кальций (Ca) является нутриентом многопланового действия. Общее содержание кальция в организме человека увеличивается с 28 г при рождении до 1,2 кг к моменту завершения формирования скелета, из них около 99% находится в скелете в форме гидроксиапатита и 1% содержится в экстрацеллюлярной жидкости и мягких тканях. Наибольшее количество кальция (90%) содержится в костях.

Размер костей, а также масса костной ткани генетически запрограммирована. Однако нормальная масса кости может быть достигнута и сохранена рациональным питанием, адекватной физической