

Научно-исследовательский
центр «Иннова»



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НАУКИ И ПРАКТИКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЙ

Сборник научных трудов по материалам
VII Международной научно-практической конференции,
06 сентября 2022 года, г.-к. Анапа

Анапа
2022

УДК 00(082) + 001.18 + 001.89

ББК 94.3 + 72.4: 72.5

A43

Ответственный редактор:

Скорикова Екатерина Николаевна

Редакционная коллегия:

Бондаренко С.В., к.э.н., профессор (Краснодар), **Дегтярев Г.В.**, д.т.н., профессор (Краснодар), **Хилько Н.А.**, д.э.н., доцент (Новороссийск), **Ожерельева Н.Р.**, к.э.н., доцент (Анапа), **Сайда С.К.**, к.т.н., доцент (Анапа), **Климов С.В.** к.п.н., доцент (Пермь), **Михайлов В.И.** к.ю.н., доцент (Москва).

A43 АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НАУКИ И ПРАКТИКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЙ. Сборник научных трудов по материалам VII Международной научно-практической конференции (г.-к. Анапа, 06 сентября 2022 г.). – Анапа: Изд-во «НИЦ ЭСП» в ЮФО, 2022. – 37 с.

ISBN 978-5-95283-947-2

В настоящем издании представлены материалы VII Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы науки и практики и перспективы их решений», состоявшейся 06 сентября 2022 года в г.-к. Анапа. Материалы конференции посвящены актуальным проблемам науки, общества и образования. Рассматриваются теоретические и методологические вопросы в социальных, гуманитарных, естественных и других науках.

Издание предназначено для научных работников, преподавателей, аспирантов, всех, кто интересуется достижениями современной науки.

За содержание и достоверность статей, а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности ответственность несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статей. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

Информация об опубликованных статьях размещена на платформе научной электронной библиотеки (eLIBRARY.ru). Договор № 2341-12/2017К от 27.12.2017 г.

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте:
www.innova-science.ru.

УДК 00(082) + 001.18 + 001.89
ББК 94.3 + 72.4: 72.5

ISBN 978-5-95283-947-2

© Коллектив авторов, 2022.
© Изд-во «НИЦ ЭСП» в ЮФО
(подразделение НИЦ «Иннова»), 2022.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ

СПОСОБЫ УПРОЧНЕНИЯ АЛЮМИНИЕВЫХ СПЛАВОВ

Андреев Дмитрий Максимович

Радченко Александр Дмитриевич

Шорников Данила Александрович 4

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА ТРУДА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ

Гончаренко Юрий Владимирович

Сенин Вячеслав Николаевич

Червинский Владислав Геннадьевич 7

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ УЧАСТИИ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Кибалина Ирина Владимировна

Фефелова Елена Викторовна

Цыбиков Намжил Нанзатович 12

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ, СООТВЕТСТВИЕ ОЖИДАНИЯМ НАСЕЛЕНИЯ

Кузнецова Мария Анатольевна

Васильева Татьяна Павловна 17

ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ

УДК 669.717

СПОСОБЫ УПРОЧНЕНИЯ АЛЮМИНИЕВЫХ СПЛАВОВ

Андреев Дмитрий Максимович

Радченко Александр Дмитриевич

Шорников Данила Александрович

студенты

Московский автомобильно-дорожный государственный технический
университет, город Москва

***Аннотация.** В статье мы рассмотрим основные способы повышения прочностных свойств алюминиевых сплавов, применимых в промышленности. В качестве основных методов упрочнения сплавов сосредоточимся на добавлении легирующих элементов и проведении термообработки.*

In the article we will consider the main ways to improve the strength properties of aluminum alloys used in industry. As the main methods of hardening alloys, we will focus on the addition of alloying elements and heat treatment.

Ключевые слова: сплав, легирование, термообработка, упрочнение, деформация, пластичность

Keywords: alloy, alloying, heat treatment, hardening, deformation, plasticity

В современном машиностроении основным способом улучшения показателей является уменьшение массогабаритных характеристик транспортного средства. Это применимо и к тяжелому машиностроению, где большой вес сказывается на проходимости, маневренности, работоспособности механизмов транспортного средства.

Для уменьшения веса применяют алюминиевые сплавы, которые обладают малой плотностью, способностью сопротивляться инерционным и динамическим нагрузкам, высокой коррозионной стойкостью. Широкое применение

алюминиевые сплавы получили для изготовления корпусов отсеков, местах средств автоматики и управления. Как было упомянуто выше, такие сплавы обладают коррозионной стойкостью, но характеристики прочности деталей из стандартного алюминиевого сплава требуется усовершенствовать.

Основным из способов упрочнения является добавление легирующих элементов таких как: марганец, цинк, титан, кремний, медь, хром, ванадий, никель. Путем введения этих элементов в расплав улучшаются химические и физические свойства материала. Предел прочности достигает 550–750 МПа (Ст3 обладает пределом прочности 350-400 МПа) и данный сплав уже более приемлем для конструкционного использования [1, с. 14].

Вторым способом упрочнения рассмотрим термообработку. Под термообработкой понимают операции такие операции как: физические, химические, ударные, электромагнитные воздействия на сплав для улучшения его свойств. Основные виды термообработки алюминиевых сплавов это – отжиг, отпуск и закалка (рис 1).



Рисунок 1 – Закалка алюмелевого сплава

Отжиг. Для алюминиевых сплавов проводится для снятия остаточных напряжений. Сплавы подвергнуты отжигу для приведения в устойчивое состояние, которое обусловлено структурой мелкого зерна. При этом прочность будет уменьшаться, а пластичность увеличиваться. В некоторых деталях это необходимо для эксплуатации [2].

Закалка. Данный способ термообработки позволяет упрочнять сплав, путем его нагрева. При нагревании выше линии солидуса появляется альфа твердый раствор, и выделяются элементы в совокупности с алюминием, упрочняющие сплав.

Отпуск. Данный вид термообработки также называют старением из-за того, что внутри зерен алюминиевого сплава выделяются частицы после проведения отжига или закалки и при этом процесс происходит при комнатной температуре. Отпуск необходим для усиления упрочнения сплава и часто применяют на практике [3].

Стоит отметить, что современная металлургия идет в ногу с машиностроением и при необходимости использования новых компонентов, обладающих более улучшенными характеристиками. Металлургия успешно справляется с данной задачей.

Список литературы

1. Алюминий и его сплавы: Учебное пособие. / Сост. А. Р. Луц, А. А. Суслина. – Самара: Самар. гос. техн. ун-т, 2013. – 81 с.
2. Электронный ресурс: Способы упрочнения алюминия (metaljournal.com) (дата обращения 28.08.2022).
3. Электронный ресурс: Алюминиевые сплавы для сварных конструкций - Энциклопедия по машиностроению XXL (mash-xxl.info) (дата обращения 29.08.2022).

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ

УДК 331.5: 330.342

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА ТРУДА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ

Гончаренко Юрий Владимирович

Сенин Вячеслав Николаевич

Червинский Владислав Геннадьевич

старшие преподаватели

ВУНЦ ВВС «Военно-воздушная академия им. проф. Н. Е. Жуковского
и Ю. А. Гагарина», город Воронеж

***Аннотация.** В статье рассматриваются перспективы модернизации рынка труда, вызванные развитием цифровой экономики, в направлении оптимистического и пессимистического прогнозов. Авторами выявлены особенности и положительные моменты трансформации рынка труда от классической модели связи работника и работодателя до формирования между ними системы дистанционных отношений.*

***Abstract.** The article discusses the prospects for the modernization of the labor market, caused by the development of the digital economy, in the direction of optimistic and pessimistic forecasts. The authors identified the features and positive aspects of the transformation of the labor market from the classical model of communication between the employee and the employer to the formation of a system of distance relations between them.*

***Ключевые слова:** рынок труда; цифровая сфера; трудовые отношения; трудовые ресурсы; цифровая экономика; цифровизация*

***Keywords:** labor market; digital sphere; labor Relations; labor resources; digital economy; digitalization*

Развивающаяся в настоящее время цифровая экономика вызывает глобальные сдвиги в сфере трудовых отношений, меняя как тип профессиональной деятельности, так и характер самого труда, что способствует повышению квалификации трудовых ресурсов, их постоянного обучения и развития творческих способностей.

Переход к цифровой экономике сопровождается изменением трудовых отношений в направлении появления между работниками и работодателями «дистанционных отношений». Следовательно, классическая модель полной занятости и пожизненной работы на одного работодателя постепенно себя изживает. Это связано с развитием гибкости рынка труда, проявляющейся в создании новых высокопроизводительных рабочих мест и нетипичных форм трудовой занятости, которые становятся все более востребованными.

Модернизация трудовых отношений, вызванная цифровизацией экономики, происходит посредством внедрения цифровых технологий на рынок труда путем придания взаимодействию работника и работодателя сетевых форм. Следовательно, при дистанционном контакте заказчика и исполнителя активно используются информационно-компьютерные технологии (например, журналист, выполнивший заказ для издателя по написанию статьи или репортажа, может отослать готовую работу по электронной почте).

Система трудовых отношений между руководителем и работником претерпевает существенные изменения. В первую очередь, это связано с изменением статуса руководителя, который перестает быть начальником как таковым, а становится человеком, организующим и координирующим работу работников, находящихся на расстоянии друг от друга. Соответственно, во вторую очередь, теряется связь между руководителем и работниками по принципу «управление – подчинение», которая в цифровом секторе переходит от вертикального взаимодействия к горизонтальному. Вследствие этого наблюдается децентрализация трудовой деятельности и значительное ослабление зависимости работника от руководства компании.

Однако стоит отметить, что в цифровой экономике развитие получают

трудовые отношения только по тем видам работ, которые можно выполнять удаленно от офиса, в том числе во время отпуска или даже находясь за рубежом. Так, крупные компании США (Amazon, Apple, IBM, Wells Fargo и др.) постоянно предлагают удаленную работу с частичной или полной занятостью. При этом, согласно аналитическим данным, работать на дому могут до 60 % работников финансового сектора и немногим меньше людей, занятых в сфере профессиональных, деловых и информационными услуг.

Развитие трудовых отношений в цифровой экономике способствует замене постоянного штата временными исполнителями (например, в США в фриланс-режиме работает более 40 % населения страны). Это связано также с тем, что в цифровой экономике специалистам определенных профессий достаточно иметь компьютер и выход в интернет, чтобы получить возможность не только получения комплекса заказов, но при этом самостоятельно обговаривать объемы выполняемых работ, сроки их сдачи, а также величину денежного вознаграждения за выполненную работу.

Таким образом, можно сделать вывод, что занятость в цифровой сфере дает человеку ряд преимуществ, среди которых стоит отметить:

- 1) гибкий график работы;
- 2) снижение времени и затрат на транспорт;
- 3) возможность работы в привычной домашней обстановке;
- 4) оптимизация распределения времени между работой, досугом и общением с семьей;
- 5) новые перспективы для участия в общественной жизни;
- 6) возможность сохранения навыков и квалификации;
- 7) широкая сеть полезных связей и контактов;
- 8) лучший доступ к полезной информации;
- 9) новые возможности населению глубинки [1, с. 114].

Рынок труда считается наиболее чувствительным к изменениям рыночной конъюнктуры и мгновенно реагирует на трансформацию экономических отношений ростом спроса на кадры востребованных специальностей посредством

увеличения уровня их оплаты труда.

В условиях цифровизации экономики специалисты рассматривают два возможных сценария развития рынка труда (рис. 1).



Рисунок 1 – Сценарии развития рынка труда в условиях цифровизации

По мнению многих экономистов и социологов развитие цифровых технологий грозит автоматизацией большинства процессов и, соответственно, заменой людей роботами. Впервые этот процесс наблюдался в 2016 году, когда в Китае фирма по производству электроники Foxconn уволила 60 тысяч сотрудников, заменив их 40 тысячами роботов [1, с. 117]. Однако высказывается мнение, что роботами стоит заменять сотрудников, которые выполняют рутинные операции и занимаются низкооплачиваемым трудом. В результате чего снизится вероятность человеческой ошибки, а высвобожденные трудовые ресурсы будут использоваться более эффективно в направлении выполнения творческой работы и работы, требующей высокой квалификации.

В то же время, судя по темпам развития роботизации мирового рынка,

можно с уверенностью говорить о том, что промышленность уверенными шагами движется к безлюдной форме производства. На рис. 2 приведены прогнозы различных организаций по изменению или полному исчезновению рабочих мест.

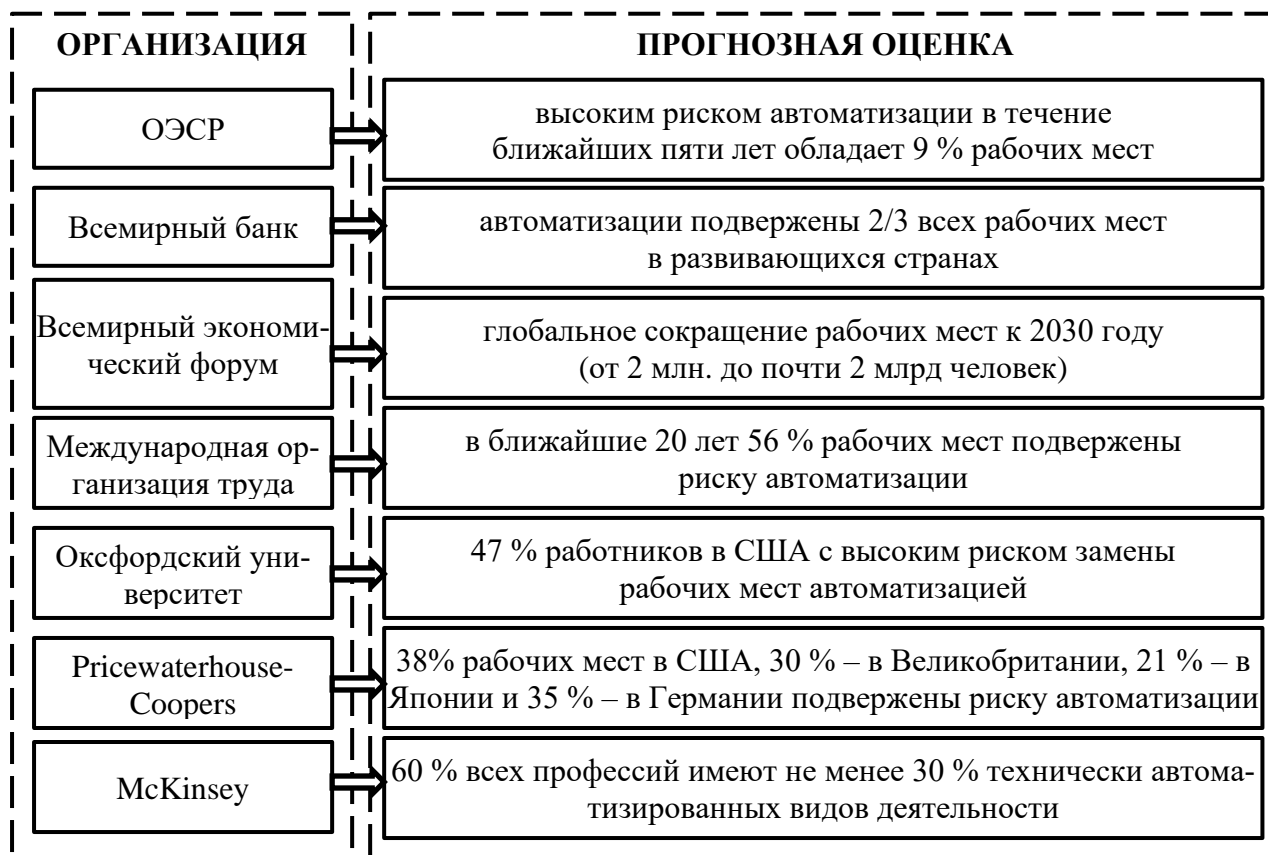


Рисунок 2 – Прогнозные оценки воздействия цифровизации на занятость

Таким образом, цифровизация экономики приводит к вымиранию профессий и возникновению необходимости разработки органами государственной власти новых программ, направленных на повышение цифровой грамотности общества с целью обеспечения связи имеющихся на рынке труда предложения трудовых ресурсов со спросом работодателей. И хотя реально трудно предсказать потенциальные изменения, которые могут повлиять на рынок труда в предстоящие годы, важно, чтобы руководящие органы повышали его устойчивость и адаптируемость.

Список литературы

1. Головенчик Г.Г., Ковалев М. М. Цифровая экономика / Г. Г. Головенчик, М. М. Ковалев. – Минск: Издательский центр БГУ, 2019. – 395 с.

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.092

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ УЧАСТИИ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Кибалина Ирина Владимировна

доцент кафедры дерматовенерологии, к.м.н.

Фефелова Елена Викторовна

профессор кафедры патологической физиологии, д.м.н., доцент

Цыбиков Намжил Нанзатович

заведующий кафедрой патологической физиологии, д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Минздрава России, город Чита

***Аннотация.** В статье представлены результаты исследования эндотелина-1 в сыворотке крови пациентов с атопическим дерматитом, в частности указан механизм его влияния на формирование кожного зуда и белого дермографизма при атопическом дерматите.*

The article presents the results of a study of endothelin-1 in the blood serum of patients with atopic dermatitis, in particular, the mechanism of its effect on the formation of itching and white dermography in atopic dermatitis is indicated.

***Ключевые слова:** атопический дерматит, патогенез, кожный зуд, эндотелин-1*

***Keywords:** atopic dermatitis, pathogenesis, itching, endothelin 1*

По современным литературным данным атопический дерматит относят к хроническим аллергическим заболеваниям мультифакторного генеза и характерной возрастной симптоматикой [1, с. 5]. Одним из биологически активных веществ, влияющих на формирование патологических процессов при атопическом дерматите является эндотелин-1. Являясь самым мощным вазоконстриктором в

организме человека, он может способствовать вазоспазму и проявлению белого дермографизма [2, с. 3–4].

Нами исследована концентрация эндотелина-1 в сыворотке крови методом ИФА у подростков и взрослых, страдающих atopическим дерматитом, и у лиц контрольной группы. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакетов Statistica.

Критериями включения пациентов в исследование - наличие диагноза АД, стаж заболевания более 2 лет, наличие подписанного добровольного информированного согласия, отсутствие сопутствующих заболеваний, в том числе хронических, в стадию ремиссии. Критериями исключения являлись – сопутствующие хронические заболевания в анамнезе, проведение лекарственной терапии (НПВС, H1-блокаторы, системные и топические глюкокортикостероиды, циклоспорины, ингибиторы кальциневрина) и/или общей узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии в течение 2 месяцев до включения пациента в исследование, беременность и лактация, клинические признаки вторичного инфицирования кожи, длительность ремиссии АД менее 2 месяцев после купирования обострения заболевания в рамках исследования [3, с. 1-2].

У всех пациентов определяли дермографизм и интенсивность кожного зуда. У 76,4% больных выявлен умеренный зуд, у 23,6% - интенсивный. В период обострения кожный зуд был у всех пациентов, в стадию ремиссии отменен регресс симптома. У пациентов с atopическим дерматитом до проведения терапии белый дермографизм был выявлен в 80% случаев, смешанный в 20%. В период ремиссии белый дермографизм наблюдался у 15%, смешанный - у 65% и красный в 20% случаев. У лиц здоровой группы белый дермографизм был красный.

Концентрация эндотелина-1 в сыворотке крови у пациентов с легким atopическим дерматитом составила 0,44 фмоль/мл, при среднетяжелом atopическом дерматите 0,63 фмоль/мл, при тяжелом течении - 0,94 фмоль/мл. При этом в контрольной группе показатель составил 0,33 фмоль/мл. В период разрешения клинических симптомов заболевания при легком atopическом дерматите показатель равен 0,38 фмоль/мл, при среднетяжелом и тяжелом - 0,32 фмоль/мл и 0,33

фмоль/мл соответственно.

Согласно результатам проведенного исследования, концентрация эндотелина-1 увеличивается в период обострения и уменьшается при разрешении клинических симптомов заболевания.

На сегодняшний день в литературных источниках нет точной информации о формировании симптома кожного зуда при atopическом дерматите. Однако описан механизм с участием нейтральной пептидазы в формировании кожного зуда [4, с. 1–2]. Мы предполагаем, что при дегрануляции тучных клеток вырабатывается гистамин, связывающийся со специфическим рецептором на поверхности эндотелия, что приводит к активации синтеза эндотелина-1 с последующим развитием вазоспазма, нарушения микроциркуляции, местного ацидозу и раздражению свободных нервных окончаний с развитием кожного зуда. При этом клинически может проявляться белый дермографизм, обусловленный эндотелин-1-зависимым вазоспазмом [5, с. 3]. Не исключено, что эозинофилы и поврежденные кератиноциты способны синтезировать эндотелин-1, вызывая вазоконстрикцию в патологическом кожном очаге. В ремиссию atopического дерматита снижается концентрация эндотелина-1 и улучшается микроциркуляция в патологическом очаге [6, с. 2].

Мы определили, что в патогенезе atopического дерматита эндотелин-1 играет двоякую роль, вызывая вазоспазм, он ограничивает очаг поражения кожи, при этом усиливаются процессы нарушения микроциркуляции [7, с. 1–2]. При этом эндотелин-1 может быть маркером белого дермографизма и кожного зуда при atopическом дерматите [8, с. 3]. Таким образом, в перспективе блокада рецепторов к эндотелину-1 может способствовать регрессу клинических проявлений atopического дерматита.

Список литературы

1. Кибалина И. В. Роль эндотелина-1 в патогенезе atopического дерматита / И. В. Кибалина / 14 IFDS 2021: международный форум дерматовенерологов и косметологов: сборник тезисов, 17-19 марта 2021 год, г. Москва. – Москва, 2021.

– С. 39–40.

2. Кибалина И. В. Исследование внеклеточных нейтрофильных ловушек в мазке–отпечатке у пациентов с атопическим дерматитом / И. В. Кибалина, Д. В. Цыбикова / Актуальные проблемы патофизиологии: научно-практическая конференция с международным участием, 28 октября 2020 г., г. Чита / под общей редакцией Н. В. Ларёвой. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2020. – С. 57–59.

3. The natural history of atopic dermatitis and its association with atopic march / S. Somanunt, S. Chinratanapisit, P. Pacharn [et al.]. – DOI 10.12932/AP0825 / Asian Pacific Journal of Allergy and Immunol. – 2017. – Vol. 35, № 3. – P. 137–143.

4. The positive transformation of the phenotype, the functional activity of neutrophilic granulocytes in children with recurrent respiratory infections as treatment' results of interferon and immunomodulation therapy / I.V. Nesterova, S.V. Kovaleva, G.A. Chudilova [et al.] / Allergy, asthma, immunology: International Proceedings. – 2015. – Vol. 4. – P. 69–72.

5. The pruritogenic mediator endothelin–1 shifts the dendritic cell–T–cell response toward Th17/Th1 polarization / T. Nakahara, M. Kido-Nakahara, F. Ohno [et al.]. – DOI 10.1111/all.13322 / Allergy. – 2018. – Vol. 73 (2). – P. 511–515.

6. Plasma endothelin–1 level during exacerbation of atopic dermatitis / N.N. Tsybikov, I.V. Petrisheva, B.I. Kuznik, E. Magen. – DOI 10.2500/aap.2015.36.3846 / Allergy Asthma Proceedings. – 2015. – Vol. 36 (4). – P. 320–324.

7. Plasma α -defensins are elevated during exacerbation of atopic dermatitis / N.N. Tsybikov, I.V. Petrisheva, E.V. Fefelova [et al.]. – DOI 10.1111/ced. 12767 / Clin Exp Dermatol. – 2016. – Vol. 41 (3). – P. 253–259.

8. Патент № 2703546 Российская Федерация, МПК G01N 33/68 (2006.01). Способ прогнозирования риска развития атопического дерматита у детей: заявка № 2019102499/04 от 29.01.2019: опубл. 21.10.2019 / Кибалина И.В., Цыбиков Н. Н., Фефелова Е. В., Терешков П. П.; патентообладатель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Читинская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации. – 5 с.

9. Кибалина И. В. Роль эндотелина-1 и аутоантител к нему в патогенезе атопического дерматита: исследование случай-контроль / И. В. Кибалина, Н. Н. Цыбиков. – DOI 10.25208/vdv478 / Вестник дерматологии и венерологии. – 2021. – № 97 (1). – С. 34–40.

УДК 614

**ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ,
СООТВЕТСТВИЕ ОЖИДАНИЯМ НАСЕЛЕНИЯ****Кузнецова Мария Анатольевна**

аспирант

Васильева Татьяна Павловна

д.м.н., профессор

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»,
город Москва

***Аннотация.** Изучена востребованность услуг и удовлетворённость работой врача общей практики населения Московской области (МО) Российской Федерации. Показано, что по основным показателям развития деятельность медицинских учреждений МО по оказанию услуг врачами общей практики (ВОП) составляет 0,4 на 100 тыс. населения, что ниже среднероссийских (0,77) и среднеокружных показателей ЦФО (1,34).*

***Abstract.** The demand for services and satisfaction with the work of a general practitioner of the population of the Moscow region of the Russian Federation was studied. It is shown that according to the main indicators of development, the activity of medical institutions of the Moscow region in providing services by general practitioners (GP) is 0.4 per 100 thousand population, which is lower than the average Russian (0.77) and the average of the Central Federal District (1.34).*

***Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики, семейный врач, удовлетворенность пациентов, доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, факторы риска, укрепление здоровья*

***Keywords:** primary health care, general practitioner, family doctor, patient satisfaction, accessibility of medical care, quality of medical care, risk factors, health*

promotion

Общепризнано, что укрепление услуг общественного здравоохранения имеет большое значение для реализации Европейской региональной политики здравоохранения Здоровье-2020 с момента ее принятия государствами-членами в 2012 г. [1]. Повестка дня Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития на период до 2030 г. включает в себя положения политики Здоровье-2020 и способствует ее реализации посредством укрепления потенциала государств-членов в целях достижения более высокого и устойчивого уровня здоровья, основанного на принципах социальной справедливости, и благополучия для каждого на протяжении всех этапов жизни [2]. Для реализации политики Здоровье-2020 и связанных со здоровьем Целей устойчивого развития (ЦУР) необходимо достижение всеобщего охвата населения медицинской помощью и более высоких показателей здоровья населения на основе создания надежных, устойчивых и ориентированных на людей систем здравоохранения, что подразумевает и укрепление функций и потенциала общественного здравоохранения.

Доступность, качество и непрерывность медицинской помощи - главные цели первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Ограниченный доступ к ПМСП может привести к ухудшению состояния здоровья пациента [3, 4]. Многие врачи общей практики (ВОП (СВ)) с трудом достигают этих целей из-за увеличения числа посещений пациентов [5, 6, 7]. Улучшение доступа к общей врачебной практике является одним из текущих приоритетов политики здравоохранения в мире, и предоставление пациентам своевременного доступа занимает центральное место в этой повестке дня. Так, существуют различные инициативы, в том числе «Challenge Fund» в Великобритании, который был создан в 2013 году, и изначально выделял 50 миллионов фунтов стерлингов для поддержки пилотных проектов, предлагающих решения по минимизированию ожиданий пациентов на приемы ВОП (СВ), и теперь было выделено еще 400 миллионов фунтов стерлингов для расширения этой программы и привлечения дополнительных 5000 ВОП (СВ) [8, 9].

Такая политика в отношении доступа к ПМСП (в частности, к ВОП (СВ))

сократит количество обращений в службы неотложной и стационарной помощи [10, 11]. Данный подход основан на доказательствах того, что существует сильная связь между доступом к общей врачебной практике и обращением в скорую и стационарную помощь [12, 13]. Неоднократно подтверждались данные, основанные на взаимосвязи непрерывного лечения и более низкой смертностью [14, 15, 16]. Это также включает в себя преимущество доступа к общей врачебной практике над доступом к отдельным врачам (терапевтам, окулистам, неврологам и др.), что приводит к большим затратам на сектор здравоохранения [12, 17, 18]. Модель общеврачебной практики признана биосоциальной и наиболее пациент-ориентированной в мире. В целом, инвестирование в доступ, качество, долгосрочность и преемственность медицинской помощи является приоритетом, мы получаем более подробное понимание того, как они связаны со смертностью, посещением неотложной медицинской помощи, госпитализацией и долгосрочным здоровьем, что является важным значением для обеспечения расходов государственных средств, как наиболее эффективный способ.

На основании анализа литературных данных и собственных исследований предложены на каком уровне находится развитие общей врачебной практики в Московской области (МО), и какое отношение на сегодняшний день к ВОП (СВ) у населения.

Целью исследования явилось оценка востребованности услуг и удовлетворённость населения качеством медицинской помощи врача общей практики в Московской области.

Материалы и методы. Наше исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе проводился анализ общей врачебной практики (семейной медицины) в МО по данным Ф. №30 «Сведения о медицинской организации» за период 2018–2020 гг. (Росстат, 2018-2020 г. г); государственные программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» (ПП РФ, 2012-2020 гг.), Специализированная федеральная программа «Земский доктор» (2020 г). Данные вносились в созданную базу в программе Microsoft Office Excel, а также в ней производились все необходимые расчеты.

Был проведен выборочный опрос среди населения, в разных возрастных категориях и социальных группах, обоего пола. Опрос респондентов проводился в 2019–2020 гг. Форма проведения опроса – анкетирование. Всего было собрано 605 анкет, к анализу принято 515 анкет. Включены в анализ были только полностью заполненные анкеты, и в которых пациенты указывали, что наблюдаются у ВОП (СВ). Анкеты состояли из 45 вопросов и распространялись выборочно в Ступинском, Дмитровском, Орехово-Зуевском и Шатурском районах МО, и содержали закрытые и полузакрытые вопросы: для пациентов и посетителей медицинского учреждения.

Применен качественный метод обработки результатов анкетирования, расчёты проводились через показатели доли, пропорции и частоты в %. Каждая анкета вносилась в созданную базу в программе Microsoft Office Excel, а также в ней производились все необходимые расчеты.

Результаты и обсуждения. Было показано, что в Российской Федерации внедрение общей врачебной практики в первичное звено здравоохранения идет неравномерно: от единичных общих врачебных практик в субъектах до практически полного перехода на работу по принципу (ВОП (СВ)).

В МО обеспеченность ВОП (СВ) меньше, чем в целом по ЦФО и Российской Федерации (соответственно 0,4; 1,37 и 0,77 на 100000 населения). По ранговому положению по обеспеченности ВОП МО занимает 12 место по ЦФО и 42 место по Российской Федерации.

Некоторые субъекты Российской Федерации практически полностью перестроили первичное звено по принципу работы «Врач общей практики (семейной медицины)»: Белгородская, Липецкая, Воронежская; Пензенская области с 2017 года – г. Москва. Показатели обеспеченности ВОП в МО по сравнению с другими субъектами ЦФО Российской Федерации представлены на рис. 1.

Как видно, обеспеченность первичного звена здравоохранения МО участковыми педиатрами и участковыми терапевтами находятся примерно на одном уровне в Российской Федерации, ЦФО, а врачами общей практики почти в 2 раза ниже показателей по РФ и 3,5 раза, чем по ЦФО.

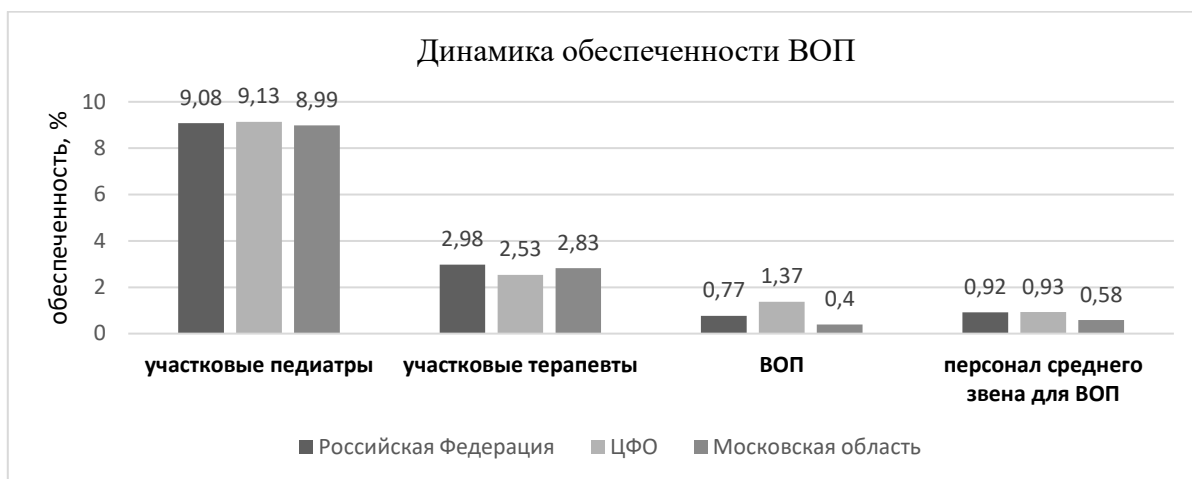


Рисунок 1 – Обеспеченность ВОП на 100 тыс. населения отдельных субъектов ЦФО РФ (2018–2019 гг.)

При этом динамика показателей обеспеченности ВОП на 100 тыс. населения МО имеет тенденцию к снижению за последние 5 лет (рисунок 2):

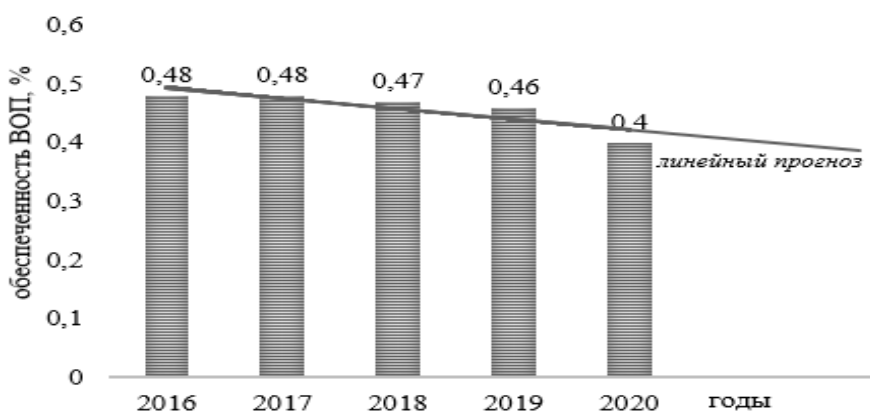


Рисунок 1 – Динамика обеспеченности ВОП на 100 тыс. населения (2016–2020 гг.)

В муниципальных образованиях МО развитие системы первичного звена здравоохранения по принципу работы врача общей практики является неравномерным. В 17 муниципальных образованиях не работает ни одного врача общей практики; в 12 – по 1–2 врача. В 2016 году главные специалисты по общей врачебной практики муниципальных образований упразднены приказом Минздрава МО. Отсутствие службы в 29 муниципальных образований (нет ни одного врача или по 1-2 врача) является необоснованным: многие муниципальные образования (Химки, Королев, Люберцы, Балашиха, Реутов, Юбилейный, Фрязино, Котельники) имеют крупные микрорайоны с недостаточно развитой амбулаторно –

поликлинической службой, другие муниципальные районы являются сельскими: Лотошинский, Можайский, Волоколамский, Каширский, Подольский и другие.

По данным демографии, в сельской местности проживает каждый пятый житель МО. Уровень обеспеченности сельского населения объектами социальной инфраструктуры в 1,5–2 раза ниже обеспеченности городского населения МО, в том числе и учреждениями здравоохранения, что сказывается на уровне и доступности оказываемой медицинской помощи. Полностью первичное звено здравоохранения перешло на работу ВОП (СВ) в Ступинском (31 чел.), Орехово-Зуевском (16 чел.), Шатурском районах (27 чел.). В стадии переходного периода: Луховицкий, Раменский, Дмитровский Талдомский районы, Домодедово. Следует отметить снижение количества ВОП и в этих районах за 2020 год.

Анализ профессиональной подготовки ВОП (СВ) медицинских организаций МО показал, что все ВОП (СВ) имеют сертификаты или аккредитацию по специальности (100%), из них квалификационные категории имеют 23,5%, в том числе 7,6% - высшую категорию, 15,6% - первую, 0,9% - вторую. Причина отсутствия категорий у большого количества ВОП (СВ) связана с отсутствием врачей с большим стажем по данной специальности. Все только недавно прошли профессиональную переподготовку по данной специальности. Большинство врачей имеют категорию по другой специальности (терапия, педиатрия).

Анализ возрастного состава показал, что средний возраст ВОП (СВ) составляет 48,0 лет (рис. 3):

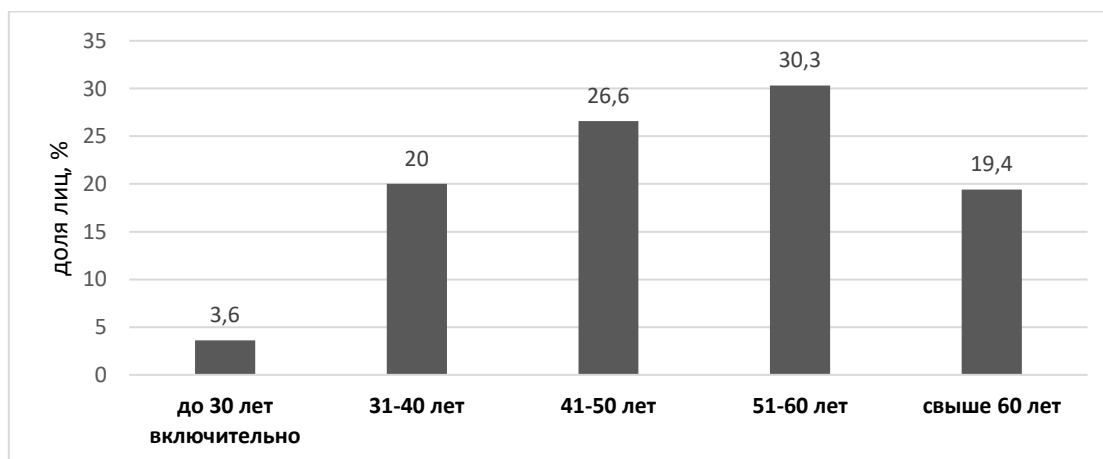


Рисунок 3 – Возрастной состав врачей общей практики здравоохранения МО (2020 г.)

Как видно, служба общей врачебной практики в основном укомплектована врачами в возрастной категории от 41 до 60 лет, что предполагает наличие высоких профессиональных навыков у врачей, переквалифицированных в ВОП (СВ) и имеющие большой опыт работы. Вместе с тем доля молодых специалистов – 3,6% в сети общей врачебной практики, свидетельствует о более значимых причинах непривлекательности новой специальности, относительно которых надо провести отдельное исследование.

Согласно полученным данным, за период с 2015 по 2016 гг. на 35% уменьшилась заработанная плата врачей общей практики за счет отмены стимулирующего коэффициента за оказание помощи по смежным специальностям. Для уточнения необходимо отметить, что с 01.01.2016 года финансирование зарплат специалистов первичного звена здравоохранения перешло на финансирование подушевого обслуживания. В связи с чем зарплата у участкового терапевта может быть больше, чем у ВОП (СВ) при нормируемом числе прикрепленного населения у врача общей практики – 1200 человек, а у участкового терапевта – 1700 человек. Одним из важнейших критериев оценки работы ВОП (СВ) является % приема пациентов по смежным профилям (исключая терапевтический). По мнению большинства экспертов, в области ПМСП, такой процент должен быть не менее 25 (колеблется от 25 до 45%).

Мы видим, что частота приема по смежным специальностям у ВОП (СВ) составляет только 13% (низкая эффективность работы) (табл. 1).

Таблица 1 – Структура медицинских услуг ВОП (СВ) в МО

Структура медицинских услуг ВОП (СВ) в МО		
Наименование услуг	% от общего количества услуг	
	Полный переход на ВОП	Частично
Оториноларингологический прием	6,51	2,50
Офтальмологический прием	2,45	0
Неврологический прием	11,38	3,9
Кардиологический прием	9,02	4,31
Эндокринологический прием	11,31	2,21
Хирургический прием	2,31	0
Урологический прием	1,32	0
Дерматологический прием	1,76	1,22
Педиатрический прием	6,58	0

Терапевтический прием	50,81	86,9%
Общий итог	100%	100%
в т. ч. услуги «узких» специалистов	44,60%	13,1%
Услуги терапевта и педиатра	56,40%	86,9%

В МО функционируют различные модели общих врачебных практик: центр общей врачебной практики; отделения врачей общей практики в составе городских и районных больниц; кабинеты врача общей практики, максимально приближенные к месту проживания населения (микрорайон в жилом доме, модульный офис врача общей практики); амбулатории общей врачебной практики с дневным стационаром; кабинеты ВОП (СВ) в многопрофильных поликлиниках. Наиболее эффективно функционируют общие врачебные практики при организации отделений ОВП, где работают сразу несколько врачей ОВП и нет участковых терапевтов, а также отдельные самостоятельные структуры ОВП (кабинеты, амбулатории в сельской местности, микрорайонах).

В настоящей работе были проведены исследования в муниципальных районах МО, где практически полностью осуществлен переход первичного звена здравоохранения на работу по принципу общей врачебной практики: Ступинский, Дмитровский район, Орехово-Зуевский и Шатурский районы, где проводился выборочный опрос среди населения, в разных возрастных категориях и социальных группах, обоего пола. Опрос респондентов проводился в 2019–2020 гг. Форма проведения опроса – анкетирование. Проведенное анкетирование населения, было направлено на выяснение отношения населения к новой форме оказания медицинской помощи и оценки востребованности и удовлетворенности населения качеством работы ВОП (СВ). Обработка полученных ответов позволила нам беспристрастно отразить степень развития отношения населения к своему здоровью, основанных на кратности и причинах их обращения за медицинской помощью, получить информацию при каких патологических состояниях врач направлял к «узким» специалистам, взаимоотношениях врач-пациент, а также степень востребованности и удовлетворенности пациентов качеством работы ВОП (СВ).

К анализу было принято 515 заполненных анкет. Из числа всех

респондентов 330 человек (64,3%) были женщины, 183 -мужчины (35,7%). По возрастному составу респонденты в возрасте 46–59 лет составили наибольшее число опрошенных – 32,2%, далее по возрастным группам: 60-75 лет – 21,4%; 36-45 лет -17,2%; 26-35 лет -15,2%; возрасте старше 75 лет – 7,8%; 18-25 лет – 6,2%. По социальному статусу 61,6% респондента относились к категории работающих, среди группы неработающих: 22,6% - пенсионеры, 9,4% - инвалиды по заболеванию, 3,1% - безработные, 2,3% - студенты, 0,4% – инвалиды с детства; другие категории - 0,6%.

По обращаемости: 56,7% пациентов посетили врачебную (сельскую) амбулаторию, 22% - офис ВОП (СВ), 14,8% - поликлинику по месту жительства, 6% - центр семейной медицины, 0,3% - ФАП, 0,15% - ведомственную поликлинику. Показатели обращаемости населения: за медицинской помощью обратились к ВОП – 84,9%, к семейному врачу - 7,5%, к участковому врачу - 7,1% респондентов. Это означает, что возрастает тенденция среди большей части населения получать пакет комплексных услуг и индивидуальный подход к медицинскому наблюдению, лечению и поддержанию здоровья с экономией времени на маршрутизацию к узким специалистам, а также выбор пациентами наблюдения у ВОП (СВ) свидетельствует о доверии к нему, как с психологической стороны, так и с позиции квалифицированного специалиста.

Периодичность обращений за медицинской помощью к врачу составила: 1 раз в месяц -12,3%, 1-2 раза в 3 месяца - 31,8%, 1 -2 раза в год - 37%, реже, чем 1 раз в год – 18,9%, что нами оценено как низкий показатель отношения к своему здоровью у подавляющей части респондентов, а также это может быть связано с физическими возрастными трудностями. Основной причиной обращения к ВОП (СВ) являются заболевания. На них, как на причину обращения, указали 57,9%, 14% указали причину обращения "диспансеризация", 8,2% - профилактический осмотр, 6,8% - выписка льготного рецепта, 6% - консультация у врача, 5,3% - неотложные состояния, другое – 1,4%. Данные подтверждают ожидаемый результат между низкой периодичностью обращений за медицинской помощью 1–2 и реже 1 раза в год (суммарно 55,9%), низкий уровень профилактических

осмотров (8,2%) и высокий уровень обращений по заболеванию (57,9%). Мы можем это расценить, как низкий уровень консультаций ВОП (СВ) по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Из полученных данных по обращаемости к ВОП (СВ) следует, что основной контингент - лица с заболеваниями различной этиологии и возрастной патологией. Эти особенности профессиональной деятельности необходимо учитывать в образовательных программах специализации ВОП (СВ).

Оценка эффективности реформ в амбулаторно-поликлинической службе: 50,3% пациентов отметили улучшение амбулаторно-поликлинической помощи, 31% - не заметили изменений, 18,1% отметили ухудшение. Был предложен вопрос, определяющий область консультаций ВОП (СВ) относительно семьи. Ответы респондентов распределились следующим образом: 50,3% ответили, что консультации проводятся по другим вопросам, 27,1% респондентов отметили, что не получают никаких из вышеперечисленных консультаций, 8% респондентов получают консультацию о планировании семьи, 7,4% респондентов указали на консультации по семейным конфликтам и путей их решения, 6,8% получают консультации по наследственности и генетическим вопросам семьи, 0,4% не заполнили данный вопрос. Такое распределение ответов подтверждает предположение из предыдущего вопроса о высоком уровне оказания лечения заболеваний ВОП (СВ), на что отводится большее количество времени приема, что соответственно, отражается непосредственно на времени, отведенном консультациям по вопросам семьи, профилактики и укрепления здоровья. В то же время респонденты на вопрос: «Вы хотите, чтобы врач консультировал Вас и Вашу семью по следующим вопросам?» дали следующие ответы: 56,9% респондентов выразили желания получать консультации по вопросам семьи. Не смогли определиться с ответами в области семейного консультирования 43,1% опрошенных.

На вопрос «Вы хотите, чтобы Ваш врач обслуживал всю семью, включая детей?» респонденты ответили 59,3% респондентов положительно оценивают практику семейного врача и, вне зависимости от возраста ВОП (СВ), высказали одобрение о том, чтобы всех членов их семьи наблюдал один врач. При этом

только 22,8% - дали отрицательный ответ, а 17,9% - затруднились ответить. Мы предполагаем, что в данном направлении необходимо усилить просветительскую работу органов здравоохранения с населением, а также проанализировать качество работы ВОП (СВ), связанное с недостаточным опытом ВОП (СВ).

Был предложен вопрос, обсуждают ли на консультациях ВОП (СВ) семейные проблемы пациентов. Ответы расположились так: 43,5% ответили, что на консультации ВОП (СВ) не обсуждают с респондентами их семейные проблемы, 39,6% подтвердили, что ВОП (СВ) проводит консультации по семейным проблемам, 16,9% затруднились ответить. На следующий вопрос «Вы готовы обсуждать с врачом семейные вопросы?» ответы респондентов расположились следующим образом: 46,2% ответили, что готовы обсуждать с врачом семейные проблемы, 53,6% (суммарно) не готовы обсуждать семейные проблемы с врачом, 0,2% не ответили на данный вопрос. Путем меж вопросного анализа мы выяснили, что 53,6% респондентов не готовы обсуждать семейные проблемы с ВОП (СВ) и ответили на вопрос «Что останавливает Вас консультироваться с врачом по вопросам семьи?» У большей части респондентов 60,9% (суммарно) складывается не доверительное отношение к ВОП (СВ), более четверти пациентов стесняются обсуждать личные вопросы на приеме у ВОП (СВ), у 19,6% пациентов есть другие причины отклоняться от консультаций по семейным вопросам, 8,4% высказали недоверие, 4,3% респондентов смущает молодой возраст врача, 2,9% не уверены в профессиональной компетенции ВОП (СВ) по вопросам семьи, и 39,6% респондентов ответили, что из ничего не останавливает консультироваться с ВОП (СВ) по вопросам семьи. Как видно из распределения ответов, существует еще очень большая дилемма в вопросе доверия к ВОП (СВ) - социокультурный барьер между врачом и пациентов, почти у половины (суммарно 60,9%) респондентов есть свои причины недоверия к ВОП (СВ), что непосредственно будет влиять на неудовлетворенность услугами и соответственно низкой удовлетворенностью работой врача, который их оказывает.

На вопрос: «Есть ли в настоящее время семейные проблемы, которые можно обсуждать с врачом?»: 45,3% респондентов ответили, что в настоящее

время у них нет семейных проблем, которые можно обсуждать с врачом, «есть и готов обсуждать» ответили 26,1% и затруднились ответить 18,3% респондентов.

Из заболеваний наиболее частой причиной обращений к ВОП (СВ) были 24,3% - артериальная гипертония, 11,1% - сердечно-сосудистые заболевания, так же 11,1% отметили заболевания, которых не было в предложенном списке, 10,3% - заболевания суставов (артроз, артрит), 8,4% указали на сахарный диабет. Изучалось какой врач осуществляет лечение и/или диспансерное наблюдение за респондентами, был предложен множественный выбор из имеющегося списка, подавляющее большинство ответило ВОП (СВ) – 77%, 5,6% - ответили кардиолог, ревматолог, 3,7% - эндокринолог. Большинство анкетированных – 36,3% хотели бы, чтобы их осматривал врач при одном из заболеваний пп. 23.1-23.9 1 раз в квартал, 24% - 1 раз в полгода, 15% - 1 раз в месяц, 11,1% - 1 раз в год, 7,8% - затруднились ответить на вопрос, 3,3% - чаще, чем раз в месяц, 2,5% респондентов выбрали ответ «другое». На вопрос «Как часто Вас осматривает врач при наличии хотя бы одного заболевания 22.1–22.8 (на приеме + на дому)» 31,8% респондентов ответили 1 раз в квартал, 18,5% – 1 раз в полгода, 12,9% - 1 раз в месяц.

Был предложен вопрос по удовлетворенности качества диспансерного наблюдения, где 63,8% - ответили, что полностью удовлетворены качеством диспансерного наблюдения, 17,7% - ответили «скорее да, чем нет», 10,5% затруднились ответить. Мы видим, что лишь 7,8% (суммарно) респондентов не удовлетворены качеством диспансерного наблюдения, в то время как 81,5% респондентов выразили удовлетворенность качеством наблюдения, 10,5%, которые затруднились ответить, можем считать пассивно удовлетворенными, так и пассивно не удовлетворёнными.

Из общего числа обратившихся к лечащему врачу направление к узким специалистам выдавалось: 14,8% - к эндокринологу, 14,3% - к неврологу и к другим специалистам, в 20,3% случаях лечащий врач не выдавал направлений к узким специалистам. Путем меж вопросного анализа мы сопоставили к каким из «узких специалистов» за последний год обращались респонденты

самостоятельно из тех, кому ВОП (СВ) не выдавал направления к «Узким» специалистам: 81,6% дополнительно ни к кому не обращались, 5,5% - выбрали ответ «другое», 3,1% - к неврологу. Данные результаты показывают, что качество оказываемой помощи ВОП (СВ) достаточно высокое – 81,6% не обращались дополнительно к другим узкоспециализированным специалистам, что показывает достаточность наблюдения у ВОП (СВ), также стоит обратить внимание на ответы 18,4% (суммарно) респондентов, которым оказалось не достаточным наблюдения у ВОП (СВ). Из общего числа респондентов с хроническими заболеваниями абсолютное большинство ответило за консультации и наблюдение «у ВОП (СВ)» - 77,4%, 14% ответили у «узкого специалиста», 7,4% затруднились ответить, и лишь 1% респондентов хотели бы наблюдаться у участкового терапевта.

Был задан вопрос «обращались ли Вы в скорую медицинскую помощь (03) за последний год»: 78,8% ответили «нет», 20,8% - «да», 0,4% не ответили на вопрос. Из 21,2% ответивших, что обращались: 66% не ответили, как часто вызывали СМП (03) за последний год, 43,8% ответили 1 раз, 32,2% выбрали вариант ответа «другое», 20,4% ответили 2–3 раза, 3,6%–4 и более раз. На вопросы относительно стационарными услуг: «Пользовались ли Вы услугами «дневного стационара» за последний год» ответы составили «нет» - 68,4%, «да» -30,4%, 1,2% не ответили на этот вопрос. «Стационаром на дому» за последний год не пользовались 88,1% респондентов, 11,9% - пользовались услугами «дневного стационара». Был задан вопрос о предпочтениях типа стационара, по которому 45% респондентов предпочитают «дневной стационар», 28,9% затруднились ответить, 13,6%% выбрали ответ «круглосуточный стационар», 12,5% - «стационар на дому».

Анкеты также содержали вопросы для выявления степени удовлетворенности респондентов взаимоотношениям с ВОП (СВ): 84,2% респондентов ответили, что лечащий врач соблюдает этические нормы поведения в работе, 10,5% ответили «скорее да, чем нет», 1,4% - «скорее нет, чем да», 1% ответили, что врач не соблюдает этические нормы, 2,7% затруднились ответить на вопрос, 0,2% не заполнили ответ. Время и продолжительность приема врача также является

показателем его доступности для пациентов, в связи с чем на вопрос: «Уделяет ли врач пациенту достаточно времени на приеме» - 92,8% (суммарно) респондентов дали положительный ответ, 5,2% (суммарно) считают, что на приеме врач уделяет мало времени пациенту, 1,4% - затруднились ответить, 0,6% - не ответили на данный вопрос.

Для определения мнения респондентов об оптимальной продолжительности врачебного приема: 32,4% ответили не менее 15 минут, 30% - не менее 20 минут, 20,1% - не менее 30 минут, 11,9% не менее 10 минут, не более 30 минут ответили 2,1% респондентов, затруднились ответить – 3,5%. Из полученных ответов можем предположить, что продолжительность приема врача не менее 15 мин является оптимальным для пациентов, которые успевают изложить суть своего обращения, а врач провести осмотр и дать рекомендации. Следует отметить, что в работе ВОП(СВ) также важна четкость и организованность, косвенным показателем которой является соблюдение времени приема и отсутствие очередей. Среди пациентов наличие очередей, длительные ожидания вызывают раздражение, что сказывается на взаимоотношения с врачом. Среди тех, кто ожидал при последнем посещении врача до 15 минут было 42,3%, до 30 минут – 30,8% респондентов, 0-5 минут (по времени в талоне) – 14,6%, более 30 минут – 11,9% респондентов, 14,6% - отметили время по талону (0-5 минут), более 30 минут ожидали прием 11,9% и 0,4% не заполнили никакой ответ. При этом приемлемым временем ожидания до 15 минут отметили 40% пациентов, до 30 минут считают 41,7%, 15,6% отметили 0–5 минут (по времени на талоне), 2,1% пациентов согласны ожидать приема врача более 30 минут, 0,6% оставили незаполненным поле ответа. Для оценки объективности ответов респондентов о времени ожидания приема у врача был сформулирован вопрос, уточняющий, где респонденты теряют больше времени в медицинском учреждении: 36,1% ответили «в очереди у кабинета врача», 25,1% не отметили большую задержку, 24,6% - в регистратуре и у кабинета врача, 10% - в регистратуре, «другое» отметили 3,3% респондентов, затруднились ответить 3,7% пациентов, не заполнили ответ 0,2%. Мы видим, что большую часть времени на ожидание у респондентов занимают очереди в

регистратуру и у кабинета врача, что свидетельствует о недостаточно четкой организации времени работы регистратуры с графиком приема врача по маршрутизации пациентов, а также это может косвенно влиять на удовлетворенность работой ВОП (СВ). Согласно полученным данным опроса на прием к врачу запись осуществляют через регистратуру – 64,9%, по телефону -16,8%, «другое» - 17,5% респондентов, а через интернет лишь 0,8%. Следующий вопрос был «какой способ записи на прием для Вас предпочтителен», где через регистратуру ответили 49,3%, 34,5% предпочитают записываться по телефону, 11,5% ответили «другое» и 4,7% - через интернет.

Полученные данные показывают, что телемедицинскими услугами пользуется меньшинство пациентов, что негативно отражается на время ожидания записей к специалистам и является одной из причин затраты времени пациентов у регистратуры медицинского учреждения. Так же, телемедицинские услуги еще мало внедрены и мало используются среди пациентов, хотя именно телемедицинские услуги способны значительно экономить время пациентов (и врачей) – при записи, консультировании, мониторинга за здоровьем пациентов и др., что напрямую влияет на удовлетворенность и качество оказания медицинских услуг.

Согласно концепции реформы здравоохранения о смене парадигмы лечение-профилактика-укрепление здоровья, основной функцией ВОП (СВ) является предупреждение возникновения заболевания. В анкете были предложены вопросы, которые показывают содержательность консультаций с врачом общей практики по вопросам укрепления и поддержанию здоровья пациентов. Было важным при опросе определить виды консультаций, проводимых на приеме. Мы наглядно объединили два ответа из вопросов анкеты, направленных на определение полученных консультаций от ВОП (СВ) по укреплению здоровья и ФР и на выяснение потребности и желания пациентов узнавать о существующих программах укрепления своего здоровья, его поддержания и предотвращения факторов риска (рис 4). На вопрос: «Консультирует ли Вас врач по следующим вопросам»: 32,9% респондентов ответили, что получали консультаций по здоровому образу жизни (ЗОЖ); 31,1% - по факторам риска (ФР); 16,8% - о правильном

питании и вреде ожирения, 8,6% - о вреде курения, 7,5% - о пользе физической активности, 3,1% респондентов - о вреде употребления алкоголя (рис. 4).

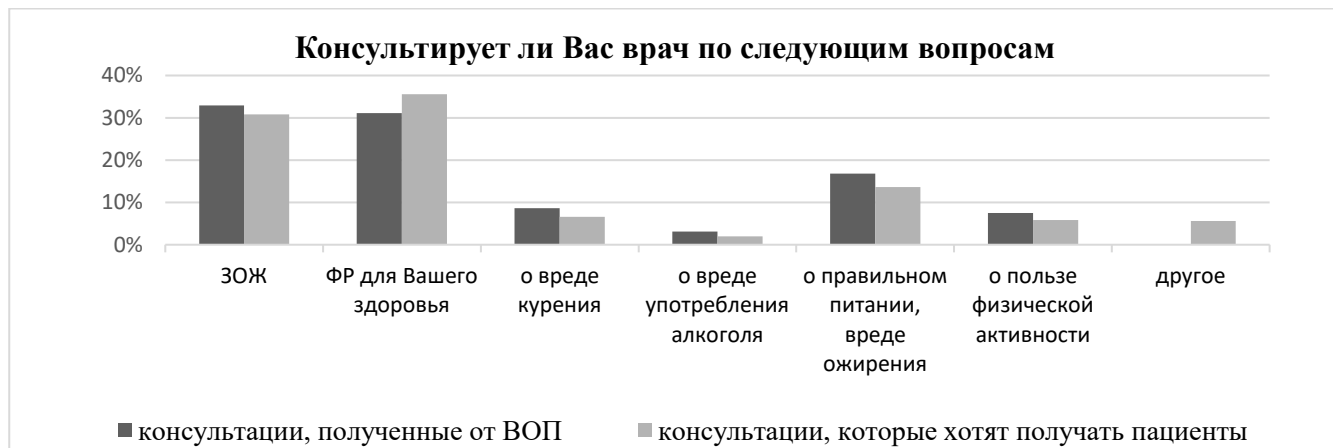


Рисунок 4 – Сравнительная диаграмма по вопросам ФР, которые пациенты получают и хотели бы получать на консультациях у ВОП (СВ)

Следующий вопрос был акцентирован на желании самих респондентов получать консультации по вопросам укрепления здоровья и ФР. Респонденты ответили, что хотели бы получать консультации: 35,6% - о факторах риска для своего здоровья, 30,8% - о ЗОЖ, 13,6% - о правильном питании, 6,6% - о вреде курения, 5,8% - о пользе физической активности, 2% - о вреде употребления алкоголя. Выбрали вариант «другое» - 5,6% респондентов (рис. 4). Из полученных данных, мы можем сделать вывод, что пациенты желают получить квалифицированную информацию об укреплении своего здоровья и не удовлетворены полностью этой информацией, получаемую на приемах у врача, это может быть связано с ограниченным временем приема у врача, также с недостаточностью знаний медицинских работников по данному вопросу, что необходимо учитывать в программах переподготовки и обучения кадров по специальности «Семейная медицина», по остальным вопросам значительных различий в ответах не наблюдается.

Показано, что формирование доверительных отношений между ВОП (СВ) и пациентами, удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи имеет положительную тенденцию: значительная часть – 77,4% респондентов - одобрительно относятся к развитию общей врачебной практики и хотят, чтобы их семью консультировал, наблюдал и лечил один врач (ВОП (СВ)). Степень

сформировавшегося уровня доверия профессионализму ВОП (СВ) и его умениям квалифицированно выполнять различные манипуляции без необходимости направления пациента к другим врачам подтверждена данными, в которых 81,6% пациентов указали, что дополнительно не обращались за медицинской помощью к другим специалистам, в том числе узкой специализации.

Опросом выявлена удовлетворенность населения повышением внимания к их здоровью и здоровью членов их семей на консультациях у ВОП (СВ) по вопросам, относящимся к здоровому образу жизни (32,9%) и факторам риска для здоровья (31,1%) независимо от возраста и наличия патологий у отдельных членов семьи.

Полученные данные показали высокую востребованность ВОП (СВ) у 55% респондентов, удовлетворенность качеством его работы – 81,5% респондентов. Пациенты отметили основные достоинства наблюдения у ВОП (СВ): способность самостоятельно осуществлять медицинское обслуживание; повышенное внимание к здоровью; уменьшение неоправданного числа направлений на консультации, повышение внимания к пациенту и членам его семьи и др.

По результатам исследований можно заключить, что, в целом, население МО положительно отнеслось к внедрению службы ВОП (СВ). Среди опрошенных респондентов 84,9% считают деятельность ВОП (СВ) более эффективной по сравнению с работой прежнего участкового врача-терапевта. В целом у почти половины пациентов (46,2%) с ВОП (СВ) сложились доброжелательные отношения, 59,3% хотят, чтобы их семью лечил один и тот же врач.

При этом, по основным показателям развития деятельности медицинских учреждений Московской области по оказанию услуг врачами общей практики (ВОП) населению составляет 0,4 на 100 тыс. населения, что ниже среднероссийских (0,77) и среднеокружных показателей ЦФО (1,34). Показано, что в 17 (25,4%) муниципальных образованиях Московской области не укомплектованы ставки врачей общей практики, в остальных муниципальных медицинских учреждениях - не подтверждена квалификационная категория у 75% ВОП (СВ), а число специалистов до 30 лет составляет не более 3,4%. Такая ситуация отражает

недостаточно проработанную политику регионального органа здравоохранения по реализации национальный проект «Здравоохранение» и организационно-практическую работу по внедрению услуг общей врачебной практики в ПМСП населению.

Заключение. Получены новые данные о показателях низкого уровня организационно-практических мероприятий по внедрению и поддержанию общей врачебной помощи в системе первичной медико-санитарной помощи населению в здравоохранении МО за 2019–2020 гг. Вместе с тем, население в муниципальных территориальных образованиях, где эта система внедрена высказали удовлетворенность работой ВОП (СВ). Это позволяет нам оценить перспективность развития общей врачебной практики в Московской области, предполагающая глубокий анализ причин и слабого развития сети ВОП (СВ) на территории МО и принятие мер по организации эффективной работы со стороны управленческого аппарата регионального органа здравоохранения.

Список литературы

1. HEALTH-2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe; 2019 г. (<https://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 15 августа 2022 г.).

2. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe; 2012 г. (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>, по состоянию на 15 августа 2022 г.).

3. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):295. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>

4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468->

0009.2005.00409.x

5. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035–1040. <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>

6. Delpech R, Poncet L, Gautier A, et al. The role of organization of care in GPs' prevention practice. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22:e74. Published 2021 Nov 19. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000694>

7. Lurquin B, Kellou N, Colin C, Letrilliart L. Comparison of rural and urban French GPs' activity: a cross-sectional study. *Rural Remote Health*. 2021;21(3):5865. <https://doi.org/10.22605/RRH5865>

8. David Cameron renews NHS funding pledges. *BBC News*. 2015. <http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-32772548> (по состоянию на 15 августа 2022 г.).

9. Department of Health and Social Care and The Rt Hon Matt Hancock MP. The future of healthcare. 2020. <https://www.gov.uk/government/speeches/the-future-of-healthcare> (по состоянию на 15 августа 2022 г.).

10. Cowling TE, Harris MJ, Watt HC, Gibbons DC, Majeed A. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England: cross-sectional analysis of a national patient survey. *Br J Gen Pract*. 2014;64(624):e434-e439. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X680533> .

11. Wensing M, Szecsenyi J, Laux G. Continuity in general practice and hospitalization patterns: an observational study. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):21. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01361-0>

12. Cowling TE, Harris MJ, Majeed A. Evidence and rhetoric about access to UK primary care. *BMJ*. 2015;350:h1513. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1513>.

13. Giebel C, McIntyre JC, Daras K, et al. What are the social predictors of accident and emergency attendance in disadvantaged neighbourhoods? Results from a cross-sectional household health survey in the northwest of England. *BMJ Open*. 2019;9(1): e022820. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022820>.

14. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of

care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6): e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>

15. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022;72(715): e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

16. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017;356:j84. <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>

17. Pan CC, Kung PT, Chiu LT, Liao YP, Tsai WC. Patients with diabetes in pay-for-performance programs have better physician continuity of care and survival. *Am J Manag Care*. 2017;23(2):e57-e66.

18. Wen YP, Liu SS, Sheu JT, Wang HH, Becker ER, Lu JR. The cost-saving effect of continuity of care (COC): an analysis of institutional COC on diabetic treatment costs using panel 2SLS regressions. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1113. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07052-5>.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НАУКИ И ПРАКТИКИ
И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЙ»**

VII Международная научно-практическая конференция

Научное издание

Издательство ООО «НИЦ ЭСП» в ЮФО
(подразделение НИЦ «Иннова»)
353445, Россия, Краснодарский край, г.-к. Анапа,
ул. Весенняя, 8, оф. 1
Тел.: 8-800-201-62-45; 8 (861) 333-44-82

Подписано в печать 08.09.2022 г. Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 2,15
Бумага офсетная. Печать: цифровая. Гарнитура шрифта: Times New Roman
Тираж 50 экз. Заказ 277.