

Выводы:

1. Основные проблемы в современном здравоохранении по данным литературы были выявлены следующие: Недостаточность финансирования данной отрасли, большой дефицит кадров, низкая заработная, отсутствие нормативно-правовых актов для защиты прав врачей.

2. Основной проблемой при анкетировании студентов выявлено, что за период обучения в университете престижность профессии снижается. Необходимо обратить внимание на профориентационные работы в общеобразовательных учреждениях до поступления в высшие заведения. Ожидаемая картина профессии при поступлении значительно отличается от реальной у абитуриентов.

3. Большая часть проблем по мнению студентов совпадает с описанными в литературных источниках, только обучающиеся университета выделили основной темой низкую заработную плату медицинских работников, а проанализированная литература – недостаточное финансирование системы здравоохранения.

4. В 99% случаев учащиеся хотели бы иметь на начальном этапе работы в ЛПУ наставника, чтобы повысить качество оказываемой медицинской помощи. Работодателям необходимо обратить внимание на данную проблему, так как студенты после выпуска из университета не имеют опыт работы.

5. Также следует обратить внимание на защиту интересов специалистов, то есть урегулирование нормативно-правовых аспектов между врачом и пациентом. Решением проблем с подготовкой кадров необходимо заниматься на уровне университетов, то есть изменить систему обучения специалистов, вернуть интернатуру для улучшения качества оказываемой помощи.

Список литературы:

1. Ахмедуев А.Ш. Проблемы развития и императивы реформирования здравоохранения в России и регионах [Электронный ресурс] // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – Т. 16, N 5. – С. 884 – 901. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/problemy-razvitiya-i-imperativy-reformirovaniyazdravoohraneniya-v-rossii-i-regionah> (дата обращения: 14.11.2019)

2. Банин С.А. Здравоохранение России: вопросы финансирования и пути решения. [Электронный ресурс] ВЕСТНИК ТОМСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА - N3(19) 2012 год URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-rossii-voprosyfinansirovaniya-i-puti-resheniya> (дата обращения: 14.11.2019)

УДК 614.2:617

**Огиенко М.А., Прохорова А.В., Рослая Н.А.
ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
НА РАННИХ ЭТАПАХ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Ogienko M.A., Prokhorova A.V., Roslaya N.A.
**DIAGNOSTIC EVALUATION OF BONE-ARTICULAR TUBERCULOSIS
AT EARLY STAGES**

Department of public health and healthcare
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ogienko-mari@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности и основные трудности диагностики костно-суставного туберкулеза. Проведен анализ заболеваемости костно-суставным туберкулезом среди различных групп населения: градации по полу, возрасту, наличию Ко-инфекции, лекарственной устойчивости, длительности заболевания туберкулезом, поражаемого отдела позвоночника, дана оценка соотношения впервые выявленного и повторного костно-суставного туберкулеза. Показано, что уровень диагностики современными методами чрезвычайно низок, что диктует необходимость разработки новых алгоритмов диагностики патологии для врачей общей лечебной сети.

Annotation. The article discusses the features and main difficulties in the diagnosis of osteoarticular tuberculosis. The incidence of bone-articular tuberculosis among various population groups was analyzed: gradations by sex, age, the presence of Co-infection, drug resistance, duration of tuberculosis disease, the affected spine, the ratio of newly diagnosed and repeated bone-articular tuberculosis was estimated. It is shown that the level of diagnosis by modern methods is extremely low, which dictates the need to develop new pathology diagnosis algorithms for doctors of the general medical network.

Ключевые слова: костно-суставной туберкулез, алгоритмы диагностики, обследование, диагноз, остеохондроз.

Key words: osteoarticular tuberculosis, diagnostic algorithms, examination, diagnosis, osteochondrosis.

Введение

Низкий уровень диагностики костно-суставного туберкулеза (КСТ) связан не только со сложностью выявления патологии, но и с трудностью ее бактериологической и гистологической верификации, не превышающей 60%. Особенностью заболевания является высокая степень инвалидизации пациентов (до 70%), даже несмотря на возможность его полного излечения современными хирургическими и консервативными методами [2].

В силу клинических особенностей течения костно-суставного туберкулеза, подавляющее большинство больных, обращающихся в

учреждения общей лечебной сети (ОЛС), не попадают в число подозрительных на наличие у них начальных и даже выраженных форм костного туберкулеза и длительный срок наблюдаются с диагнозом остеохондроза или радикулита [1].

В последнее время отмечен рост заболеваемости в общей структуре туберкулеза, именно костно-суставного: с 5,8% до 16-18% [3]. Стоит заметить, что значительные нарушения анатомо-топографических взаимоотношений в позвоночнике в постспондилитической стадии заболевания диктуют необходимость проведения многоэтапной оперативной ортопедической коррекции, связанной с большими рисками осложнений и хирургических неудач, а также значительными экономическими затратами [4].

Цель исследования – оценить сроки и закономерности установления диагноза костно-суставного туберкулеза.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе отделения костно-суставного туберкулеза Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии. Основной учетный документ для изучения - медицинская карта больного. Метод изучения заболеваемости – выборочный.

За единицу наблюдения взято первичное обращение больного в период с сентября 2018 года по сентябрь 2019 (включительно) по поводу заболевания. Вид изучаемой заболеваемости – заболеваемость по данным первичной обращаемости.

Составлена выборка пациентов с костно-суставным туберкулезом в количестве 102 больных.

Для удобства анализа материала составлена сводная таблица в программе Microsoft Excel. В исследовании были применены аналитический и статистический методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению костно-суставного туберкулеза у взрослых, мужчины болеют туберкулезом позвоночника чаще, чем женщины, в среднем, в соотношении 55:45. Исследованием, проведенным нами на базе Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии, определено соотношение из выборки в 102 человека – 84:18 (мужчины : женщины). Средний возраст больных – 42-43 года. Тубконтакт зафиксирован лишь в 19,6% случаев.

По частоте локализации поражения на первом месте стоит грудной (60%), на втором – поясничный (30%) отдел позвоночника. Частота поражения шейного и крестцового отделов составила по 5%. Двойные и тройные локализации поражения ранее встречались редко, сейчас же частота их увеличилась и составляет у взрослых около 10%. По результатам проведенной работы – наиболее часто встречается поражение грудного отдела позвоночника (в 34,31% случаев) и грудопоясничного (в 29,41%), затем, поражение поясничного отдела (19,6%) и пояснично-крестцового (11,76%), лишь в 2,94% отмечено поражение шейного отдела позвоночника, а тройная локализация

поражения (грудной, поясничный и крестцовый отделы) была зафиксирована в 1,96% случаев.

Количество пораженных позвонков колеблется в значительных пределах. Достоверной зависимости между количеством пораженных позвонков и обращаемостью (первично или повторно) не выявлено. В среднем, поражение затрагивает 3-4 позвонка [1;3,6;16], в случаях длительной диагностики туберкулезного поражения позвоночника (более 12 месяцев) было отмечено поражение 14 и 16 позвонков. Такие обширные разрушения были наиболее характерны для грудного и грудо-поясничного отделов позвоночника. Впервые выявлена туберкулезная инфекция у 38% пациентов, 62% имели в анамнезе указание на перенесенный туберкулез иных локализаций, в подавляющем большинстве – туберкулез легких.

В среднем, срок установления диагноза КСТ от момента появления первых симптомов составил – 8-9 месяцев [0;8,6;48]. Следует отметить, что на начальных этапах развития заболевания, туберкулезный очаг локализуется в пределах одного позвонка и не выходит за его пределы, клиническая симптоматика весьма скудная и часто неясная, скрытый период длится от 3 месяцев до 3 и более лет, в этот период в 50–80% случаев диагноз туберкулезного спондилита даже не предполагается. Больные лечатся в основном с диагнозом остеохондроза позвоночника или радикулита. На этой стадии заболевания лучевое обследование проводится редко, однако рентгеномография, КТ и МРТ позволяют обнаружить даже небольшой первичный туберкулезный остит в телах позвонков. Данную закономерность можно объяснить тем фактом, что в существующих нормативных документах по диагностике и лечению туберкулеза нет четких критериев для выделения пациентов в группы риска по возникновению КСТ, а также отсутствует план диагностических мероприятий для подобных групп. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», являющийся основным документом в работе фтизиатра, не охватывает вопросы диагностики туберкулеза иных локализаций, а национальные клинические рекомендации, выделяющие категории пациентов, подозрительных в отношении диагноза КСТ, не описывают конкретных временных промежутков для отнесения конкретного пациента в эти категории. Таким образом, основным фактором, влияющим на установление диагноза, является настороженность врачей ОЛС в отношении туберкулеза внелегочных локализаций, которая остается достаточно низкой.

С низкой эффективностью лечения и повышенным риском генерализации инфекции связано формирование МБТ устойчивых к существующим схемам терапии форм. В исследуемой выборке множественная лекарственная устойчивость выявлена у 40,19% пациентов, широкая лекарственная устойчивость – 8,82%, лекарственная устойчивость – 2,94%. Нарушения режима являются одним из факторов формирования различных типов

лекарственной устойчивости. В анализируемой выборке установлено 12,74% случаев нарушения режима.

Одним из превалирующих факторов риска генерализации инфекции является наличие у больных туберкулезом ВИЧ – инфекции. В полученной выборке пациентов, имеющих ВИЧ-инфекцию – 68,6%. По данным федеральных клинических рекомендаций, ВИЧ-серопозитивные люди заболевают туберкулезом в 20–30 раз чаще, чем ВИЧ-отрицательные. Стоит заметить, что в нашей стране подходы к оказанию противотуберкулезной помощи людям, живущим с ВИЧ, не имеют четких стандартов, нет единства в принципах организации, профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у этой категории населения. Такая ситуация требует разработки клинических рекомендаций, комплексно затрагивающих все стороны противотуберкулезной помощи.

Выводы:

1. Отсутствие четкого алгоритма по выявлению пациентов, входящих в группы риска по возникновению КСТ из проходящих лечение в ОЛС и низкая настороженность врачей общей лечебной сети в отношении данной патологии значительно удлиняет сроки установки диагноза, а следовательно - снижает эффективность медицинской помощи пациентам данных групп.

2. Выявленные закономерности постановки диагноза КСТ (поздняя диагностика на уровне ОЛС) диктуют необходимость разработки новых алгоритмов для врачей ОЛС по отбору пациентов групп риска для скринингового обследования и сокращения сроков выявления КСТ.

3. Так же для сокращения сроков постановки диагноза КСТ необходимо повысить настороженность врачей общей лечебной сети в отношении туберкулеза костей и суставов, особенно у пациентов, ранее перенесших туберкулез любых локализаций.

4. Улучшение преемственности в работе с больными туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией между противотуберкулезными организациями, усиление роли общественных организаций в противодействии распространению эпидемии сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а так же приоритетное кадровое обеспечение и непрерывные перекрестные обучения медицинских и других сотрудников противотуберкулезных организаций и Центров СПИД помогут в нивелировании рисков течения туберкулеза с ВИЧ-инфекцией.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации по этиологической диагностике туберкулеза. Национальная ассоциация фтизиатров // Мед. альянс. 2014. № 3. С. 95–106

2. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (Протоколы лечения). Общие положения ГОСТ Р 56034-2014. Дата введения 01.06.2015. М. : Стандартинформ, 2014. 45 с.

3.Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 60 с.

4.Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.05.2005 № 332 «О координационном совете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по профилактике и лечению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией»

5.Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации, под ред. проф. П.К. Яблонского «ГЭОТАР-Медиа», Москва, 2016. С.197-203

6.Пулькин О.Н., Мушкин А.Ю. Боль как симптом туберкулезного спондилита (комплексный анализ в рамках моноцентровой когорты), 2016

УДК 614.23:661(091)

**Салимгараева А.А., Колясникова М.М., Зарипова Т.В., Сажина М.Г.
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЕКАТЕРИНБУРГЕ
НАКАНУНЕ РЕВОЛЮЦИОННЫХ СОБЫТИЙ XX ВЕКА**

Кафедра Общественного здоровья и здравоохранения
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Salimgaraeva A.A., Kolyasnikova M.M., Zaripova T.V., Sazhina M.G.
ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN YEKATERINBURG ON THE
EVE OF THE REVOLUTIONARYEVENTS OF THE XX CENTURY**

Department of Public Health and Health Care
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kol.m97@mail.ru

Аннотация. В статье рассматривается организация медицинской помощи в городе Екатеринбурге и Екатеринбургском уезде накануне революционных событий XX века.

Annotation. The article discusses the organization of medical care in Yekaterinburg and Yekaterinburg countyon the eve of the revolutionary of the 20th century.

Ключевые слова: Екатеринбург, история здравоохранения.

Keywords: Yekaterinburg, history of health.

Введение

Основополагающие принципы современной организации медицинской помощи населению Российской Федерации заложены еще в дореволюционное