

неравномерные анэхогенные лакуны. При эластографии ХВН класса С3 жесткость клетчатки составила 20-60 кПа и картировалась от голубого до желтого цвета. При серо-шкальном исследовании у пациентов с классом С4 с явлениями гиперпигментации и индурации, измененные ткани визуализировались в виде неоднородной по структуре и повышенной эхогенности, с исчезновением границы между слоями. При трофических нарушениях, на границе кожи и подкожной клетчатки визуализировался слой в виде пониженной эхогенности или анэхогенной полоски. В 8% случаев выявлялись гиперэхогенные включения по типу кальцинатов. В режиме эластографии ХВН класса С4 жесткость клетчатки определялась в значениях от 90 и более кПа., картирование от желтого до оттенков красного. В В-режиме больных с классами С5-6 ткани лоцировались в виде гипозоногенного неравномерно утолщенного слоя, с отсутствующей дифференцировкой на кожу и подкожно жировую клетчатку. В местах с наиболее выраженными трофическими изменениями, на границе кожи и подкожной клетчатки также выявлялся, но более широкий слой гипозоногенной или анэхогенной полоски, визуализировалась неравномерная дистальная акустическая тень от склерозированной клетчатки. При эластографии ХВН класса С5-6 жесткость клетчатки определялась в значениях от 90 и до 150 кПа., картировалась разными оттенками красного.

Выводы: Таким образом, применяя эластографию у пациентов с хронической венозной

недостаточностью, мы дополняем формализованный протокол ультразвукового исследования больных с данной патологией. Применение методики эластометрии позволяет получить объективные признаки прямо коррелирующие с клиническими проявлениями хронической венозной недостаточности.

Список литературы:

1. Abenhaim L, Kurz X, VEINES Group. The VEINES study (VEnous Insufficiency Epidemiologic and Economic Study): an international cohort study on chronic venous disorders of the leg. *Angiology* 1997; 48:59-66
2. Smith JJ, Guest MG, Greenhalgh RM, Davies AH. Measuring the quality of life in patients with venous ulcers. *J Vasc Surg* 2000; 31: 642-9.
3. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaidis A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs – UIP consensus document. Part I. Basic Principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31: 83–92.
4. Eklöf, B., Rutherford, R.B., Bergan, J.J., Carpentier, P.H., Gloviczki, P., Kistner, R.L. et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg*. 2004; 40: 1248–1252
5. Митьков В.В., Митькова М.Д. Ультразвуковая эластография сдвиговой волной // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2015. № 2. С. 94–108.

УДК 614.258
ГРНТИ 76.01.14

АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ПО ВНЕДРЕНИЮ КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Перевезенцев Егор Александрович

кандидат медицинских наук,
доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО «ПИМУ»
Минздрава России, г. Нижний Новгород

Грачева Арина Александровна

Студентка, ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

ANALYSIS OF FOREIGN EXPERIENCE IN THE IMPLEMENTATION OF CORPORATE PROGRAMS TO STRENGTHEN THE HEALTH OF THE WORKING POPULATION

Perevezentsev Egor Alexandrovich

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of Social Medicine and Health Organization
of Privolzhsky Research Medical University the Russia, Nizhny Novgorod

Gracheva Arina Alexandrovna

Student,
Privolzhsky Research Medical University the Russia,
Nizhny Novgorod

АННОТАЦИЯ

Сохранение здоровья работающих является актуальным вопросом профилактической медицины. В статье поднимается проблема оптимизации системы оказания медицинской помощи трудоспособному населению на основе анализа зарубежного опыта по внедрению корпоративных программ укрепления

здоровья, сотрудничества частных корпораций и государства, сокращения экономических потерь за счет снижения показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

ABSTARCT

Safekeeping of workers' health is a pressing issue in preventive medicine. The article deals with the problem of optimizing the system for providing medical care to the employable population based on the analysis of foreign experience in the implementation of corporate health promotion programs, cooperation between private corporations and the state, reducing economic losses by reducing the incidence rate with temporary disability.

Ключевые слова: организация здравоохранения, профилактическая медицина, работающее население, корпоративная медицина.

Key words: healthcare organizations, preventive medicine, working population, corporate medicine.

Здоровье населения, духовное и физическое благополучие каждого гражданина является одним из основополагающих факторов социально-экономического развития страны. На здоровье человека влияет множество факторов – уровень развития экономики, социальный и профессиональный статус человека, образ жизни, состояние окружающей среды и даже семейное положение. Демографическая ситуация в Российской Федерации, начиная с 1992 года, характеризуется снижением численности населения. В условиях депопуляции перспективы увеличения количества трудоспособного населения являются пессимистичными [9, С. 28]. В связи с этим сохранение здоровья работающего населения как экономической основы общества является актуальной задачей профилактической медицины. Основой эффективной организации медицинской деятельности является внедрение современного менеджмента на базе комплексного анализа зарубежного опыта организации и управления системой здравоохранения и его адаптации к специфике Российской промышленной медицины [5, С. 812].

Одной из основных причин снижения здоровья работающего населения является несоблюдение гигиенических норм в результате несоблюдения производственной дисциплины, требований техник безопасности. На условия и охрану труда влияют экономическое положение организации, уровень технологичности производства, состояние материально-технической базы, а также экономико-правовые институты по защите работающих. По данным ВОЗ, свыше 100 000 химических веществ, около 50 физических и 200 биологических факторов, около 20 неблагоприятных эргономических условий и столько же видов физических нагрузок наряду с бесчисленными психологическими и социальными проблемами могут быть вредными факторами и повышать риск несчастных случаев, болезней или стресс-реакций, вызывать неудовлетворенность трудом и нарушать благополучие человека [3, С. 11]. В результате снижения работоспособности населения возникают экономические потери до 10-20% от валового национального продукта. Однако программы охраны и медицины труда позволяют уменьшить потери рабочих лет по профессиональной нетрудоспособности.

В составе промышленных корпораций разных стран отсутствует система ведомственной медицины, таким образом взаимодействие

осуществляется либо через привлечение страховых компаний, либо путем аутсорсинга. Как правило работодатель берет на себя расходы по медицинскому страхованию, количество возможностей при этом зависит от корпоративной культуры компании, степени социальной ответственности бизнеса, финансовых возможностей организации и т.д. Однако существуют и государственные организации, в задачи которых входит контроль медицинского обеспечения работающего населения. Так, например, в США эту функцию выполняют служба охраны здоровья, находящаяся на предприятиях. Их деятельность регламентируется положениями, национальными законодательными актами и Конвенцией 161 МОТ «О службах гигиены труда». Таким образом обеспечивается работа служб гигиены труда и других организаций, в чьи обязанности входит организация медицинского обеспечения. Как европейский пример корпоративной медицины можно рассмотреть организацию охраны здоровья персонала во время строительства олимпийских объектов в Лондоне, а также Кроссрейла. Представители службы проводили санитарно-просветительскую работу, осуществляли анализ состояния здоровья персонала, было организовано оказание скорой медицинской и амбулаторно-поликлинической помощи. Также были проведены мероприятия по пропаганде здорового образа жизни. В результате удалось сохранить 200 000 рабочих часов за счет улучшения состояния здоровья работников, что позволило окупиться содержанию службы здоровья [7].

Главной задачей для всех систем здравоохранения является снижение расходов на медицинское обеспечение путем контроля за организационными ресурсами здравоохранения при сохранении высоких стандартов оказания медицинской помощи. Системы здравоохранения в России и за рубежом во многом отличаются, однако многие проблемы медицинских организаций имеют общие черты. На данный момент одним из актуальных вариантов развития системы промышленной медицины является государственно-частное партнерство (ГЧП), который успешно применяется за границей. Этот механизм способствует повышению качества медицинских услуг, доступности высокотехнологичных методов лечения. Мировая практика показывает, что такое сотрудничество более эффективно, чем чисто государственное

здравоохранение. Так доля частных медицинских организаций в Германии за 10 лет увеличилась с 4% до 22%, что в свою очередь связано с низкой эффективностью государственных клиник. Опыт Германии является одним из наиболее успешных примеров реорганизации здравоохранения [12, С.315].

Следует отметить, что в настоящее время в зарубежном здравоохранении появилась новая концепция ценностноориентированного здравоохранения (ЦОЗ), которая фокусируется на качестве предоставляемых медицинских услуг при определенном уровне затрат [10, С. 620]. Одним из примеров успешного функционирования является компания ССМ. Она специализируется на медицинском обслуживании удаленных предприятий, предлагая, как телемедицинские услуги, так и эвакуацию специализированной бригадой в случае необходимости. В перечень услуг так же входят и регулярные медицинские осмотры. На данный момент они работают в 5 странах мира и реализуют эффективную модель управления медицинскими активами на 125 предприятиях [1]. Безусловно это весьма актуальная программа, так как согласно исследованиям, посвященным состоянию здоровья работников Крайнего Севера, уровень заболеваемости у людей, имеющих «северный стаж», выше на 50% и более. Уровень первичной заболеваемости по обращаемости в группе с «северным стажем» до пяти лет составляет 346,6% и увеличивается по мере роста северного стажа, достигая 592,6% в группе работников с северным стажем более 15 лет [8, С. 14]. В тоже время соотношения врачей и среднего медицинского персонала в сельской местности – 1:7, что оказывает существенное влияние на качество медицинской помощи. В связи с этим на фоне снижения показателя первичной заболеваемости по обращаемости (774,3 на 1000 жителей), растет распространённость заболеваний - 1349,0 на 1000 жителей. Это говорит о том, что происходит накопления хронической патологии, что может привести к более тяжелому течению заболевания или даже к летальному исходу [6, С. 32]. Менее специализированную программу предлагает компания TotalAccessMedicalU.C., они уверяют, что использование их программы позволит значительно сократить расходы на медицинское обеспечение работников, а также повысят прибыль предприятий [2]. Безусловно, корпоративная медицина за рубежом пользуется популярностью. В этой связи были реализованы проекты по широкомасштабному сокращению расходов, обеспечению устойчивого развития и повышения эффективности в сфере здравоохранения, основной целью которых было сохранение прежнего объема и качества предоставляемых медицинских услуг без привлечения дополнительных денежных средств, затрачиваемых на них или, по крайней мере, оставляя их на прежнем уровне затрат [11, С. 394].

Контакт государства и бизнеса в плане обеспечения медицинской помощью необходим в любой стране с рыночной экономикой. Однако порой масштабы выделяемых на эти цели средств оказываются значительно ограничены. В связи с этим необходима такая система организации медицинского обслуживания, при которой такой бизнес окажется рентабельным и способным предоставлять качественную и доступную медицинскую помощь работающему населению. С целью оптимизации расходов промышленных предприятий на медицинское обеспечение разрабатываются различные управленческие технологии. Так в США была принята программа по «устранению трещин в качестве медицинских услуг». Институт медицины США опубликовал материалы, в которых констатировался рост числа летальных случаев в стране по причине врачебных ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий и предлагались методы коррекции ситуации [4, С. 340]. Также был сформирован ряд документов на основе стандартов ИСО серии 9001, касающихся постоянного улучшения качества учреждений здравоохранения. Это способствовало улучшению качества продукции и экономии ресурсов. Основопологающей целью этих постановлений стало оказание научно-практической помощи система здравоохранения США, а также построение системы менеджмента качества. Повысить успешность учреждений на рынке медицинских услуг удалось за счет увеличения финансирования, обеспечения лекарственными средствами. Это позволило увеличить число обслуживаемых пациентов и тем самым способствовало повышению конкурентоспособности. Введение четких стандартов, регламентирующих длительность пребывания больных в стационаре, позволило снизить занятость койко-мест, при этом не затронув качества, оказываемых услуг.

Анализ зарубежного опыта по внедрению управленческих практик, используемых в международных корпорациях, говорит о возможности снижения издержек на медицинское обеспечение работников предприятий. Оптимизация системы охраны здоровья работников возможна лишь при эффективной координации усилий общества в целом, за счет взаимодействия бизнеса с государственной властью. Для достижения данных целей необходим комплекс мер, адаптированных к специфике национальной системы здравоохранения.

Список литературы:

1. Centre of corporate medicine / Официальный сайт Centre of corporate medicine. URL : Center of corporate medicine (globalcsm.com)
2. Total access medical U.C. / Официальный сайт Total access medical U.C. URL: Direct Primary Care Philadelphia | Total Access Medical
3. Алдабекова А.А., Ибраев С.А., Ажиметова Г.Н. Роль профилактической медицины в

сохранении здоровья работающего населения // Евразийский союз ученых. - 2020. - №4. - С. 8-13.

4. Ермакова С.Э. Модернизация здравоохранения: процессно-ориентированная система управления. – Saarbrücken: LAP LAMBERT AcademicPublishing, 2012. – 340 с.

5. Ермакова С.Э., Сальников А.А. Возможности использования международного опыта управления системой здравоохранения, включая государственно-частное партнерство и аутсорсинг // Российское предпринимательство. — 2016. — Т. 17. — № 6. — С. 811–822. — doi: 10.18334/rp.17.6.35063

6. Камаев И.А., Буланов Д.Г., Коптева Л.Н., Гриб М.Н., Перевезенцев Е.А. Использование автоматизированных информационных систем в управлении здравоохранением на региональном уровне // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. - №3.- С.27-29.

7. Материалы международной конференции «Эффективное здравоохранение: социально ориентированный бизнес – будущее промышленной медицины», 23 апреля 2014 г.; В рамках «Эффективного здравоохранения»

обсудили сетевое взаимодействие [Электронный ресурс] // РАНХиГС. – 2014. – 24 марта. – Режим доступа: <http://www.ranepa.ru/sobytiya/novosti/3315-setevoe-vzaimodeistvie> 2

8. Перевезенцев Е.А. Особенности заболеваемости и системы медицинского обеспечения работников газовой промышленности // Медицинский альманах. – 2017. - №6 (51). – С. 12-16.

9. Перевезенцев Е.А. Состояние здоровья и пути оптимизации медицинского обеспечения подростков - учащихся профессиональных училищ и техникумов агропромышленного района.:дис..канд. мед. наук. -Рязань, 2009. 151 с.

10. Портер М., Тайсберг Э. Переосмысление системы здравоохранения. – Киев: Издательство Алексея Капусты, 2007. – 620 с.

11. Романов А.И., Кеворков В.В. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации: Монография. – М.: ИД «Дело» РАНХиГС, 2016. – 394 с.

12. Сюткин М.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России // Проблемы современной экономики. – 2011. – № 4. – С. 314-316. 9

УДК 617.3
ГРНТИ 76.29.41

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ МЫШЦЕЛКОВ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ ИЗ УТИЛЬНОЙ ГУБЧАТОЙ КОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Карелкин В.В., Землянская Е.А., Кочиш А.Ю., Березин Г.В.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

REPLACEMENT OF FEMORAL AND TIBIAL CONDYLES DEFECTS BY RECYCLING BONE AUTOGRAFTS IN PRIMARY KNEE JOINT ENDOPROSTHETICS IN PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (CLINICAL OBSERVATION)

*Karelkin V.V., Zemlyanskaya E.A., Kochish A.Y., Berezin G.V.
Vreden National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics,
St. Petersburg, Russian Federation
DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2022.4.94.1595*

АННОТАЦИЯ

Проблема компенсации дефектов костной ткани при первичной артропластике коленного сустава достаточно часто встречается у пациентов с ревматоидной патологией и приводит к возникновению технических трудностей на этапе выполнения оперативного вмешательства, и как следствие, сопровождается неудовлетворительными результатами лечения. Авторами представлен клинический опыт лечения пациентки, страдающей полисуставной формой ревматоидного артрита с преимущественным поражением коленных суставов, на фоне массивной кистовидной перестройки костной ткани мышцевок большеберцовой и бедренной кости. На ряду с проведением оперативного лечения в объеме эндопротезирования коленного сустава выполнено замещение дефектов мышцевок большеберцовой и бедренной кости аутологичной костной тканью. Использование данного метода лечения продемонстрировало хорошие функциональные результаты в виде купирования болевого синдрома, восстановлении анатомической оси нижней конечности и увеличении амплитуды движений в коленном суставе. На этапе послеоперационного наблюдения пациентки, через 3 месяца после оперативного вмешательства отмечалась перестройка зон выполнения костной аутопластики. Представленное клиническое наблюдение дополненное обзором актуальной медицинской периодики, может быть рекомендовано для лечения деформирующего остеоартроза коленного сустава у пациентов с ревматоидным артритом.