Непрерывное медицинское образование и наука

Научно-методический
рецензируемый
журнал

Том 15, № 4/2020

ISSN 2412-5741

Непрерывное медицинское образование и наука

Научно-методический рецензируемый журнал

Том 15, № 4/2020

ISSN 2412-5741

Министерство здравоохранения Российской Федерации

«Непрерывное медицинское образование и наука» — научно-методический рецензируемый журнал

Основан в 2003 году
Периодичность: 1 раз в 4 месяца

Учредитель и издатель

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64)

Журнал зарегистрирован в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Челябинской области (свидетельство ПИ № ТУ74-01274 от 18 августа 2016 года)

Тираж 100 экз.

Адрес редакции:

454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, каб. 216
Тел. +7 351 232–73–71
e-mail: pgmedes@chelsma.ru
www.chelsma.ru

Любое использование материалов, опубликованных в журнале, без ссылки на издание запрещено

Оригинал-макет, дизайн: А. В. Черников

Распространяется бесплатно

Редакционная коллегия

Главный редактор

А. А. Фокин (Челябинск)

Заместитель главного редактора

М. Г. Москвичева (Челябинск)

Ответственный секретарь

Е. А. Григоричева (Челябинск)

Члены редакционной коллегии:

Д. А. Альтман (Челябинск)
И. А. Атманский (Челябинск)
Н. С. Брынза (Тюмень)
А. В. Важенин (Челябинск)
И. А. Волчегорский (Челябинск)
Е. В. Гуцу (Кишинев)
В. Ф. Долгушина (Челябинск)
Г. Л. Игнатова (Челябинск)
Ш. И. Каримов (Ташкент)
С. Л. Кремлев (Челябинск)
В. М. Ладейщиков (Пермь)
Е. В. Малинина (Челябинск)
М. В. Осиков (Челябинск)
И. Е. Панова (Санкт-Петербург)
В. В. Плечев (Уфа)
А. У. Сабитов (Екатеринбург)
С. В. Сергийко (Челябинск)
А. С. Симбирцев (Санкт-Петербург)
Л. Ф. Телешева (Челябинск)
В. А. Янушко (Минск)

Редакционный совет

Председатель редакционного совета

И. И. Долгушин (Челябинск)

Члены редакционного совета:

Н. В. Зеленская (Москва)
И. Н. Каграманян (Москва)
Э. А. Кашуба (Тюмень)
С. М. Кутепов (Екатеринбург)
И. П. Корюкина (Пермь)
Л. К. Мошетова (Москва)
В. Н. Павлов (Уфа)
А. А. Решетников (Москва)
Т. В. Семенова (Москва)

Правила оформления статей для публикации в журнале утверждаются и изменяются редакционной коллегией в соответствии с требованиями ВАК для периодики, включенной в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий.

С полным текстом правил вы можете ознакомиться на сайте журнала **www.chelsma.ru**. Технические требования и советы авторам по подготовке материалов для отправки в редакцию вы найдете на стр. 43–44 этого номера.

Статьи и сопроводительные материалы высылаются на электронный адрес редакции **pgmedes@chelsma.ru**.

Номер подписан в печать по графику 21.12.2020. Дата выхода 23.12.2020.

Отпечатан в типографии ИП Шарифулин Р. Г. (454080, г. Челябинск, ул. Энтузиастов, 25а).

Содержание номера

Contents

Оригинальные научные исследования

Современные тенденции развития ВИЧ-инфекции в Южноуральском регионе — 3
Зорина И. Г., Лучинина С. В., Радзиховская М. В., Соколов В. Д., Магадеев Х. Д., Клепиков С. В.

Актуальность применения фармакогенетического тестирования для прогнозирования токсичности 5-фторурацила — 10
Кетова Г. Г., Барышева В. О., Сальников М. С., Дворчик Е. Е., Квятковская С. В., Кремлев С. Л.

Особенности поражения желудочно-кишечного тракта при COVID-19 (обзор актуальной литературы и собственные наблюдения) — 14
Сарсенбаева А. С.

Original research

Current trends in the development of HIV infection in the South Ural region — 3
Zorina I. G., Luchinina S. V., Radzikhovskaya M. V., Sokolov V. D., Magadeev H. D., Klepikov S. V.

Actuality of pharmacogenetic testing application for 5-fluorouracil toxity prediction — 10
Ketova G. G., Barysheva V. O., Salnikov M. S., Dvorchik E. E., Kvyatkovskaya S. V., Kremlev S. L.

Features of gastrointestinal tract lesions in COVID-19 (review of current literature and own observations) — 14
Sarsenbayeva A. S.

Совместная работа с органами здравоохранения

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи населению сельских территорий Челябинской области (методические рекомендации) — 19
Москвичева М. Г., Полинов М. М.

Cooperation with healthcare organizations

Organization of primary medical and sanitary assistance to the population of rural territories of Chelyabinsk region (methodical recommendations) — 19
Moskvicheva M. G., Polinov M. M.

Подготовка научно-педагогических кадров

Сопровождение студентов с инвалидностью в образовательном пространстве ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России — 38
Антипова Е. И., Елизарьева Л. В.

Training of scientific and pedagogic specialists

Supporting disabled students within South-Urals State Medical University of Ministry of Health of Russia — 38
Antipova E. I., Elizareva L. V.

Справочный раздел

В помощь авторам статей — 43

Miscellaneous

Help to the paper authors — 43

УДК 616.9-036.22-06:616-097.22(470.5)

Современные тенденции развития ВИЧ-инфекции в Южноуральском регионе

И. Г. Зорина [1], С. В. Лучинина [1], М. В. Радзиховская [2], В. Д. Соколов [1], Х. Д. Магадеев [2], С. В. Клепиков [1]

[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия
[2] Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Челябинск, Россия

Current trends in the development of HIV infection in the South Ural region

I. G. Zorina [1], S. V. Luchinina [1], M. V. Radzikhovskaya [2], V. D. Sokolov [1], H. D. Magadeev [2], S. V. Klepikov [1]

[1] South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia
[2] Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. В статье проведен анализ эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции на территории Челябинской области в динамике за 2000–2019 годы среди основных групп риска и населения в целом. На основании полученных данных определены ведущие факторы и группы населения, которые будут определять дальнейшее развитие распространения ВИЧ-инфекции в регионе. В соответствии с выявленными региональными особенностями распространения ВИЧ-инфекции предложены приоритетные направления по организации мониторингового обследования населения и профилактической работе.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; управление эпидемиологической ситуацией; эпидемиологический надзор; ретроспективный эпидемический анализ; мониторинговое исследование.

Abstract. The article analyzes the epidemiological situation of HIV infection in the Chelyabinsk region in dynamics for 2000–2019 among the main risk groups and the general population. Based on the data obtained, the leading factors and population groups are identified that will determine the further development of the spread of HIV infection in the region. In accordance with the identified regional characteristics of the spread of HIV infection, priority directions are proposed for the organization of a monitoring survey of the population and preventive work.

Keywords: HIV infection; management of the epidemiological situation; epidemiological surveillance; retrospective epidemiological analysis; monitoring study.

Актуальность темы исследования. ВИЧ-инфекция является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения в связи с высокой социально-медицинской и эпидемиологической значимостью. Распространение ВИЧ-инфекции на современном этапе отличает не только чрезвычайная динамичность, но и достаточная устойчивость к мерам противодействия [5, 9–14]. Учитывая данный факт, правительство Российской Федерации определяет систематический подход, консолидирующий усилия различных ведомств и направления деятельности, для стабилизации эпидемического процесса и его перевода в контролируемое течение.

Реализация мер Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции до 2020 года и дальнейшую перспективу определила положительные тенденции в снижении показателей заболеваемости и смертности от СПИДа в России [1]. При этом отмечается переход заболевания в популяцию общего населения, что определяет высокую актуальность анализируемой патологии для общественного здоровья в Российской Федерации [3, 4, 6].

По данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в России общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных составляет 1,2 миллиона человек; установлено снижение количества умерших ВИЧ-инфицированных лиц за период 2018–2019 годов. В 2018 году в РФ умерло 36 868 ВИЧ-инфицированных, в 2019 году — 33 577 (снижение на 8,9 %).

В России за 2019 год официально выявлено более 100 тысяч новых ВИЧ-инфицированных, что на 4,9 % меньше, чем за 2018 год. Заболеваемость ВИЧ составила 69,0 случая на 100 тысяч населения.

Челябинская область входит в десятку регионов РФ с наиболее высокими показателями заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией. В 2019 году показатель заболеваемости ВИЧ среди населения Челябинской области превысил данный показатель по Российской Федерации в 1,5 раза и составил 101,9 на 100 тысяч населения.

В настоящее время наиболее актуальным является вопрос разработки мероприятий, определяющих возможность управления эпидемиологической ситуацией по ВИЧ-инфекции как в РФ в целом, так и в каждом регионе с учетом территориальных особенностей эпидемического процесса и системы организации помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Целью управления эпидемиологическим процессом является предупреждение новых случаев инфицирования и их локализация, выражающаяся в снижении уровня заболеваемости и смертности. Следовательно, организация работы, направленной на своевременное выявление заболевания, является наиболее важным аспектом противодействия распространению ВИЧ-инфекции [8].

На современном этапе ВИЧ-инфекция в РФ находится в стадии генерализации эпидемии с увеличением кумулятивной численности ВИЧ-инфицированных пациентов. Рост показателя пораженности требует разработки новых подходов к организации медицинской помощи и непрерывного лекарственного обеспечения нарастающего количества пациентов с социально значимой патологией, особенно в условиях распространения новой коронавирусной инфекции и режима самоизоляции.

Цель исследования: изучить современные тенденции в развитии эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции на территории Челябинской области, определить приоритетные направления по организации мониторингового обследования населения и обосновать новые подходы в обеспечении качества и доступности оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные форм государственной статистической отчетности: формы № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» Челябинской области за 2008–2019 годы; формы № 4 «Сведения о результатах исследований крови на антитела к ВИЧ»; формы № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами»; формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». В работе использованы и проанализированы данные базы персонифицированного учета ВИЧ-инфицированных ГБУЗ «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом» за 2000–2019 годы.

Для анализа современной эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции использован метод ретроспективного эпидемиологического анализа, а также оценены данные по абсолютным и относительным величинам.

Обработку полученных данных с последующим статистическим анализом осуществляли стандартными методами вариационной статистики в рамках программы Statistica, версия 6,0.

Результаты исследования и их обсуждение. За весь период наблюдения, по данным лабораторного учета, в Челябинской области с 1990 года кумулятивно зарегистрировано 52 364 случая инфицирования ВИЧ-инфекцией, включая не идентифицированных 5978 лиц и жителей других регионов — 1783. Из них умерло по различным причинам 12 354 человека. К концу изучаемого периода показатель летальности от СПИД-индикаторных заболеваний составил 1,0 % (расчет произведен в соответствии с МУ 3.1.3342-16).

Общее число пациентов с ВИЧ-инфекцией, подлежащих диспансерному наблюдению, в регионе на 31 декабря 2019 года составило 34 449, включая находящихся в пенитенциарных учреждениях области и проживающих в закрытых административно-территориальных образованиях.

Распространение ВИЧ-инфекции как форма существования эпидемического процесса на Южном Урале прошло все стадии развития.

До 2000 года основной путь передачи ВИЧ-инфекции — гомосексуальный (низкоуровневая фаза развития). По данным литературы, группа МСМ (мужчины, практикующие секс с мужчинами) составляет оценочно 2 % от численности популяции, но в условиях дискриминации и недостаточной толерантности со стороны общества более точное определение численности данной группы не представляется возможным. По данным официальной статистики (форма № 4 «Сведения о результатах исследований крови на антитела к ВИЧ»), количество лиц, прошедших освидетельствование на ВИЧ-инфекцию в медицинских организациях области по коду 103 (гомо- и бисексуалы), увеличилось в 13,1 раза (при сравнении данного показателя за периоды 2007–2010 годов и 2014–2018 годов) [7].

Далее в течение 2000–2001 годов наблюдался резкий рост числа инфицированных потребителей инъекционных наркотиков [фаза концентрации (concentrated)], а с 2010 года эпидемия ВИЧ-инфекции перешла из концентрированной стадии в генерализованную.

Фактически в Челябинской области, по данным официальной статистики и зарегистрированным новым случаям в реакции иммунного блота, в последние годы динамика первичной заболеваемости характеризуется ее снижением: 2015 год — 136,0 (количество новых случаев — 4767), 2019 год — 101,9 (3542 новых случая), снижение на 25,1 % (рисунок 1).

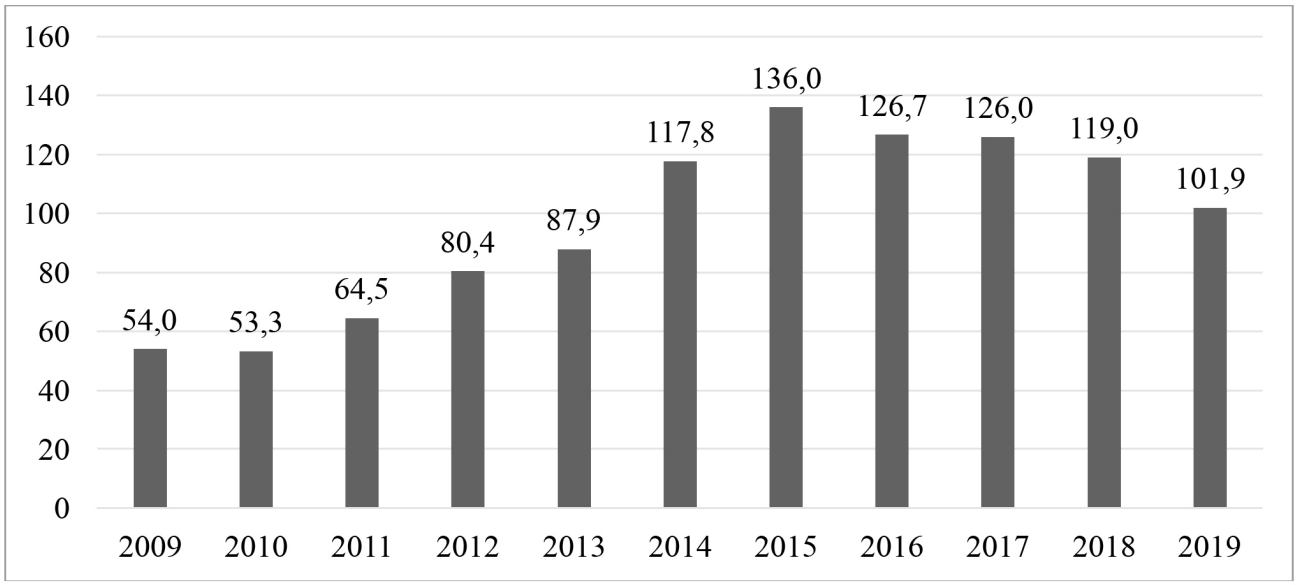

Рисунок 1. Динамика заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией (на 100 тысяч населения) за период 2009–2019 годов

Безусловно, заболеваемость напрямую зависит от объема и качества проводимого скринингового обследования населения на ВИЧ. Количество проводимых в Челябинской области скрининговых обследований на ВИЧ-инфекцию среди населения за исследуемый период увеличилось на 50,4 %, при этом установлено снижение показателя выявляемости на 25 % (2000 год — 556,1; 2019 год — 432,0 на 100 тысяч исследований). Данный тренд доказывает уменьшение количества недиагностированных случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией и в совокупности с данными о выявлении пациентов на ранний стадиях заболевания является благоприятным прогностическим признаком (рисунок 2).

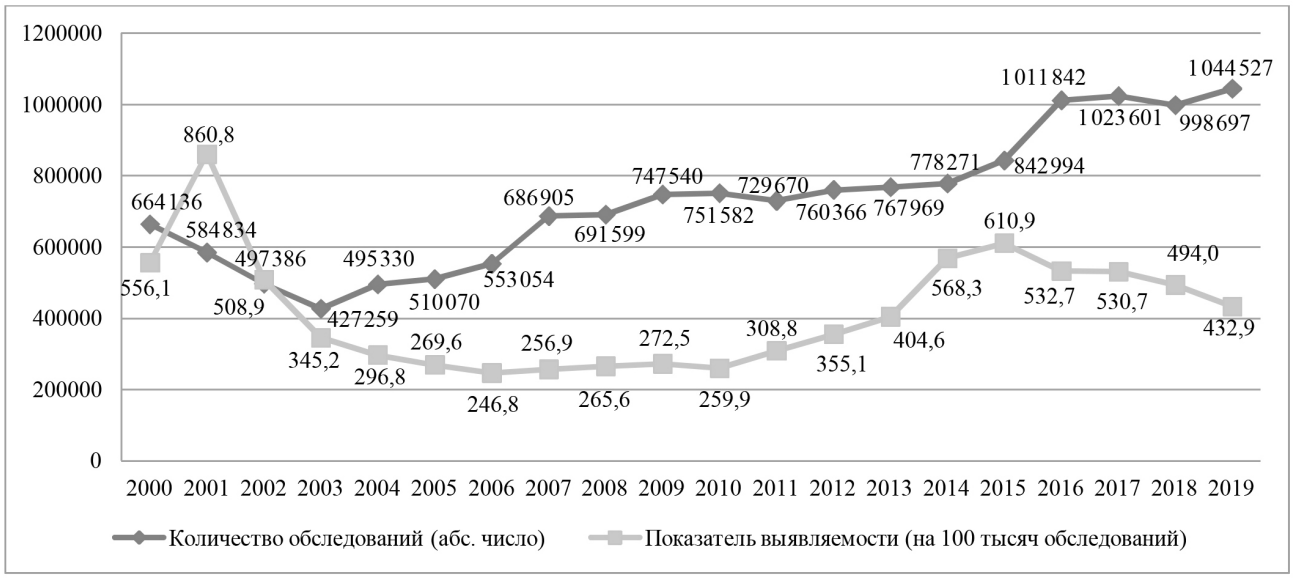

Рисунок 2. Динамика показателя выявляемости ВИЧ-инфекции на 100 тысяч проведенных исследований и общего числа тестов на ВИЧ-инфекцию (2000–2018 годы)

Своевременная диагностика, качественная и доступная медицинская помощь, включая эффективную антиретровирусную терапию (АРТ), определяют благоприятное течение ВИЧ-инфекции,

предотвращение развития оппортунистических заболеваний и летальных исходов от СПИД-ассоциированных заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией. В регионе на конец 2019 года 70% ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, получают АРТ с эффективностью 86,1%.

Ключевое значение в организации проведения АРТ имеет комплекс мер, направленных на высокую приверженность пациентов лечению, мониторинг развития нежелательных явлений и достижение неопределяемой вирусной нагрузки. При увеличении в 7,3 раза количества пациентов, получающих АРТ, за 2009–2019 годы установлено снижение доли пациентов, прервавших высокоактивную антиретровирусную терапию.

Увеличение продолжительности жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией определяет ежегодный рост пораженности населения, что однозначно нельзя рассматривать как негативный фактор. За исследуемый период (2000–2019 годы) показатель пораженности ВИЧ-инфекцией в Челябинской области вырос с 542,0 до 991,1 на 100 тысяч населения, или в 1,8 раза, значительно превысив среднероссийский уровень.

В 2000 году на долю лиц в возрасте 20–29 лет приходилось 87,0%, в 2019 году — 20,9% (снижение в 4,1 раза). Увеличение числа новых выявленных случаев в возрасте 30–40 лет в 2,5 раза свидетельствует о рискованном поведении среди основного населения репродуктивного возраста (таблица 1).

Таблица 1

Распределение ВИЧ-инфицированных по возрастному составу

Возраст	Доля ВИЧ-инфицированных, %		Рост/снижение, %
	2000 год	2018 год	
До 30 лет	87,0	20,9	–66,1
30–50 лет	12,5	67,8	+55,3
Старше 50 лет	0,5	11,3	+10,8

В 2019 году в структуре заболевших ВИЧ-инфекцией 58,5% составили мужчины; по социальному составу основную массу больных по-прежнему составляют неработающие — 55,9%. Сохраняется тенденция снижения доли учащихся средних школ, вузов среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных.

При анализе путей инфицирования ВИЧ-инфекцией в 2019 году отмечено преобладание полового пути передачи — 66,8%, который в последние годы является ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции в Челябинской области. Доля инфицирования при инъекционном пути составила 35,7%, при этом 45,9% мужчин в 2019 году заразились при внутривенном употреблении наркотиков. У женщин также преобладает половой путь заражения (85,6% от всего количества заболевших).

В структуре путей передачи ВИЧ-инфекции в 2019 году 0,7% составляет вертикальный. По официальным данным, за весь период наблюдения в области родилось 360 детей с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», общий процент перинатальной передачи составил 4,5%, при этом благодаря комплексной междисциплинарной работе с акушерско-гинекологической службой в 2019 году он снизился до 0,5% (рисунок 3).

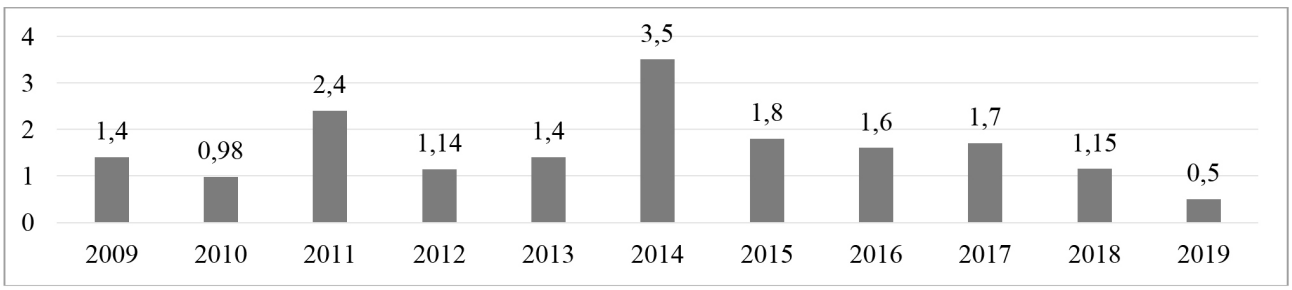

Рисунок 3. Динамика уровня перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в 2009–2019 годах, в процентах

Среди социально адаптированной группы наиболее полным и достоверным является изучение динамики эпидемиологического процесса среди беременных женщин в силу их практически стопроцентного обследования на ВИЧ-инфекцию. Современная ситуация по ВИЧ-инфекции в Челябинской области характеризуется активным вовлечением в эпидемиологический процесс женщин фертильного возраста. Также следует отметить, что показатель заболеваемости среди беременных женщин (форма ФГСН № 4) за 2005 год — 275,1 на 100 тысяч, за 2019 год — 282,7 на 100 тысяч (рост на 5,1%, что объясняется увеличением полового пути передачи).

В результате положительного влияния широкого применения АРТ и, как следствие, уменьшения количества ВИЧ-инфицированных пациентов с выраженными иммуносупрессиями установлено снижение на 3,4% количества вновь зарегистрированных случаев активного туберкулеза у пациентов с ВИЧ (2018 год — 1639; 2019 год — 1575).

С 2016 года в регионе установлена динамика снижения смертности ВИЧ-инфицированных лиц от состояний, связанных со СПИД-индикаторными заболеваниями (2016 год — 597 случаев; 2019 год — 333 случая).

За 2019 год всего зарегистрировано 1508 умерших ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе от состояний, не связанных с ВИЧ-инфекцией, 674 человека (44,7%). Непосредственно от прогрессирования ВИЧ-инфекции умерло 834 человека, из них с проявлениями СПИД-индикаторных заболеваний — 312 (20,7%).

Таким образом, в Челябинской области в настоящее время особенностью эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции является активное вовлечение в эпидемический процесс лиц трудоспособного возраста, женщин фертильного возраста, инфицирующихся преимущественно половым путем, и, как следствие, феминизация эпидемии.

В регионе организована работа по проведению системных профилактических мероприятий с целью информированию населения, в том числе трансляция видеоматериалов (видеороликов, видеолекций) по профилактике наркомании; популяризация здорового образа жизни с использованием современных средств массовой коммуникации; мероприятия с участием волонтеров (тренинги, мастер-классы, лекции, диспуты); анкетирование участников форума по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным; распространение печатных методических материалов.

Проводятся акции по экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию в муниципальных образованиях области, продолжается работа по профилактике ВИЧ-инфекции на рабочих местах в трудовых коллективах Челябинской области. На ежегодных координационных советах по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, в Челябинской области заслушиваются доклады о результатах работы по охвату первичной профилактикой ВИЧ-инфекции на рабочих местах с принятием решений по дальнейшему совершенствованию мер по профилактике ВИЧ-инфекции в трудовых коллективах.

В целях снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией необходимо продолжить реализацию мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ для снижения интенсивности распространения в соответствии с Государственной стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2020 года и дальнейшую перспективу; активизировать системную информационно-просветительскую работу для населения с использованием средств массовой информации, современных коммуникационных технологий; обеспечить комплексный подход с участием муниципальных органов исполнительной власти в реализации мероприятий, направленных на информирование и обучение населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, расширение спектра реализуемых профилактических программ; принять дополнительные меры по изменению структуры обследований, расширению охвата обследованиями на ВИЧ-инфекцию населения, расширению охвата тестированием ключевых групп риска, в том числе с использованием новейших технологий и методов экспресс-тестирования; обеспечить соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в медицинских организациях независимо от форм собственности и подчиненности с целью недопущения распространения внутрибольничного инфицирования ВИЧ и профессиональных заражений; в целях недопущения посттрансфузионного заражения пациентов при переливании препаратов крови необходимо усилить контроль за обеспечением инфекционной безопасности донорской крови и ее компонентов.

Выводы:

1. Современными тенденциями в развитии эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на территории Южноуральского региона являются: переход эпидемии из концентрированной в гене-

рализованную стадию; феминизация инфекции с вовлечением женщин репродуктивного возраста; неравномерность заболеваемости с концентрацией в урбанизированных промышленных районах региона, смещение эпидемии в старшие возрастные группы (67,8 % в возрасте 30–50 лет), что определяет необходимость разработки новых стратегий по организации лечения и медицинскому наблюдению данных пациентов.

2. В Челябинской области, по данным официальной статистики и зарегистрированным новым случаям в реакции иммунного блота, динамика заболеваемости характеризуется снижением: 2015 год — 136,0 (количество новых случаев — 4767), 2018 год — 119,0 (количество новых случаев — 4155), снижение на 12,5 %.

3. Одной из эффективных мер привлечения взрослого населения к обследованию на ВИЧ-инфекцию со стороны медицинского персонала является информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции.

4. Реализация мероприятий, направленных на своевременное выявление ВИЧ-инфицированных в трудовых коллективах и охват первичной профилактикой, обеспечит стабилизацию заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения Челябинской области.

5. При широком эффективном применении антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией увеличивается их продолжительность жизни, а учитывая снижение первичной заболеваемости, очевидно будет нарастать показатель пораженности, что является, безусловно, не негативным фактором, а лишь указывает на эффективность лечения пациентов с ВИЧ.

Литература

1. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу : утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 октября 2016 года № 2203-р.

2. Глинских Н. П., Сайченко Н. П., Юнусова Л. Ф., Устьянцев И. В. Особенности эпидпроцесса ВИЧ-инфекции на территории Уральского федерального округа // Здоровье населения и среда обитания. 2009. № 7 (196). С. 5–8.

3. Кондратов С. Е., Марченко А. Н., Петрова С. В., Нестеров О. А. Анализ структуры ВИЧ-инфицированных лиц по полу, путям заражения, возрасту в регионе с высоким уровнем пораженности ВИЧ на примере Тюменской области // Здоровье населения и среда обитания. 2019. № 37 (316). С. 44–49.

4. Покровский В. В. Стратегия выжидания // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2015. № 1. С. 4–9.

5. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД : клинические рекомендации. 4-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 160 с.

6. Радзиховская М. В., Москвичева М. Г. Изучение заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди различных групп риска по данным скринингового обследования населения Челябинской области // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017. Т. 19, № 8. С. 131–137.

7. Радзиховская М. В., Москвичева М. Г., Кремлев С. Л., Магадеев Х. Д., Батин К. О., Ахлюстин И. А., Клепиков С. В., Авдеев Ю. А. Эпидемиологическая и медико-социальная характеристика мужчин, имеющих однополый секс // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2019. Т. 11, № 1. С. 103–108.

8. Радзиховская М. В. Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией на региональном уровне : дис. … д-ра мед. наук. М., 2019. 421 с.

9. Шабунова А. А., Калачикова О. Н., Короленко А. В. Обзор мировых и региональных тенденций заболеваемости ВИЧ-инфекцией и обусловленной ей смертности // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 2 (54). М. 9.

10. Темпы прироста ВИЧ-инфицированных в России значительно снизились // Москва24 : городской информационный канал m24.ru. 23.01.2019. URL: https://www.m24.ru/news/medicina/23012019/62860.

11. HIV, AIDS, and Older People // National Institute on Aging. 28.11.2017. URL: https://www.nia.nih.gov/health/hiv-aids-and-older-people (дата обращения: 12.04.2019).

12. New CDC Recommendations: HIV among People Aged 50 and Older, 2018 // Centers for Disease Control and Prevention. URL: https://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html (дата обращения: 12.03.2019).

13. New CDC Recommendation for HIV Testing in Laboratories: A step-by approach, 2014 // Centers for Disease Control and Prevention. URL: https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/2014/hiv-testing-labs-flowchart.pdf15.

14. Pinkham S., Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction and HIV // Reprod. Health Matters. 2008. Vol. 16, № 31. P. 168–181.

Сведения об авторах

Зорина Ирина Геннадьевна, доктор медицинских наук, зав. кафедрой гигиены и эпидемиологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64б; тел. +7 351 778-06-09; электронная почта: zorinaig@mail.ru

Лучинина Светлана Васильевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры гигиены и эпидемиологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: zorinaig@mail.ru

Радзиховская Маргарита Владимировна, доктор медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»
Электронная почта: rita-rad@mail.ru

Соколов Владимир Дмитриевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры гигиены и эпидемиологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: zorinaig@mail.ru

Магадеев Харис Дамирович, заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»
Электронная почта: xaris.88@mail.ru

Клепиков Семён Викторович, студент 4-го курса ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: zorinaig@mail.ru

УДК 615.015+615.9-099

Актуальность применения фармакогенетического тестирования для прогнозирования токсичности 5-фторурацила

Г. Г. Кетова [1], В. О. Барышева [2], М. С. Сальников [3], Е. Е. Дворчик [2], С. В. Квятковская [2], С. Л. Кремлев [2]

[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия
[2] Клиника федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия
[3] Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества «Российские железные дороги», Челябинск, Россия

Actuality of pharmacogenetic testing application for 5-fluorouracil toxity prediction

G. G. Ketova [1], V. O. Barysheva [2], M. S. Salnikov [3], E. E. Dvorchik [2], S. V. Kvyatkovskaya [2], S. L. Kremlev [2]

[1] South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia
[2] South-Urals State Medical University Clinic, Chelyabinsk, Russia
[3] Railway clinical hospital, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Целью исследования была необходимость оценить связь носительства мутации G735A в гене *DPYD*, выявленного методом ПЦР, у пациентов, которым назначен 5-фторурацил или капецитабин, с развитием нефротоксичности, гепатотоксичности и гематотоксичности. Оценка гематотоксичности проводилась по данным общего анализа крови. Оценка гепатотоксичности и нефротоксичности проводилась по данным общего биохимического анализа крови (общий билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин). Все показатели оценивались до начала терапии и после завершения курса терапии. На данном этапе исследования у обследованных пациентов не было выявлено генов, ассоциированных с токсичностью фторурацила и капецитабина, также не было выявлено и критических проявлений токсичности от применения данных лекарственных препаратов по данным проведенных клинико-лабораторных обследований. Данное исследование рассматривается как пилотное. Однако, вероятнее всего, учитывая низкую частоту встречаемости мутантных аллелей, применение данного вида тестирования в регионе будет нецелесообразным.

Ключевые слова: фармакогенетика; фармакогенетическое тестирование; онкология; 5-фторурацил; DPYD.

Abstract. Objective of this study was to assess the association of G735A mutation in the *DPYD* gene detected by PCR in patients who are prescribed 5-fluorouracil or capecitabine with the development of nephrotoxicity, hepatotoxicity, and hematotoxicity. Hematotoxicity was assessed using a general blood test. Assessment of hepatotoxicity and nephrotoxicity was carried out according to the general biochemical analysis of blood (total bilirubin, AST, ALT, urea, creatinine). All indicators were evaluated before the start of therapy and after completion of the course of therapy. At this stage of the study, the genes associated with the toxicity of fluorouracil and capecitabine were not found among the examined patients, and there were also no critical manifestations of toxicity after using these drugs according to clinical and laboratory tests. This study is considered as a pilot. However, given the low prevalence of the frequency of occurrence of mutant alleles, using of this type of testing in the region may be inappropriate.

Keywords: pharmacogenetics; pharmacogenetic testing; oncology; 5-fluorouracil; DPYD.

Индивидуальный подход к подбору противоопухолевой химиотерапии может быть основан не только на биологических параметрах опухоли, но и на генетически обусловленных особенностях метаболизма цитостатиков, влияющих на их эффективность и токсичность. Эти особенности изучает фармакогенетика, обусловлены же они полиморфизмами (вариациями ДНК) генов, отве-

чающих за транспорт, метаболизм и цитостатический эффект лекарственных препаратов. Во многих клиниках фармакогенетическое тестирование используется для индивидуализации химиотерапии иринотеканом, фторурацилом и меркаптопурином, широко обсуждается включение в этот список тамоксифена. В отношении других препаратов роль фармакогенетического тестирования находится в процессе изучения. [1]

Каждый год более чем у двух миллионов населения впервые диагностируются опухоли, которые обычно лечат фторпиримидинами, в основном в сочетании с другими противоопухолевыми препаратами [2].

Приблизительно у 10–40% пациентов, получавших фторпиримидины, развиваются проявления тяжелой и иногда опасной для жизни токсичности (нейтропения, тошнота, рвота, сильная диарея, стоматит, мукозит, ладонно-подошвенный синдром) [3].

Метаболизм фторпиримидинов требует дигидропиримидиндегидрогеназы (DPD, кодируемой геном *DPYD*), а сниженная или отсутствующая активность этого фермента может привести к тяжелой и иногда фатальной токсичности. 5-фторурацил имеет узкое терапевтическое окно, что приводит к небольшой разнице между минимально эффективной и максимально переносимой дозами. Только 1–3% введенного 5-фторурацила метаболизируется до цитотоксических метаболитов. DPD является первым и ограничивающим скорость этапом катаболического пути превращения 5-фторурацила в дигидрофторурацил. [4]

Уровни DPD демонстрируют высокие индивидуальные вариации, которые влияют на эффект 5-фторурацила.

Снижение активности DPD приводит к уменьшению клиренса и увеличению периода полураспада 5-фторурацила и может вызывать высокую токсичность, связанную с дозой.

Капецитабин является пролекарством 5-фторурацила, превращается в 5-фторурацил и также метаболизируется DPD. Следовательно, токсические эффекты сходны у пациентов со сниженной или отсутствующей функцией *DPYD*. [5]

Фармакогенетическое тестирование, предваряющее назначение лекарственных препаратов, широко включено в рекомендации международных и национальных профессиональных научных организаций [6].

Частота носительства аллельного варианта G735A гена *DPYD* в российской популяции составляет 0,69%, что сопоставимо с другими европейскими этническими группами [7].

Гомозиготное носительство полиморфного маркера G735A ассоциируется с замедлением биотрансформации 5-фторурацила и капецитабина, высокими значениями их концентрации в плазме крови и повышенным риском развития выраженных нежелательных лекарственных реакций (НЛР) [7].

Для промежуточных метаболизаторов рекомендовано снизить дозу фторпиримидинов на 50% от полной стандартной дозы у гетерозиготных носителей вариантов со сниженной функцией c.2846A>T (rs67376798) или c.1129–5923C>G (rs75017182). Для гомозиготных носителей аллелей со сниженной функцией рекомендовано назначение альтернативного лекарственного препарата. [8]

Цель исследования: необходимость оценить связь носительства мутации G735A в гене *DPYD*, выявленного методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), у пациентов, которым назначен 5-фторурацил или капецитабин, с развитием гастротоксичности, нефротоксичности, гепатотоксичности и гематотоксичности.

Материалы и методы. Проведение данного пилотного исследования начато в 2019 году в городе Челябинске. В исследование включено 36 пациентов.

В исследовании в качестве генетического материала для ПЦР использовалась кровь.

Получение препарата ДНК из цельной периферической крови с последующим проведением генетических исследований производилось при помощи детектирующего амплификатора DT-96 («НПО ДНК-Технология», Россия) и наборов реагентов для выявления мутации G735A в гене *DPYD* с использованием ПЦР в режиме реального времени (производитель ООО «БиоЛинк», Россия).

Расшифровка результатов фармакогенетического тестирования для оценки токсичности проводилась с учетом практических рекомендаций и информации в базе данных The Pharmacogenomics Knowledge base (www.pharmgkb.org).

После интерпретации результата планировалось проведение необходимой персонализированной коррекции терапии для конкретного пациента, включающей определение подходящего лекарственного препарата и режима дозирования.

Оценка гематотоксичности проводилась по данным общего анализа крови (ОАК) до начала терапии и после завершения курса терапии; оценка гепатотоксичности проводилась по данным общего биохимического анализа крови (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза — АСТ, аланинаминотрансфераза — АЛТ) до начала те-

рапии и после завершения курса терапии; оценка нефротоксичности проводилась по данным общего биохимического анализа крови (мочевина, креатинин) до начала терапии и после завершения курса терапии.

Расчет статистических данных был проведен с помощью программы SPSS Statistics 15.0.

Результаты и обсуждение. Исследование включило результаты обследования 36 пациентов.

При анализе возрастной, ростовой, весовой и гендерной характеристик пациентов было выявлено, что возраст обследуемых, вошедших в исследование, составил от 14 до 82 лет, средний возраст — (63,0 ± 11,57) года; 61,1 % пациентов были мужского пола, все они отнесены к европеоидной расе.

Среди показаний для назначения фторурацила: 44,4 % пациентов были включены в исследование с диагнозом «рак прямой кишки», 22,2 % пациентов — с диагнозом «рак сигмовидной кишки», по 16,6 % пациентов — с диагнозами «рак желудка» и «рак ободочной кишки».

По данным проведенного тестирования для выявления мутации G735A в гене *DPYD* ни у одного из обследованных не было выявлено носительства мутантной аллели, соответственно, коррекция дозы или отмена препарата для предотвращения токсичного воздействия не требовались.

Также не было отмечено проявлений токсичности и согласно лабораторным показателям.

По данным ОАК, минимальный уровень эритроцитов до начала терапии составил $3{,}56 \times 10^{12}$/л, максимальный — $4{,}96 \times 10^{12}$/л; минимальный уровень эритроцитов после проведения терапии составил $3{,}36 \times 10^{12}$/л, максимальный — $5{,}42 \times 10^{12}$/л. Среднее изменение числа эритроцитов составило +(0,19 ± 0,07) (95 % ДИ –1,31…0,17; p = 0,787).

Минимальный уровень лейкоцитов до начала терапии составил $3{,}6 \times 10^{9}$/л, максимальный — $14{,}4 \times 10^{9}$/л; минимальный уровень лейкоцитов после проведения терапии составил $3{,}3 \times 10^{9}$/л, максимальный — $10{,}4 \times 10^{9}$/л. Среднее изменение числа лейкоцитов составило +(0,19 ± 0,07) +(0,18 ± 0,64) (95 % ДИ –1,2…1,56; p = 0,785).

Минимальный уровень тромбоцитов до начала терапии составил 115×10^{9}/л, максимальный — 590×10^{9}/л; минимальный уровень тромбоцитов после проведения терапии составил 106×10^{9}/л, максимальный — 575×10^{9}/л. Среднее изменение числа тромбоцитов составило +(15,07 ± 16,94) (95 % ДИ –21,27…51,41; p = 0,389).

По данным общего биохимического анализа крови, минимальный уровень общего билирубина до начала терапии составил 3,79 мкмоль/л, максимальный — 13,9 мкмоль/л; минимальный уровень общего билирубина после проведения терапии составил 13,9 мкмоль/л, максимальный — 29 мкмоль/л. Среднее изменение уровня общего билирубина составило +(6,36 ± 1,09) (95 % ДИ –8,67…–4,04; p < 0,005). Несмотря на наличие значимых различий, значения оставались в пределах лабораторных норм.

Минимальный уровень АСТ до начала терапии составил 15 Ед/л, максимальный — 65 Ед/л; минимальный уровень АСТ после проведения терапии составил 19 Ед/л, максимальный — 72 Ед/л. Среднее изменение уровня АСТ составило –(11,0 ± 3,43) (95 % ДИ –18,29…3,75; p = 0,005).

Минимальный уровень АЛТ до начала терапии составил 10 Ед/л, максимальный — 88 Ед/л; минимальный уровень АЛТ после проведения терапии составил 14 Ед/л, максимальный — 71 Ед/л. Среднее изменение уровня АЛТ составило –(7,28 ± 3,46) (95 % ДИ –14,59…0,03; p = 0,051).

По данным общего биохимического анализа крови, минимальный уровень креатинина до начала терапии составил 56 мкмоль/л, максимальный — 107 мкмоль/л; минимальный уровень креатинина после проведения терапии составил 50 мкмоль/л, максимальный — 120 мкмоль/л. Среднее изменение уровня креатинина составило –(14,18 ± 4,6) (95 % ДИ –1,29…0,02; p = 0,058).

Минимальный уровень мочевины до начала терапии составил 2,8 мкмоль/л, максимальный — 7,4 мкмоль/л; минимальный уровень мочевины после проведения терапии составил 3,4 мкмоль/л, максимальный — 8,4 мкмоль/л. Среднее изменение уровня мочевины составило –(0,63 ± 0,3) (95 % ДИ –23,94…–4,41; p = 0,007).

Заключение. У обследованных пациентов не было выявлено генов, ассоциированных с токсичностью фторурацила и капецитабина, также не было выявлено и токсичности от применения данных лекарственных препаратов по данным проведенных клинико-лабораторных обследований.

Однако размер выборки для формирования однозначных выводов о корреляции токсичности с носительством мутантной аллели недостаточен. Необходимо расширение объема выборки.

Данное исследование рассматривается как пилотное.

Литература

1. Моисеев А. А. Роль фармакогенетики в индивидуализации противоопухолевой химиотерапии // Фарматека. 2013. № 8. С. 15–20.

2. Meulendijks D., Henricks L. M., Sonke G. S. et al. Clinical relevance of DPYD variants c.1679T>G, c.1236G>A/HapB3, and c.1601G>A as predictors of severe fluoropyrimidine-associated toxicity: a systematic review and meta-analysis of individual patient data // Lancet Oncol. 2015. Vol. 16, № 16. P. 1639–1650.

3. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA Cancer J. Clin. 2018. Vol. 68, № 6. P. 394–424.

4. Fleming R. A., Milano G., Thyss A. et al. Correlation between dihydropyrimidine dehydrogenase activity in peripheral mononuclear cells and systemic clearance of fluorouracil in cancer patients // Cancer Res. 1992. Vol. 52, № 10. P. 2899–2902.

5. Deenen M. J., Tol J., Burylo A. M. et al. Relationship between single nucleotide polymorphisms and haplotypes in DPYD and toxicity and efficacy of capecitabine in advanced colorectal cancer // Clin. Cancer Res. 2011. Vol. 17, № 10. P. 3455–3468.

6. Caudle K. E., Klein T. E., Hoffman J. M. et al. Incorporation of pharmacogenomics into routine clinical practice: the Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) guideline development process // Curr. Drug Metab. 2014. Vol. 15, № 2. P. 209–217.

7. Сычев Д. А. Фармакогенетическое тестирование: клиническая интерпретация результатов. М., 2011. 89 с.

8. Amstutz U., Henricks L. M., Offer S. M. et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Guideline for Dihydropyrimidine Dehydrogenase Genotype and Fluoropyrimidine Dosing: 2017 Update // Clin. Pharmacol. Ther. 2018. Vol. 103, № 2. P. 210–216.

Сведения об авторах

Кетова Галина Григорьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. +7 351 721-82-55; электронная почта: galina_ketova@mail.ru

Барышева Валерия Олеговна, кандидат медицинских наук, клинический фармаколог клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: valeriya.bar@mail.ru

Сальников Михаил Сергеевич, врач-онколог НУЗ «ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД»
Электронная почта: miklsalnikov@gmail.com

Дворчик Елена Евгеньевна, кандидат медицинских наук, врач клинической лабораторной диагностики клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: klinika_chgma@mail.ru

Квятковская Светлана Валерьевна, кандидат медицинских наук, зав. иммунологической лабораторией клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: klinika_chgma@mail.ru

Кремлев Сергей Леонидович, доктор медицинских наук, главный врач клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: klinika_chgma@mail.ru

УДК 10.31146/1682-8658

Особенности поражения желудочно-кишечного тракта при COVID-19 (обзор актуальной литературы и собственные наблюдения)

А. С. Сарсенбаева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Features of gastrointestinal tract lesions in COVID-19 (review of current literature and own observations)

A. S. Sarsenbayeva

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Задачи автора при написании статьи: провести систематизацию современного литературного материала о характере вовлечения желудочно-кишечного тракта в патологический процесс при COVID-19, обратить внимание врачебной аудитории на особенности курации пациентов гастроэнтерологического профиля в период пандемии.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт; кишечник; воспалительные заболевания кишечника; печень; COVID-19.

Abstract. The author's task in writing the article was to systematize the current literature on the nature of involvement of the gastrointestinal tract in the pathological process in COVID-19, to draw the attention of the medical audience to the features of the supervision of gastroenterological patients during the pandemic.

Keywords: bowel; inflammatory bowel diseases; COVID-19; liver.

В декабре 2019 года в Ухани (Китай) был обнаружен кластер случаев вирусной пневмонии, связанный с рынком морепродуктов и живых животных. Новый коронавирус (SARS-CoV-2) был идентифицирован как причина и быстро прогрессировал от эпидемии в Китае [1, 2] к глобальной пандемии. Этот вирус вызвал болезни у миллионов людей и сотни тысяч смертей по всему миру.

Согласно классификации [20], коронавирусы подразделяются на HCoV 229 E, HCoV NL63, вирус свиного трансмиссивного гастроэнтерита, вирус эпидемической диареи свиней, свиной респираторный коронавирус, коронавирус собак, кишечный коронавирус кошек, кошачий инфекционный вирус, кроличий коронавирус, Bat (летучей мыши) коронавирус HKU2, HCoV OC43, HCoV HKU1, SARS-CoV, SARS-CoV-2, вирус гемагглютинирующего энцефаломиелита, вирус гепатита мышей, вирус сиалодакриоаденита крыс, бычий коронавирус, вирус инфекционного бронхита (курица), коронавирус Турции. Для преобладающего большинства представителей коронавирусов наряду с поражением дыхательной системы характерно вовлечение и пищеварительной системы (кишечника, печени). При инфицировании SARS-CoV-2 около 5–18 % пациентов, помимо респираторных симптомов, также имеют желудочно-кишечные симптомы, наводящие на мысль о вирусном гастроэнтерите с диареей, тошнотой, рвотой и болью в животе [2–5]. Анорексия была наиболее распространенным симптомом, отмеченным до 40 % пациентов, за которым следовали другие, более специфичные для желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), симптомы, включая водянистую диарею (9,6–16 %), тошноту и рвоту (6,6–15,3 %) и боль в животе (5,7–14,5 %).

Механизм, с помощью которого SARS-CoV-2 вызывает желудочно-кишечные симптомы, неясен. Существует несколько возможных объяснений желудочно-кишечных симптомов у пациентов с COVID-19. Во-первых, было показано, что ангиотензинпревращающий фермент 2 (ACE2) является рецептором клеток-хозяев SARS-CoV-2. ACE2 экспрессируется не только в клетках альвеолярного эпителия, но, возможно, в большей степени и в эпителии пищевода, тонкого кишечника и толстой кишки, где участвует в транспорте аминокислот [6–8], подтверждением явилось то, что РНК вируса обнаруживали в фекалиях у больных с SARS-CoV-2.

Электронная микроскопия на аутопсийных образцах COVID-19 пациентов также показала повреждение пищевода, желудка и кишечника [19] в виде эпизодической лимфоцитарной инфильтрации в плоском эпителии пищевода и обильной инфильтрации плазматическими клетками и лим-

фоцитами с интерстициальным отеком в желудке, двенадцатиперстной и прямой кишке. Окрашивание патологических образцов ACE2 показало, что положительные участки в основном распределены в цитоплазме эпителиоцитов желудка и кишечника и ресничках железистых эпителиоцитов, но редко наблюдаются в клетках плоского эпителия пищевода. Вирусный нуклеокапсидный белок был обнаружен в цитоплазме клеток железистого эпителия желудка, двенадцатиперстной кишки и прямой кишки, но не в эпителии пищевода, что позволяет предположить, что желудочно-кишечные симптомы инфекции SARS-CoV-2 могут быть вызваны прямой вирусной атакой, а также повреждением тканей и органов вследствие иммунного ответа.

Коронавирус использует эктоэнзим плазматической мембраны ангиотензинпревращающего фермента 2 для проникновения в клетки, связывается с вирусными контактами гликопротеина с клеточными рецепторами через S-белок клетки-хозяина [19]. Таким образом, можно выделить три механизма возникновения желудочно-кишечных симптомов: первый — это тропность SARS-CoV-2 к желудочно-кишечному тракту, которая определяет желудочно-кишечную симптоматику у пациентов с COVID-19, и эти факты послужили основанием для рассмотрения фекально-орального механизма передачи инфекции, хотя одним из возможных путей для продвижения вируса в пищеварительной системе может быть «трахея — пищевод — подвздошная кишка — толстая кишка» [10–12]; второй механизм — так называемый синдром цитокинового шторма, при котором активированные лимфоциты выделяют большое количество цитокинов, что приводит к синдрому системного воспалительного ответа, который вызывает воспаление и повреждение ЖКТ [13]. Пациенты, у которых наблюдались желудочно-кишечные симптомы, демонстрировали более высокий уровень С-реактивного белка (СРБ), лактатдегидрогеназы и α-гидроксибутиратдегидрогеназы. Эти данные предполагают возможную корреляцию между желудочно-кишечным поражением и воспалительными реакциями, вызванными инфекцией SARS-CoV-2. Третий механизм: желудочно-кишечные симптомы могут быть вызваны препаратами с потенциальными желудочно-кишечными, панкреатическими и гепатобилиарными побочными эффектами, такими как антибиотики, противовирусные препараты, гидроксихлорохин и биологические препараты.

В фекалиях больных, у которых наблюдались желудочно-кишечные симптомы, не были выявлены эритроциты и лейкоциты, что является характерным для вирусных инфекций. Предполагается, что желудочно-кишечные симптомы зависимы от степени репликации вируса и коррелируют с высокой вирусной нагрузкой и тяжестью COVID-19. При этом доля пациентов, у которых тест на SARS-CoV-2 в стуле был положительным, составляла от 36 до 53 % от всех подтвержденных случаев. H. Zhang et al. [7] сообщают о высокой точности определения нуклеиновых кислот в образцах стула. Сравнение результатов теста стула с клиническими проявлениями, а также тяжестью заболевания показало, что положительная частота фекального теста не была дифференцированно связана с активностью заболевания или симптомами нарушения пищеварения. Возраст пациентов с положительными тестами на РНК вируса в стуле колебался от 10 месяцев до 78 лет. Продолжительность положительного теста на вирус в стуле была от 1 до 16 дней. Также был установлен определенный временной интервал в положительных образцах теста из различных тканей [4]. Фекальная РНК была положительной через 2–5 дней после получения положительных тестов из дыхательных образцов, но в то же время у 23–82 % пациентов фекальные тесты продолжали быть положительными в то время, как их дыхательные образцы были отрицательными. Фекальный тест у пациентов, получавших кортикостероиды, оставался положительным дольше [6].

В более поздний период эпидемии количество больных диареей увеличилось, что может свидетельствовать о снижении вирулентности вируса в процессе передачи; возможно, имело значение и усиление медикаментозной терапии на более поздних стадиях эпидемии.

Входят ли пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) в группу высокого риска COVID-19? В настоящее время имеющиеся данные не позволяют предположить, что пациенты с ВЗК подвергнуты повышенному риску приобретения COVID-19 [14]. В настоящее время два ингибитора ИЛ-6 (тоцилизумаб и сарилумаб) проходят клиническое исследование у пациентов с COVID-19 [14, 15]. Может ли терапия ВЗК защитить от синдрома высвобождения цитокинов? На данный момент гипотеза является провокационной, но не доказанной [16].

Пациентов с ВЗК в этой ситуации можно разделить на три категории и дать следующие рекомендации.

1. Для пациентов с ВЗК и не инфицированных SARS-CoV-2 рекомендации аналогичны рекомендациям для населения в целом: строгое социальное дистанцирование и тщательная гигиена рук.

Терапия ВЗК должна быть продолжена с целью поддержания ремиссии и избегания обострения, использования стероидов и госпитализации. [15]

2. Для пациентов с ВЗК, инфицированных SARS-CoV-2, но без проявлений COVID-19: пациенты должны быть переведены на более низкие дозы преднизона. Тиопурины, метотрексат и тофацитиниб следует временно отменить. Биологическая терапия, включающая антиФНО агенты, устекинумаб и ведолизумаб, должна быть отсрочена на две недели при развитии COVID-19. [17]

3. Пациентам в ремиссии по ВЗК в настоящее время, но с COVID-19 следует избегать назначения стероидов. Если пациент принимает эту группу препаратов, необходимо быстро прервать лечение, насколько это возможно. Пероральный будесонид, вероятно, безопаснее других глюкокортикостероидов, его прием может быть продолжен, если это необходимо для контроля активности заболевания. Тиопурины, метотрексат и тофацитиниб должны быть отменены во время острой фазы заболевания, но лечение антиФНО агентами, ведолизумабом и устекинумабом в острый период заболевания может быть продолжено. [17]

В то время, когда вирусная нагрузка в стуле высока или находится в благоприятной для вирусов среде, SARS-CoV-2 может легко распространяться через фекалии. Высокая инфекционность SARS-CoV-2, загрязнение фекалиями окружающей среды (такой как общественные туалеты или объекты с плохой санитарией) могут вызвать передачу вируса путем попадания фекалий на слизистые через загрязненные руки. В связи с этим следует обратить внимание на следующее: для минимизации риска передачи фекально-оральным путем пациенту необходимо вменить тщательный протокол гигиены рук, тщательную дезинфекцию туалета, раковин, стараться избегать совместного использования туалетов. Надлежащая дезинфекция туалетов имеет решающее значение в эндемичных регионах; в противном случае санитарные объекты могут превратиться в «вирусные ловушки». [18]

Роль врача-терапевта и гастроэнтеролога состоит в том, чтобы распознавать желудочно-кишечные проявления COVID-19, проводить надлежащую дифференциальную диагностику, управлять инфекционными осложнениями и неблагоприятными лекарственными явлениями.

Тактика курации заболеваний ЖКТ в период пандемии SARS-CoV-2 широко обсуждается в зарубежной и отечественной литературе. Так, в целях предупреждения распространения инфекции аэрозольным или фекально-оральным путем рекомендуется в период пандемии стоматологическую помощь оказывать только в неотложных случаях [21].

A. Repici et al. рекомендуют отложить несрочные (плановые) эндоскопические процедуры во время пандемии. Перед процедурой эндоскопии пациент должен быть осмотрен на наличие лихорадки и клинических симптомов вирусной инфекции. Для минимизации риска аэрозолизации (через глоточную и желудочную слизь), длительности процедуры необходимо рассмотреть возможность эффективной интубации (седации). Каждого пациента следует рассматривать как источник вируса «высокого риска». [22] Медицинский персонал, проводящий эндоскопию желудочно-кишечного тракта у изолированных выздоравливающих пациентов, должен воспринимать каждого пациента как случай с подтвержденным заболеванием и принимать строгие защитные меры.

В условиях пандемии SARS-CoV-2 необходим также взвешенный подход к назначению ингибиторов протонной помпы (ИПП), так как редукция кислотного барьера может явиться фактором преодоления вирусом желудочно-кислотного барьера (фекально-оральный путь передачи инфекции) [23].

Проведение антихеликобактерной терапии в период коронавирусной инфекции также нежелательно с учетом влияния сложных схем на иммунный статус людей.

В создавшихся условиях достаточно ограничиться цитопротективной терапией (или в комбинации с ИПП — для профилактики и лечения НПВП гастропатии) [24].

Негативный прогноз течения COVID-19 на момент госпитализации установлен у пациентов с повышенным уровнем АЛТ, тромбоцитопенией, гипоальбуминемией. Смертность больных с диффузными заболеваниями печени составила 12%, а пациентов с циррозом печени — 40% [25]. ACE2 был обнаружен на гепатоцитах и холангиоцитах, хотя и в меньшей степени по сравнению с легкими и кишечником. Таким образом, SARS-CoV-2 теоретически может быть нацелен и на клетки печени. Тем не менее на основании этих данных нельзя сделать вывод о причинной роли SARS-CoV-2, поскольку флуктуации аминотрансфераз часто регистрируются у пациентов с системными вирусными инфекциями и фактически отражают системную воспалительную активацию, а не прямое вирусное повреждение (феномен, называемый «сторонним гепатитом»). Недавнее исследование, проведенное на 115 госпитализированных пациентах с COVID-19, не выявило каких-либо существенных различий в тестах функции печени при сравнении COVID-19 с другими формами пневмо-

нии, что позволяет предположить, что нарушение функции печени может не быть значимой особенностью COVID-19 [26]. Тем не менее обсуждается несколько механизмов повреждения печени:

- иммуноопосредованное повреждение вследствие тяжелой воспалительной реакции при COVID-19 (биомаркерами воспаления выступают СРБ, сывороточный ферритин, ЛДГ, ИЛ-6, ИЛ-2);

- прямая цитотоксичность, обусловленная активной репликацией вируса в клетках печени, — в данном случае SARS-CoV-2 связывается с мишенью клетки через ACE2; ACE2 обильно экспрессируется в печени и на билиарные эпителиальные клетки (холангиоциты);

- лекарственно индуцированное повреждение печени;

- реактивация ранее существовавшего заболевания печени, при этом пациент с ранее существовавшим хроническим заболеванием печени может быть более восприимчив к повреждению печени от COVID-19 [26].

Наличие ожирения у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени ассоциировалось с 6-кратным повышением риска развития тяжелой формы COVID-19 (без коррекции — OR 5,77; 95% CI 1,19–27,91; p=0,029).

Приводим результаты собственного наблюдения за группой пациентов с COVID-19 численностью 125 человек с разной степенью тяжести пневмонии, проходивших лечение на нескольких госпитальных базах города Челябинска в период первой волны пандемии вируса. При анализе лабораторных показателей функции печени у пациентов с КТ-1 степенью тяжести пневмонии (n=33) средние показатели АЛТ и АСТ находились на уровне 84–85 Ед/л, индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил 29,9 кг/м². При КТ-2 степени тяжести (n=66) средние показатели цитолиза имели отклонения в пределах 1–1,5 норм, но при этом ИМТ составил в среднем 29,3 кг/м². У больных с КТ-3 степенью тяжести поражения легочной ткани (n=16) ферменты печени имели отклонения до 2 норм, средние значения АЛТ, АСТ составили 80–86 Ед/л при ИМТ 30,9 кг/м². Таким образом, в настоящем наблюдении установлена прямая корреляционная зависимость отклонения показателей ферментов печени от ИМТ, но не от степени тяжести поражения легочной ткани. Пациенты с избыточной массой тела имеют исходно высокий риск повреждения печени как от воздействия вируса, так и в ответ на воспалительную реакцию в организме и лекарственное воздействие.

В **заключение** следует отметить, что одной из наиболее важных проблем, требующих решения, является возможность реинфекции SARS-CoV-2. Некоторые сообщения предполагают, что COVID-19 может рецидивировать у пациентов, которые считались выздоровевшими от болезни [27]. Однако нет никаких определенных данных о возможной реинфекции SARS-CoV-2. Понимание потенциального защитного иммунитета к SARS-CoV-2 и его продолжительности во времени будет представлять собой крупное научное достижение как на индивидуальном уровне, так и в глобальной перспективе здравоохранения.

Роль врача чрезвычайно важна для оценки:

- результатов и последствий положительного теста (мазка) из носоглотки для SARS-CoV-2, выполненного через месяц после двух отрицательных результатов;

- клинических и лабораторных результатов у пациентов с недавним диагнозом COVID-19, стратифицированных в соответствии с клинической картиной (легкая, умеренная и тяжелая степень респираторных явлений и желудочно-кишечных симптомов);

- иммунологического ответа (уровни IgG и IgA/IgM в сыворотке крови) у пациентов, которые перенесли острую фазу заболевания в разное время (во время наблюдения, через 1 месяц после начала заболевания, через 3, 6 и 12 месяцев соответственно);

- вирусной нагрузки у пациентов с положительным тестом из носоглотки — для понимания возможной вирусной активности и контагиозности;

- возможности реинфекции и степени побочных реакций лекарственной терапии после выписки из больницы;

- возможного развития других вирусных и/или бактериальных инфекций и других событий, в том числе для органов пищеварительного тракта.

Литература

1. Wang D., Hu B., Hu C. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China // JAMA. 2020. Vol. 323, № 11. P. 1061–1069.

2. Dong E., Du H., Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time // Lancet Infect. Dis. 2020. Vol. 20, № 5. P. 533–534.

3. Guan W. J., Ni Z.-Y., Hu Y. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China // N. Engl. J. Med. 2020. Vol. 382, № 18. P. 1708–1720.

4. Jin X., Lian J.-S., Hu J.-H. et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms // Gut. 2020. Vol. 69, № 6. P. 1002–1009.

5. Pan L., Mu M., Yang P. et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study // Am. J. Gastroenterol. 2020. Vol. 115, № 5. P. 766–773.

6. Zhou P., Yang X.-L., Wang X.-G. et al. Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin // BioRxiv: The preprint server for biology. 23.01.2020. URL: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.22.914952v1. doi: https://doi.org/10.1101/2020.01.22.914952.

7. Zhang H., Kang Z., Gong H. et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCov infection: a bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes // BioRxiv: The preprint server for biology. 31.01.2020. URL: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.30.927806v1. DOI: 10.1101/2020.01.30.927806.

8. Xiao F., Tang M., Zheng X. et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2 // Gastroenterology. 2020. Vol. 158, № 6. P. 1831–1833.e3.

9. Hoffmann M., Kleine-Weber H., Schroeder S. et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor // Cell. 2020. Vol. 181, № 2. P. 271–280.e8. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32142651.

10. Hung I. F. N., Cheng V. C. C., Wu A. K. L. et al. Viral loads in clinical specimens and SARS manifestations // Emerg. Infect. Dis. 2004. Vol. 10, № 9. P. 1550–1557.

11. Zhou J., Li C., Zhao G. et al. Human intestinal tract serves as an alternative infection route for Middle East respiratory syndrome coronavirus // Sci. Adv. 2017. Vol. 3, № 11. P. eaao4966.

12. Holshue M. L., DeBolt C., Lindquist S. et al. First case of 2019 novel coronavirus in the United States // N. Engl. J. Med. 2020. Vol. 382, № 10. P. 929–936.

13. Tisoncik J. R., Korth M. J., Simmons C. P. et al. Into the eye of the cytokine storm // Microbiol. Mol. Biol. Rev. 2012. Vol. 76, № 1. P. 16–32.

14. Perrone F., Piccirillo M. C. Tocilizumab in COVID-19 pneumonia (TOCIVID-19): Full Text View // ClinicalTrials.gov. 12.04.2020. URL: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04317092.

15. Evaluation of the efficacy and safety of sarilumab in hospitalized patients with COVID-19: Full Text View // ClinicalTrials.gov. 12.04.2020. URL: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04315298.

16. Monteleone G., Ardizzone S. Are patients with inflammatory bowel disease at increased risk for COVID-19 infection? // J. Crohns Colitis. 2020. Vol. 14, № 9. P. 1334–1336.

17. Rubin D., Feuerstein J. D., Wang A. Y. et al. AGA clinical practice update on management of inflammatory bowel disease during the COVID-19 pandemic: expert commentary // Gastroenterology. 2020. Vol. 159, № 1. P. 350–357.

18. Tian Y., Rong L., Nian W. et al. Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission // Aliment. Pharmacol. Ther. 2020. Vol. 51, № 9. P. 843–851.

19. Gutin L. S., Lam A. Y., Velayos F. S. et al. Going viral: management of IBD in the era of the COVID-19 pandemic // Dig. Dis. Sci. 2020. Vol. 65, № 6. P. 1571–1575.

20. Zhang Y., Geng X., Tan Y. et al. New understanding of the damage of SARS-CoV-2 infection outside the respiratory system // Biomed. Pharmacother. 2020. Vol. 127. P. 110195.

21. Sabino-Silva R., Jardim A. C. G., Siqueira W. L. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis // Clin. Oral Investig. 2020. Vol. 24, № 4. P. 1619–1621.

22. Repici A., Maselli R., Colombo M. et al. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know // Gastrointest. Endosc. 2020. Vol. 92, № 1. P. 192–197.

23. Гриневич В. Б., Кравчук Ю. А., Ткаченко Е. И. и др. Особенности ведения больных с гастроэнтерологической патологией в условиях пандемии COVID-19 // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020. Т. 174, № 4. С. 3–18.

24. Guarner F. et al. World Gastroenterology Organization. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: probiotics and prebiotics. February 2017.

25. Moon A. M., Webb G. J., Aloman C. et al. High mortality rates for SARS-CoV-2 infection in patients with pre-existing chronic liver disease and cirrhosis: Preliminary results from an international registry // J. Hepatol. 2020. Vol. 73, № 3. P. 705–708.

26. Gu J., Han B., Wang J. COVID-19: gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission // Gastroenterology. 2020. Vol. 158, № 6. P. 1518–1519.

27. Lan L., Xu D., Ye G. et al. Positive RT-PCR test results in patients recovered from COVID-19 // JAMA. 2020. Vol. 323, № 15. P. 1502–1503.

Сведения об авторе

Сарсенбаева Айман Силкановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. +7 351 742-82-57; электронная почта: aiman-ss@yandex.ru

УДК 614.2

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи населению сельских территорий Челябинской области (методические рекомендации)

М. Г. Москвичева, М. М. Полинов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Organization of primary medical and sanitary assistance to the population of rural territories of Chelyabinsk region (methodical recommendations)

M. G. Moskvicheva, M. M. Polinov

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи. Проблема совершенствования первичной медико-санитарной помощи, в том числе в сельской местности, стала приоритетной, имеет государственную значимость. Разработка мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, повышение доступности и качества медицинской помощи, улучшение медико-демографических показателей, является актуальной научно-практической проблемой.

Методические рекомендации содержат общие организационные и методические подходы к организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению сельских территорий; адресованы руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заместителям руководителей по поликлиническому разделу работы, руководителям и медицинским работникам центров врача общей практики, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов.

В методических рекомендациях приведены методологическое обоснование и разработка мероприятий, направленных на повышение доступности и совершенствование системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу населению сельских территорий Челябинской области.

При разработке методических рекомендаций были проанализированы и обобщены действующие нормативно-правовые акты, регламентирующие оказание первичной медико-санитарной помощи населению, проанализировано современное состояние организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Челябинской области, определены вопросы, по которым отсутствует нормативно-правовое регулирование. Разработана организационная модель сельского врачебного участка с целью совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению по территориально-участковому принципу.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь; организационная модель сельского врачебного участка; доступность медицинской помощи; национальный проект в сфере здравоохранения.

Abstract. Primary health care is the backbone of the health care delivery system. The problem of improving primary health care, including in rural areas, has become a priority and is of national importance. The development of measures aimed at improving the organization of the provision of primary health care to the rural population, increasing the availability and quality of medical care and improving medical and demographic indicators is an urgent scientific and practical problem.

Methodological recommendations contain general organizational and methodological approaches to organizing the provision of primary health care to the population of rural areas, addressed to the heads of medical organizations providing primary health care, deputy heads for the polyclinic section of work, heads and medical workers of general practitioners' centers, medical outpatient clinics, feldsher-obstetric points.

The methodological recommendations provide a methodological justification and development of measures aimed at increasing the availability and improving the system of organizing the provision of primary health care according to the territorial-district principle to the population of rural areas of the Chelyabinsk region.

When developing methodological recommendations, the existing normative legal acts regulating the provision of primary health care to the population were analyzed and summarized, the current state of the organization of primary health care in the Chelyabinsk region was analyzed, issues were identified for which there is no legal regulation. An organizational model of a rural medical district has been developed with the aim of improving the organization of the provision of primary health care to the rural population according to the territorial-district principle.

Keywords: primary health care; organizational model of a rural medical site; availability of medical care; national health project.

Введение. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» совершенствование первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, включая обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; оптимизацию работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием в сфере здравоохранения геоинформационной системы с учетом необходимости строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 человек до 2 тысяч человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек, определено как ключевая цель, достижение которой необходимо обеспечить до 2024 года.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи. Проблема совершенствования первичной медико-санитарной помощи, в том числе в сельской местности, стала приоритетной, имеет государственную значимость.

Разработка мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, повышение доступности и качества медицинской помощи, улучшение медико-демографических показателей, является актуальной научно-практической проблемой.

Методические рекомендации содержат общие организационные и методические подходы к организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению сельских территорий; адресованы руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заместителям руководителей по поликлиническому разделу работы, руководителям и медицинским работникам центров врача общей практики, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов.

В методических рекомендациях приведены методологическое обоснование и разработка мероприятий, направленных на повышение доступности и совершенствование системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу населению сельских территорий Челябинской области.

При разработке методических рекомендаций были проанализированы и обобщены действующие нормативно-правовые акты, регламентирующие оказание первичной медико-санитарной помощи населению, проанализировано современное состояние организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Челябинской области, определены вопросы, по которым отсутствует нормативно-правовое регулирование. Разработана организационная модель сельского врачебного участка с целью совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению по территориально-участковому принципу.

1. Современное состояние организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Челябинской области, в том числе в сельских территориях. Административно-территориальное деление Челябинской области включает 16 городских округов, 27 муниципальных районов, в них 27 городских поселений, 242 сельских поселения; плотность населения 39,5 человека на 1 км^2.

Численность постоянного населения Челябинской области на 1 января 2019 года составила 3 484 395 (мужчины — 1 595 572, женщины — 1 888 823), в том числе моложе трудоспособного возраста — 677 667 (19,4 %), трудоспособного возраста — 1 902 401 (54,6 %), старше трудоспособного возраста — 904 327 (26,0 %). Сельское население области составляет 17,3 %, или 602 575 (мужчины — 287 960, женщины — 314 615), в том числе моложе трудоспособного возраста — 128 538 (21,3 %), трудоспособного возраста — 309 188 (51,3 %), старше трудоспособного возраста — 164 849 (27,4 %).

С целью повышения доступности и качества предоставляемой медицинской помощи населению на территории Челябинской области сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи. С учетом транспортной и временной доступности, наличия медицинских организаций, имеющих соответствие по кадровому и материальному техническому обеспечению, территория Челябинской области была разделена на шесть медицинских округов с формированием межмуниципальных медицинских организаций.

В пределах данных методических рекомендаций рассмотрен первый уровень трехуровневой системы оказания медицинской помощи, в том числе населению сельских территорий (первичная медико-санитарная помощь территориально прикрепленному населению).

Анализ структуры и ресурсов системы организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению региона, в том числе сельских территорий, установил: на территории региона оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению осуществляют 74 медицинские организации, имеющие прикрепленное население, включая 6 областных больниц, 38 городских больниц, 1 медико-санитарную часть, 6 центральных районных больниц, 5 участковых больниц, 14 районных больниц, 4 самостоятельные поликлиники (включая ООО «Полимедика-Челябинск»). Центры врача общей практики (семейной медицины) (ЦОВП) организованы в структуре 42 медицинских организаций в количестве 184, включая 137, расположенных в сельской местности. В структуре 39 медицинских организаций имеются фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) — 652, в том числе 17 фельдшерских пунктов (далее ФП), 8 мобильных ФАП. Существующая сеть ФАП осуществляет медицинское обслуживание 234 447 человек, в том числе 52 455 детей. В регионе функционирует 46 домовых хозяйств для оказания первой помощи жителям населенных пунктов с численностью проживающего населения менее 100 человек.

Показатель укомплектованности врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2018 году по области в целом составил 74,4 %, в медицинских организациях региона, расположенных в сельской местности, данный показатель составил 73,5 %. Показатель обеспеченности населения области врачами-терапевтами составил 4,09 на 10 тысяч населения (по РФ — 5,04 на 10 тысяч населения). Показатель обеспеченности населения области врачами-терапевтами участковыми — 2,23 на 10 тысяч населения, что на 26,6 % ниже показателя обеспеченности врачами-терапевтами участковыми по РФ, равного 3,04 на 10 тысяч населения. Показатель укомплектованности должностей «врач-терапевт» и «врач-терапевт участковый» в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2), по области составил 78,9 и 88,9 % соответственно. Учитывая, что число врачебных терапевтических участков в области всего 1137, в том числе комплексных участков — 28, малокомплектных участков — 12, показатель укомплектованности терапевтических участков медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами-терапевтами участковыми — физическими лицами —54,0 %.

Показатель обеспеченности населения региона врачами общей практики — 0,46 на 10 тысяч населения, что на 41,8 % ниже аналогичного показателя по РФ, равного 0,79 на 10 тысяч населения. Показатель укомплектованности должностей «врач общей практики» в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2), по области составил 77,5 %. В регионе число участков врача общей практики 228, показатель укомплектованности участков медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами общей практики (семейная медицина) — физическими лицами составляет 69,7 %.

Показатель обеспеченности населения врачами-педиатрами в области составляет 13,4 на 10 тысяч детского населения, что на 17,8 % ниже показателя по РФ, равного 16,3 на 10 тысяч детского населения. Показатель обеспеченности населения региона врачами-педиатрами участковыми — 6,5 на 10 тысяч детского населения, что на 29,2 % ниже показателя по РФ, равного

9,2 на 10 тысяч детского населения. Фактический показатель укомплектованности по Челябинской области врачами-педиатрами, трудоустроенными в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, — 90,9% при коэффициенте совместительства 1,34. Число врачебных педиатрических участков по области всего 716, в том числе малокомплектных — 11, показатель укомплектованности педиатрических участков медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами-педиатрами участковыми — физическими лицами составляет 67,6%.

Число среднего медицинского персонала, работающего в ФАП и ФП области, составляет 520, в том числе фельдшеры (включая заведующих) — 373 (71,7%), акушерки (включая заведующих) — 16 (3,1%). Показатель обеспеченности населения заведующими ФАП по области 1,34 на 10 тысяч населения. Показатель укомплектованности штатных должностей фельдшерско-акушерских (фельдшерских) пунктов средним медицинским персоналом — физическими лицами в регионе составил 78,5%, по РФ — 98,3%. Помимо дефицита кадров, существуют кадровые диспропорции, а именно неравномерная концентрация медицинских работников в городах и дефицит их в сельской местности. С 2014 года в Челябинской области наблюдается снижение численности врачей общей практики (семейных врачей) и среднего медицинского персонала ФАП. Численность врачей общей практики с 2013 по 2019 год снизилась с 206 до 144, фельдшеров ФАП — с 430 до 351; врачей-терапевтов участковых — увеличилась с 588 до 603.

Низкие показатели укомплектованности участков медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейная медицина) — физическими лицами свидетельствуют о низкой доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи, высоком проценте самостоятельного приема специалистами со средним специальным медицинским образованием.

2. Первичная медико-санитарная помощь, понятие, классификация. Принципы организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

Виды участков, которые могут быть организованы в медицинских организациях:

1) фельдшерский;

2) терапевтический (в том числе цеховой);

3) врача общей практики (семейного врача);

4) комплексный [участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами)];

5) акушерский;

6) приписной.

Медицинский персонал, обслуживающий прикрепленное население на участках:

1) фельдшер фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

2) врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, медицинская сестра участковая на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;

3) врач-педиатр, врач-педиатр участковый, медицинская сестра участковая на педиатрическом участке;

4) врач общей практики (семейный врач), помощник врача общей практики, медицинская сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на фельдшерском участке — 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на терапевтическом участке — 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, — 1300 человек взрослого населения);
- на педиатрическом участке — 800 человек детского населения;
- на участке врача общей практики — 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на участке семейного врача — 1500 человек взрослого и детского населения;
- на комплексном участке — 2000 и более человек взрослого и детского населения.

Правила организации деятельности, табель оснащения, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, структурных подразделений медицинской организации [фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, центр (отделение) общей врачебной практики, врачебная амбулатория, поликлиника], оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, в том числе сельских территорий, обслуживаемому по территориально-участковому принципу, определены в «Положении об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», «Положении об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению».

Требования к размещению медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельским жителям, и критерии, определяющие доступность первичной медико-санитарной помощи, определены в целях обеспечения доступности медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях с учетом численности населения, видов, форм и условий оказания медицинской помощи, показателей доступности (временной, транспортной) медицинской помощи.

Требования к размещению отдельных видов медицинских организаций первого уровня трехуровневой системы, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению, исходя из условий, видов, форм оказания медицинской помощи, рекомендуемой численности обслуживаемого по территориально-участковому принципу населения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Требования к размещению медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению

Условия оказания медицинской помощи	Вид медицинской организации	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность населения
В амбулаторных, в условиях дневного стационара	Врачебная амбулатория или центр (отделение) ВОП	Первичная врачебная медико-санитарная помощь	Плановая, неотложная	2–10 тыс. человек
	Поликлиника	Первичная специализированная медико-санитарная помощь		20–50 тыс. человек
В стационарных условиях, в условиях дневного стационара	Участковая больница	Первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь		5–20 тыс. человек
	Районная больница	Специализированная медицинская помощь	Плановая, неотложная, экстренная	20–100 тыс. населения

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в неотложной форме, размещаются с учетом транспортной доступности, не превышающей 120 минут.

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в населенных пунктах с численностью населения свыше 20 тысяч человек, размещаются с учетом шаговой доступности, не превышающей 60 минут.

Критерии, определяющие доступность для населения медицинской организации [структурного подразделения медицинской организации: фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, центр (отделение) общей врачебной практики, врачебная амбулатория], а также первичной медико-санитарной помощи (первичная доврачебная, первичная врачебная медико-санитарная помощь), исходя из численности обслуживаемого населения по территориально-участковому принципу и расстояния до ближайшей медицинской организации представлены в таблице 2.

Таблица 2

Критерии доступности вида первичной медико-санитарной помощи и вида медицинской организации (структурного подразделения)

Число жителей, чел.	Вид первичной медико-санитарной помощи	Расстояние до ближайшей медицинской организации, км	
		Менее 6 км	Более 6 км
Менее 100	–	Домовые хозяйства, выездные формы (вне зависимости от расстояния)	
101–300	Первичная доврачебная, медико-санитарная помощь	Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт	
301–1000		Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт (вне зависимости от расстояния)	
1001–2000	Первичная доврачебная, первичная врачебная медико-санитарная помощь	Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт	Центры (отделения) общей врачебной практики, врачебная амбулатория
2001–10 000	Первичная врачебная медико-санитарная помощь	Центры (отделения) общей врачебной практики, врачебная амбулатория (вне зависимости от расстояния)	

3. Методологическое обоснование и разработка мероприятий, направленных на повышение доступности и совершенствование системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу населению сельских территорий Челябинской области. Анализ действующих нормативно-правовых актов, регламентирующих оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению сельских территорий, установил отсутствие нормативно-правового регулирования следующих вопросов:

1. Каким образом должна быть обеспечена доступность первичной врачебной медико-санитарной помощи населению сельских населенных пунктов с численностью населения от 100 до 1000 человек и населенных пунктов с численностью населения от 1001 до 2000 человек (если расстояние от фельдшерско-акушерского пункта до ближайшей медицинской организации не превышает 6 км).

2. Каким образом должны быть обеспечены методическое руководство и взаимодействие структурных подразделений, оказывающих первичную доврачебную, первичную врачебную медико-санитарную помощь населению сельских территорий.

3. Каков порядок формирования комплексных участков.

4. Каким образом распределяются должностные обязанности врачебного и среднего медицинского персонала комплексного врачебного участка.

5. Что такое медицинский участок (определение), какие критерии лежат в основе классификации медицинских участков.

6. Каким образом должна быть обеспечена доступность первичной медико-санитарной помощи на уровне врачебной амбулатории детскому населению.

7. Не утверждены унифицированные формы укладок (перечень лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения) и алгоритмов действий для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях для медицинских работников, включенных в стандарт оснащения ФАП и врачебных амбулаторий.

Цели и задачи развития первичной медико-санитарной помощи, показатели здоровья сельского населения, низкая обеспеченность населения медицинскими кадрами, отсутствие нормативно-правового регулирования обозначенных выше вопросов обосновывают необходимость методологического обоснования и разработки организационных мероприятий, направленных на повышение доступности и совершенствование системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу населению сельских территорий Челябинской области, которые включают в себя пересмотр структуры формирования врачебных участков по принципу организационной модели сельского врачебного участка.

3.1. Понятия «медицинский», «врачебный», «сельский врачебный участок», классификация участков. С целью единого подхода к понятийному аппарату предлагаем использовать в работе следующее понятие медицинского участка: точно установленная часть территории (района, города, населенного пункта) с определенным числом жителей, оказание первичной медико-са-

нитарной помощи которым осуществляет врач и/или специалист со средним медицинским образованием.

Классификация медицинских участков:

1. В зависимости от вида первичной медико-санитарной помощи, оказываемой прикрепленному населению, медицинские участки делятся следующим образом:

1.1. Врачебные участки: первичная врачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, кабинетов и центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины).

1.2. Фельдшерские участки: первичная доврачебная медико-санитарная помощь, оказывается фельдшером фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, отделений/центров врача общей практики, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций.

1.3. Акушерские участки: первичная доврачебная медико-санитарная помощь, оказывается акушерками фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров врача общей практики, поликлинических подразделений.

2. Врачебные участки в зависимости от обслуживаемого контингента по признаку проживания делятся на городские врачебные участки, сельские врачебные участки.

3. Врачебные участки в зависимости от специальности врача и категории обслуживаемого населения подразделяются на терапевтический врачебный участок; педиатрический врачебный участок, врачебный участок врача общей практики (семейного врача).

Малокомплектные участки — врачебные участки, имеющие недостаточную (от рекомендуемой) численность прикрепленного населения.

Приписные врачебные участки — врачебные участки, находящиеся за пределами населенного пункта, где находится медицинская организация, территория, население которой прикреплено для непосредственного врачебного обслуживания к данной медицинской организации.

Сельский врачебный участок — это первый этап в системе медицинского обслуживания сельского населения.

Особенностями (отличиями) работы сельского врачебного участка по сравнению с городским врачебным участком являются: обслуживание территориально прикрепленного населения нескольких сельских населенных пунктов; разный радиус обслуживания населения медицинскими работниками сельского врачебного участка; наличие среднего медицинского персонала (помощников врача) фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов, врачебной амбулатории; низкая плотность прикрепленного населения; низкий уровень бытовых условий сельского населения; низкий уровень здоровья сельского населения с тенденцией к его ухудшению; преобладание лиц старшей возрастной группы, что обусловлено миграцией населения, процессами урбанизации; низкий уровень медицинской грамотности населения; низкий уровень медицинской активности и обращаемости сельских жителей за медицинской помощью.

3.2. Организационно-функциональная модель сельского врачебного участка. Сельский врачебный участок — это функциональная единица, в состав которой входят следующие структурные подразделения: фельдшерские здравпункты и/или фельдшерско-акушерские пункты, врачебные участки врачебной амбулатории, или врачебные участки отделения/центра врача общей практики (семейного врача), или врачебные участки поликлинических подразделений медицинской организации, а также отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи поликлиники, врачебной амбулатории, центра ВОП.

Непосредственно руководство, в том числе методическое руководство сотрудниками, относящимися к сельскому врачебному участку, осуществляет врач сельского врачебного участка [врач-терапевт участковый (врачебной амбулатории, поликлиники), врач общей практики (семейный врач) отделения/центра врача общей практики, врач-педиатр участковый (поликлиники)]. Врач, осуществляющий непосредственное руководство сельским врачебным участком, подчиняется заместителю главного врача по амбулаторно-поликлинической работе. Все структурные подразделения, входящие в состав сельского врачебного участка, функционально и организационно объединены и должны работать по единому плану, утверждаемому руководителем медицинской организации.

Обслуживание населения на сельском врачебном участке осуществляется:

- фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, отделения (кабинета) неотложной помощи; акушеркой ФАП, врачебной амбулатории, ЦОВП;

- врачом-терапевтом участковым (врачебной амбулатории), медицинской сестрой участковой на терапевтическом участке;

- врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым (поликлиники), медицинской сестрой участковой на педиатрическом участке;

- врачом общей практики (семейным врачом) отделения/центра врача общей практики, помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Распределение населения по участкам осуществляется руководителем медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в целях максимального обеспечения доступности медицинской помощи и соблюдения иных прав граждан.

Критериями, регламентирующими распределение населения по участкам, являются: численность, половозрастной состав прикрепленного населения (величины населенных пунктов); транспортная доступность [расположение населенного пункта, радиус обслуживания населения медицинскими работниками, состояния дорог, наличие транспортного сообщения между населенными пунктами, расстояние до ближайшей медицинской организации (км)]; обеспеченность населения медицинскими работниками.

Оптимальным радиусом обслуживания населения медицинскими работниками сельского врачебного участка (при условии обеспечения санитарным транспортом) является 7–10 км [расстояние от сельского населенного пункта, в котором расположена врачебная амбулатория или отделение/офис врача общей практики (семейного врача), до самого отдаленного населенного пункта сельского врачебного участка]. Однако в зависимости от природных и экономико-географических факторов, влияющих на доступность медицинской помощи, размеры сельских врачебных участков и численность населения на них могут быть различными.

Радиус обслуживания населения медицинскими работниками сельского врачебного участка может увеличиваться до административных границ сельского образования при следующих условиях:

- показатель укомплектованности врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, менее 75,0 %;

- показатель укомплектованности участков, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, ВОП (семейная медицина) — физическими лицами менее 75,0 %;

- показатель укомплектованности штатных должностей фельдшерско-акушерских (фельдшерских) пунктов средним медицинским персоналом — физическими лицами менее 75,0 %.

Общая численность обслуживаемого населения сельским врачебным участком должна соответствовать рекомендуемой численности прикрепленного населения на врачебных участках и составлять 2000 и более человек, однако, учитывая наличие среднего медицинского персонала (фельдшер и/или акушерка) у врача сельского врачебного участка, рекомендуемая численность прикрепленного населения может быть увеличена до 700 человек пропорционально числу среднего медицинского персонала (фельдшер и/или акушерка) сельского врачебного участка.

3.3. Варианты (уровни) формирования сельского врачебного участка и распределения населения по сельским врачебным участкам. Варианты (уровни) формирования сельского врачебного участка и распределение обслуживаемого населения:

1. Первый уровень — поликлиника.

1.1. Вариант 1. Приписной врачебный участок поликлиники [терапевтический (1700 взрослого населения) / педиатрический участок (800 детей) / участок врача общей практики отделения ВОП (1200 человек)] — сельский врачебный участок, находящийся за пределами населенного пункта, где находится поликлиника. Врач сельского врачебного участка оказывает первичную медико-санитарную помощь населению населенных пунктов, в которых расположены структурные подразделения: фельдшерские здравпункты или фельдшерско-акушерские пункты.

1.2. Вариант 2. Малокомплектный врачебный участок поликлиники [терапевтический (менее 1700 человек) / педиатрический участок (менее 800 человек) / участок врача общей практики отделения ВОП (менее 1200 человек)] — врач сельского врачебного участка оказывает первичную медико-санитарную помощь прикрепленному к малокомплектному участку населению, а также населению сельских населенных пунктов, в которых расположены структурные подразделения: фельдшерские здравпункты или фельдшерско-акушерские пункты.

2. Второй уровень — врачебная амбулатория.

Сельский врачебный участок врачебной амбулатории [терапевтический (1300 человек) / участок врача общей практики отделения ВОП (1200 человек)] — врач сельского врачебного участка оказывает первичную медико-санитарную помощь населению населенного пункта, в котором находится врачебная амбулатория, а также населению сельских поселений, в которых располо-

жены структурные подразделения: фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты.

3. Третий уровень — центр врача общей практики.

Врач общей практики (семейный врач) организует оказание первичной медико-санитарной помощи населению населенного пункта, где находится ЦОВП (1200 человек), а также населению сельских населенных пунктов, в которых расположены структурные подразделения: фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты.

3.4. Задачи сельского врачебного участка. Задачи сельского врачебного участка:

- оказание врачебной медицинской помощи в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями;

- информирование населения о необходимости и возможности выявления факторов риска и оценки степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний, их медикаментозной и немедикаментозной коррекции и профилактики, а также консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни;

- выявление курящих и избыточно потребляющих алкоголь лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;

- оказание медицинской помощи курящим лицам и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и лечения в центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации;

- проведение профилактических осмотров, индивидуального и группового профилактического консультирования и обследования;

- обучение в школах здоровья, в школах для больных и лиц с повышенным уровнем риска развития неинфекционных заболеваний, включая обучение групп риска правилам первой помощи при внезапной остановке сердца, остром коронарном синдроме, остром нарушении мозгового кровообращения и других угрожающих жизни состояниях, являющихся основными причинами смертности населения вне медицинских организаций;

- проведение оздоровительных мероприятий, медикаментозной и немедикаментозной коррекции факторов риска заболеваний, диспансерное наблюдение лиц, имеющих высокий риск развития хронического неинфекционного заболевания и его осложнений, направление при наличии медицинских показаний лиц с очень высоким риском хронического неинфекционного заболевания на консультацию к врачу-специалисту по профилю угрожаемого заболевания или его осложнения;

- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни, профилактике хронических неинфекционных заболеваний среди населения территории обслуживания;

- осуществление профилактики инфекционных заболеваний;

- осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;

- осуществление диспансерного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования, лечения и оздоровления;

- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, включая мероприятия по укреплению здоровья;

- устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации или их подразделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника либо бригады скорой медицинской помощи;

- оказание неотложной медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, с последующим направлением к врачу-специалисту медицинской организации, осуществляющей оказание врачебной медицинской помощи по месту жительства больного, с последующим посещением пациента в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и/или лечения;

- организация стационара на дому;

- обучение населения вопросам оказания первой помощи;

- направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи;

- выявление злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний и направление выявленных онкологических больных и больных с подозрением на злокачественные новообразования в первичные онкологические кабинеты;

- формирование групп риска;
- осуществление диспансерного наблюдения за предраковыми заболеваниями;
- организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности, направление на медико-социальную экспертизу;
- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение предварительных или периодических медицинских осмотров работников;
- осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, санитарно-гигиеническое образование населения;
- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора, иными учреждениями и организациями по вопросам оказания доврачебной медицинской помощи;
- организация самостоятельно или совместно с органами социальной защиты медико-социальной медицинской помощи инвалидам и хроническим больным.

Дополнительно для сельских врачебных педиатрических участков и сельских врачебных участков врача общей практики:
- динамическое наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием прикрепленного детского населения;
- проведение первичного патронажа новорожденных и детей раннего возраста, беременных;
- профилактические осмотры детей;
- проведение иммунопрофилактики;
- проведение работы по охране репродуктивного здоровья детей;
- направление детей при наличии медицинских показаний на консультации к врачам-специалистам, на стационарное лечение;
- проведение диагностической и лечебной работы в амбулаторных условиях;
- динамическое наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, состоящими на диспансерном учете, и их оздоровление;
- профилактические осмотры и оздоровление детей перед поступлением их в образовательные организации;
- обеспечение передачи информации о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства;
- организация выполнения индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;
- оформление медицинской документации детей на санаторно-курортное лечение;
- проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению у детей гепатита В и С, ВИЧ-инфекции и туберкулеза;
- проведение мер по профилактике и снижению заболеваемости, инвалидности и смертности детей, в том числе первого года жизни;
- оформление медицинской документации детей, страдающих детскими болезнями, для направления на медико-социальную экспертизу;
- проведение врачебного консультирования и профессиональной ориентации детей;
- проведение санитарно-просветительной работы с детьми и родителями по вопросам профилактики детских болезней и формированию здорового образа жизни;
- организация санитарно-гигиенического воспитания и обучения детей и их родителей;
- участие в проведении анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности у детей обслуживаемой территории;
- ведение учетной и отчетной документации;
- организация и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний.

3.5. Задачи структурных подразделений медицинской организации [врачебной амбулатории, центра (кабинета) врача общей практики, фельдшерского здравпункта и фельдшерско-акушерского пункта], в которых организован сельский врачебный участок. В соответствии с задачами сельского врачебного участка определены задачи структурных подразделений медицинской организации, в которых организован сельский врачебный участок.

3.5.1. Задачи врачебной амбулатории:
- диагностика и лечение острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений и других состояний;
- организация медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника врачебной амбулатории либо бригадой скорой медицинской помощи;
- организация диспансерного наблюдения за больными хроническими заболеваниями;
- осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;
- оказание неотложной медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях,

состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, с последующим направлением к врачу-специалисту медицинской организации, в зоне ответственности которой находится данная врачебная амбулатория;

- посещение пациента в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение);

- направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания отдельных видов медицинской помощи (по профилям);

- организация стационара на дому;

- активное выявление злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний и направление больных с подозрением на злокачественные новообразования в первичные онкологические кабинеты;

- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;

- осуществление мероприятий по медицинской профилактике, включая организацию и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению и укреплению здоровья населения, школ здоровья для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения, формирование групп риска развития заболеваний, включая обучение населения правилам оказания первой помощи, направление на консультацию по вопросам ведения здорового образа жизни;

- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;

- оказание медицинской помощи лицам, курящим и избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и лечения в отделения медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные медицинские организации;

- осуществление взаимодействия с медицинской организацией, в структуру которого входит врачебная амбулатория, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора по вопросам оказания первичной медико-санитарной помощи.

Для организации работы врачебной амбулатории в ее структуре рекомендуется предусматривать следующие помещения: регистратура 10 м²; процедурная 12 м²; перевязочная 12 м²; кабинеты врачей (терапевт, хирург, акушер-гинеколог) 10 м²; прививочный кабинет 10 м²; кабинет акушерки 10 м², при установке гинекологического кресла дополнительно 8 м²; кабинет неотложной медицинской помощи 12 м²; кабинет медицинской профилактики 10 м²; комната персонала 12 м²; санузел для персонала 3 м²; санузел для пациентов 3 м²; клиническая лаборатория; кабинет приема 9 м²; общеклиническая лаборатория 10 м²; биохимическая лаборатория; санитарная комната 10 м²; помещение хранения уборочного инвентаря 4 м².

3.5.2. Задачи центра (кабинета) врача общей практики (семейного врача):

- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, в том числе в дневном стационаре;

- осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;

- осуществление профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний;

- осуществление диспансерного наблюдения больных хроническими заболеваниями с проведением необходимого обследования, лечения и оздоровления;

- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;

- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;

- оказание медицинской помощи курящим и избыточно потребляющим алкоголь по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и осуществления коррекции факторов риска развития заболеваний в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и при необходимости в специализированные профильные медицинские организации;

- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, включая мероприятия по укреплению здоровья населения;

- организация и проведение школ здоровья, школ для больных с социально значимыми неин-

фекционными заболеваниями и заболеваниями, являющимися основными причинами смертности и инвалидности населения, а также для лиц с высоким риском их возникновения;

- устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации или их подразделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника либо бригады скорой медицинской помощи;

- оказание неотложной медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, с последующим направлением к врачу-специалисту медицинской организации, осуществляющей оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по месту жительства больного, и последующим посещением больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) при наличии медицинских показаний;

- обучение населения вопросам оказания первой помощи, а также индивидуальное и/или групповое обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях;

- направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи;

- выявление злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний и направление выявленных онкологических больных и больных с подозрением на злокачественные новообразования в первичные онкологические кабинеты;

- формирование групп риска;

- осуществление диспансерного наблюдения за предраковыми заболеваниями;

- организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;

- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности, направление на медико-социальную экспертизу;

- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- проведение предварительных или периодических медицинских осмотров работников и водителей транспортных средств;

- осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;

- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора, иными организациями по вопросам оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Для организации работы центра врача общей практики в его структуре рекомендуется предусматривать следующие помещения: регистратура 10 м²; кабинеты врача общей практики (семейного врача) 12 м²; гинекологический (смотровой) кабинет 18 м²; стоматологический кабинет 12 м²; манипуляционная 12 м²; детский прививочный кабинет 12 м²; процедурная 12 м²; перевязочная 12 м²; физиотерапевтический кабинет; отделение дневного стационара; отделение (кабинет) медицинской профилактики 10 м²; клинико-диагностическая лаборатория 19 м²; пункт детского питания 10 м²; кабинет неотложной медицинской помощи 12 м².

3.5.3. Основные задачи фельдшерского здравпункта и фельдшерско-акушерского пункта:

- диагностика и лечение неосложненных острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, других состояний, травм, отравлений по назначению врача;

- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача в соответствии с действующими стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи;

- направление больных с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;

- организация патронажа детей и беременных женщин;

- систематическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

- проведение профилактических и лечебных мероприятий;

- проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;

- проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;

- наблюдение за контактными лицами в очагах инфекции;

- ежеквартальное обследование детей школьных и дошкольных учреждений на педикулез;

- участие в проведении периодических медицинских осмотров работников;

- проведение 1 раз в год подворной (поквартирной) переписи населения, проживающего на обслуживаемом участке;

- проведение санитарно-просветительной работы;

- организация стационара на дому;

- обеспечение своевременной госпитализации больных, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности, а также медицинской эвакуации рожениц и родильниц в родильное отделение;

- осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;

- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;

- оказание медицинской помощи курящим лицам и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации;

- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;

- направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной (врачебной, специализированной) медико-санитарной или специализированной медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи по профилям, и организация записи на прием к врачам-специалистам;

- устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации или их подразделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника ФАП либо бригадой скорой медицинской помощи;

- выявление лиц с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний, визуальных локализаций злокачественных новообразований и направление больных с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации;

- оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;

- участие в мероприятиях по организации оказания первой помощи до прибытия медицинских работников населению малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации населенных пунктов при угрожающих жизни состояниях и (или) заболеваниях;

- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- санитарно-гигиеническое образование населения;

- осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;

- экспертиза временной нетрудоспособности;

- организации деятельности пункта наблюдаемого лечения больных туберкулезом;

- проведение подворных (поквартирных) обходов с целью выявления больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционное заболевание, в случае угрозы или возникновения эпидемии инфекционного заболевания;

- извещение в установленном порядке центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований;

- обеспечение рецептами на лекарственные средства для амбулаторного лечения граждан в рамках оказания государственной социальной помощи и граждан, имеющих право на получение лекарственных средств бесплатно и со скидкой;

- реализация лекарственных средств и медицинских изделий в случае отсутствия на территории населенного пункта аптечных организаций;

- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора по вопросам оказания доврачебной медицинской помощи;

- осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Для организации работы фельдшерско-акушерского пункта в его структуре рекомендуется предусматривать следующие помещения: процедур-

ная 12 м²; комната фельдшера и акушерки 12 м², при установке гинекологического кресла дополнительно 8 м или кабинет фельдшера 12 м² и кабинет акушерки 10 м²; комната экстренного приема родов 18 м²; комната временного пребывания пациентов 10 м²; санузел для персонала 3 м²; санузел для пациентов 3 м²; санитарная комната 3 м².

3.6. Перечень трудовых функций, содержащий базовый объем знаний, умений и навыков для врачебного и среднего медицинского персонала (фельдшеров ФАП, фельдшерских здравпунктов) сельских врачебных участков. Перечень трудовых функций, содержащий базовый объем знаний, умений и навыков, который позволяет осуществлять профессиональную деятельность, для врачебного и среднего медицинского персонала сельских врачебных участков установлен профессиональными стандартами, утвержденными приказом Минтруда России от 21 марта 2017 года № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», приказом Минтруда России от 27 марта 2017 года № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый», приказом Минтруда России от 31 июля 2020 года № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер».

В настоящее время отсутствует профессиональный стандарт «Специалист по общей врачебной практике». На официальном сайте Министерства труда РФ размещен проект приказа Минтруда России «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по общей врачебной практике».

В проекте приказа определена цель профессиональной деятельности — сохранение и укрепление здоровья взрослого населения. В настоящем проекте профессионального стандарта выделена одна обобщенная трудовая функция — «Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторно-поликлинических условиях».

Данную обобщенную трудовую функцию предложено реализовывать путем выполнения нескольких трудовых функций:

1. «Диагностика» — проведение обследования пациента с целью установления диагноза в амбулаторных условиях.

2. «Лечение» — назначение, контроль эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии, проводимой в амбулаторных условиях.

3. «Реабилитация» — разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ, проводимых в амбулаторных условиях.

4. «Профилактика» — проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья взрослого населения в амбулаторных условиях.

5. «Формирование здорового образа жизни» — ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала с целью формирования здорового образа жизни.

6. «Организация и управление» — организационно-управленческая деятельность.

Перечень должностных обязанностей врача общей практики отделения (офиса) врача общей практики сельского врачебного участка приведен в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

3.7. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности фельдшера ФАП, врача-терапевта, врача-педиатра, врача общей практики сельского врачебного участка. В соответствии с задачами сельского врачебного участка разработаны показатели и критерии оценки эффективности деятельности фельдшера ФАП, врача-терапевта, врача-педиатра, врача общей практики сельского врачебного участка, которые представлены в таблицах 3–6.

Таблица 3

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности фельдшера ФАП сельского врачебного участка

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности	Источник информации	Периодичность оценки
1. Выполнение плановых показателей: - приемы с профилактической, лечебной целью; - оказание медицинской помощи в неотложной форме; - первичный онкоскрининг (смотровой кабинет); - профилактические осмотры	Оперативный отчет по работе учреждения (отдел статистики и экономический отдел, пропорционально отработанному времени)	Ежемесячно
2. Показатель охвата флюорографическими исследованиями, маммографическими исследованиями, на ВИЧ, RW (сифилис), PSA	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
3. Процент охвата профилактическими прививками прикрепленного населения в соответствии с национальным календарем (от утвержденного плана за отчетный период)	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
4. Показатель охвата патронажем (динамическим наблюдением) беременных групп риска, новорожденных в первые сутки после выписки из родильного дома	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
5. Отсутствие запущенных случаев онкологических заболеваний	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
6. Соблюдение условий хранения лекарственных средств и иммунобиологических препаратов, требований санитарных норм и правил	Документальное подтверждение	Ежемесячно
7. Оказание доврачебной первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами, клиническими рекомендациями, назначениями врача	Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
8. Дефекты и финансовые санкции со стороны страховых медицинских организаций, ТФОМС	Акты экспертиз	Ежемесячно
9. Обоснованные жалобы	Журнал учета обращений граждан	Ежемесячно
10. Организация и ведение диспансерного учета (исполнение плана диспансерного наблюдения врача)	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
11. Нарушения правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемиологического режима	Акты проверок, протоколы заседания комиссий и пр.	Ежемесячно
12. Организация стационара на дому в соответствии с назначениями врача	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
13. Оказание паллиативной помощи больным в соответствии с рекомендациями врача	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
14. Отсутствие нарушений при проведении ЭВН, организация льготного лекарственного обеспечения	Первичная медицинская документация	Ежемесячно

Таблица 4

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта сельского врачебного участка

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности	Источник информации	Периодичность оценки
1. Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, в том числе в условиях дневного стационара. Оказание паллиативной медицинской помощи	Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи	Ежемесячно
2. Выполнение плановых показателей государственного задания: - приемы с лечебной и профилактической целью; - функция врачебной должности	Оперативный отчет по работе (пропорционально отработанному времени) учреждения	Ежемесячно
3. Организация и ведение диспансерного учета в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения РФ	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
4. Организация мероприятий по медицинской реабилитации/ абилитации инвалидов	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
5. Организация и обеспечение льготного лекарственного обеспечения, в том числе НС и ПВ. Своевременность и полнота заявки и выборки лекарственных средств	Протоколы заседаний врачебной комиссии, отсутствие невостребованных лекарственных препаратов, заявленных в заявке	Ежемесячно
6. Выполнение утвержденных объемов скрининговых исследований: флюорографического обследования, маммографического исследования, ВИЧ, RW (сифилис), PSA	Оперативный отчет по работе структурного подразделения	Ежемесячно
7. Процент охвата профилактическими прививками прикрепленного населения в соответствии с национальным календарем (от утвержденного плана за отчетный период)	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
8. Разбор запущенных случаев онкологических заболеваний	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
9. Число летальных случаев / число вызовов СМП среди прикрепленного населения	Оперативный отчет по работе структурного подразделения	Ежемесячно
10. Нарушения правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемиологического режима	Акты проверок, протоколы заседания комиссий и пр.	Ежемесячно
11. Дефекты и штрафные санкции со стороны страховых медицинских организаций, ТФОМС	Акты экспертиз	Ежемесячно
12. Обоснованные жалобы	Журнал учета обращений граждан	Ежемесячно
13. Организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, по формированию ЗОЖ; организация и проведение школ здоровья	Оперативный отчет по работе структурного подразделения	Ежемесячно
14. Отсутствие нарушений при проведении ЭВН, своевременность направления на МСЭ	Отчеты подкомиссии врачебной комиссии по ЭВН	Ежемесячно

Таблица 5

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности
врача-педиатра сельского врачебного участка

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности	Источник информации	Периодичность оценки
1. Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в соответствии с установленными порядками медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, в том числе в условиях дневного стационара. Оказание паллиативной медицинской помощи	Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи	Ежемесячно
2. Выполнение плановых показателей государственного задания: - приемы с лечебной и профилактической целью; - функция врачебной должности; - периодические медицинские осмотры детского населения	Оперативный отчет по работе (пропорционально отработанному времени) учреждения	Ежемесячно
3. Организация и ведение диспансерного учета в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения РФ	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
4. Организация мероприятий по медицинской реабилитации/ абилитации инвалидов	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
5. Организация исполнения льготного лекарственного обеспечения, в том числе НС и ПВ. Своевременность, полнота заявки и выборки лекарственных средств	Протоколы заседаний врачебной комиссии, наличие невостребованных лекарственных препаратов, заявленных в заявке	Ежемесячно
6. Процент охвата профилактическими прививками прикрепленного населения в соответствии с национальным календарем (от утвержденного плана за отчетный период)	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
7. Показатель охвата патронажем (динамическим наблюдением) новорожденных в первые сутки после выписки из родильного дома	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
8. Нарушения правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемиологического режима	Акты проверок, протоколы заседания комиссий и пр.	Ежемесячно
9. Дефекты и штрафные санкции со стороны страховых медицинских организаций, ТФОМС	Акты экспертиз	Ежемесячно
10. Обоснованные жалобы	Журнал учета обращений граждан	Ежемесячно
11. Организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, по формированию ЗОЖ, организация и проведение школ здоровья	Оперативный отчет по работе структурного подразделения	Ежемесячно
12. Отсутствие нарушений при проведении ЭВН, своевременность направления на МСЭ	Отчеты подкомиссии врачебной комиссии по ЭВН	Ежемесячно
13. Обеспечение передачи информации о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства	Отчеты отделения медико-социальной помощи детской поликлиники	Ежемесячно

Таблица 6

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача общей практики сельского врачебного участка

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности	Источник информации	Периодичность оценки
1. Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в соответствии с установленными порядками медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, в том числе в условиях дневного стационара. Оказание паллиативной медицинской помощи	Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи	Ежемесячно
2. Выполнение плановых показателей государственного задания: - приемы с лечебной и профилактической целью; - функция врачебной должности; - периодические медицинские осмотры детского населения	Оперативный отчет по работе (пропорционально отработанному времени) учреждения	Ежемесячно
3. Организация и ведение диспансерного учета в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения РФ	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
4. Организация мероприятий по медицинской реабилитации/ абилитации инвалидов	Первичная медицинская документация	Ежемесячно
5. Организация исполнения льготного лекарственного обеспечения, в том числе НС и ПВ. Своевременность, полнота заявки и выборки лекарственных средств	Протоколы заседаний врачебной комиссии, наличие невостребованных лекарственных препаратов, заявленных в заявке	Ежемесячно
6. Процент охвата профилактическими прививками прикрепленного населения в соответствии с национальным календарем (от утвержденного плана за отчетный период)	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
7. Показатель охвата патронажем (динамическим наблюдением) новорожденных в первые сутки после выписки из родильного дома	Оперативный отчет по работе учреждения	Ежемесячно
8. Нарушения правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-эпидемиологического режима	Акты проверок, протоколы заседания комиссий и пр.	Ежемесячно
9. Дефекты и штрафные санкции со стороны страховых медицинских организаций, ТФОМС	Акты экспертиз	Ежемесячно
10. Обоснованные жалобы	Журнал учета обращений граждан	Ежемесячно
11. Организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, по формированию ЗОЖ, организация и проведение школ здоровья	Оперативный отчет по работе структурного подразделения	Ежемесячно
12. Отсутствие нарушений при проведении ЭВН, своевременность направления на МСЭ	Отчеты подкомиссии врачебной комиссии по ЭВН	Ежемесячно
13. Обеспечение передачи информации о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства	Отчеты отделения медико-социальной помощи детской поликлиники	Ежемесячно

Литература

1. Боев В. С. Пути повышения доступности первичной медико-санитарной помощи сельским жителям // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 6. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/puti-povysheniya-dostupnosti-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-selskim-zhitelyam (дата обращения: 13.11.2020).

2. Бережной В. Г. Социально-гигиеническая модель организации профилактической работы с сельским населением Омской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. № 4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-gigienicheskaya-model-organizatsii-profilakticheskoy-raboty-s-selskim-naseleniem-omskoy-oblasti.

3. Гусева Н. К., Доютова М. В., Соколов В. А., Соколова И. А. Современные проблемы организации медицин-

ской помощи сельскому населению // Медицинский альманах. 2015. № 3 (38). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-organizatsii-meditsinskoy-pomoschi-selskomu-naseleniyu (дата обращения: 16.11.2020).

4. Зубарева Н. Н. Инновационные модели управления системой оказания первичной медико-санитарной помощи (региональный опыт) // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. 2020. № 1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsionnye-modeli-upravleniya-sistemoy-okazaniya-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-regionalnyy-opyt (дата обращения: 13.11.2020).

5. Калининская А. А., Юсупова М. М. Анализ показателей деятельности и пути реформирования здравоохранения села // Менеджер здравоохранения. 2016. № 5. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-pokazateley-deyatelnosti-i-puti-reformirovaniya-zdravoohraneniya-sela.

6. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник. М., 2015. 268 с. URL: https://vk.com/doc16558471_332066157?hash=c19e764df5d7438c41&dl=88423c9cfd1e5881bf.

7. Проклова Т. Н., Расторгуева Т. И., Карпова О. Б. Организация медицинской помощи сельскому населению // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2016. № 5. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-meditsinskoy-pomoschi-selskomu-naseleniyu (дата обращения: 13.11.2020).

8. Шейман И. М., Шевский В. И., Сажина С. В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2019. Т. 65, № 1. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru. DOI: https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3.

9. Шубкин М. В., Тихонова Н. В., Добрецова Е. А., Ильюшенко В. М., Астанина Н. Г., Турчина Ж. Е., Сабанова А. О. Оптимизация первой помощи в сельских территориях (на примере Красноярского края) // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. № 6. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-pervoy-pomoschi-v-selskih-territoriyah-na-primere-krasnoyarskogo-kraya (дата обращения: 13.11.2020).

10. Щепин В. О., Дьячкова А. С. Современные подходы к развитию первичной специализированной медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2013. № 1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-razvitiyu-pervichnoy-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi (дата обращения: 16.11.2020).

11. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/dd5b443a6d2c374dc77998bcc6ccad68c593488e (дата обращения: 02.02.2020).

12. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : Указ Президента РФ от 7 мая 2018 года № 204. URL: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/ (дата обращения: 02.02.2020).

13. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента РФ от 6 июня 2019 года № 254. URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=326419&fld=134&dst=100001,0&rnd=0.5043123909412012#020491918228330386 (дата обращения: 02.02.2020).

14. Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения : Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 года № 1304. URL: http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=335028&fld=134&dst=100001,0&rnd=0.5605354091149083#06739447020420588 (дата обращения: 02.02.2020).

15. Паспорт региональной составляющей Челябинской области национального проекта «Здравоохранение» : утв. Региональным стратегическим комитетом : протокол от 13 декабря 2018 года. URL: http://www.zdrav74.ru/files/zdrav74/Rieghsostavliaiushchaia.pdf (дата обращения: 02.02.2020).

16. Паспорт приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» : утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам : протокол от 26 июля 2017 года № 8. URL: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22 (дата обращения: 22.03.2019).

17. Государственная программа Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области» : постановление Правительства Челябинской области от 28 ноября 2014 года № 644-П. URL: https://www.lawmix.ru/zakonodatelstvo/1901361 (дата обращения: 27.01.2020).

18. Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер» : приказ Минтруда России от 31 июля 2020 года № 470н. URL: http://base.garant.ru/74561326 (дата обращения: 05.10.2020).

Сведения об авторах

Москвичева Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор, директор Института дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. +7 351 232-73-71; электронная почта: moskvichevamg@mail.ru

Полинов Максим Михайлович, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Электронная почта: polinov.2013@mail.ru

УДК 376.1-056.266

Сопровождение студентов с инвалидностью в образовательном пространстве ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Е. И. Антипова, Л. В. Елизарьева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Supporting disabled students within South-Urals State Medical University of Ministry of Health of Russia

E. I. Antipova, L. V. Elizareva

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы сопровождения студентов с инвалидностью как важнейшего компонента учебной и воспитательной системы, внедряемого в образовательное пространство университета. Описаны этапы и направления сопровождения данной категории студентов. Представлен опыт проведения конкурсных соревнований чемпионата по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью «Абилимпикс» с определением важности сопровождения участников мероприятий.

Ключевые слова: сопровождение; инклюзивная образовательная среда; студенты с инвалидностью; Абилимпикс.

Abstract. The paper addresses the matters of supporting students with physical disabilities as a vital component of the educational system of the university. The research reflects certain steps of the process and directions in which the support of the mentioned group of students should be carried out. The authors offer their experience of holding a competitive professional skills championship “Abilimpics” among people with disabilities. The degrees of significance of supporting the participants of “Abilimpics” are also mentioned in the paper.

Keywords: support; inclusive educational system; disabled students; Abilimpics.

Современные вызовы, стоящие перед Россией, требуют реализации комплекса социально-экономических преобразований. В ряду важнейших преобразований стоит развитие человеческого потенциала, что, с одной стороны, предполагает создание благоприятных условий для развития способностей каждого человека, улучшение качества жизни, с другой — повышение конкурентоспособности человеческого капитала. Для сферы образования данный посыл связан с необходимостью перехода от системы массового образования к непрерывному индивидуализированному образованию, в том числе ориентированному на формирование социально ответственной личности.

Развитие человеческого потенциала как приоритетная задача российской системы образования предполагает обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Выстраивая инновационную образовательную политику с учетом указанных потребностей различных категорий студентов, ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России проводит активную работу по созданию инклюзивной образовательной среды, улучшению инфраструктуры, обеспечивающей комфортные условия для получения качественного образования.

По состоянию на 1 декабря 2020 года общее количество студентов с инвалидностью ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России составляет 43 человека, также два студента с инвалидностью обучаются в колледже ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

Анализ количества студентов с инвалидностью по нозологическим группам (рисунок 1) показал, что подавляющее большинство обучающихся — с соматическими заболеваниями (76,8%), доля студентов с нарушением опорно-двигательного аппарата составляет 16,3%, обучающихся с нарушением зрения — 4,6%, с нарушением слуха — 2,3%.

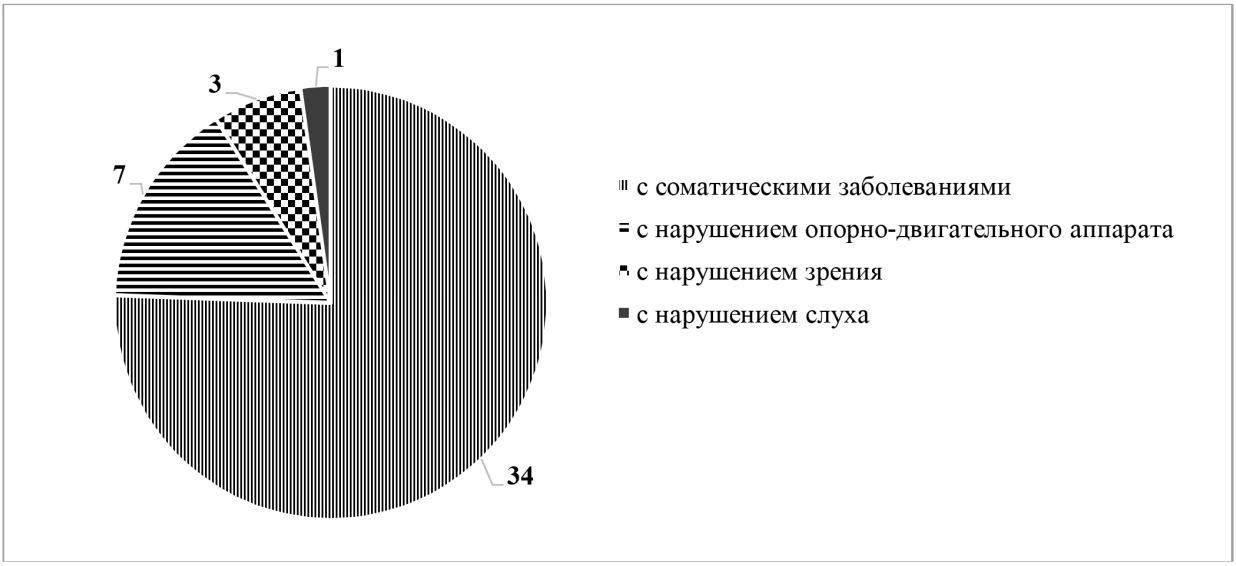

Рисунок 1. Количество студентов с инвалидностью ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (с учетом студентов колледжа) по нозологии, человек

Современному обществу необходимы выпускники, готовые к включению в дальнейшую жизнедеятельность, способные решать встающие перед ними жизненные и профессиональные задачи. Однако выпускники с инвалидностью сталкиваются с различными проблемами, препятствующими их успешной самореализации на рынке труда, в жизни в целом [4], что порождает у них тревожность по поводу дальнейшего жизнеустройства. Поэтому актуальной является организация сопровождения студентов с инвалидностью в образовательном пространстве.

Сопровождение — это один из важных компонентов учебной и воспитательной системы, внедряемый в образовательную среду. По мнению специалистов, сопровождение понимается как система поддержки профессионально-личностного развития студентов в период обучения [1, 5]. М. В. Ососова отмечает, что психолого-педагогическое сопровождение — это система профессиональной деятельности, направленная на создание социально-психологических условий для успешного воспитания, обучения и развития студента на каждом этапе обучения [2].

Во ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России осуществляется комплексное сопровождение обучающихся с инвалидностью в период обучения:

- учебно-методическое сопровождение — студентам с инвалидностью предоставляются учебно-методические материалы как для аудиторной, так и самостоятельной работы по освоению учебных дисциплин и профессиональных модулей основных профессиональных образовательных программ по направлению (специальности); имеются специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования. Доступ к информационным системам и информационно-телекоммуникационным сетям, в том числе приспособленным для использования студентами с инвалидностью, реализован в читальном зале и зале каталогов научной библиотеки ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. По запросам пользователей библиотеки выдаются наушники, специализированная клавиатура, маркированная азбукой Брайля, электронная лупа;

- психолого-педагогическое сопровождение — студентам с инвалидностью оказывается психолого-педагогическая поддержка преподавателями кафедры психологии;

- содействие в трудоустройстве — в центре содействия трудоустройству выпускников университета проводится профориентационная работа и оказывается помощь в трудоустройстве. Так как труд медицинских работников отличается особыми условиями, большое внимание при взаимодействии с потенциальными работодателями уделяется вопросам организации рабочих мест инвалидов в медицинских организациях;

- медицинско-оздоровительное сопровождение — для охраны здоровья обучающихся, в том числе с инвалидностью, в университете работает доврачебный кабинет клинико-диагностического отделения клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. Установлен особый порядок

освоения дисциплины «физическая культура» обучающимися с инвалидностью, основанный на соблюдении принципов здоровьесбережения и адаптивной физической культуры, в том числе с использованием интеллектуальных видов спорта и скандинавской ходьбы;

- социально-педагогическое сопровождение — специалисты управления по внеучебной, воспитательной и социальной работе университета оказывают помощь в оформлении документов на получение материальной помощи и иных социальных выплат как по социальной программе университета, так и по социальным программам г. Челябинска и Челябинской области; проводят индивидуальные консультации по вопросам стипендиального обеспечения; осуществляют педагогическое сопровождение с участием специалистов деканатов факультетов.

Комплексное сопровождение студентов с инвалидностью имеет несколько этапов, для каждого из которых характерен комплекс задач, отражающих специфику содержания сопровождения (таблица 1).

Таблица 1

Этапы сопровождения студентов с инвалидностью

Этапы	Курс обучения	Содержание этапа
I этап	1–2-й курсы	Содействие адаптации студентов с инвалидностью к условиям и режиму учебной деятельности; диагностика личностного потенциала студентов
II этап	3–4-й курсы	Создание условий для развития личности студентов с инвалидностью, их профессионального становления; активное вовлечение в образовательную, научную, творческую жизнь университета
III этап	5–6-й курсы	Проведение работы по профессиональному самоопределению студентов с инвалидностью на основании данных о социально-психологических особенностях с учетом программ саморазвития; мониторинг профессиональной успешности студентов с инвалидностью

Из таблицы 1 видно, что на первом этапе сопровождения создаются условия, облегчающие адаптационные процессы студентов с инвалидностью младших курсов; на основе данных педагогической, социально-психологической диагностики разрабатываются программы развития студентов. На втором этапе сопровождения важным является создание условий для развития личности студентов с инвалидностью, их успешного обучения и профессионального становления, оказание своевременной помощи имеющим проблемы в обучении, общении со сверстниками и др. Третий этап сопровождения связан с оказанием помощи в определении профессиональных перспектив.

Важнейшей задачей сопровождения студентов с инвалидностью является формирование у них качеств социально активной и профессионально компетентной личности.

Социальная активность личности как важный элемент организации ее жизнедеятельности играет существенную роль в преодолении различных психологических, социальных барьеров. Участие в культурных мероприятиях, волонтерском движении, различных общественных акциях, научных конференциях расширяет сферу интересов студентов с инвалидностью, повышает их самооценку, способствует формированию у них активной жизненной позиции. Так, студенты с инвалидностью ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России участвуют в конкурсных соревнованиях чемпионата по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс», Всероссийском сетевом конкурсе студенческих проектов «Профессиональное завтра», являются членами Челябинского регионального отделения Всероссийского общественного движения добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики» и др.

Одним из эффективных механизмов профессиональной социализации студентов с инвалидностью является включение их в конкурсные соревнования чемпионата по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс».

«Абилимпикс» — это международное некоммерческое движение, целью которого является развитие в России системы конкурсов профессионального мастерства для людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, обеспечивающей эффективную профессиональную ориентацию и мотивацию людей с инвалидностью к получению профессионального образования, содействие их трудоустройству и социокультурной инклюзии в обществе [3].

В Челябинской области координаторами подготовки и проведения отборочных этапов чемпионата «Абилимпикс» выступают Министерство образования и науки Челябинской области и ГБНОУ «Образовательный комплекс «Смена», обеспечивающие поддержку региональной системы инклюзивного профессионального образования инвалидов.

Впервые ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России приняло участие в конкурсных соревнованиях чемпионата в 2018 году, организовав региональный чемпионат «Абилимпикс — Южный Урал 2018» на базе аккредитационно-симуляционного центра университета по компетенциям «Медицинский и социальный уход» и «Практические навыки в медицине». В мероприятии участвовали 13 студентов с инвалидностью следующих образовательных организаций: ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, медицинский колледж ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, ГБПОУ «Златоустовский медицинский техникум», ГБПОУ «Троицкий медицинский колледж». Победителем регионального чемпионата «Абилимпикс — Южный Урал 2018» стал студент 4-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

В 2019 году университет проводил региональный чемпионат «Абилимпикс — Южный Урал 2019» по компетенции «Медицинский и социальный уход», участниками которого стали представители таких образовательных организаций, как ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, медицинский колледж ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, ГБПОУ «Златоустовский медицинский техникум», ГБПОУ «Челябинский медицинский колледж». Всего участвовали 10 студентов с инвалидностью. Победу в региональном чемпионате 2019 года одержал студент 5-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

В 2020 году, несмотря на сложность санитарно-эпидемиологической ситуации, на базе мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра университета состоялись соревнования VI регионального чемпионата «Абилимпикс — Южный Урал 2020». В отличие от предыдущих соревнований мероприятие в текущем году проходило в новом формате: конкурсные задания выполнялись с соблюдением временны́х интервалов и дистанции между участниками соревнований. Одновременно было задействовано несколько площадок для соревнований.

Участниками мероприятия стали студенты ГБПОУ «Златоустовский медицинский техникум», ГБПОУ «Копейский медицинский техникум», ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, медицинского колледжа ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. Всего участвовали 7 студентов с инвалидностью. Победителем соревнований 2020 года стала студентка медицинского колледжа ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

Победители региональных этапов соревнований достойно представляли Челябинскую область на национальных чемпионатах «Абилимпикс» по компетенции «Медицинский и социальный уход», проходивших в Москве. Национальный чемпионат в 2020 году проходил в очно-дистанционном режиме с использованием онлайн-трансляции при соблюдении всех санитарно-эпидемиологических требований.

Партнерами мероприятия были АНО ДПО «Учебный центр «Перспектива», ООО «Камея-Урал», Oriflame Cosmetics — команда «Живи Ярко».

В течение трех лет проведения региональных соревнований чемпионата «Абилимпикс» команду экспертов возглавляла В. Е. Семенова, заведующая отделениями «Акушерское дело», «Сестринское дело», «Лабораторная диагностика» медицинского колледжа ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, а организационно-методическими вопросами и сопровождением участников соревнований занимались специалисты управления по внеучебной, воспитательной и социальной работе университета.

Преимуществами проведения на базе университета конкурсных соревнований чемпионатов по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» являются:

1) внедрение лучших практик конкурсных соревнований чемпионатов в образовательный процесс;

2) улучшение социального и психологического самочувствия студентов с инвалидностью;

3) возможность решения проблемы трудоустройства выпускников университета (колледжа) с инвалидностью;

4) привлечение внимания потенциальных работодателей и представителей власти к профессиональным возможностям студентов с инвалидностью.

Для организации и проведения эффективного сопровождения студентов с инвалидностью ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России важными задачами являются:

- применение индивидуального подхода к обучению студентов с инвалидностью навыкам са-

моорганизации и самоподдержки (сопровождение рассматривается как ресурсная база для всех участников образовательного процесса);

- активное вовлечение студентов с инвалидностью в различные мероприятия с учетом интересов и особенностей обучающихся;

- подготовка волонтеров для сопровождения студентов с инвалидностью на профориентационных, воспитательных и иных мероприятиях, в том числе на конкурсных соревнованиях чемпионата «Абилимпикс»;

- расширение перечня партнеров конкурсных соревнований чемпионата «Абилимпикс» из числа потенциальных работодателей — медицинских организаций для увеличения диапазона возможностей для трудоустройства выпускников — участников «Абилимпикса»;

- включение в план проведения конкурсных соревнований чемпионата «Абилимпикс» деловой программы (конференций по развитию инклюзивного образования, круглых столов по вопросам профориентации и сопровождаемого трудоустройства людей с инвалидностью и др.).

Таким образом, сопровождение студентов с инвалидностью ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России предусматривает непрерывность оказания квалифицированной поддержки данной категории студентов на всех этапах обучения и дифференциацию сопровождения в зависимости от получаемой студентами специальности.

Эффективное сопровождение студентов с инвалидностью обеспечивается комплексной работой специалистов и представителей профессорско-преподавательского состава университета и делает возможным оказание наиболее качественной поддержки студентам.

Литература

1. Антипова Е. И. Реализация психолого-педагогического сопровождения социально незащищенных детей // Профилактика зависимостей. 2019. № 4 (20). С. 118–121.

2. Ососова М. В. Психолого-педагогическое сопровождение самоопределения подростков в системе образовательного процесса // Успехи современного естествознания. 2010. № 1. С. 74–78.

3. Официальный сайт национального центра «Абилимпикс». URL: https://abilympicspro.ru (дата обращения: 10.12.2020).

4. Сычева В. В., Шатрова Н. В. Особенности преподавания безопасности жизнедеятельности в медицинском вузе в условиях инклюзивного образования // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 5. С. 27.

5. Цирихова Е. В. Психолого-педагогическое сопровождение профессионально-личностного развития студентов в период обучения в колледже // Психологические науки: теория и практика : материалы I Международной научной конференции (г. Москва, февраль 2012 года). М. : Буки-Веди, 2012. С. 97–100.

Сведения об авторах

Антипова Евгения Игоревна, начальник управления по внеучебной, воспитательной и социальной работе ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. +7 351 232-74-82; электронная почта: antipova_evgeniy@mail.ru

Елизарьева Лариса Вениаминовна, специалист управления по внеучебной, воспитательной и социальной работе ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта: uni_campus@mail.ru

В помощь авторам статей

Оформление

Название статьи должно быть компактным не в ущерб информативности.

Кроме названия, в *шапке статьи* (см. ниже) надо указать Ф. И. О. авторов, их должности, ученые степени, а также полные наименования и местоположение учреждений, которые авторы представляют.

Шапка, **аннотация** и **список ключевых слов** к статье предоставляются на русском и английском языках. Не советуем полагаться на сервисы автоматического перевода. Аутентичные термины и обороты вы сможете почерпнуть из англоязычных источников по тематике вашего исследования.

Если вы используете сокращения, не являющиеся общеупотребительными и интуитивно понятными, обязательно расшифруйте их при первом использовании в тексте статьи.

Список литературы составляется в соответствии с действующим стандартом библиографических списков. При его подготовке, а также при составлении перечня ключевых слов и определении УДК статьи вам помогут работники библиотеки.

Перед отправкой материалов в редакцию не забудьте воспользоваться сервисом проверки правописания, который имеется в каждом современном текстовом редакторе. Для получения подсказки, как включить этот сервис на вашем рабочем месте, обычно достаточно клавиши F1.

Комплектация пакета документов к отсылке в редакцию

Статьи и все необходимые материалы к ним готовятся в электронном виде и присоединяются к письму, отсылаемому в редакцию на адрес pgmedes@chelsma.ru. В соответствующий пакет документов обязательно входят два текстовых файла (пожалуйста, убедитесь, что вы сохранили их в формате DOC, а не DOCX).

1. Файл статьи, включая:

		Язык	Объем
Шапка	УДК	Код	По факту
	Название статьи	Русск.	По факту
		Англ.	
	Ф. И. О., должности и ученые степени авторов; полные наименования и местоположение учреждений, которые они представляют	Русск.	По факту
		Англ.	
	Аннотация (*англ.* Abstract)	Русск.	≈ 1000 знаков
		Англ.	≈ 1000 знаков
	Ключевые слова (*англ.* Keywords)	Русск.	≤ 5 слов
		Англ.	≤ 5 слов
	Текст статьи	Русск.	≈ 4–5 машинописных листов, или 12–15 тыс. знаков
	Библиография	На языке источников	

2. Отдельный файл-справка об авторах, включая:

Данные	Язык	Требования
Ф. И. О. (полностью)	Русск.	Указывается для каждого автора
Должность		
Место работы		
Электронная почта		
Полная контактная информация (включая адрес и телефон)		По первому автору

Рекомендации по объему основного текста статьи, включая библиографию, приблизительные. Для своего удобства при подсчете листажа вы можете ориентироваться на следующий набор параметров: Times New Roman 12 pt, интервал между строками — единица, между абзацами — «Авто» или 0. Впрочем, не будет большой беды, если шрифт окажется Arial: в данном случае содержание гораздо важнее формы.

3. Файлы таблиц, графиков, изображений и других иллюстраций к статье.

Все **таблицы и графики**, подготовленные в Excel и других приложениях Microsoft Office, должны быть включены в отсылаемый пакет документов **наряду** с файлом статьи.

Соответственно, вам не обязательно владеть передовой техникой их «внедрения» (*англ.* embedding) в документы Word. Достаточно вписать рядом с заголовком иллюстрации (табл.1, рис. 2 и т. п.) название соответствующей закладки (*англ.* sheet) или графика (*англ.* chart) в высланном вами файле Excel.

Поскольку цвета при черно-белой печати передаются полутонами серого, обязательно проверьте, как выглядят и насколько читаемы и различимы ваши графики, схемы и фотографии в печатном варианте.

Изображения, добавленные в статью (фотографии, сканы, скриншоты и пр.), также присоединяются к письму в виде **отдельных файлов** соответствующих форматов (BMP, PNG, JPG, GIF).

ISSN 2412-5741