

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
ИМЕНИ ПАТРИСА ЛУМУМБЫ»

На правах рукописи

ДЖОПУА ИЛОНА ДАУРИЕВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

**3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза**

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Фомина Анна Владимировна,
доктор фармацевтических наук,
профессор

МОСКВА-2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСТОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ (обзор литературы)	15
1.1. Развитие организации медицинской помощи по профилю «эндокринология»: исторические аспекты.....	15
1.2. Проблемы и перспективы организации медицинской помощи при заболеваниях эндокринной системы в настоящее время.....	22
1.3. Цель и структура современной организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями.....	29
1.4. Эволюция приоритетных целей модернизации структуры медицинской помощи пациентам по профилю «эндокринология».....	34
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	47
3.1. Структура и распространенность болезней эндокринной системы среди взрослого населения города Москвы за период с 2011 по 2021 годы.....	47
3.2. Сравнительный анализ динамики и распространенности заболеваний эндокринной системы среди населения города Москвы со среднестатистическими показателями по Российской Федерации.....	54

3.3. Структура и сравнительный анализ инвалидности вследствие болезней эндокринной системы по городу Москве и Российской Федерации.....	60
---	----

ГЛАВА 4. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ЭНДОКРИНОЛОГАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДЕ МОСКВЕ И ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ И ВРАЧАМИ-ЭНДОКРИНОЛОГАМИ.....	69
---	----

4.1. Динамика кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в Российской Федерации и городе Москве за период с 2011 по 2021 годы.....	69
---	----

4.2. Анализ результатов анкетирования врачей-терапевтов по организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями.....	72
---	----

4.3. Анализ результатов анкетирования врачей-эндокринологов по организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями.....	79
---	----

ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	86
---	----

5.1. Анализ результатов анкетирования пациентов с заболеваниями эндокринной системы для оценки оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.....	86
--	----

5.2. Анализ результатов анкетирования пациентов с заболеваниями эндокринной системы для оценки оказания медицинской помощи в	
--	--

стационарных условиях.....	95
5.3. Анализ результатов опросника оценки качества жизни (SF-36) пациентов с заболеваниями эндокринной системы.....	104
ГЛАВА 6. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.....	108
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	116
ВЫВОДЫ.....	122
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	124
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	126
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	127
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	148

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования.

В настоящее время во всем мире отмечается постоянный рост болезней эндокринной системы, которые оказывают существенное негативное влияние как на отдельные категории граждан, так и на все сферы жизни государства. Это обусловлено, прежде всего, социальной значимостью данной группы заболеваний, что связано с большим поражением лиц молодого трудоспособного возраста [Виноградов К.А., 2007; Демченкова Г.З., 2018; Кураева В.М., 2022; Chireh B., 2019; Ong S.E., Koh J.J.K., 2018].

Первопричины эндокринных заболеваний сложны и имеют несколько уровней, включая наследственные факторы (геном и эпигенетические механизмы) и факторы окружающей среды. Особенностью заболеваний эндокринной системы является их широкое распространение, отсутствие в некоторых случаях установленных стандартов диагностики и лечения, а также развитие множества осложнений, приводящих к инвалидизации населения [Ищенко В.Ю., 2016; Кузнецов Е.В., Жукова Л.А., 2017].

По данным Росстата, число впервые выявленных случаев заболеваний эндокринной системы в Российской Федерации (РФ) за период 2017–2021 гг. увеличилось на 36,0%. В 2022 году в РФ было зарегистрировано 1248,3 на 100 000 человек населения впервые выявленных заболеваний по классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ», один из самых высоких показателей зафиксирован в городе Москве – 7,4 на 1000 человек населения.

Основной вклад в структуру общей и первичной заболеваемости по классу болезней эндокринной системы принадлежит сахарному диабету, болезням щитовидной железы и ожирению [Алан Л.А., 2017; Андреева Н.С., 2021; Величковский В.Т., 2001; Дедов И.И., 2000; Демидова Т.Ю., 2018; Савина А.А., 2021; Семенов В.Ю., 2016; Стародубов В.И., 2019].

На протяжении многих лет в структуре заболеваний эндокринной системы лидирующую позицию занимает сахарный диабет. Рядом авторов отмечается, что сахарный диабет стал растущей эпидемией еще в прошлом столетии, за последние несколько десятилетий ставшей более острой в связи с экспоненциальным ростом ожирения, являясь одной из ведущих причин смерти во всем мире [Дедов И.И., 2021; Демченкова Г.З., Соболева Н.П., 2018; Омеляновский В.В., 2022; Портал IDF, 2021; Ahmed N.J., 2021; DeGuire J., 2019; Doorn-Klomberg A.L., 2014; Ivanov V.N., 2021]. Средний возраст начала данного заболевания составляет 42,5 лет, что может быть связано с потреблением пищи с высоким содержанием легкоусвояемых углеводов и калорий, низкой физической активностью, генетической восприимчивостью и образом жизни. При этом, около 8,0% детей и около 26,0% молодых людей во всем мире страдают сахарным диабетом [Дедов И.И., Шестакова М.В., 2021, Росстат, 2021].

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы не только сопряжены с риском развития рака, но и имеют высокую распространенность, поражая до 5,0% населения [Андреева Н.С., 2021; Евтеева А.А., 2021; Жукова Л.А., 2019].

По результатам исследований Т.Ю. Демидовой и Е.Ю. Грицкевич, «эпидемии избыточного веса и ожирения значительно усилились за последние три десятилетия как в развитых, так и в развивающихся странах» [Демидова Т.Ю., Грицкевич Е.Ю., 2018].

Именно столь высокие показатели заболеваемости диктуют необходимость постоянного реформирования и модернизации медицинской помощи пациентам эндокринологического профиля [Алексеев В.А., 2018; Гриднев О.В., 2019; Демченкова Г.З., 1988; Котельников Г.П., 2012; Ржанникова Е.В., 2009; Руголь Л.В., 2020].

На протяжении многих лет Москва была и остается передовой моделью организации эндокринологической службы, экстраполируемой в будущем на все субъекты Российской Федерации. Департаментом здравоохранения г. Москвы с 2007 года проводится реализация программы «Развитие

здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», где эндокринология представлена как одно из приоритетных направлений [Демченкова Г.З., Соболева Н.П., 2018; Квасов С.Е., 2019; Линденбратен А.Л., 2020].

Таким образом, проблематика по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями по-прежнему остается крайне актуальной, что диктует необходимость в проведении научных исследований, направленных на изучение заболеваемости и инвалидности вследствие болезней эндокринной системы, оценки кадрового потенциала эндокринологической службы и существующих подходов к организации медицинской помощи пациентам по профилю «эндокринология».

Степень разработанности темы исследования.

Проблема эндокринных заболеваний всегда была одной из приоритетных в исследованиях как отечественных, так и зарубежных авторов (Ali S.M., Durrer Schutz D., Schmittiel J.A. и др.). Особое внимание данной группе заболеваний в нашей стране уделяли такие ученые как: Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р. и др. В своих исследованиях авторы приводили и анализировали статистические данные по распространенности эндокринных заболеваний как в целом по Российской Федерации, так и по отдельным субъектам, предлагали методы по улучшению показателей качества оказания эндокринологической помощи.

Проблеме совершенствования организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями на примере Оренбургской области посвящены работы Ржанниковой Е.В. (2008, 2009), более поздних крупных исследований по данной тематике не проводилось.

Отдельные работы касаются изучения деятельности эндокринологических подразделений медицинских организаций. В частности, в публикациях Погребняк Т.Н. с соавт. (2016) рассмотрены подходы к

организации оказания медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями в Краснодарской клинической больнице №2.

В исследованиях ряда авторов затронуты вопросы кадрового дефицита в здравоохранении, например, в работах Сон И.М. (2023), Задворной О.Л. (2022), в частности вопросы обеспеченности врачами-эндокринологами рассмотрены Ендовицкой Ю.В. (2021).

Вместе с тем, исследований, посвященных комплексной оценке медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы, не проводилось, что определило актуальность настоящего исследования; с учетом изложенного выше, были определены его цель и задачи.

Цель исследования: на основании результатов медико-социального исследования научно обосновать и предложить пути совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы.

Задачи исследования:

1. Проанализировать структуру и распространенность болезней эндокринной системы и инвалидности вследствие болезней эндокринной системы среди взрослого населения города Москвы в сравнении с показателями по Российской Федерации за период с 2011 по 2021 годы.

2. Провести ретроспективный анализ кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в Российской Федерации и городе Москве за период с 2011 по 2021 годы.

3. Изучить мнения врачей-эндокринологов и врачей-терапевтов об организации медицинской помощи пациентам с болезнями эндокринной системы.

4. Изучить медико-социальную характеристику пациентов с заболеваниями эндокринной системы на этапах амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения.

5. Научно обосновать и предложить пути совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы.

Научная новизна исследования.

В результате диссертационного исследования выявлены особенности в динамике и тенденциях показателей заболеваемости и инвалидности вследствие болезней эндокринной системы среди взрослого населения города Москвы и Российской Федерации за период 2011–2021 гг.

Проведен критический анализ динамики кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в Российской Федерации и городе Москве за период с 2011 по 2021 годы, который позволил выявить, что несмотря на то, что в системе здравоохранения наблюдается дефицит врачей-эндокринологов, за оцениваемый десятилетний период отмечается постоянный рост их числа.

На основе изучения мнения врачей-эндокринологов и врачей-терапевтов об организации медицинской помощи по профилю «эндокринология» выявлены факторы, влияющие на организацию медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы на разных этапах ее оказания.

Выявлены особенности медико-социальной и поведенческой характеристики пациентов с заболеваниями эндокринной системы, получающих лечение на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах оказания медицинской помощи, установлено наличие у данной категории пациентов отрицательных медико-социальных факторов, способных негативно влиять на оценку организации медицинской помощи по профилю «эндокринология»: низкая комплаентность к лечению, недоверие к лечащему врачу, наличие финансовых затруднений.

С учетом полученных результатов научно обоснованы и предложены пути совершенствования организации медицинской помощи пациентам при заболеваниях эндокринной системы.

Теоретическая и практическая значимость исследования.

Результаты диссертационного исследования полезно учитывать различным медицинским и образовательным учреждениям, ведомствам при

изучении вопросов совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы.

Результаты исследования актуальны для органов управления при решении вопросов кадровой политики, модернизации организации медицинской помощи пациентам при заболеваниях эндокринной системы.

Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с болезнями эндокринной системы с учетом этапов ее оказания позволяет планировать потребности в данном виде помощи и повышать ее эффективность на уровне медицинских организаций и регионального здравоохранения.

Практическая значимость диссертационной работы заключается в получении научно-обоснованных данных о медико-социальной характеристике пациентов с заболеваниями эндокринной системы, обращающихся за медицинской помощью к врачам-эндокринологам и врачам-терапевтам на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения, а также в условиях стационара.

Результаты исследования изложены в методических рекомендациях «Болезни эндокринной системы: особенности изучения заболеваемости и регистрации диагнозов» (М., 2023).

Материалы исследования по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы внедрены в деятельность медицинской организации: Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России в рамках повышения эффективности организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы (акт внедрения от 13.02.2024).

Материалы исследования и методические рекомендации внедрены в учебный процесс кафедры общественного здоровья, здравоохранения и

гигиены медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (акт внедрения от 28.12.2023); кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (акт внедрения от 25.01.2024); кафедры общественного здоровья и здравоохранения института общественного здоровья и цифровой медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (акт внедрения от 15.03.2024).

Методология и методы исследования.

Общая методология работы соответствовала принципу системного подхода, позволившего научно обосновать и предложить пути совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы с учетом этапов ее оказания.

В работе были использованы следующие методы: контент-анализ, социологический, аналитический, метод логического моделирования, при обработке полученных материалов применялись методы вариационной статистики и корреляционного анализа. Основным методом социологического исследования было анкетирование. Сбор данных, хранение, корректировка, статистическая обработка осуществлялись с использованием пакета прикладных лицензионных программ Microsoft Office Excel 2019 и Statistica for Windows v.10

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Тенденция к неуклонному росту болезней эндокринной системы среди взрослого населения города Москвы и РФ в целом, за период с 2011 по 2021 годы, свидетельствует о необходимости разработки и внедрения рекомендаций по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы.

2. Дефицит кадров преимущественно на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, несмотря на тенденцию к увеличению числа врачей-эндокринологов, диктует необходимость модернизации системы здравоохранения с целью достижения удовлетворительной кадровой обеспеченности населения.

3. Основные факторы снижения качества оказываемой медицинской помощи населению по профилю «эндокринология»: недостаточность знаний в области клинической эндокринологии специалистов терапевтического профиля, низкая обращаемость населения за медицинской помощью, недостатки организации диспансерного наблюдения пациентов с эндокринными заболеваниями и организационные трудности проведения консультаций специалистов пациентам с подозрением на эндокринное заболевание.

4. Результаты анализа особенностей медико-социальной характеристики пациентов с заболеваниями эндокринной системы позволили составить портрет современного «эндокринного пациента», предложить рекомендации по совершенствованию оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

5. Необходимость модернизации оказания медицинской помощи населению с заболеваниями эндокринной системы обоснована и требует особого внимания со стороны государства. Основными путями улучшения медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы являются: восполнение дефицита кадров, материальное стимулирование специалистов за стремление к повышению уровня своих знаний и привлечение практикующих врачей к научно-исследовательской и образовательной деятельности, а также проведение объемной санитарно-просветительской работы среди населения.

Степень достоверности и апробация результатов исследования.

Обоснованность и достоверность результатов исследования, научных положений и выводов, которые содержатся в диссертационной работе,

подтверждаются согласованностью полученных результатов с общеизвестными научными данными. Достоверность обеспечивается использованием современных методик исследования и методов обработки полученной информации. Используемые методы адекватны сформулированным задачам, а вынесенные положения, выводы и практические рекомендации обоснованы и логически вытекают из полученных результатов.

Материалы исследования и основные положения диссертационной работы были представлены на:

- VII Всероссийской научной конференции «Клинические и теоретические аспекты современной медицины – 2022» (г. Москва, 2022);
- VI Всероссийской конференции с международным участием «Алмазовский молодежный медицинский форум» (г. Санкт-Петербург, 2023);
- VIII Всероссийском молодежном научном форуме «Наука будущего – наука молодых» (г. Орел, 2023);
- XVII Научно-практической международной конференции «Пушковские чтения»: Межведомственное взаимодействие при оказании гериатрической помощи» (г. Санкт-Петербург, 2023);
- VIII Всероссийском совещании кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья по вопросам подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения в Конкурсе постерных докладов «Вклад молодых исследователей в управление здравоохранением» (г. Москва, 2023);
- VIII Всероссийской научной конференции «Клинические и теоретические аспекты современной медицины – 2023» (г. Москва, 2023).

Публикации. По материалам исследования опубликовано 7 печатных работ, в том числе 2 – в журналах, входящих в Перечень ВАК и 2 – в журналах, входящих в Перечень РUDN.

Личный вклад автора состоит в непосредственном участии на всех этапах подготовки диссертационной работы: анализ литературных данных по

теме исследования; постановка цели; формулировка задач; разработка плана и программы исследования; составление анкет и проведение опроса пациентов, врачей; формирование и структуризация базы данных исследования; статистический анализ полученных результатов; формулировка основных положений и выводов исследования; подготовка практических рекомендаций и публикаций по результатам исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, а именно пунктам 6,8,9,11,16.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 168 страницах печатного текста и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и 3 приложений. Список литературы содержит 171 источник, в том числе 134 отечественных и 37 зарубежных. Работа иллюстрирована 9 таблицами и 57 рисунками.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ (обзор литературы)

1.1. Развитие организации медицинской помощи по профилю «эндокринология»: исторические аспекты

На протяжении всего существования организации медицинской помощи по профилю «эндокринология», правительство РФ неоднократно предпринимало попытки стабилизировать ситуацию в системе здравоохранения, однако, показатель общей заболеваемости имел только прогрессирующую тенденцию, в частности, возрастал и уровень заболеваний эндокринной системы. Это во многом определило социальную значимость данной группы заболеваний, в первую очередь, за счет снижения численности населения, вовлеченного в экономическую деятельность государства [16,26,29,50,57,128,129].

Эндокринология является специальностью с богатой историей, которая насчитывает более 100 лет. Данное направление медицины на всем протяжении своего становления имело достаточно активную динамику развития. Многие исследователи занимались изучением эндокринологии, ее основ и особенностей. Так, большая роль отводится работам К. Бернара, который в 1855 году одним из первых ввел такое понятие как «внутренняя секреция», и, как считал В.Д. Шервинский, тем самым открыл новую эру в развитии эндокринологии [73,116,130,131].

Сама наука – эндокринология – обрела свое имя в 1906 году и стала точкой соприкосновения двух наук (неврологии и эндокринологии), в результате чего, на данном этапе появились разногласия и споры между И. П. Павловым, как основоположником «нервизма», и профессором Э. Старлингом, который впервые предложил ввести такое понятие как «гормон». Ученых стала волновать связь между нервной и эндокринной системами,

которая на тот момент уже была для них очевидной. Это послужило причиной множества дискуссий среди исследователей, что привело к тесному взаимодействию данных направлений медицины [89,116,157].

Благодаря активному развитию эндокринологии, многие заболевания, являвшиеся ранее неизученными, стали более понятными и объяснимыми. К таким заболеваниям можно отнести карликовость (гипофизарный нанизм, низкорослость), гипотиреоз, гиперкортицизм и др. Тем самым, рывок в развитии эндокринологии послужил триггером для развития профилактической медицины, вследствие высокой социальной значимости заболеваний эндокринной системы [50,65,94,95,99].

В октябре 1924 года В.Д. Шервинский стал одним из основателей Российского эндокринологического общества. В январе 1925 года начал издаваться журнал «Вестник эндокринологии», он был посвящен проблемам эндокринных заболеваний. Цель, которую преследовал ученый, заключалась в объединении знаний как специалистов, занимающихся наукой, так и практикующих врачей для расширения знаний относительно заболеваний эндокринной системы. После открытия данного общества, следующей задачей Шервинского В. Д. было внедрение печатного издания, как одного из механизмов распространения полученной информации в массы специалистов по всей стране. Однако, долгое время реализовать данную идею у ученого не получалось, и для ее осуществления ему понадобилось более 10 лет [131].

Развитие эндокринологии в РФ шло быстрыми темпами, особый вклад внесли такие ученые, как В.Г. Баранов, Н.А. Шерешевский, Е.Е. Васюкова. Именно в их работах подробно были описаны многие заболевания, этиология которых заключалась в нарушении функции желез внутренней секреции [34,35,89,92].

Следующим важным шагом в развитии эндокринологии в РФ стала организация в 1988 году «Всесоюзного эндокринологического научного центра Академии медицинских наук СССР», директором был избран И.И. Дедов. В 1992 г. официально был переименован в Эндокринологический

научный центр РАМН (с 2022 года федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации присвоен статус государственного научного центра Российской Федерации, ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России). Целью учреждения было активное взаимодействие специалистов эндокринологического профиля со всего мира, для обмена знаниями, внедрения новых технологий, а также обучение специалистов [89,131].

На данном этапе развития внимание многих врачей было приковано к такому заболеванию, как сахарный диабет (СД), особенно к сахарному диабету 2 типа, социальная значимость которого не оставляла ни для кого сомнений. Именно это послужило причиной открытия в 1988 на базе Всесоюзного эндокринологического центра нового института, который занимался разработкой мер по лечению и профилактике сахарного диабета, особое внимание в нем уделялось профилактике СД. По мере развития института диабета, шло открытие специализированных отделений, которые занимались лечением диабетической ретинопатии, диабетической нефропатии, а также отделений, которые занимались помповой инсулинотерапией [21,52,53,65].

Процесс модернизации и совершенствования медицинской помощи населению по профилю «эндокринология» шел медленными, но стабильными темпами. Так, в мае 1997 года Комитет здравоохранения города Москвы издал приказ № 275 «О дальнейшем совершенствовании эндокринологической службы в г. Москве» [12].

Именно после издания данного приказа началось активное формирование эндокринологических отделений, которые открывались для реализации определенных задач, основными из которых были следующие:

- консультативно-диагностическая помощь населению по профилю «эндокринология»;
- амбулаторное лечение заболеваний эндокринной системы;

- проведение профилактической работы на уровне амбулаторно-поликлинической помощи;
- ознакомление пациентов со «Школами диабета»;
- межведомственное взаимодействие специалистов для решения сложных вопросов, реализация междисциплинарного подхода [12,117,147].

Создание в России Федерального государственного Регистра сахарного диабета (Приказом Министерства Здравоохранения РФ № 404 от 10 декабря 1996 года в рамках реализации ФЦП «Сахарный диабет») сыграло важную роль в формировании и модернизации такого направления эндокринологии как диабетология. На этом этапе развития обеспеченность пациентов препаратами инсулина в нашей стране была на достаточно высоком уровне, это подтверждает тот факт, что в XXI веке Россия вошла в десятку стран по обеспечению населения препаратами инсулина [28,54].

В процессе реформирования системы здравоохранения в 2000-х годах внимание также уделялось и стационарному типу помощи. Так, согласно статистическим данным, более 35% госпитализаций были необоснованными, как с медицинской, так и с экономической точки зрения [69,113,132,133,140].

Особую значимость для отечественного здравоохранения имел 2006 год, именно тогда был запущен приоритетный Национальный проект «Здоровье», внедрение которого послужило причиной совершенствования медицинской помощи во всех направлениях, но, несмотря на попытки государства преодолеть существовавшие проблемы системы здравоохранения, полностью искоренить их не удавалось [45,107].

По-прежнему, проблемой оставалось то, что больше внимания уделялось стационарной помощи, в ущерб амбулаторной, при этом, как уже упоминалось выше, многие госпитализации были необоснованными, а также, даже при наличии показаний к госпитализации, сроки нахождения пациентов в стационаре были намного дольше, нежели сроки в аналогичных ситуациях за рубежом [12,113,127].

Сегодня проблема модернизации объема помощи, которую оказывают стационары по-прежнему, не теряет своей актуальности, при том, что амбулаторное звено находится на плато своего становления, и недостаток его финансирования ведет к торможению совершенствования первичного звена системы здравоохранения [20,77].

Оказание медицинской помощи и отслеживание ее эффективности в СССР строилось на ряде принципов, которые активно использовались и другими странами. Так, для отслеживания эффективности оказания медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения опирались на данные процессных показателей, таких как число койко-дней, врачебных должностей и т.д., в то время как оптимальным было бы сделать упор на оценке финальных показателей, таких как исходы лечения; количество лиц, прошедших терапию и т.д. Данная тенденция прослеживается и на современном этапе развития системы здравоохранения [70].

Проанализировав результаты попыток модернизации системы здравоохранения на протяжении двенадцатилетнего периода (с 1998 по 2010 год), можно говорить об их недостаточной эффективности, так как не отмечалось тенденции к устойчивому снижению уровня заболеваемости населения эндокринными заболеваниями. Исходя из прошлого опыта, на современном этапе совершенствования важно уделять внимание детализированному подходу к внедрению и реализации реформ в здравоохранении, опираясь на основные принципы доказательной медицины [79,136,162].

Кроме того, стоит выделить и тот факт, что совершенно неоправданным было решение о сокращении числа коек терапевтического профиля, так как на протяжении последних десятилетий отмечается тенденция к росту показателей заболеваемости органов системы кровообращения, эндокринной системы, в особенности таких заболеваний как ИБС (ишемическая болезнь сердца), артериальная гипертония, сахарный диабет, заболевания крови [81,90,103,114,123].

Как считают многие специалисты, любая реформа в системе здравоохранения должна опираться на три основных показателя: во-первых, это удобство ее внедрения, во-вторых, высокое качество, в-третьих, высокие показатели деятельности медицинских работников. При этом, если в процессе модернизации и реформирования будет выставлена ошибочная тактика, негативные последствия такого реформирования скажутся на нескольких поколениях [42,83,112,154,163,166,167,169].

Проведенный теоретический анализ структуры оказания медицинской помощи эндокринологическим пациентам (1998–2010 гг.) выявил, что обозначившиеся с конца минувшего века закономерности к хронизации болезней, понижению частоты обращений пациентов в медицинские учреждения, тем более с профилактической целью, остаются актуальными и в наши дни [57].

За последнее десятилетие в системе здравоохранения было проведено большое количество реформ, и все они преследовали одну цель – оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению, при этом, такое направление медицины как профилактика заболеваний в большинстве случаев обделялось вниманием [42,83,112].

Добиться поставленных целей при проведении модернизации системы здравоохранения возможно лишь при эффективном и рациональном использовании выделенных средств, и тогда будет реальным значительно улучшить показатели здоровья нации, повысить качество жизни населения, а также в совокупности повысить продолжительность жизни.

Министерством здравоохранения и социального развития РФ 1 марта 2010 г. был подписан приказ № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями» (утратил силу с 22 апреля 2013 года на основании приказа Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 899н) [10,11].

Согласно данному приказу, были утверждены штатные нормативы: на 20 тысяч взрослого населения должен быть 1 врач-эндокринолог (городская

местность), в сельской местности – 1 эндокринолог на 15 тысяч взрослого населения. Введение данного норматива позволило добиться доступности медицинской помощи населению по эндокринологическому профилю, что является особенно актуальным в современных реалиях, когда отмечается тенденция к распространению таких заболеваний как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы (ЩЖ), ожирение [10,111].

Кроме того, в данном приказе отражалось и содержание структурных подразделений эндокринологических отделений, основные из которых – это кабинет «Диабетической стопы», кабинет «Диабетической ретинопатии», «Школа для больных сахарным диабетом».

В дальнейшем Министерством здравоохранения Российской Федерации был утвержден приказ № 899н от 12.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» с внесенными изменениями и дополнениями от 21.02.2020 г. [11].

Помимо описанных выше приказов, в декабре 2017 года Постановлением № 1640 была утверждена государственная Программа Правительства РФ, в которой были отражены основные направления, финансирование и сроки внедрения в здравоохранение восьми проектов системы здравоохранения. Данные проекты преследовали цель – повышение качества медицинской помощи населению по разным направлениям, в том числе и по профилю «эндокринология». Реализация данной Программы будет осуществляться вплоть до 2024 года [7].

Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года определены основные направления дальнейшего развития системы здравоохранения [3].

Таким образом, приоритетной задачей нашего государства, относительно реализации политики в системе здравоохранения, остается

повышение доступности и качества медицинской помощи населению, в том числе по профилю «эндокринология» [20,36,37,69,115,118].

1.2 Проблемы и перспективы организации медицинской помощи при заболеваниях эндокринной системы в настоящее время

Вместе с тем, система, которая существует в настоящее время, в частности, если говорить об оказании медицинской помощи населению по профилю «эндокринология», не справляется с быстрыми темпами роста заболеваемости эндокринными заболеваниями, вследствие этого актуальность совершенствования эндокринологической службы не оставляет никаких сомнений, и важно обратить особое внимание на развитие профилактической медицины, как одного из направлений медицины будущего [39,40,43,59,164,170].

Социальная значимость заболеваний эндокринной системы обозначена статистическими данными, согласно которым отмечаются высокие показатели заболеваемости населения, при этом страдает трудоспособное население, кроме того, отмечены высокие показатели инвалидизации вследствие эндокринных заболеваний [19,81,103,111].

Существует множество факторов риска, способных оказать триггерное действие на развитие заболеваний эндокринной системы, основными из которых у взрослого населения являются: курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни, употребление вредной пищи, кроме того, важным фактором являются условия окружающей среды [22,50,106].

Согласно опыту врачей прошлого столетия, основным направлением медицины по эндокринологическому профилю было создание лабораторных баз исследования, получение препаратов для лечения заболеваний эндокринной системы, а также проведение клинических исследований. Кроме того, специалисты обращали внимание не только на органы эндокринной

системы при развитии тех или иных заболеваний, но и на участие их в развитии заболеваний со стороны других систем организма. Сегодня спектр задач эндокринологии претерпел существенные изменения. Большинство проблем, которые были актуальны еще 100 лет назад, сегодня уже полностью решены и утратили свою значимость [23,24,99].

Это связано, прежде всего, со сменой приоритетов в изучении эндокринных заболеваний, внимание которых направлено на исследование неклассических желез внутренней секреции (жировая ткань, желудочно-кишечный тракт и др.), а также приверженность к персонифицированной медицине [17,30,124].

Персонифицированную медицину часто определяют как «правильное лечение для нужного человека в нужное время». Новое направление науки воплощено в подходе, получившем название «P4 medicine» (Predictive, Preventive, Personalized and Participatory Medicine), понятие, которое пришло к нам от Института системной биологии и его соучредителя, доктора Лерой Худа (Сиэтл, 2008). Согласно данным института, «персонифицированная медицина включает в себя 4 основных атрибута:

- опирается на генетический профиль пациента;
- носит прогностический характер;
- ориентирована на хорошее самочувствие, а не на болезнь;
- уделяет большое внимание профилактике заболеваний у человека, подверженного факторам риска развития заболеваний эндокринной системы» [98,167].

Во все времена оказания медицинской помощи населению достаточно остро стоял вопрос относительно обеспеченности кадрами, в особенности это касалось первичного звена здравоохранения. Именно дефицит кадров стоит во главе проблемы оказания качественной медицинской помощи [32,62,68,72,78,87,88,100,102].

Если говорить о дефиците кадров в здравоохранении, то особенно остро стоит вопрос о дефиците врачей-эндокринологов как взрослых, так и детских.

Именно это создает колоссальную нагрузку на специалистов, в среднем, коэффициент совместительства по отрасли составляет 1,5 для врачей и 1,8 для средних медицинских работников [66,111].

Кроме того, современный врач-эндокринолог должен иметь представление о многих заболеваниях терапевтического профиля, так как тот же самый сахарный диабет оказывает влияние на развитие заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, опорно-двигательной и многих других систем, являясь «фоновым заболеванием». Это диктует необходимость повышения квалификации и уровня подготовки врачей-эндокринологов. Именно дефицит кадров становится одной из причин снижения эффективности и качества оказания медицинской помощи, в том числе и по причине отсутствия у специалистов возможности повышать своевременно квалификацию ввиду высокой трудовой нагрузки [65,134].

Информация о дефиците врачей-терапевтов также актуальна, ведь при дефиците врачей-эндокринологов большая часть нагрузки ложится на специалистов терапевтического профиля, особенно это выражено в сельской местности.

За десятилетний период (2011–2021 гг.) в Российской Федерации коечный фонд государственных медицинских организаций сократился на 705,6 тыс. (40%). На конец 2021 г. коечный фонд государственных медицинских организаций в Российской Федерации составлял 1031,5 тыс. коек или 7,0 коек на 1000 человек населения [3; 100; Росстат, 2021].

Среднеарифметический показатель обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров терапевтического профиля снизился со 118,2 на 10 тыс. населения в 2011 г. до 70,3 в 2021 г. (Росстат, 2021).

Чтобы эндокринологическая служба нашей страны функционировала максимально эффективно, необходимо готовить новые кадры и создавать оптимальные условия для их работы, учитывать нехватку кадров в отдельных регионах, с целью стимулирования и привлечения специалистов.

Проанализировав данные официальной статистики, а также цифры, которые озвучивают главные внештатные специалисты, можно обозначить ряд проблем в этой области:

- несоблюдение штатных нормативов в регионах;
- высокие показатели совместительства;
- дефицит медицинских кадров, в том числе и абсолютный;
- распределение кадров в большей степени в городах, вследствие урбанизации;
- «оголенность» районов регионов без компенсационной маршрутизации пациентов.

Решить многие из описанных выше проблем поможет анализ распространенности заболеваний эндокринной системы по субъектам, учитывая численность населения, а также создание новых, более совершенных алгоритмов лечения пациентов эндокринологического профиля. Для создания таких алгоритмов необходимо пересматривать программы подготовки специалистов, причем не только для врачей-эндокринологов, но и для врачей смежных специальностей, для делегирования части пациентов на них. Кроме того, важно повышать подготовку среднего медицинского персонала, так как именно комплексный подход поможет добиться максимальной эффективности [37,110,118].

При подготовке специалистов эндокринологического профиля важно обучать их не только основам междисциплинарной науки, общетерапевтическим и специальным знаниям и умениям, но и основным навыкам коммуникативного общения с пациентами [101,118].

Для осуществления качественного обучения специалистов в высших медицинских учреждениях необходимо создавать и внедрять принципы, базирующихся на гуманности, совместно с пациентоориентированностью [68,101].

Согласно данным Координационного совета ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, на 2021 год в нашей стране

функционировало более 100 медицинских ВУЗов Министерства здравоохранения РФ, количество кафедр эндокринологии составляло – 33, помимо этого, в ВУЗах насчитывалось около 40 курсов по эндокринологии. В количественном отношении весь профессорско-преподавательский состав включал в себя около 240 человек, при этом, большая часть из них – это женщины (83%), средний возраст преподавателей – 48 лет. Стоит также отметить то, что примерно 38% преподавателей не имеют отношения к практической медицине, что также отрицательно сказывается на процессе обучения [47].

Проблема современных медицинских образовательных учреждений состоит в том, что после завершения обучения многие специалисты остаются крайне неподготовленными в практическом плане, вследствие этого перед государством и Министерством здравоохранения стоит задача повышения качества обучения медицинских специалистов путем внедрения симуляционного обучения, постоянной отработки практических навыков, привлечения врачей в образовательный процесс, повышения квалификации на протяжении всей профессиональной деятельности [37,41,118].

Особенностью современного образования является то, что многие программы дополнительного профессионального образования, вебинары, лекции могут проходить в онлайн-формате с использованием дистанционных технологий, что в значительной степени экономит время обучающихся, а также делает возможным регулярное повышение квалификации практикующих врачей [118,122].

Как утверждают специалисты, более 300 тысяч смертей в РФ ожидается в последующие 30 лет по причине наличия ожирения, иначе говоря, это около 154 летальных случая на 100 тысяч населения. Именно этим обусловлены рекомендации специалистов в обучении медицинских работников «эндонастороженности», в особенности в структуре оказания пациентам первичной медико-санитарной помощи [39,55,90].

Несмотря на развитие медицинской помощи по профилю «эндокринология», в настоящее время в РФ есть районы, где фактически отсутствует врач-эндокринолог, и помощь пациентам оказывает врач общей практики или врач-терапевт, знания которых в области эндокринологии не всегда оказываются достаточными для оказания высококвалифицированной помощи, что приводит к развитию осложнений, снижая эффективность медицинской помощи [57,74,171].

Тенденция к росту числа заболеваний эндокринной системы усугубляет проблему дефицита кадров. Так, по данным Пигаровой Е.А., на конец 2021 года около 55 миллионов граждан РФ нуждались в оказании медицинской помощи по эндокринологическому профилю [100].

По данным многих авторов, каждый 6-й житель нашей страны имеет все риски развития сахарного диабета в ближайшие 3 года [141,149,150,152,153]. Более 35% населения страны имеют одно из заболеваний щитовидной железы. Отмечается отрицательная тенденция распространения опухолей щитовидной железы, при этом, 5,0% от всех опухолей среди жителей РФ – это злокачественные новообразования ЩЖ [25,28,71].

Вследствие описанного выше, можно говорить о том, что повышение качества помощи населению, особенно в первичном звене здравоохранения, может быть достигнуто только при качественном управлении системой здравоохранения, опираясь на прогнозирование желаемых результатов, а также стремление к снижению отклонений от рекомендаций для специалистов относительно ведения пациентов.

Как считают многие авторы, существует множество факторов, оказывающих влияние на качество оказания медицинской помощи, основными из которых являются:

- уровень компетентности специалистов и их профессиональной подготовки;
- наличие в медицинской организации современного оборудования, для оказания высокотехнологичной помощи;

- соблюдение медицинскими работниками основ этики и деонтологии;
- оптимальная нагрузка на специалистов, согласно рекомендациям министерства здравоохранения;
- благоприятная, располагающая обстановка в медицинском учреждении [27,74,82,100,101].

По мнению многих специалистов «главные причины снижения качества оказания медицинской помощи кроются в том, что:

- со стороны медицинских работников отсутствует заинтересованность в результатах лечения, вследствие отсутствия материального поощрения (коэффициент весомости 0,87);
- в учреждении нет необходимого для диагностики и лечения оборудования (0,74);
- со стороны специалистов отсутствует «эндонастороженность» (0,71);
- имеются существенные пробелы в проведении диспансеризации населения (0,59)» [20,36,37,44,68,127].

Изложенные данные О.В. Филиппов отразил в своей кандидатской диссертации [127].

Помимо описанных выше причин снижения качества медицинской помощи, следует обратить внимание на то, что, зачастую, специалисты переоценивают уровень своих знаний и подготовки, это делает необходимым периодический контроль за компетентностью врачей со стороны руководителя медицинского учреждения [100,127].

Для того, чтобы повышать квалификацию специалистов, вполне может быть достаточно проведение работы на уровне медицинского учреждения:

- проведение мастер-классов, чтение лекций в лечебном учреждении;
- материальное стимулирование сотрудников, желающих повысить уровень своей профессиональной подготовки;
- ведение на базе учреждения научно-исследовательской работы, путем взаимодействия с кафедрами медицинских ВУЗов [91,100,102,109].

По мнению профессора М.Б. Анциферова, междисциплинарный подход может стать основным триггером к успехам в лечении заболеваний эндокринной системы у пациентов [28]. Именно формирование междисциплинарного и многофакторного подхода позволит обеспечить оптимальную работу амбулаторно-поликлинического звена и стационаров, в том числе за счет стационарозамещающих технологий [108].

Кроме того, что система первичного звена здравоохранения остается недостаточно развитой, существует и множество других проблем. Такими являются, как уже упоминалось выше, отсутствие по регионам специализированных центров по оказанию медицинской помощи населению по профилю «эндокринология», отсутствие оптимальной нормативно-правовой базы, недостаток современного оборудования, недостаточное взаимодействие между структурными подразделениями здравоохранения [77,102].

Эндокринология сегодня – это медицинская специальность, которая претерпевает значительные изменения в процессе своей модернизации. Становится фактом, что эндокринология требует от врача мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов, путем тесного взаимодействия со специалистами смежных специальностей, таких как кардиология, нефрология, офтальмология, хирургия, гинекология и другие. Именно с этим связан интерес многих специалистов к внедрению в систему оказания медицинской помощи повсеместно мультидисциплинарного подхода и междисциплинарного сотрудничества [29,49,93,113,133].

1.3. Цель и структура современной организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями

Основной целью современной организации оказания медицинской помощи населению с заболеваниями эндокринной системы является

повышение качества, эффективности и доступности медицинской помощи лицам с заболеваниями эндокринной системы.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», данная цель отражает главный принцип охраны здоровья нации [2].

Именно лечение и профилактика заболеваний эндокринной системы являются центральными задачами эндокринологической службы страны.

Для решения данных задач существует внештатный главный специалист-эндокринолог, который руководит службой своего региона. В краевых, областных, городских отделах здравоохранения обязанности главного специалиста выполняют главные врачи соответствующего эндокринологического диспансера. Во всех городских поликлиниках введена штатная должность врача-эндокринолога из расчета обслуживания 20 000 взрослого населения [1].

Схема организации медицинской помощи пациентам по профилю «эндокринология» строится на базе законов, приказов, СанПинов и стандартов, регламентируемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Министерством здравоохранения Российской Федерации был подписан приказ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», от 13 марта 2023 г. № 104н [1].

Данному приказу отводится большая роль в процессе модернизации помощи пациентам по эндокринологическому профилю. Он содержит в себе информацию о том, какой должна быть структура оказания эндокринологической помощи с момента первого контакта пациента со специалистом и до последних этапов его лечения, оказания высокотехнологичной помощи.

Структура приказа содержит в себе 17 приложений, в которых отражены виды и формы медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы.

Первичное звено здравоохранения, а именно, амбулаторно-поликлиническая помощь преследует своей целью выявление нарушений работы эндокринной системы, выявление предрасположенности к тем или иным заболеваниям, путем анализа факторов риска, а также предупреждение развития осложнений.

Специалисты первичного звена здравоохранения при оказании медицинской помощи населению выполняют ряд возложенных на них функций, которые определяют качество оказываемой помощи:

- «выявление факторов риска развития заболеваний эндокринной системы;
- диагностика заболеваний эндокринной системы;
- планирование профилактических мероприятий по предупреждению распространения и развития осложнений заболеваний эндокринной системы;
- оказание медицинской помощи лицам, страдающим заболеваниями эндокринной системы, опираясь на соответствующие стандарты;
- направление пациентов, при необходимости, в эндокринологические центры, для более точной диагностики и получения высокотехнологичной помощи» [1].

Второй уровень оказания медицинской помощи – это медицинские учреждения с отделениями эндокринологии и диспансеры. В данные организации пациенты попадают при отсутствии возможности подбора эффективной терапии на амбулаторном этапе, при стремительном прогрессировании заболевания и его осложнений.

Оказанием специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями занимаются специалисты медицинских организаций третьего уровня, как в условиях круглосуточного стационара, так и в дневном стационаре. Кроме того, активно проводится медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями эндокринной системы [1].

Если говорить об оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам, то оказание данного вида помощи базируется на основании приказа №179 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2005 года «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 октября 2005 г., регистрационный №6135), с изменениями, внесенными приказами от 2 августа 2010 г. №586н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2010 г., регистрационный №18289), от 15 марта 2011 г. № 202н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 г., регистрационный №20390) и от 30 января 2012 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 марта 2012 г., регистрационный № 23472).

В РФ существует и функционирует множество образовательных программ для лиц с сахарным диабетом. Данные программы начали разрабатываться и апробироваться в процессе внедрения в практическое здравоохранение программы федерального значения под названием «Сахарный диабет», которая утверждена МЗ РФ в союзе со Всемирной организацией здравоохранения в 1996 г. [4,15].

Создание «школ диабета» является одним из вариантов внедрения стационароразменяющих технологий. Данные школы специализируются на ознакомлении пациентов с сахарным диабетом, с особенностями питания, образа жизни. По данным Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии (Росреестра) на конец 2021 года в г. Москве функционировало более 30 «школ диабета». За 2021 год более 30 тысяч человек прошли обучение в данных школах [1,19,97,117,126].

Таким образом, проанализировав особенности организации медицинской помощи населению при заболеваниях эндокринной системы, можно говорить о том, что в нашей стране за последние десять лет произошло множество изменений в структуре оказания специализированной

медицинской помощи таким пациентам. За этот период были предприняты меры по реструктуризации системы медицинской помощи, реорганизована сеть стационаров в сторону их расширения и сокращения маломощных и нерелевантных подразделений, внедрена трехуровневая система оказания медицинской помощи, увеличены виды и объемы высокотехнологичной медицинской помощи, усовершенствовалась система подготовки медицинских кадров, проведены мероприятия по повышению эффективности медицинских осмотров. Кроме того, отмечается множество концептуальных изменений в правовом регулировании оказания медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями, в частности, это касается повышения доступности лекарственных препаратов для пациентов эндокринологического профиля и качества оказываемой медицинской помощи [17,38].

Система оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы в г. Москве имеет свои особенности в структуре. Например, функционирование эндокринологического диспансера. Кроме того, важно выделить роль кафедр эндокринологии медицинских ВУЗов, ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, на уровне которых идет разработка и внедрение в практическую деятельность новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний эндокринной системы [4,12,14,31].

Исходя из этой информации, можно утверждать, что в г. Москве наиболее активно идет взаимодействие педагогического процесса, практической медицины и научной деятельности. Именно благодаря этому, Московская эндокринологическая служба по праву считается одной из передовых в стране.

1.4. Эволюция приоритетных целей модернизации структуры медицинской помощи пациентам по профилю «эндокринология»

Начало процесса реформирования системы здравоохранения в РФ и переход на рыночную экономику стали причиной начала преобразования системы оказания медицинской помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне, став приоритетным направлением на пути модернизации к 2004 году. Данные процессы в системе здравоохранения РФ наблюдались на протяжении двух десятков лет. При этом особое внимание стало уделяться именно амбулаторно-поликлинической помощи населению [127].

Задачей первичной медико-санитарной помощи является как проведение лечебно-диагностической работы, так и большой объем профилактической деятельности прикрепленному населению.

Именно развитая система первичного звена здравоохранения в стране способствует, по мнению специалистов, повышению продолжительности жизни населения, а также снижению смертности от социально значимых заболеваний, к которым относятся болезни эндокринной системы [77,102].

Как уже было изложено в предыдущих параграфах, несмотря на попытки совершенствования оказания медицинской помощи населению по профилю «эндокринология», сегодня существует множество проблем, решение которых вызывает активные дискуссии в профессиональных кругах. Так, большинство отечественных авторов (Дедов И.И., Пигарова Е.А., Шестакова М.В. и др.) придерживаются мнения, что для решения данных проблем необходимо реализовать ряд приоритетных целей, среди которых:

- «анализ удовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов с заболеваниями эндокринной системы;
- развитие профилактической медицины, как медицины будущего;
- привлечение и пересмотр штатных единиц для среднего медицинского персонала эндокринологических отделений;

- активное внедрение в структуру медицинских учреждений телемедицины, для интегрированного взаимодействия учреждений между собой и, как следствие, повышение качества оказываемой помощи на основании мультидисциплинарного и многофакторного подхода;

- проведение активной санитарно-просветительской работы, путем распространения иллюстрированных материалов, печатных изданий, содержащих в себе описание факторов риска и основные профилактические меры по заболеваниям эндокринной системы в доступной для пациентов форме;

- развитие превентивной медицины, с использованием возможностей оздоровительных комплексов, для лиц с заболеваниями эндокринной системы» [5,34,30,36,62,64,85,121,138].

Основным принципом модернизации системы здравоохранения должен стать принцип формирования многоуровневой системы, которая охватит все отрасли здравоохранения. По мнению М.А. Мурашко (Министр здравоохранения РФ с 2020 г.), «основной целью модернизации является внедрение стационарозамещающих технологий, с целью оказания высокотехнологичной помощи уже на амбулаторном этапе. Кроме того, важно определить оптимальный путь маршрутизации пациентов эндокринологического профиля» [35].

Также важно уделять внимание территориальному расположению медицинских организаций, обеспеченность их современным диагностическим оборудованием для реализации основных задач модернизации системы здравоохранения.

Согласно данным многих отечественных исследований, в том числе и NATION (2013–2015 гг.), сахарный диабет относится к категории социально значимых неинфекционных заболеваний с эпидемическими темпами роста показателей заболеваемости [54,86,142,143,144,145,146,156].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), диабет стал непосредственной причиной 1,5 миллионов смертей в 2019 году, 48% из

которых произошли у пациентов моложе 70 лет. Международная Федерация Диабета (IDF, International Diabetes Federation) представила еще более устрашающую статистику, называя диабет причиной 6,7 миллионов смертей в 2021 году [46,104,139,148,158,151].

Отмечается высокая распространенность СД и в настоящее время. Согласно данным IDF, по состоянию на 2021 год, 537 млн человек – примерно 10,0% всех людей в возрасте 20–79 лет в мире – страдали сахарным диабетом. Ожидается, что к 2030 году этот показатель увеличится до 643 миллионов, а к 2045 году – до 783 миллионов. Более того, по прогнозам, около у 240 миллионов, из тех людей, кто страдает сахарным диабетом в настоящее время, диагноз еще не установлен [155,159].

В РФ тенденция числа пациентов с СД растет быстрыми темпами. Как показывают статистические сборники, около 5 млн человек в 2021 году стояли на диспансерном учете в РФ, что составляет около 4,0% от общей численности населения страны, при этом, у 93,0% выявлен СД 2 типа, у 7,0% – СД 1 типа [111].

Нужно упомянуть, что по МКБ 10 в IV класс «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» также входят отдельные «нарушения обмена веществ», это такие заболевания, как муковисцидоз, амилоидоз, гиперхолестеринемия и др. (коды E40-E46, E50-E54, E56-E64, E70-E88), они непосредственно эндокринными заболеваниями не являются, но в статистических данных учитываются в одной рубрике с эндокринными заболеваниями, привнося вклад в итоговые показатели общественного здоровья по классу в целом.

Так, согласно регистру пациентов с муковисцидозом, в РФ на 2021 численность пациентов составляла 3969 человек, а в 2011 г. – их насчитывалось всего 1026. Эту особенность необходимо иметь в виду при составлении статистических сборников, расчете показателей, а в перспективе – разграничить эти нозологии. Стоит отметить, что в последней версии Приказа № 104н от 13.03.2024, Порядок оказания медицинской помощи по

профилю «эндокринология» не распространяется на эти рубрики.

В Российской Федерации до 2024 года будут реализовываться ряд федеральных проектов, входящих в состав национального проекта «Здравоохранение» [96,111].

Очень важно обеспечить поддержку этих проектов через обмен опытом, расширение научно-образовательной деятельности, поддержку регистра сахарного диабета, а также внедрение высоких технологий. Их реализация позволит значительно снизить смертность и уровень инвалидности вследствие эндокринных заболеваний, а также позволит повысить качество жизни пациентов с эндокринными заболеваниями, в том числе пациентов трудоспособного возраста; сократить число госпитализаций.

В апреле 2022 года было проведено заседание «Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике», и участники заседания предложили:

1. «Министерству здравоохранения Российской Федерации:

– рассмотреть возможность разработки федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» с учетом определения перечня основных (результатирующих) и дополнительных (процессных) целевых показателей и устранения дублирования с уже реализуемыми федеральными проектами и программами;

– создать специализированные эндокринологические диспансеры в регионах РФ, как самостоятельно функционирующие единицы системы оказания медицинской помощи;

– повысить показатели обеспеченности пациентов с СД необходимыми изделиями, для контроля уровня сахара в крови, в том числе системами непрерывного мониторинга уровня глюкозы в крови;

– принять меры по обеспечению пациентов с СД 2 типа инновационными неинсулиновыми сахароснижающими препаратами с доказанным кардиопротективным эффектом, в том числе разработать механизмы финансового обеспечения;

– рассмотреть возможность внедрения «школ для пациентов с сахарным диабетом» как обязательного метода лечения пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, а также проработать механизмы финансового обеспечения функционирования «школ для пациентов с сахарным диабетом» на постоянной основе с учетом уровней средней месячной заработной платы врачей-эндокринологов и медицинских сестер в субъектах РФ и с учетом необходимости учета трудозатрат на проверку дневников пациентов и коррекцию доз инсулина в индивидуальном порядке;

– принять меры по устранению кадрового дефицита врачей-эндокринологов и врачей-детских эндокринологов в субъектах РФ;

– рассмотреть возможность включения циклов по эндокринологии с обязательным дополнением программ непрерывного медицинского образования блоками изучения отдельных, наиболее актуальных для данной медицинской специальности, разделов эндокринологии в программу обучения врачей всех специальностей;

– рассмотреть возможность внедрения мобильных диагностических комплексов для оказания эндокринологической помощи в отдаленных и сельских районах субъектов Российской Федерации».

2. «Министерству финансов Российской Федерации:

– проработать возможность выделения дополнительного финансового обеспечения на реализацию федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» в рамках национального проекта «Здравоохранение», в том числе с учетом прогнозируемого ежегодного роста числа пациентов, которых необходимо обеспечить медицинскими изделиями и пероральными сахароснижающими препаратами, в связи с увеличением продолжительности жизни пациентов и увеличением числа впервые выявленных случаев сахарного диабета» [8,9,76].

Таким образом, в октябре 2023 года Правительством Российской Федерации был одобрен новый федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом» (реализация до 1.02.2024 г.).

Заключение по главе 1

Теоретический анализ истории организации медицинской помощи при заболеваниях эндокринной системы выявил следующее:

– эндокринология является специальностью с богатой историей, которая насчитывает более 100 лет. Данное направление медицины на всем протяжении своего становления имело достаточно активную динамику развития. Значительный вклад в развитие эндокринологии не только как науки, но и как клинической специальности внесли такие великие деятели, как В.Д. Шервинский, В.Г. Баранов, Н.А. Шерешевский, Е.Е. Васюкова, И.И. Дедов и др.;

– социальная значимость заболеваний эндокринной системы обозначена статистическими данными, согласно которым наблюдаются высокие показатели заболеваемости населения;

– дефицит кадров является одной из причин снижения эффективности и качества оказания медицинской помощи населению по профилю «эндокринология»;

– последние два десятилетия характеризуются значительными структурными изменениями в системе здравоохранения РФ. За этот период были предприняты меры по реструктуризации системы медицинской помощи населению по профилю «эндокринология», реорганизована сеть стационаров в сторону их расширения и сокращения маломощных и нерелевантных подразделений, внедрена трехуровневая система оказания медицинской помощи, увеличены виды и объемы высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствовалась система подготовки медицинских кадров, проводились мероприятия по повышению эффективности медицинских осмотров;

– произошли существенные концептуальные изменения в нормативно-правовой базе, регулирующей систему оказания медицинской помощи населению по профилю «эндокринология».

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование было организовано и проведено в несколько этапов в период 2021–2023 гг. (рис 2.1).

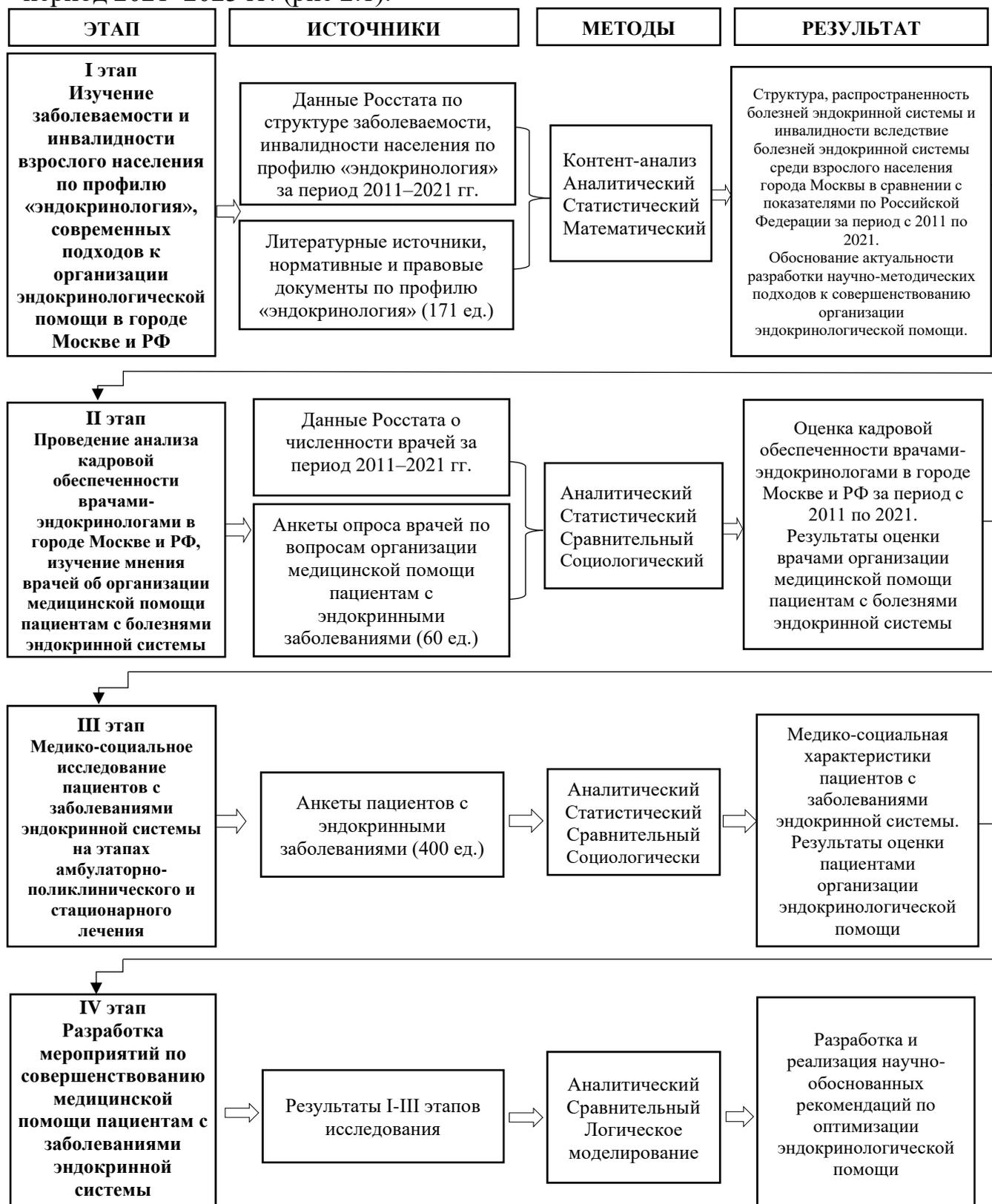


Рисунок 2.1 – Программа исследования по изучению организации медицинской помощи при заболеваниях эндокринной системы

На подготовительном этапе были разработаны план и программа исследования; обоснована актуальность исследования, сформулированы цели, задачи, определены объекты и предмет исследования; составлены первичные статистические документы (анкеты для опроса пациентов и врачей).

Объектами исследования явились: данные базы Федеральной службы государственной статистики (Росстата); пациенты с заболеваниями эндокринной системы, госпитализированные в стационар и проходившие лечение в амбулаторно-поликлинических условиях (данные социологического опроса), врачи-эндокринологи и врачи-терапевты (данные социологического опроса).

Предметами исследования стали: структура, распространенность заболеваний эндокринной системы и инвалидности вследствие болезней эндокринной системы среди взрослого населения; медико-социальная характеристика пациентов с заболеваниями эндокринной системы; медико-организационные мероприятия по совершенствованию эндокринологической помощи населению.

На первом этапе исследования было проведено изучение структуры и распространенности болезней эндокринной системы и инвалидности вследствие болезней эндокринной системы среди взрослого населения города Москвы в сравнении с показателями по Российской Федерации за период с 2011 по 2021 годы, а также проанализированы современные подходы к организации эндокринологической помощи в городе Москве и РФ.

Основными источниками информации на I этапе были данные Росстата по структуре заболеваемости, инвалидности населения по профилю «эндокринология» за 2011–2021 гг., литературные источники, нормативные и правовые документы, в том числе стандарты и проекты стандартов оказания медицинской помощи, по профилю «эндокринология». Используемые методы:

- аналитический,
- контент-анализ,
- математический,
- статистический.

На втором этапе исследования был проведен ретроспективный анализ и дана оценка кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами, а также врачами-терапевтами в РФ и городе Москве за период с 2011 по 2021 годы.

В ходе II этапа был проведен социологический опрос врачей-эндокринологов и врачей-терапевтов по вопросам организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями, используя разработанные на подготовительном этапе анкеты (Приложение А). Объектом II этапа исследования явились врачи-эндокринологи (30 единиц наблюдения) и врачи-терапевты (30 единиц наблюдения), работающие в медицинских организациях ДЗМ г. Москвы, в том числе ГБУЗ «Городская клиническая больница имени А.К. Ерамишанцева» Департамента здравоохранения города Москвы.

По мнению Нечаева В.С. с соавт.¹, размер выборки определяется темой и задачами исследования, при этом «размер целевой выборки экспертов может варьировать от 5-7 до 10-15 человек при очном опросе, от 20 до 80 человек – при заочном».

ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ – многопрофильная медицинская организация, оказывающая помощь, в среднем, 66 тыс. пациентам в год в условиях стационара, и, более, чем 500 тыс. пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях. Коечный фонд больницы составляет 1040 мест. В структуру стационара входят 67 отделений, включая современный консультативно-диагностический центр (КДЦ) и Центр планирования семьи и репродукции. На базе стационара располагается уникальный центр – единственное в стране специализированное отделение, где проводится лечение пациентов с синдромом портальной гипертензии. КДЦ осуществляет оказание высококвалифицированной консультативной помощи пациентам и проводит, при необходимости, отбор для планового стационарного лечения в коечных отделениях стационара, включая оказание

¹ Нечаев, В.С. К вопросу об экспертной оценке организационных аспектов государственно-частного партнерства в здравоохранении / В.С. Нечаев, И.Э. Чудинова, Б.А. Нисан // Социология медицины. – 2012. – №1 (20). – С.21-23.

высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

В составе КДЦ функционирует кабинет амбулаторной эндокринной хирургии, где осуществляется консультативный прием эндокринным хирургом, отбор для стационарного хирургического лечения, тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) щитовидной железы под контролем УЗИ.

Многопрофильный стационар способен оказывать медицинскую помощь третьего уровня, благодаря использованию высокотехнологичной аппаратуры. В структуру стационара входит отделение эндокринологии, которое оказывает экстренную и плановую, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при любых эндокринных заболеваниях. В отделении реализуется программа полного обследования щитовидной и паращитовидных желез, применяя радиоизотопные методы. Коечный фонд отделения – 40 коек.

Анкетирование было анонимным. Во всех анкетах использовались как открытые, так и закрытые вопросы, был возможен множественный выбор ответов. Принявшие участие в социологическом опросе врачи-эндокринологи и врачи-терапевты (в должностях врач-терапевт участковый, врач-терапевт) работали в амбулаторно-поликлиническом и/или в стационарном звене.

Анкета для врачей-эндокринологов включала в себя несколько блоков вопросов (всего 16 вопросов). В первом блоке были общие вопросы: возраст, стаж и место работы, наличие дипломов по дополнительным специальностям; далее блок вопросов относительно оценки уровня своих знаний по специальности, количества принимаемых пациентов; вопросы о причинах снижения качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы, а также вопросы о возможных вариантах повышения качества медицинской помощи населению по профилю «эндокринология».

Анкета для врачей-терапевтов состояла из 18 вопросов по следующим блокам: общие вопросы относительно возраста, стажа работы, наличия дипломов по дополнительным специальностям; вопросы об уровне своей подготовки по вопросам клинической эндокринологии, а также подготовки

коллег – врачей-эндокринологов; вопросы относительно ведения/наблюдения пациентов с эндокринными заболеваниями; вопросы относительно вариантов повышения уровня теоретической подготовки специалистов в области клинической эндокринологии.

Также использовались нормативно-правовые документы по организации медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», полученные из официальных статистических источников.

Используемые методы на данном этапе:

- аналитический,
- статистический,
- сравнительный,
- социологический.

На третьем этапе исследования, для получения медико-социальной характеристики пациентов с заболеваниями эндокринной системы и анализа влияния медико-социальных факторов на показатели оценки организации эндокринологической помощи, было проведено анкетирование пациентов с заболеваниями эндокринной системы. Объектом исследования III этапа явились пациенты (400 человек) с заболеваниями эндокринной системы, проходившие лечение в амбулаторно-поликлинических (300 единиц наблюдения) и стационарных условиях (100 единиц наблюдения).

Репрезентативность выборки рассчитана в соответствии с расчетами К.А. Отдельновой, согласно которым «в социологическом исследовании для достижения средней степени точности при $t=2,0$ достаточно 100 наблюдений, при $t=2,5$ – 156 наблюдений, при $t=3,0$ – 225 наблюдений»².

Анкета для амбулаторных пациентов включала в себя 37 вопросов. Анкета для стационарных пациентов – 41 вопрос. Вопросы с множественными вариантами ответов, использовались как открытые, так и закрытые. Анкеты приведены в приложении Б.

² Отдельнова, К.А. Определение необходимого числа наблюдений в комплексных социально-гигиенических исследованиях / К.А. Отдельнова // В кн.: Комплексные социально-гигиенические и клиничко-социальные исследования. – М., 1980. – С.18-22.

В обеих анкетах первый блок вопросов включал в себя общую информацию для получения социально-гигиенической характеристики пациентов: пол, возраст, социальный статус, группа инвалидности; далее вопросы о самом заболевании: длительность, осложнения, принимаемая терапия, приверженность к лечению, прохождение диспансерного наблюдения, наличия льгот; для оценки условий организации оказания медицинской помощи был блок вопросов, отражающих количество посещений врача-эндокринолога, длительность ожидания посещения специалиста, удобство записи, сложности в получении лекарственных средств, доступность информации, удовлетворенность существующей организацией оказания медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями и др.; в конце был вопрос о возможных предложениях по улучшению работы стационара/поликлиники.

Пациентам стационара дополнительно было предложено пройти опрос для определения качества их жизни. С этой целью нами был использован неспецифический опросник SF-36, который позволяет измерять физическое функционирование и структуру психического здоровья в восьми областях, включая жизнеспособность и психические и физические функции. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Основными методами на III этапе исследования были:

- аналитический,
- статистический,
- сравнительный,
- социологический.

Результаты предыдущих этапов исследования были положены в основу разработки и реализации научно-обоснованных рекомендаций по

совершенствованию организации медицинской помощи при заболеваниях эндокринной системы, которые проводились на четвертом этапе исследования.

Сбор данных, хранение, корректировка, статистическая обработка осуществлялись с использованием пакета прикладных лицензионных программ Microsoft Office Excel 2019 и Statistica for Windows v.10.

Поскольку речь идет о случайных событиях (на самочувствие пациентов всегда оказывает влияние множество факторов, как улучшающих, так и ухудшающих его состояние, и учесть все врачу никогда не представляется возможным), заключения проведенного исследования могут носить лишь вероятностный характер.

Для обработки полученных результатов применялись следующие методы статистического анализа: расчет относительных и средних величин выборки, табличный метод, построение вариационного ряда, выявление и оценка факторов проводилась с применением корреляционного анализа. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Проверка достоверности статистических выводов проводилась общепринятыми в статистике методами.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

3.1. Структура и распространенность болезней эндокринной системы среди населения города Москвы за период с 2011 по 2021 годы

В современном здравоохранении проблема распространенности заболеваний эндокринной системы остается по-прежнему крайне актуальной, как среди взрослого населения, так и среди детей.

Высокие показатели заболеваемости могут быть связаны со множеством факторов, в том числе и с улучшением диагностических возможностей, проведением периодических медицинских осмотров, своевременно начатой терапией. Но, несмотря на попытки государства взять под контроль рост числа ведущих заболеваний эндокринной системы, это проблематично, в большей степени из-за наличия таких факторов как влияние окружающей среды, наличие у пациентов вредных привычек, несоблюдение пациентами назначенной терапии и т.д.

В структуре общей заболеваемости по основным классам болезней (по МКБ-10) в г. Москве на 2021 год класс болезней IV E00-E90 «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», занимал 14-е место (рис. 3.1).

На 2021 год Москва занимала первое место по уровню заболеваемости эндокринными заболеваниями среди всех регионов РФ: 6,8 на 1000 чел. населения. Такая тенденция сохранялась как во многие предыдущие годы, так и в настоящее время. Ежегодный темп прироста, в среднем, составляет около +27,0% (Приложение В).



Рисунок 3.1. – Структура общей заболеваемости населения г. Москвы по основным классам болезней по МКБ-10 за 2021 год (%). (Данные Росстата)

По данным формы ФСН (Федеральное статистическое наблюдение) № 12, в 2021 году в г. Москве заболеваемость болезнями эндокринной системы прикрепленного населения составила: у детей (0–14 лет) – 3 606,6 чел., у подростков (15–17 лет) – 9 127,6 чел., у взрослых (18–59 лет) – 8 302,3

чел., у пожилых (60 лет и старше) – 14 348,1 чел. (рисунок 3.2). Среди данных групп населения отмечались более высокие уровни общей заболеваемости у пожилого населения (60 лет и старше) и подростков (15–17 лет) по сравнению с группой детей и лицами трудоспособного возраста.

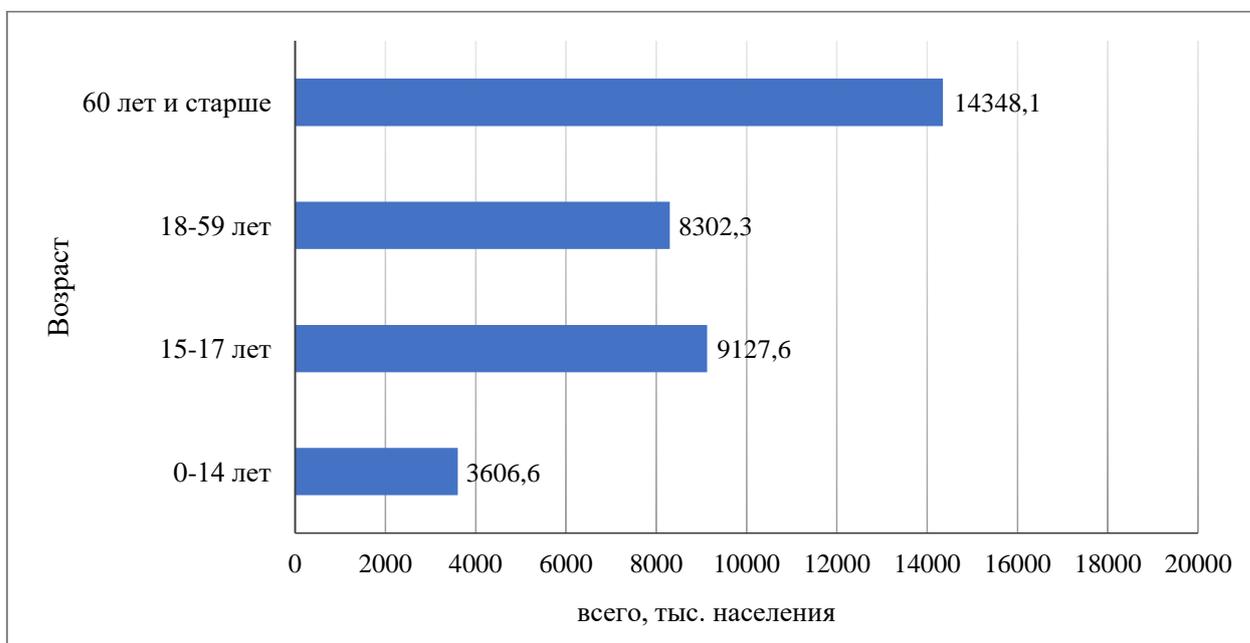


Рисунок 3.2. – Общая заболеваемость населения г. Москвы по классу IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» за 2021 год, повозрастная характеристика (всего, тыс.) (Данные Минздрава России)

Далее мы проанализировали данные Департамента здравоохранения города Москвы относительно числа случаев впервые выявленных заболеваний эндокринной системы за период с 2011 по 2021 годы. Полученные данные представлены в таблице 3.1 и на рисунке 3.3.

Таблица 3.1. – Первичная заболеваемость болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 1000 чел. населения) в г. Москве за 2011–2021 гг. (Данные Минздрава России)

Отчетный год	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Число случаев	10,3	10,6	10,6	11,2	13,3	13,9	14,0	13,1	14,4	11,0	11,4
Абсолютный прирост	-	0,3	0	0,6	2,1	0,6	0,1	-0,9	1,3	-3,4	0,4
Темп прироста, %	-	2,9	0	5,6	18,8	4,5	0,7	-6,4	9,9	-23,6	3,6
Темп роста, %	-	102,9	100	105,6	118,8	104,5	100,7	93,6	110,8	76,4	103,6

Темп прироста случаев впервые выявленных заболеваний эндокринной системы колебался от 0,7% (в 2017 г.) до 18,8% (в 2015 г.), отмечались отрицательные значения темпа прироста в 2018 г. (-6,4%), когда было отмечено небольшое снижение после длительного периода увеличения данного показателя с 2011 по 2017 гг., а также в 2020 г. (-23,6%), что связано с периодом пандемии COVID-19. Однако, снижение регистрации первичных диагнозов заболеваний эндокринной системы до уровня 2011 года за указанный период (2011–2021 гг.) не произошло.

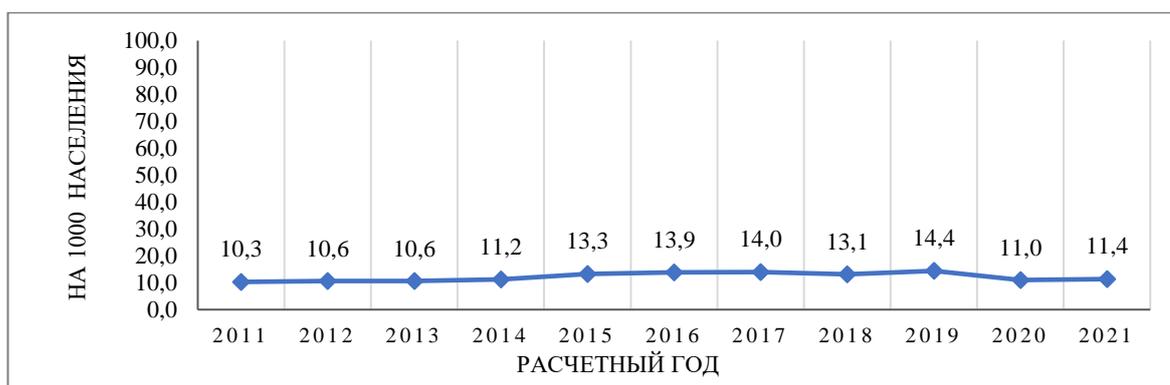


Рисунок 3.3. – Динамика первичной заболеваемости по классу IV «Болезни эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ» в г. Москве за 2011–2021 гг. (на 1000 чел. населения), (Данные ДЗМ)

Доля лиц с заболеваниями по классу болезней IV E00–E90 «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», установленными впервые в жизни в 2021 году составила у детей (0–14 лет) – 34,5 %, у подростков (15–17 лет) – 25,5 %, у взрослых (18–59 лет) – 11,1 %, у пожилых (60 лет и старше) – 28,9 % (рис.3.4).

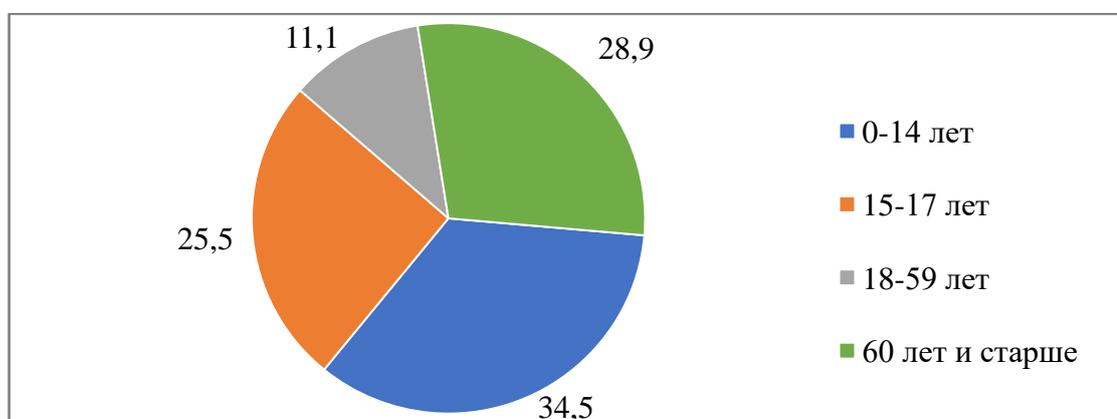


Рисунок 3.4. – Доля впервые выявленных заболеваний по классу IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» г. Москвы за 2021 год, по возрастной характеристике, (%), (Данные ДЗМ)

Оценив основные показатели динамического ряда впервые выявленных заболеваний эндокринной системы среди населения г. Москвы за 2011–2021 гг., можно наблюдать, что в 2015 и 2019 гг. отмечалось максимальное увеличение заболеваемости по эндокринологическому профилю (абсолютный прирост составил 2,1 и 1,3, соответственно). Возможно, это связано с увеличением обращаемости населения за медицинской помощью по профилю «эндокринология», увеличением охвата населения диспансерным наблюдением, повышением качества диагностики эндокринных заболеваний.

В 2020 гг. наблюдалось максимальное снижение первичной заболеваемости за оцениваемый период (абсолютный прирост составил –3,4). Данный факт, возможно, связан с распространением пандемии COVID-19 в расчетный год. В связи с чем, многие заболевания протекали под маской COVID-19 и не регистрировались объективно.

Максимальный темп прироста первичной заболеваемости эндокринными заболеваниями пришелся на 2015 год; минимальный наблюдался в 2020 году (возможные причины мы указали выше).

Проанализировав полученные данные, можно наблюдать, что в г. Москве на протяжении десяти лет (2011–2021 гг.) отмечалась общая тенденция к повышению показателей заболеваемости эндокринной системы (рис. 3.3). Прирост составил +9,6%.

Проанализировав данные относительно динамики распространения и выявления заболеваний эндокринной системы за десятилетний период у детей в возрасте от 0–17 лет, наблюдались следующие показатели (таблица 3.2 и рис. 3.5). Можно отметить, что у детей к 2021 году отмечалось повышение уровня первичной заболеваемости (30,4 на 1000 чел. населения), а низкое число выявления заболеваний, вероятнее всего, связано с низкой обращаемостью населения за медицинской помощью, недостаточной полнотой охвата детского населения диспансерным наблюдением.

В структуре болезней эндокринной системы по г. Москве на 2021 год наибольшую долю занимали заболевания щитовидной железы: у детей –

23,0 %, у подростков – 28,2 %, у взрослых – 33,8 %, у пожилых – 29,9 %.

Таблица 3.2. – Впервые выявленные болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 1000 чел.) у детей в возрасте от 0–17 лет в РФ за 2011-2021гг. (Данные Минздрава России)

Отчетный год	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Число случаев	32,6	32,7	30,2	29,6	30,1	30	26,4	28,1	28,7	24,5	30,4
Абсолютный прирост	-	0,1	-1,4	-0,7	1,9	-0,1	-4,6	2,8	3,1	-4,7	8,9
Темп прироста, %	-	0,7	-2,3	-1,3	1,5	-0,2	-2,8	3,2	3,3	-3,2	5,6
Темп роста, %	-	116,1	90,5	99,6	101,3	87,7	93,7	108,7	87,2	105,9	103,6

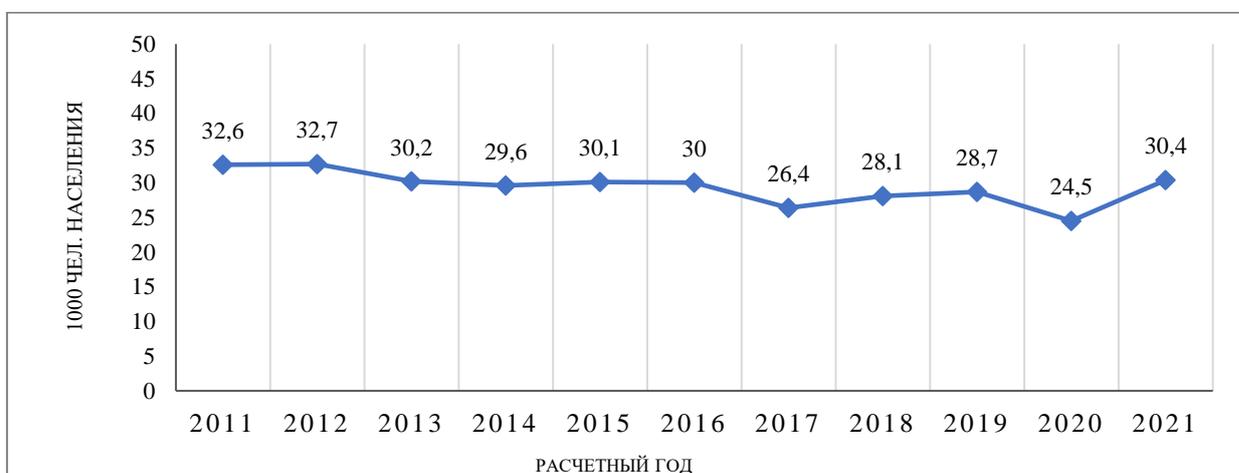


Рисунок 3.5. – Динамика впервые выявленных болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ у детей в возрасте от 0–17 лет в РФ за 2011–2021 гг. (на 1000 чел. населения)

Среди пациентов с заболеваниями эндокринной системы, пациенты с сахарным диабетом (1 и 2 типа) и заболеваниями щитовидной железы в большей степени нуждаются в постоянном медицинском контроле своего состояния, ввиду потенциально возможных грозных осложнений (например, гипергликемическая/гипогликемическая кома, диабетический кетоацидоз, тиреотоксический криз и др.).

Сахарный диабет давно является значимым фактором риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, при этом, он влияет не только на показатели заболеваемости, но и смертности. Как известно, с возрастом увеличивается риск возникновения сахарного диабета, это

подтверждают цифры общей заболеваемости по данному заболеванию в расчете на 100 000 чел. населения г. Москвы: дети (0–14 лет) – 188,3, подростки (15–17 лет) – 397,0, взрослые (18–59 лет) – 3 760,1, пожилые (60 лет и старше) – 8 150,7 (рис.3.6).

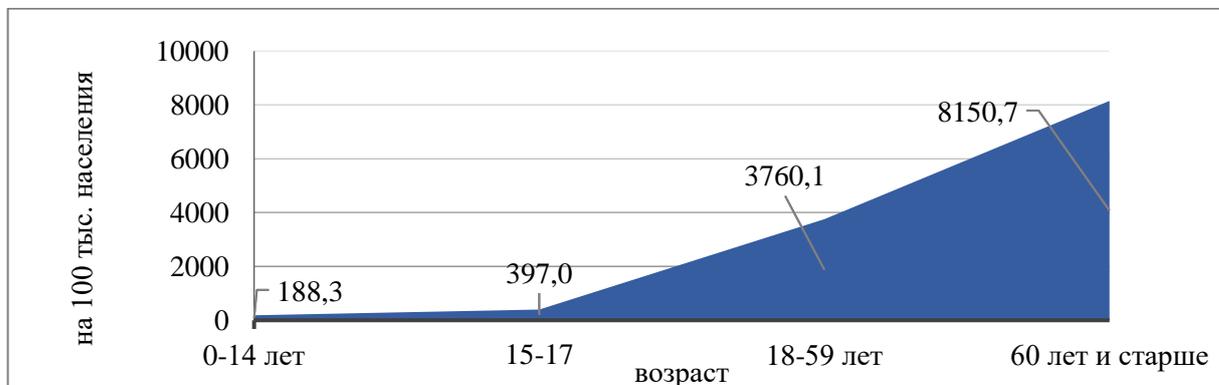


Рисунок 3.6. – Общая заболеваемость сахарным диабетом среди населения г. Москвы за 2021 г., по возрастной характеристике (на 100 тыс. населения), (Данные Росстата)

Смертность от сахарного диабета в г. Москве за 2021 составила 57,3 на 100 тыс. населения, из них:

- с СД1 – 166 человек, что составило 1,3 на 100 тыс. населения;
- с СД2 – 7088 человек, что составило 55,9 на 100 тыс. населения.

Смертность от болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ в г. Москве за 2021 год составила 33,5 на 100 тыс. населения. За 2017–2021 гг. уровень смертности сохранялся, без тенденции к его уменьшению (рис. 3.7).

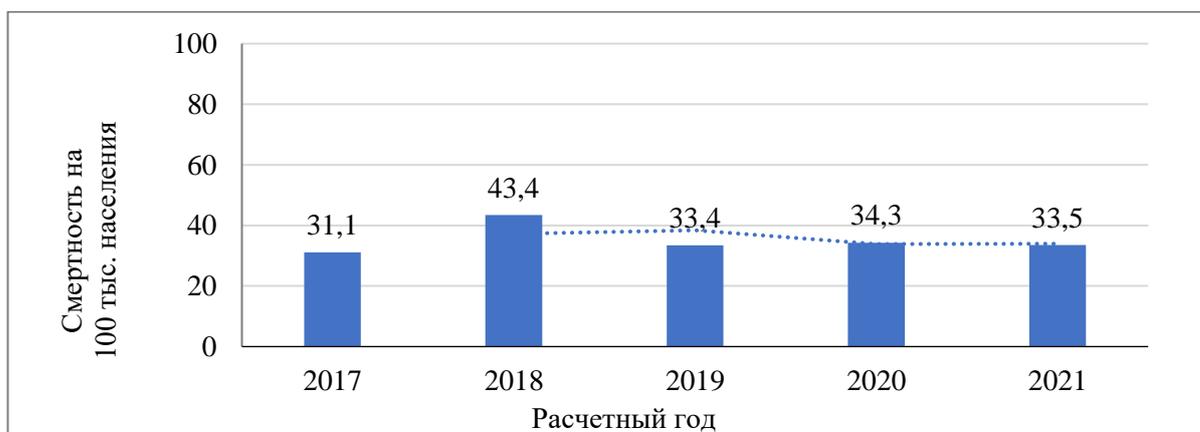


Рисунок 3.7. – Динамика смертности от болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ в г. Москве за 2017–2021 гг. (на 100 тыс. населения), (Данные ДЗМ)

Как показывают данные Росстата, заболевания щитовидной железы также остаются достаточно распространенными, занимая вторую позицию в структуре эндокринных заболеваний. Стоит отметить, что число выявления новых случаев заболеваний щитовидной железы также неуклонно растет и положительно коррелирует с множеством факторов риска. Как и в случае с СД, фактическое число пациентов с заболеваниями щитовидной железы в реальности намного выше, так как обращаемость пациентов за медицинской помощью низкая.

Оценив общие показатели по заболеваниям эндокринной системы в разных возрастных категориях среди жителей города Москвы за период с 2011 по 2021 год, можно наблюдать отсутствие положительной динамики по снижению числа выявленных случаев заболеваний эндокринной системы, данный класс болезней неуклонно растет и молодеет, чем обусловлена их социальная значимость (рис. 3.2; рис. 3.3).

На 01.01.2022 г., в г. Москве выявлено 713 468 жителей, страдающих болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ, при этом, около 100 тысяч из них – это подростки и дети. Также стоит отметить, что каждый год доля заболеваний эндокринной системы растет примерно на 7%.

3.2. Сравнительный анализ динамики распространенности заболеваний эндокринной системы по городу Москве со среднестатистическими показателями по Российской Федерации

Если рассматривать общую заболеваемость по основным классам болезней в РФ и по г. Москве, то на 2021 год заболевания эндокринной системы были на 13-м и 14-м месте, соответственно (рисунки 3.1 и 3.8).

Группу наиболее распространенных эндокринных заболеваний как по РФ, так и по Москве составляют СД, ожирение и заболевания щитовидной

железы. Данные заболевания негативно сказываются на показателях качества жизни населения, существенно ухудшая уровень их здоровья.



Рисунок 3.8. – Структура общей заболеваемости населения РФ по основным классам болезней МКБ-10 за 2021 год. (%), (Данные Минздрава России)

Директор Национального центра эндокринологии Наталья Георгиевна Мокрышева в своем интервью в январе 2023 года обозначила мнение о том, что «именно заболевания эндокринной системы являются неким фоном для

развития большинства заболеваний других органов и систем», что подтверждают статистические данные по эндокринным заболеваниям.

В РФ в структуре общей заболеваемости болезнями эндокринной системы на 2021 г. сахарный диабет составлял 45%, болезни щитовидной железы – 28%, ожирение – 15%, остальные заболевания эндокринной системы составили в совокупности 12%. В структуре первичной заболеваемости было установлено следующее распределение долей: 26% (СД), 24% (болезни щитовидной железы), 23% (ожирение), 27% (остальные заболевания эндокринной системы). Если сравнивать данные показатели с показателями г. Москвы, то можно отметить, что первое место в структуре эндокринных заболеваний в столице занимали болезни щитовидной железы (26%), далее – сахарный диабет (23%) и ожирение (21%), занимая вторую и третью позицию, соответственно; остальные заболевания эндокринной системы в совокупности составили 30% (рис. 3.9).

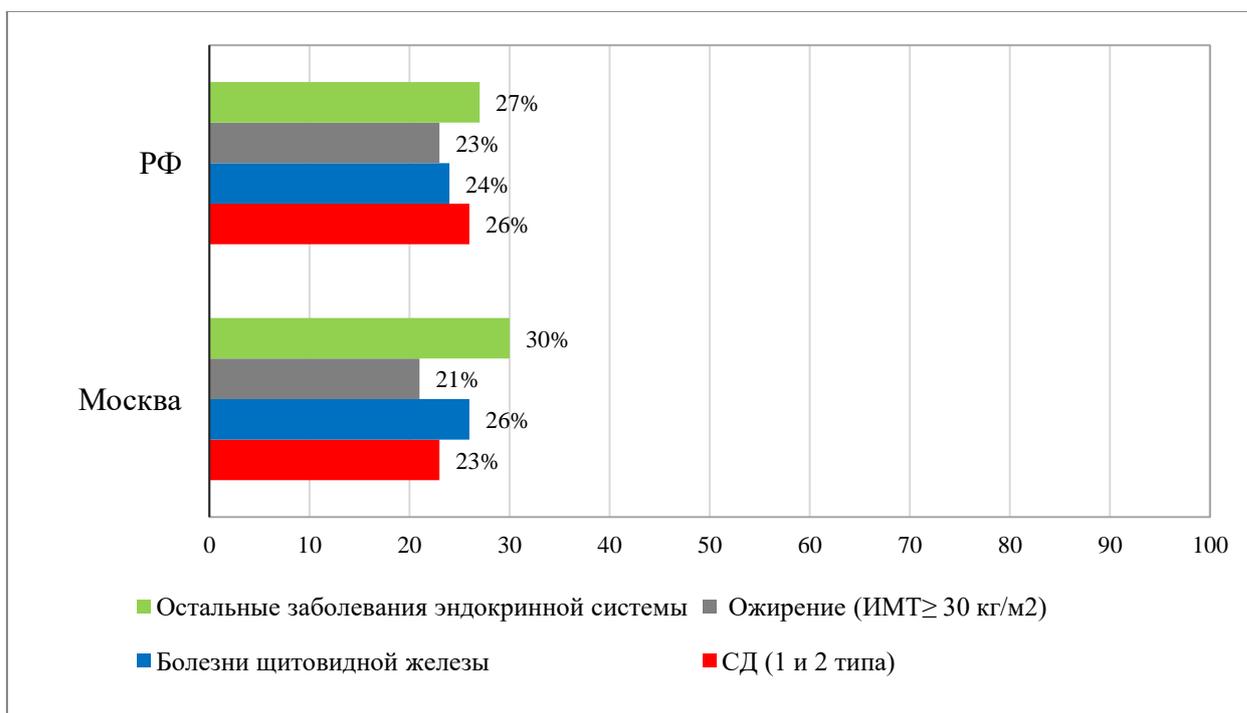


Рисунок 3.9. – Структура первичной заболеваемости основными эндокринными заболеваниями в РФ и г. Москве на 2021 год (%), (Данные Минздрава России)

Обращает на себя внимание ухудшение показателей здоровья населения, а также растущие показатели впервые выявленных заболеваний эндокринной

системы среди населения РФ. Мы провели анализ общей заболеваемости болезнями эндокринной системы у жителей России за период с 2011 по 2021 год, используя данные Федеральной службы государственной статистики, и получили следующие результаты, которые отражены в таблице 3.3.

В РФ за период с 2011 по 2021 год число впервые выявленных случаев заболеваний эндокринной системы увеличилось на 37%, и составило 10321,3 на 100 тыс. населения. Такая тенденция отмечалась повсеместно по регионам РФ. Однако, наиболее высокие цифры были зафиксированы в Москве, Архангельской и Сахалинской областях – 4582,19; 3222,52 и 2 960,54 на 100 тыс. населения, соответственно (Приложение В).

Таблица 3.3. – Динамика первичной заболеваемости по классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» в период с 2011 по 2021 гг. в РФ (на 100 тыс. населения), (Данные Росстата)

Год	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Класс болезней											
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, число случаев, всего тыс. человек	147,5	151,9	152,7	163,6	195,3	203,8	205,0	192,7	211,7	161,7	167,0

Проанализировав полученные данные, можно наблюдать, что, начиная с 2013 года отмечалась стабильная тенденция к повышению показателей впервые выявленных заболеваний эндокринной системы, возможно, это связано с повышением качества диагностики заболеваний эндокринной системы, а также высокими показателями обращаемости граждан за медицинской помощью, в первую очередь – своевременное прохождение диспансеризации. Пик заболеваемости был зафиксирован в 2019 году (211,7 на 100 тыс. населения), далее отмечалось незначительное снижение данного показателя.

Кроме того, мы проанализировали показатели, отражающие число

впервые выявленного сахарного диабета в РФ среди всего населения в динамике за 2011–2021 годы, результаты отражены на рисунке 3.10.

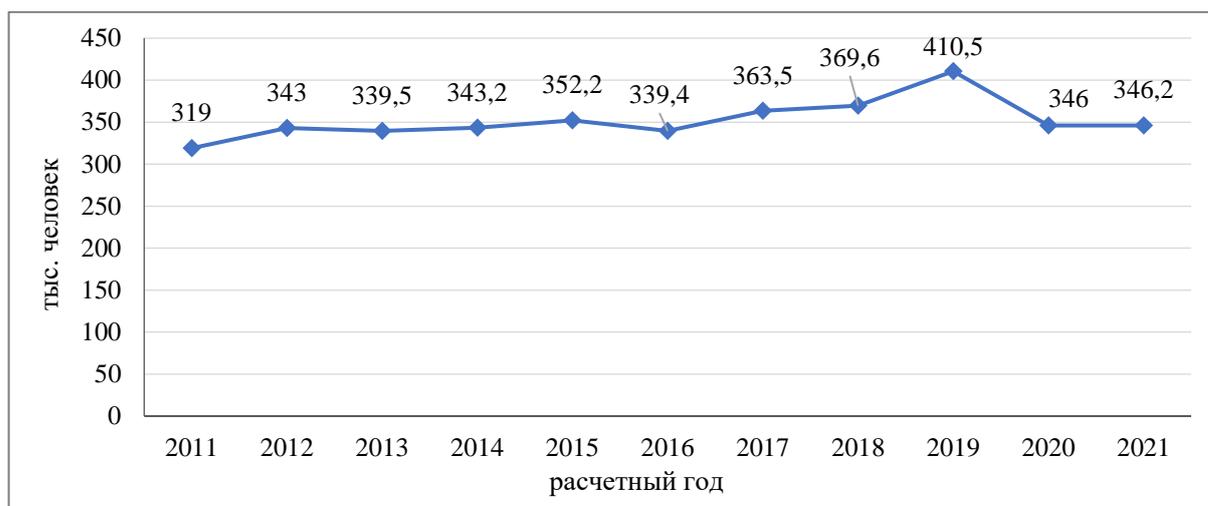


Рисунок 3.10. – Впервые выявленный сахарный диабет (1 и 2 типа) в РФ, динамика за 2011–2021 гг. (на 1000 чел. населения), (Данные Федерального Регистра СД)

Следует отметить, что показатели первичной заболеваемости СД в период с 2015 по 2016г. снижались (–23%), а затем снова наблюдался неуклонный рост, с пиком в 2019 году, и некоторым спадом в 2020–2021 гг., что связано с пандемией COVID-19.

Оценив результаты полученных данных, можно выделить, что СД остается на первой позиции среди заболеваний эндокринной системы среди взрослого населения в нашей стране. На долю СД отводится около 45% от общего числа эндокринных заболеваний.

Показатели первичной заболеваемости болезнями эндокринной системы растут в масштабах государственной эпидемии, при этом, тенденции практически одинаковы во всех субъектах РФ, и Москва не имеет существенных отличий в структуре данных показателей (табл. 3.3 и рис. 3.5).

Как утверждают специалисты Всемирной Диабетической Ассоциации, «к 2030 году ожидается увеличение распространенности заболеваемости СД в 1,6 раз». Сахарный диабет приводит к значительному снижению продолжительности жизни, так, согласно статистическим данным, лишь 18% населения РФ с СД 1 типа достигнут возраста 75 лет. При этом средняя

продолжительность жизни пациентов с СД 2 типа сопоставима со средними показателями общей популяции без СД 2 типа (рис. 3.11).

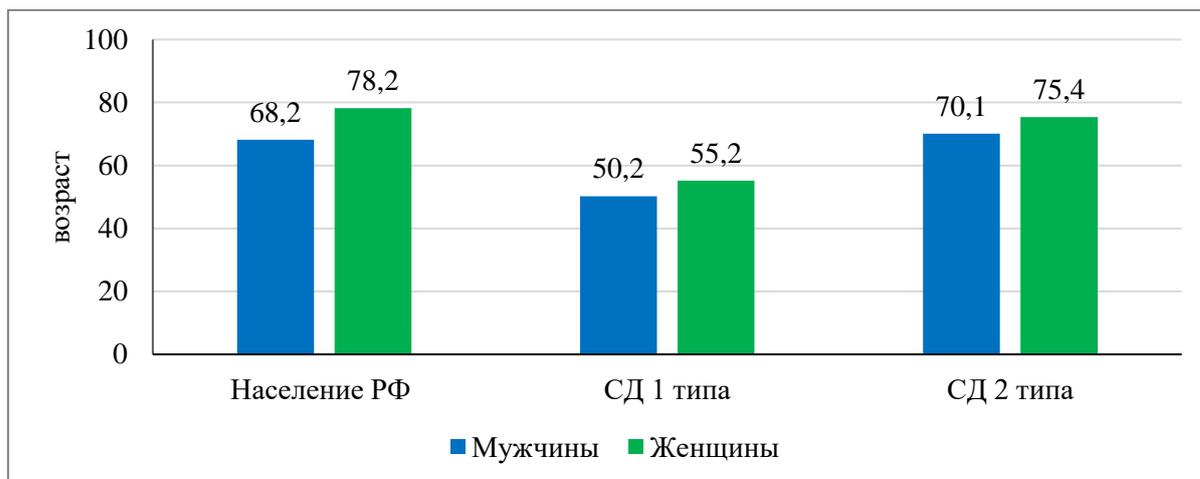


Рисунок 3.11. – Средняя продолжительность жизни пациентов с СД и населения РФ на 2021 г. Данные Росстата (общая популяция, 2019 г.) и Федерального регистра пациентов с сахарным диабетом на 2021 г.

У пациентов с СД 2 типа наглядно прослеживается тенденция к постоянному росту показателя смертности (по РФ). Наибольший прирост был зафиксирован в 2020 году (+25,7), что совпало с периодом пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). По СД 1 типа из года в год фиксировались стабильные показатели смертности (в среднем 2,7 на 100 тыс. населения), но в сравнении с 2011 годом прирост составил +1,6. Значимых различий с показателями по г. Москве не выявлено (рис. 3.12, рис. 3.13).

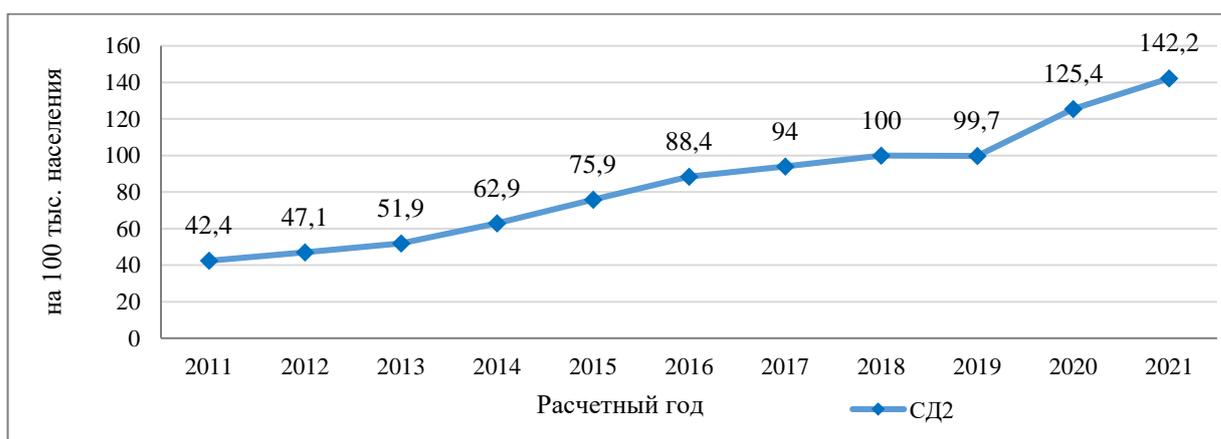


Рисунок 3.12. – Динамика смертности пациентов с сахарным диабетом 2 типа в Российской Федерации в период 2011–2021 гг. (на 100 тыс. населения)

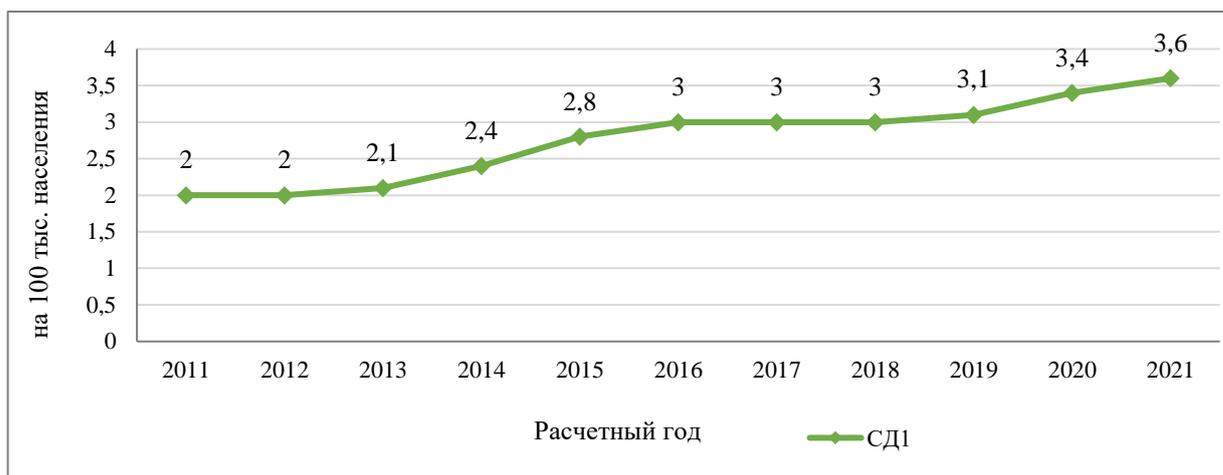


Рисунок 3.13. – Динамика смертности пациентов с сахарным диабетом 1 типа в Российской Федерации в период 2011–2021 гг. (на 100 тыс. населения)

3.3. Структура и сравнительный анализ инвалидности вследствие болезней эндокринной системы по городу Москве и Российской Федерации

В соответствии с пунктом 9 Критериев для установления инвалидности – «Критерием для установления группы инвалидности в возрасте 18 лет и старше является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или I степени выраженности ограничений двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты».

«Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (класс IV) и патология органов эндокринной системы, представленная в других классах болезней» как раз включены в клинико-функциональную характеристику стойких нарушений функций организма

человека.

Сфера экономики значительно страдает от высоких темпов распространения заболеваний эндокринной системы, ведь, в среднем, около 8% бюджета системы здравоохранения развитых стран идет на лечение эндокринных заболеваний и их осложнений.

Если говорить о Российской Федерации, то данные траты равны в среднем 184 триллионам рублей в год, а в г. Москве данная цифра равна в среднем 64 тыс. рублей на человека в год. При этом, на терапию осложнений сахарного диабета тратится вдвое больше, около 128 тыс. рублей в год на одного пациента.

Еще одной из глобальных проблем современной эндокринологии является ожирение, которое становится неинфекционной эпидемией во всем мире, с крайне высокими темпами распространения. При этом, ожирение также вызывает инвалидизацию населения и приводит к сокращению продолжительности жизни населения. Данная проблема на сегодняшний день затрагивает более, чем миллиард жителей планеты, из общего их числа около 500 тысяч страдают не избыточной массой тела, а именно ожирением 1-й, 2-й или 3-й степени ($ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$), попадая в группу риска по развитию метаболического синдрома.

Для сравнения, согласно статистике ВОЗ, на 2021 год США занимали лидирующую позицию по численности жителей, страдающих избыточной массой тела и ожирением, около 69% американцев имеют ИМТ выше 25 кг/м^2 . Если говорить о Европе, то больше всего людей с ожирением зафиксировано в Великобритании, около 32%, в Греции – 29%. Самые низкие показатели среди стран Европы по ожирению были зафиксированы у жителей Франции (рис. 3.14).

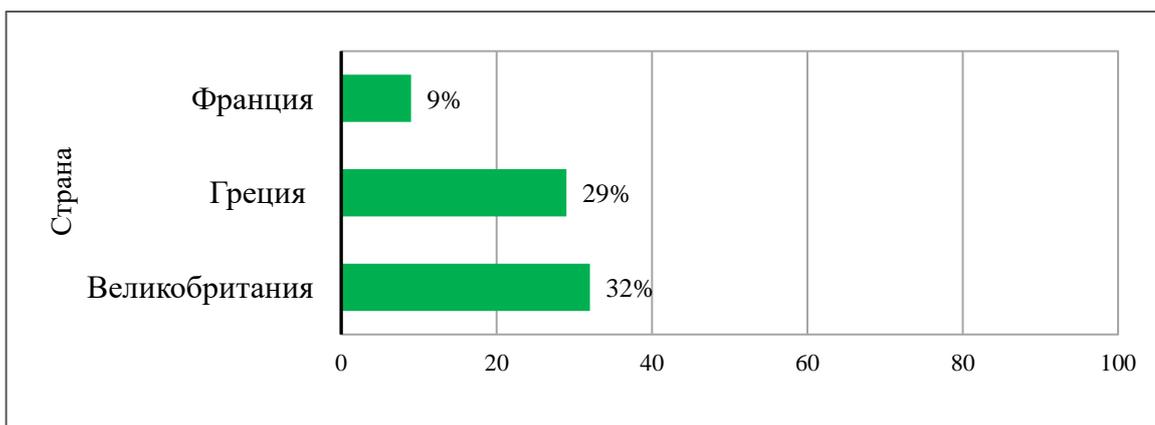


Рисунок 3.14. – Доля распространения ожирения в странах Европы на 2021 год, % (Данные ВОЗ)

Что касается нашей страны, то в ближайшие 10 лет вероятность догнать описанные выше государства достаточно высока. В 2020 году в РФ насчитывалось 371,9 тыс. человек с диагнозом «ожирение», в 2021–383,3; в 2022 – уже 419,4. Как показывают цифры, опубликованные НИИ питания РАН, «около 65% женщин и 35% мужчин в возрасте старше 35 лет страдают ожирением». Как показывают данные ВОЗ, РФ находится на 5-м месте среди развитых государств по степени распространения избыточной массы тела среди взрослого населения (индекс массы тела 25–30 кг/м²) (рис. 13.15).

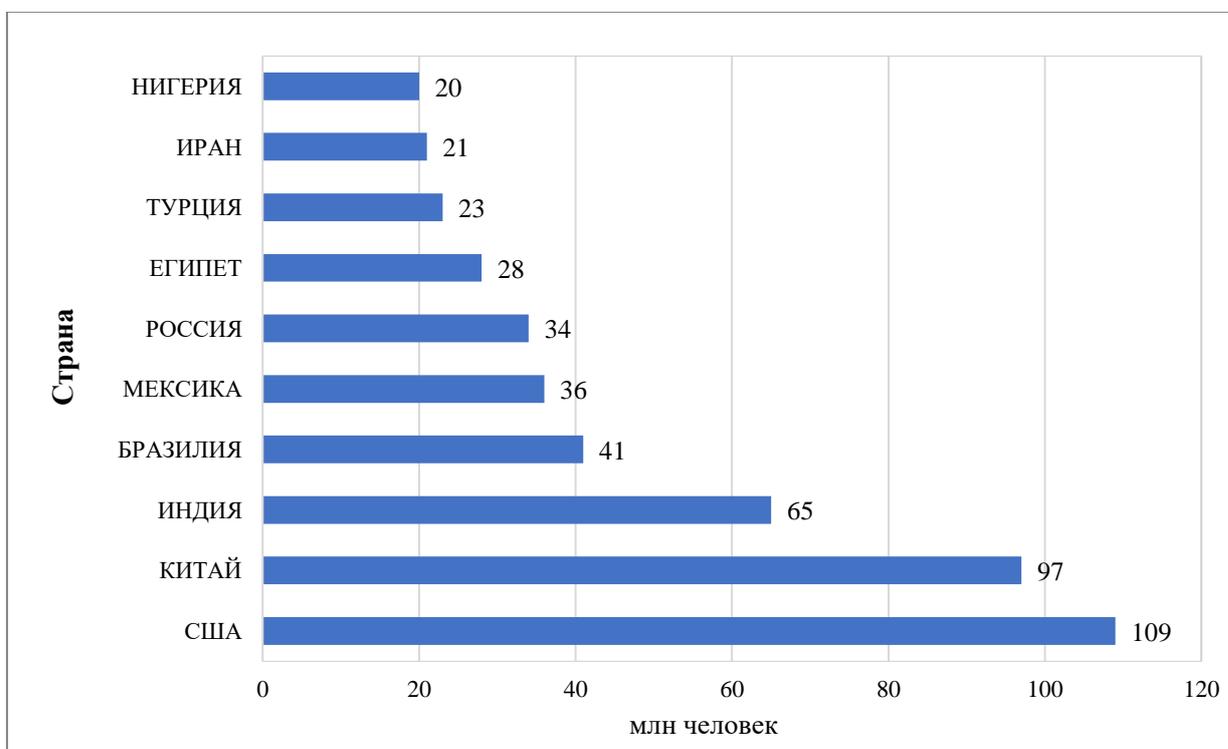


Рисунок 13.15. – Распространенность ожирения в мире среди взрослого населения на 2021 год (всего, млн человек), (Данные ВОЗ)

Кроме того, обращают на себя внимание показатели ожирения среди детей и подростков, ведь это окажет влияние на состояние здоровья населения в будущем.

Проблема лишнего веса у лиц младше 18 лет крайне негативно сказывается на их здоровье во взрослой жизни, являясь фактором риска развития артериальной гипертензии, метаболических расстройств и многих других заболеваний.

В период с 2010 по 2020 годы в РФ активно велась политика борьбы с лишним весом, опираясь на распоряжение Правительства РФ «Об основах государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2020 года».

Помимо СД и ожирения существует и другие заболевания эндокринной системы, приводящие к инвалидности, одной из групп которых являются болезни щитовидной железы, ими страдают около 55 млн человек в РФ. Причиной высоких показателей заболеваемости является множество факторов риска, в частности, плохая экологическая обстановка, наличие йод-дефицитных регионов, наследственность, стресс и т.д.

Если говорить о статистике по РФ в целом, то за период с 2011 по 2021 год отмечается незначительная тенденция к снижению численности людей с инвалидностью (рис. 3.16). По нашему мнению, это может быть обусловлено улучшением качества медицинской помощи, диагностических методик и появлением инновационных методов профилактики, диагностики и лечения в современной медицине.

Численность людей с инвалидностью трудоспособного возраста по всем классам заболеваний в г. Москве на начало 2021 года составляла 10,1 млн человек, из них 228 тыс. – лица трудоспособного возраста. На 2021 год отмечено, что около половины всех лиц с установленной инвалидностью имели вторую группу инвалидности (51%), 38% – третью и 11% – первую группу инвалидности. Однако, следует отметить, что эти данные отражают лишь официальную статистику, реальные цифры могут значительно

отличаться.

На начало 2011 года в РФ всего было 893 тыс. человек с инвалидностью, установленной впервые, на протяжении десяти лет отмечалась тенденция к снижению показателей, которые к 2021 году стали равны 536 тыс. человек (разница в 66,6%), данные мы отразили на рисунке 3.16 и таблице 3.4.

Таблица 3.4. Численность лиц в возрасте 18 лет и более, впервые признанных инвалидами в РФ за 2011–2021 гг. (всего, тыс. чел), (Данные Росстата)

Год	2011	2015	2019	2020	2021
Всего, тыс. человек	893	695	636	559	536
1 группа	137	125	133	122	118
2 группа	382	262	224	198	194
3 группа	364	308	279	240	224

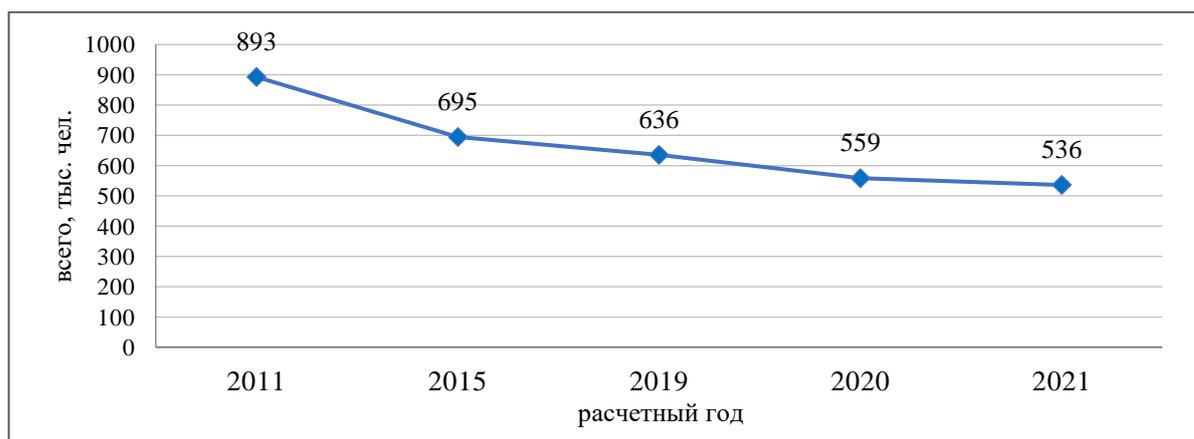


Рисунок 3.16. – Динамика численности лиц в возрасте 18 лет и более, впервые признанных инвалидами в РФ за 2011–2021 гг. (всего, тыс. чел)

Как уже упоминалось выше, наибольшую долю в структуре инвалидности по заболеваниям эндокринной системы имеют лица с СД, при этом показатели по данному заболеванию имели тенденцию к увеличению с 79,8% в 2011 году до 88,9% в 2021 году (рис 3.17).

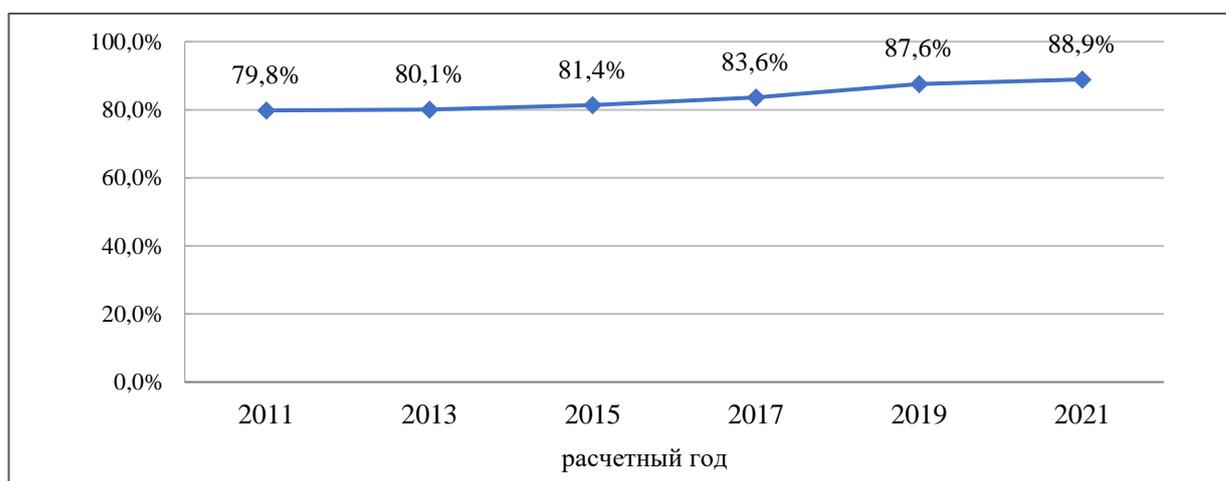


Рисунок 3.17. – Динамика доли СД в структуре общей инвалидности при заболеваниях эндокринной системы за 2011–2021 гг. в РФ (%), (Данные Федерального Регистра СД)

Далее мы провели анализ первичной инвалидности вследствие заболеваний эндокринной системы у жителей города Москвы в период с 2011 по 2021 годы.

Если говорить о заболеваниях эндокринной системы, приведших к инвалидности, то число впервые выявленных случаев среди взрослого населения в г. Москве составило в 2021 году 1449 человек, из них 89,2% – это лица с сахарным диабетом, по возрастной характеристике 44% – лица среднего трудоспособного возраста, 36,7% – пенсионеры.

По числу первичной инвалидности в городе Москве из-за других заболеваний эндокринной системы (заболеваний щитовидной железы, ожирения и др.) отмечалась отрицательная тенденция, так в 2011 году было выявлено 496 человек, а в 2021 году – 765 случаев. Всего за 10 лет в г. Москве были признаны инвалидами вследствие заболеваний эндокринной системы 5,7 тысяч человек.

В структуре инвалидности взрослого населения в РФ на 2021 год болезни эндокринной системы занимали 9-ю позицию (рис 3.18).



Рисунок 3.18. – Распределение численности лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности в РФ за 2021 год (на 10000 человек населения), (Данные Росстата)

На 2021 год удельный вес инвалидности взрослого населения вследствие болезней эндокринной системы по городу Москве и РФ среди всех классов заболеваний относительно низкий (2,9% и 2,7%, соответственно), при этом СД занимал от общего числа инвалидности вследствие эндокринных расстройств 88,6% по г. Москве и 88,9% по РФ (рис. 3.19).

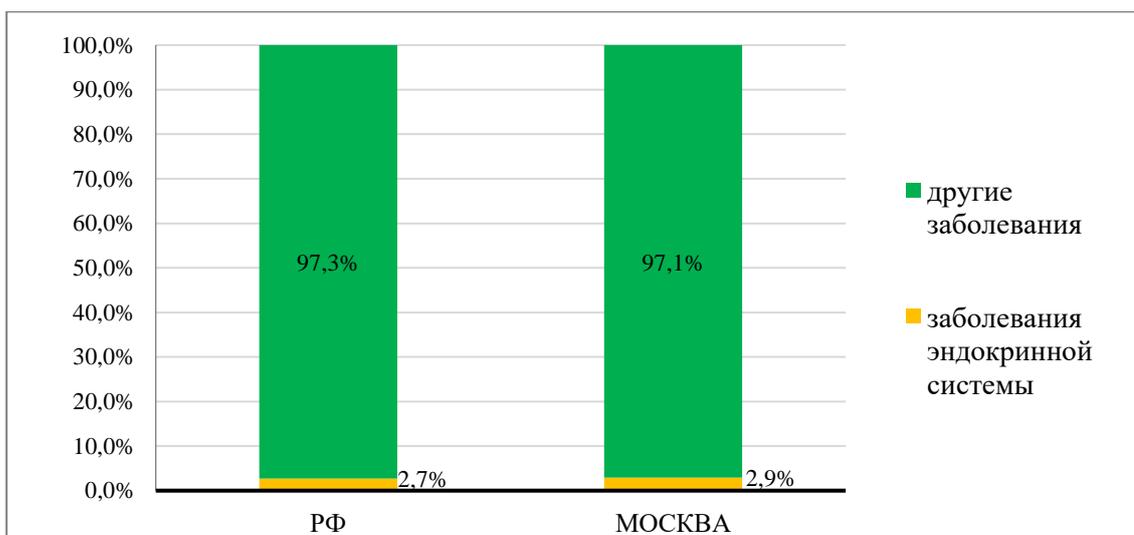


Рисунок 3.19. – Доля инвалидности взрослого населения вследствие болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ в г. Москве и по РФ за 2021 год (%), (Данные Росстата)

За оцениваемый десятилетний период показатель инвалидности вследствие эндокринных заболеваний в среднем составлял 2,7% как по г. Москве, так и по РФ (рис. 3.20).

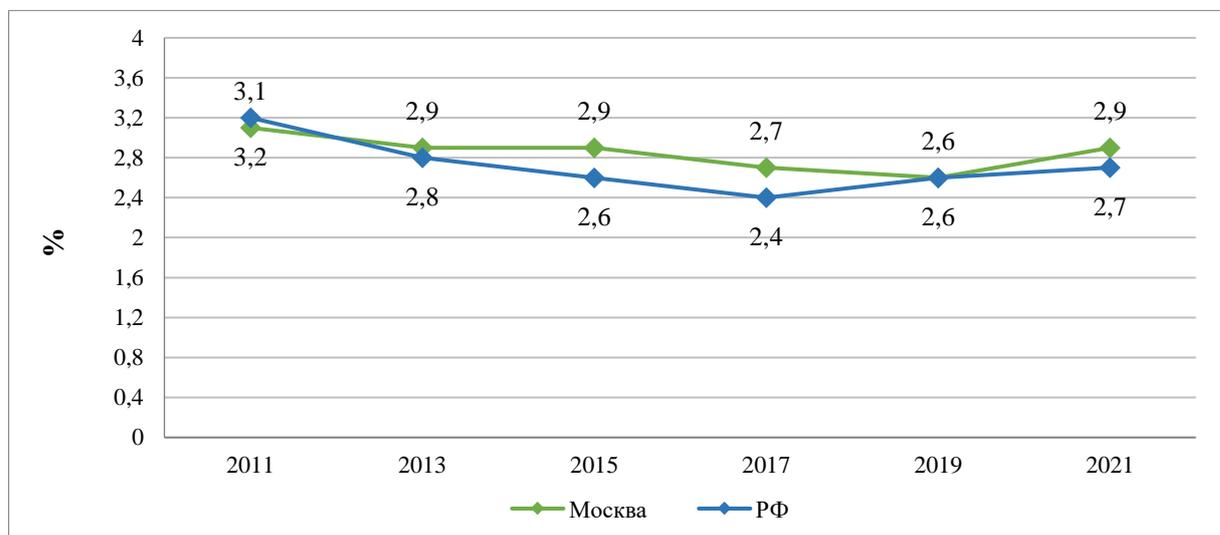


Рисунок 3.20. – Динамика доли первичной инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше вследствие болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ по г. Москве и РФ с 2011 по 2021 годы, % (Данные Росстата)

По возрастной характеристике по РФ среди пациентов с инвалидностью преобладали лица пожилого возраста (согласно классификации ВОЗ) – 54%, в то время как в г. Москве 52% случаев – это лица среднего трудоспособного возраста (социально значимые слои населения) (рис. 3.21).

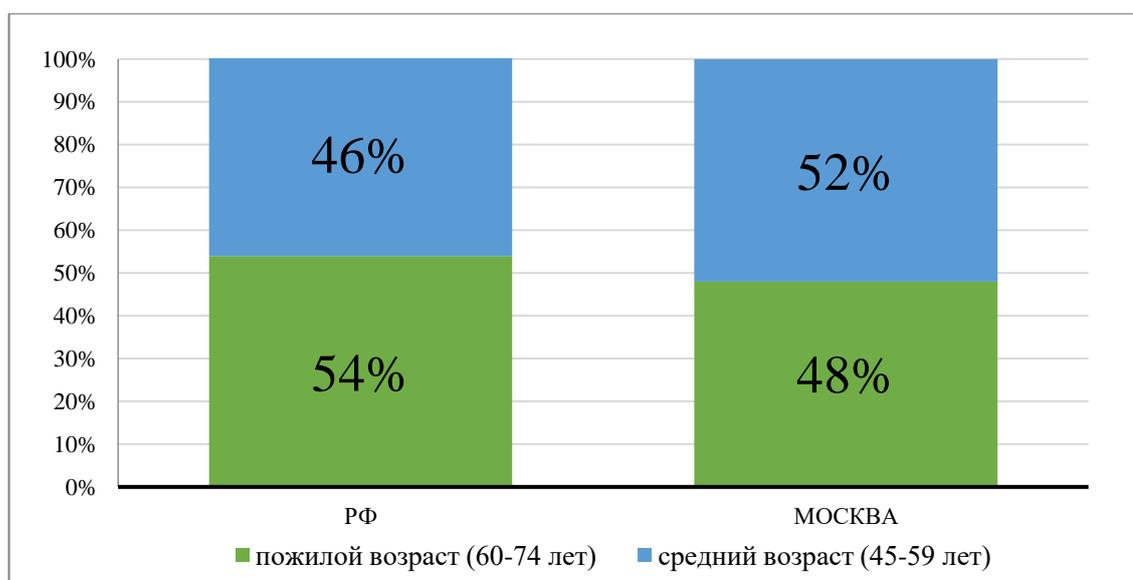


Рисунок 3.21. – Возрастная характеристика первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ по г. Москве и РФ на 2021 год (Данные Росстата)

Исходя из описанного выше, можно сделать выводы о том, что инвалидность вследствие болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ в структуре общей инвалидности взрослого населения по РФ занимает 9-ю позицию, с относительно низким удельным весом, и имеет тенденцию к снижению с 2011 по 2021 годы. Это может быть связано с улучшением качества медицинской помощи, увеличением охвата населения диспансеризацией, своевременной диагностикой и профилактикой осложнений эндокринных заболеваний.

В структуре пациентов с инвалидностью вследствие болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ в г. Москве преобладают лица среднего возраста (52%), в то время как в РФ 54% – это лица пенсионного возраста. По группам инвалидности наибольший удельный вес составили инвалиды III группы (61%), инвалиды II и I группы составили 26% и 13%, соответственно; по городу Москве данные показатели практически не отличались от среднестатистических по РФ ($p < 0,05$).

ГЛАВА 4. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ЭНДОКРИНОЛОГАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ГОРОДЕ МОСКВЕ И ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ВРАЧАМИ- ТЕРАПЕВТАМИ И ВРАЧАМИ-ЭНДОКРИНОЛОГАМИ

4.1. Динамика кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в Российской Федерации и городе Москве за период с 2011 по 2021 годы

Одной из основных проблем, которые стоят сегодня перед системой здравоохранения, является кадровый дефицит, а особенно остро он выражен в эндокринологическом профиле. По данным Росстата, в России сегодня дефицит кадров достиг высоких показателей, так, в здравоохранении на 2021 год не хватало около 3 тысяч врачей-эндокринологов, специализирующихся на оказании помощи взрослому населению, и более 1000 специалистов детского профиля. Нами был проведен анализ статистических данных за период с 2011 по 2021 гг. относительно численности врачей-эндокринологов в РФ, результаты которого представлены на рисунке 4.1.

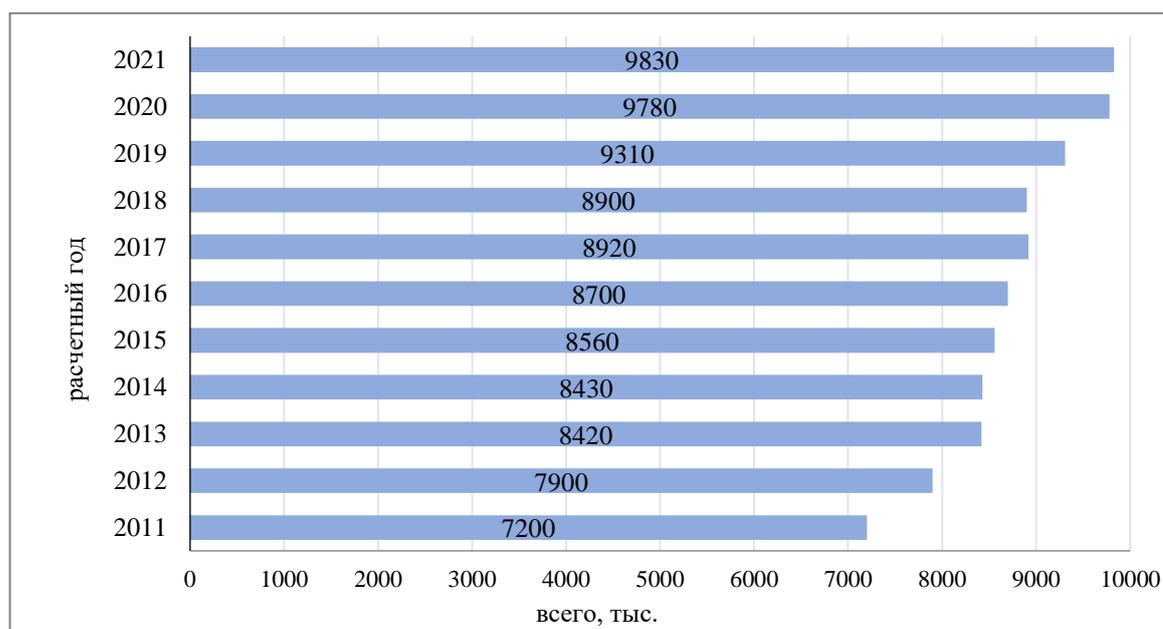


Рисунок 4.1. – Динамика численности врачей-эндокринологов в РФ за 2011–2021 гг.
(всего, тыс.)

По полученным данным можно отметить, что несмотря на то, что в системе здравоохранения наблюдается дефицит врачей-эндокринологов, за оцениваемый десятилетний период отмечается постоянный рост их числа. Возможно, это связано с тем, что на протяжении последнего десятилетия наблюдается тенденция к росту заболеваний эндокринной системы в популяции, и растет потребность во врачах данного профиля.

По официальным статистическим данным, в РФ на конец 2021 года дефицит врачей по специальности «эндокринология» в стационарной службе составлял 24%, при этом, в амбулаторной службе дефицит врачей-эндокринологов составлял около 18 % (рис. 4.2).

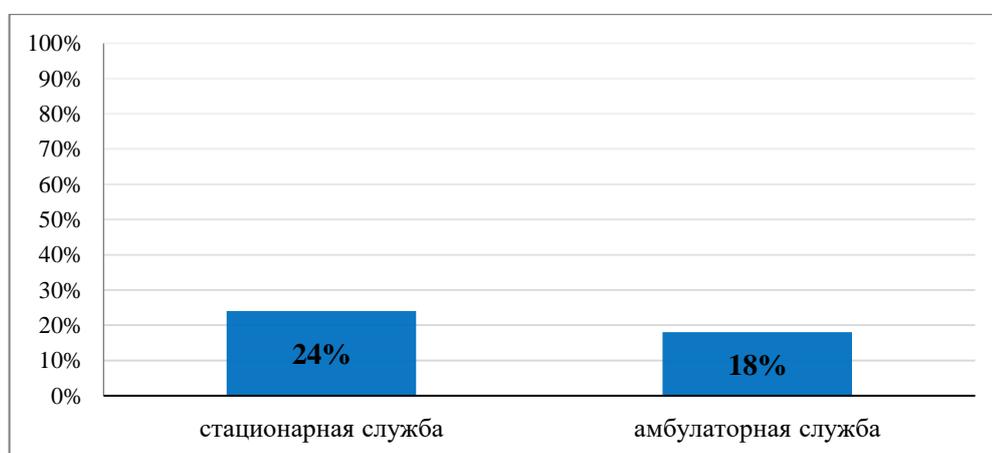


Рисунок 4.2. – Дефицит врачей-эндокринологов по РФ, % (на 2021 год)

Укомплектованность врачами-терапевтами в РФ в 2021 г. составила 73,2%. В абсолютных цифрах дефицит врачей-терапевтов составил 10 403 врача, врачей общей практики – 2 826 (данные Росстата).

Несомненно, врачи-терапевты играют значимую роль в процессе лечения заболеваний эндокринной системы, однако, роль эндокринологов по-прежнему остается существенной и ключевой.

Был проведен анализ дефицита кадров по г. Москве за период с 2011 по 2021 год. Так, с 2011 года отмечалась значительная тенденция к увеличению численности врачей-эндокринологов в г. Москве, однако, как уже говорилось, наблюдался их дефицит, что коррелирует с растущим числом пациентов с заболеваниями эндокринной системы, возможно, низкой мотивацией

специалистов. Ниже приведены статистические данные относительно численности врачей-эндокринологов в Москве и РФ с 2011 по 2021 гг. (таб. 4.1 и рис. 4.3).

Таблица 4.1. Динамика кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в РФ и г. Москве за 2011–2021 гг. (всего, тыс.)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Москва	596	897	920	998	1040	1150	1190	1240	1280	1450	1610
РФ	7200	7900	8420	8430	8560	8700	8920	8900	9310	9780	9830

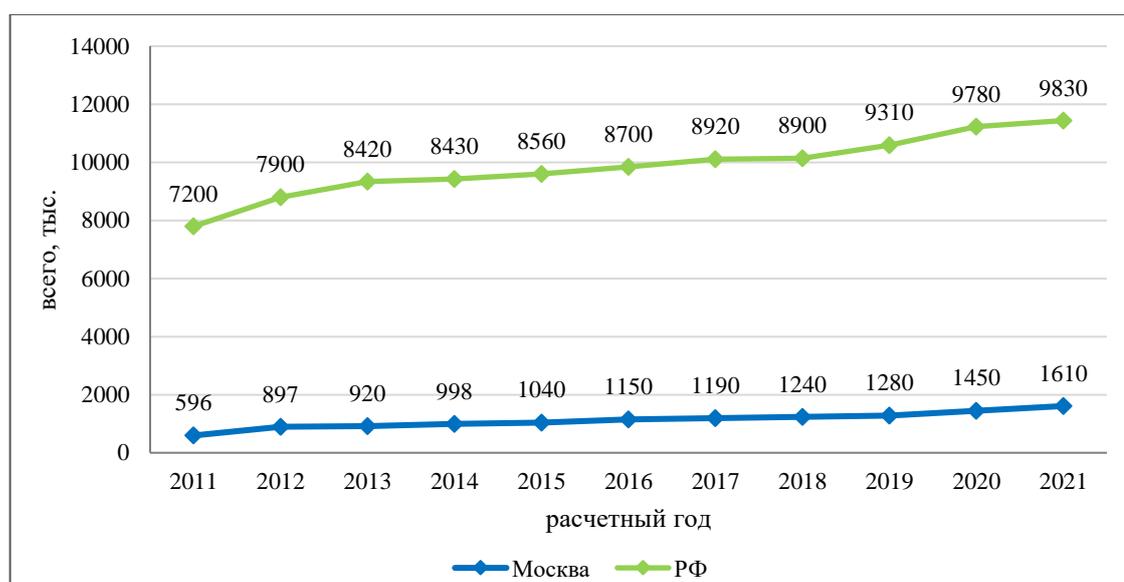


Рисунок 4.3. Динамика кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в РФ и г. Москве за 2011–2021 гг. (всего, тыс.)

Темп прироста кадровой обеспеченности врачами эндокринологами в Москве за 2011–2021 гг составил +62,9%, по РФ данный показатель равен +26,8%. На конец 2021 года дефицит ставок врачей-эндокринологов в РФ составил 930,83 ставки, обеспеченность на 10000 взрослого населения составила – 0,54 (по данным формы ФСН № 30).

Проблема кадрового дефицита усугубляется и значительными темпами роста распространения заболеваний эндокринной системы, о чем указывалось ранее. Так, по оценке статистических данных, на конец 2021 года около 45 млн граждан РФ нуждались в длительной медицинской помощи и наблюдении у врачей-эндокринологов, при этом, 85% из них нуждались в постоянной консультативной поддержке.

Как показывает статистика за 2021 год, каждый 6-й житель России был с установленным нарушением гликемии натощак, в то время как около 40% имели избыточную массу тела (ИМТ 25–30 кг/м²).

Все это делает необходимым внедрение в систему здравоохранения новых Программ, позволяющих увеличить обеспеченность врачами эндокринологического профиля взрослого населения; расчете и планировании ликвидации кадрового дефицита в соответствии с реальными потребностями населения в медицинской помощи по профилю «эндокринология».

4.2 Анализ результатов анкетирования врачей-терапевтов по организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями

Нами было проведено анкетирование (анонимный опрос) врачей-терапевтов по организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы с целью выявления актуальных проблем, влияющих на качество оказываемой медицинской помощи. В анкетировании приняли участие 30 врачей-терапевтов. Проанализировав результаты анкетирования, мы получили следующие данные:

Распределение респондентов по возрасту: количество опрошенных в возрасте 25–35 лет составило 8 человек (26,66%), в возрасте 36–50 лет – 11 человек (36,67%) и 11 респондентов были старше 51 года (36,67%) (рис. 4.4).

По своей основной специальности 100% опрошенных являлись врачами-терапевтами. При этом большинство из них имели дополнительную специальность (25 респондентов – 83%).

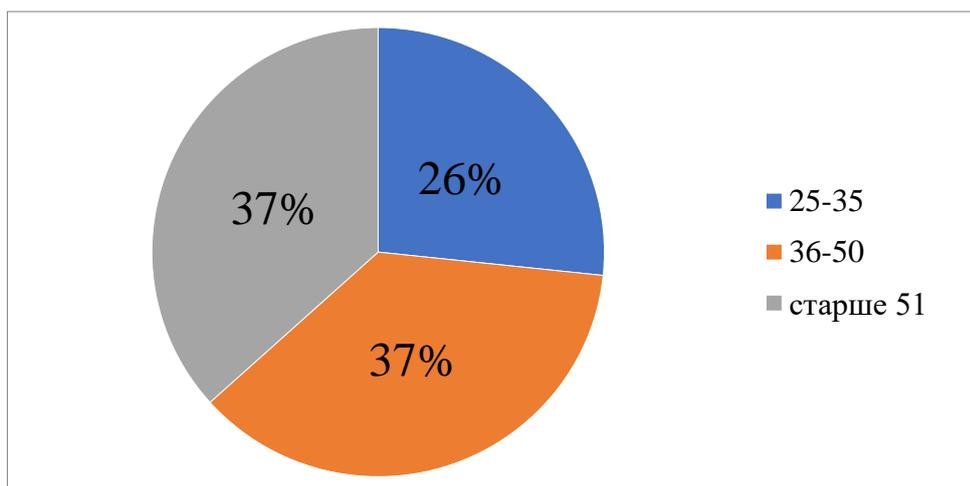


Рисунок 4.4. – Распределение врачей-терапевтов по возрасту, %

В качестве дополнительной специальности наиболее часто встречаемыми были следующие: гастроэнтерология, общая врачебная практика, диетология, клиническая лабораторная диагностика (рис. 4.5)



Рисунок 4.5. – Дополнительная специализация врачей-терапевтов, всего человек

Оценив стаж по основной специальности, мы получили следующие данные: 26,6% (n=8) респондентов имели стаж менее 5 лет, и по 36,7% (n=11) респондентов 6–10 лет и более 10 лет, соответственно (рис. 4.6).

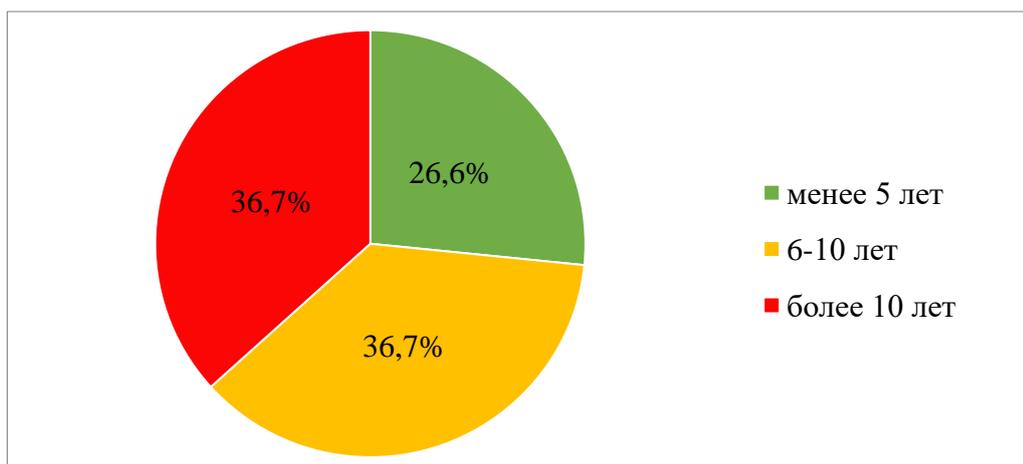


Рисунок 4.6. – Стаж работы по основной специальности врачей-терапевтов, %

Проведя корреляционный анализ между удовлетворенностью своими знаниями по эндокринологии, возрастом и стажем работы мы выявили наличие прямой положительной связи (соответственно, $r= 0,71$ и $r= 0,68$, $p=0,00001$). Что свидетельствует о том, что чем больше опыт и стаж работы, тем больше врачи-терапевты удовлетворены своими знаниями.

В качестве основного мотивирующего фактора в работе на «удовлетворенность от результатов работы» указали 70% респондентов ($n=21$), «возможность профессионального роста» отметили 30% респондентов ($n=9$) (рис. 4.7).



Рисунок 4.7. – Основные мотивирующие факторы в работе врача-терапевта, %

Стоит отметить, что у лиц, для которых возможность профессионального роста становится приоритетом, отмечается прямая

взаимосвязь с возрастом, который в 90% случаев менее 30 лет. Однако, с возрастом, как мы видим, именно удовлетворенность от результатов своей деятельности стоит во главе мотивации при лечении пациентов.

Уровень своей подготовки по вопросам клинической терапии оценили как хороший 56% респондентов (n=17), и 7% (n=2) считали его удовлетворительным, при этом, уровень подготовки по клинической эндокринологии отметили «хорошим» лишь 27% (n=8) человек из общего числа опрошенных, а 13% (n=4) и вовсе считали его неудовлетворительным.

В качестве причины, которая является основной при неудовлетворенности уровнем своих знаний по клинической эндокринологии, были отмечены «низкий уровень базовой медицинской подготовки» и «отсутствие свободного времени на самообразование» в равной степени значимости.

Полностью удовлетворены уровнем подготовки врачей-эндокринологов 50% (n=15) респондентов (рис. 4.8).

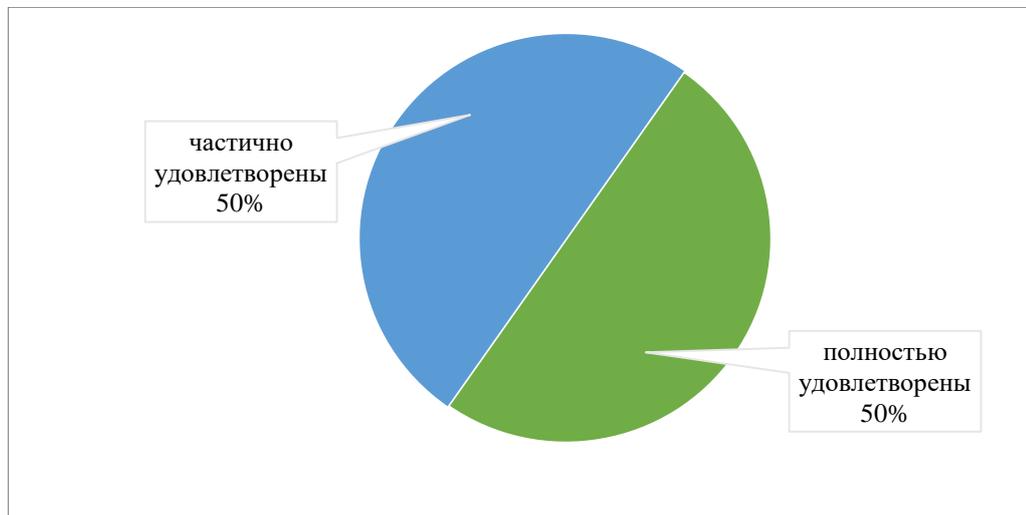


Рисунок 4.8. – Удовлетворенность врачей-терапевтов уровнем подготовки врачей-эндокринологов, %

Данные результаты отражают проблемы, связанные с оказанием медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы, их можно связать с низким уровнем подготовки врачебных кадров в медицинских ВУЗах, и их решение должно быть включено в стратегию государства по оптимизации оказания медицинской помощи населению по профилю

«эндокринология».

В анкете был вопрос, отражающий возможности повышения уровня теоретической подготовки специалистов по вопросам клинической медицины (min значимость – 0 баллов, max значимость – 5). Наиболее часто приоритетными вариантами, получившими максимальные баллы среди опрошенных, были следующие: «проведение дополнительных занятий по самым актуальным проблемам современной медицины, повышение материального поощрения за стремление в повышении уровня своих знаний и привлечение к научно-исследовательской работе».

Самый низкий балл получили варианты: «повышение материальной ответственности за медицинские ошибки, привлечение медицинского персонала к разработке методических пособий и другой научной литературы» (табл. 4.2).

Таблица 4.2. – Ранжирование по степени значимости вариантов повышения уровня теоретической подготовки специалистов по вопросам клинической медицины по мнению врачей-терапевтов (min значимость – 0, max значимость – 5)

Средний балл – 4,5-5			Средний балл - 1	
Предусмотреть проведение занятий с медицинским персоналом на наиболее актуальные темы для врачей клинического профиля	Повысить материальную заинтересованность персонала в повышении знаний	Стимулировать медицинский персонал к участию в научной и исследовательской работе	Повысить материальную ответственность персонала за допущение врачебных ошибок	Предусмотреть участие врачебного персонала в разработке методических пособий и других документов

На недостаточность знаний в области эндокринологии указали 63% респондентов (n=19), лишь 36% опрошенных были удовлетворены уровнем своих знаний. При этом, 100% опрошенных указали на то, что хотели бы пройти дополнительно повышение квалификации по диагностике и лечению заболеваний эндокринной системы. Распределение результатов ответов на вопрос о том, какие именно заболевания их интересовали, отражены на рисунке 4.9.

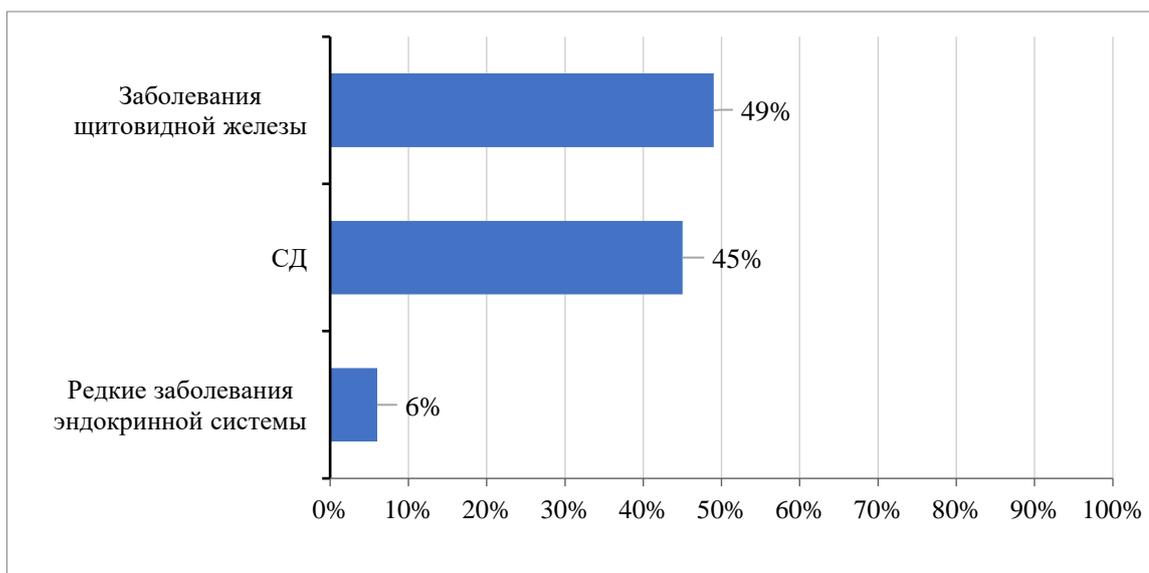


Рисунок 4.9. – Наиболее актуальные и требующие внимания заболевания эндокринной системы по мнению врачей-терапевтов, %

Из рисунка 4.9 видно, что актуальными среди опрошенных были 2 самые распространенные группы заболеваний эндокринной системы (заболевания щитовидной железы и сахарный диабет) в РФ и г. Москве, в частности.

Согласно данным опроса, 10% (n=3) респондентов указали, что в месяц к ним обращается, в среднем, 31–60 пациентов с заболеваниями эндокринной системы, 90% (n=27) респондентов принимают более 60 пациентов с заболеваниями эндокринной системы в месяц. При этом, к врачу-эндокринологу направляют более 20 пациентов ежемесячно 100% респондентов в связи с неэффективностью проводимого лечения.

Следует отметить, что лишь 20% (n=6) опрошенных всегда дообследуют пациента перед направлением его к врачу-эндокринологу, а 23% (n=7) специалистов никогда этого не делают, 56% (n=17) респондентов решают вопрос о дообследовании в индивидуальном порядке в каждом конкретном случае (рис. 4.10).

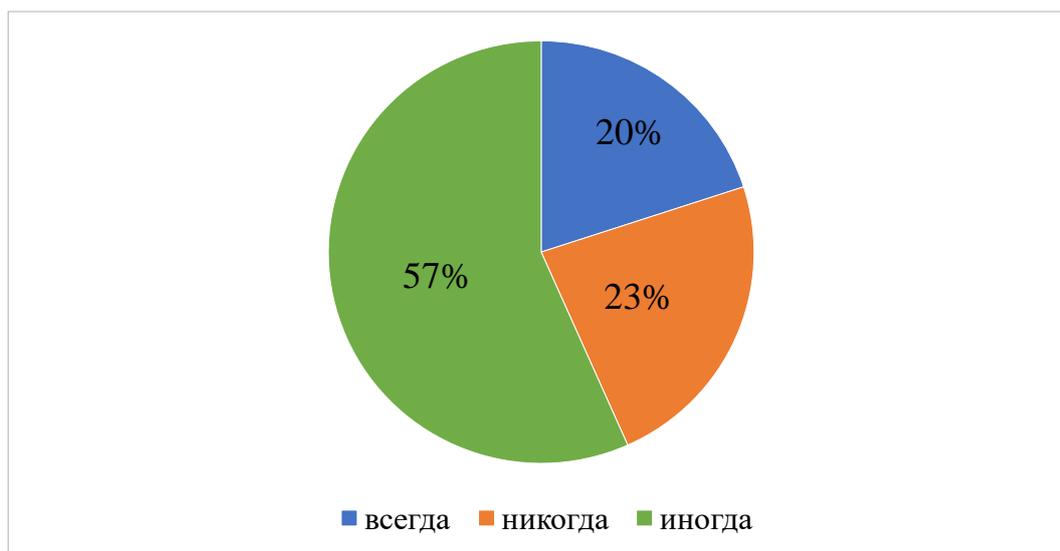


Рисунок 4.10. – Назначение дополнительного обследования пациентов перед направлением к эндокринологу, %

Как мы видим, в подавляющем большинстве пациенты попадают на прием к врачу-эндокринологу без каких-либо дополнительных результатов обследования, что может приводить к поздней диагностике заболеваний, и соответственно, запоздалому началу специфической терапии. Возможно, обязательное дообследование пациентов способствовало бы повышению качества медицинской помощи эндокринологическим пациентам.

Лишь 13% (n=4) опрошенных самостоятельно назначают и подбирают терапию пациентам с диагностированными заболеваниями эндокринной системы.

Кроме того, 87% (n=26) врачей-терапевтов отметили, что пациенты возвращаются к ним после посещения врача-эндокринолога, что может косвенно указывать на их приверженность к лечению или развитие осложнений со стороны других органов и систем. Также 43% (n=13) респондентов указали, что обладают достаточной уверенностью при диагностировании заболеваний эндокринной системы.

Таким образом, анализ анкетирования врачей-терапевтов показал, что в большинстве случаев – это специалисты среднего трудоспособного возраста, со стажем работы 6 и более лет, имеющие диплом профессиональной переподготовки по гастроэнтерологии, либо без дополнительной

специальности.

Несмотря на постоянный контакт с эндокринными пациентами, большинству специалистов-терапевтов не хватает знаний в области клинической эндокринологии, ввиду низкого уровня базовой медицинской подготовки и отсутствия свободного времени на самообразование. При этом, 100% опрошенных хотели бы пройти повышение квалификации по диагностике и лечению сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы.

Вариантами решения данных проблем специалисты-терапевты видят проведение дополнительных занятий по актуальным вопросам современной медицины, повышение материального поощрения за стремление в повышении уровня своих знаний и привлечение практикующих врачей к научно-исследовательской работе.

4.3 Анализ результатов анкетирования врачей-эндокринологов по организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями

В анкетировании приняли участие 30 респондентов, практикующих врачей-эндокринологов. Распределение респондентов по возрасту было следующим: 26,7% (n=8) в возрасте 25–35 лет, 43,3% (n=13) респондентов в возрасте 36–50 лет, 30% (n=9) – в возрасте 51 год и более (значимой разницы в возрастной категории не наблюдалось ($p < 0,05$) (рис. 4.11).

Все 100% опрошенных по своей основной специальности были врачами-эндокринологами, дополнительную специальность имели 83,3% (n=25) опрошенных. При этом терапия в качестве дополнительной специальности выбрана у 24% (n=6) опрошенных (от числа респондентов, имеющих дополнительную специальность), у 24% (n=6) – детская урология-андрология, и у 28% (n=7) – детская эндокринология (рис. 4.12).

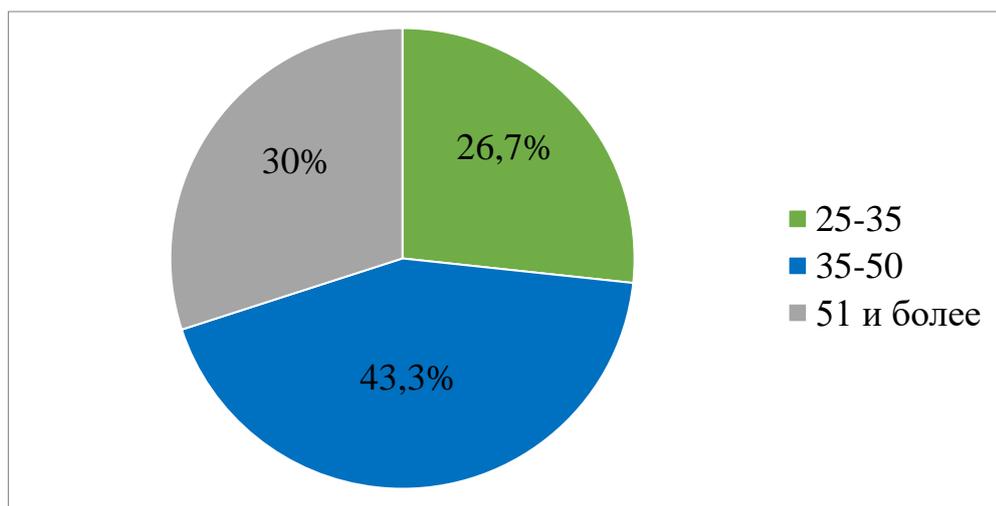


Рисунок 4.11. – Распределение врачей-эндокринологов по возрасту, %

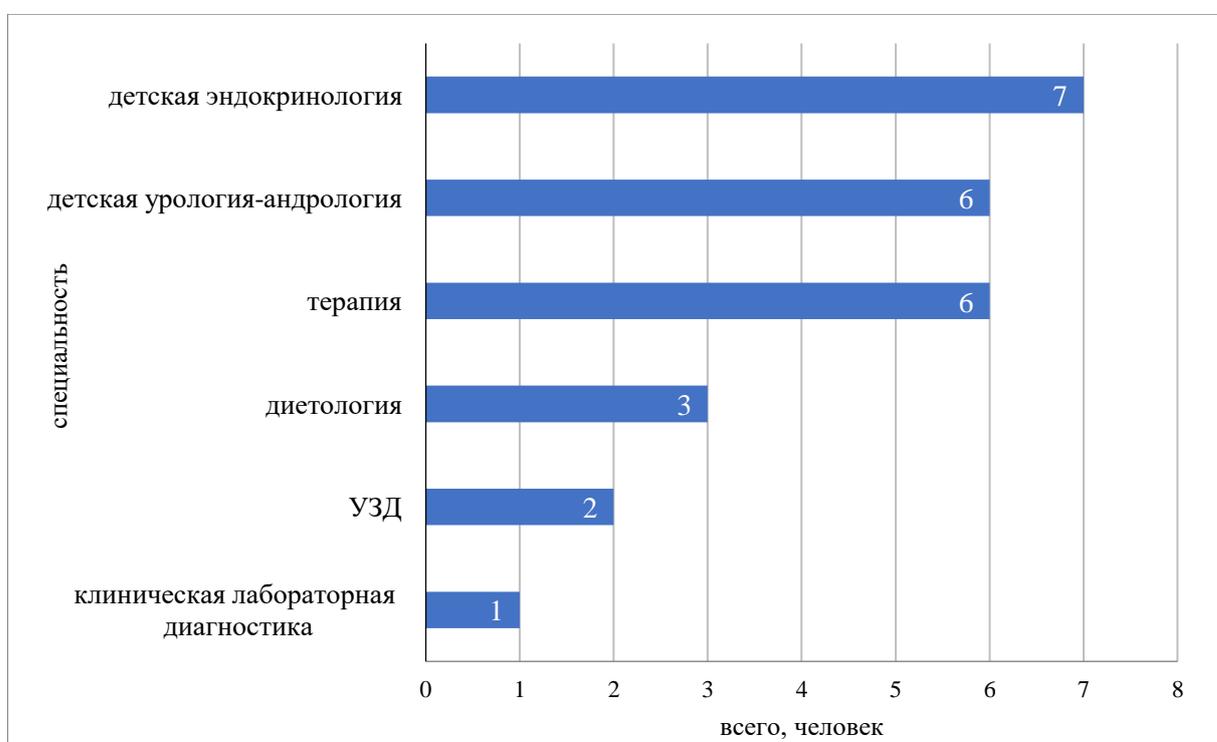


Рисунок 4.12. – Дополнительная специализация врачей-эндокринологов, всего человек

Наличие дополнительной специальности более, чем у 80% опрошенных подтверждает то, что со стороны специалистов отмечается заинтересованность в повышении своей квалификации и знаний в смежных областях медицины.

У 13% (n=4) респондентов стаж по основной специальности менее 5 лет, у 46% (n=14) – от 6 до 10 лет, 41% (n=12) опрошенных имели стаж по основной специальности более 10 лет (рис. 4.13).

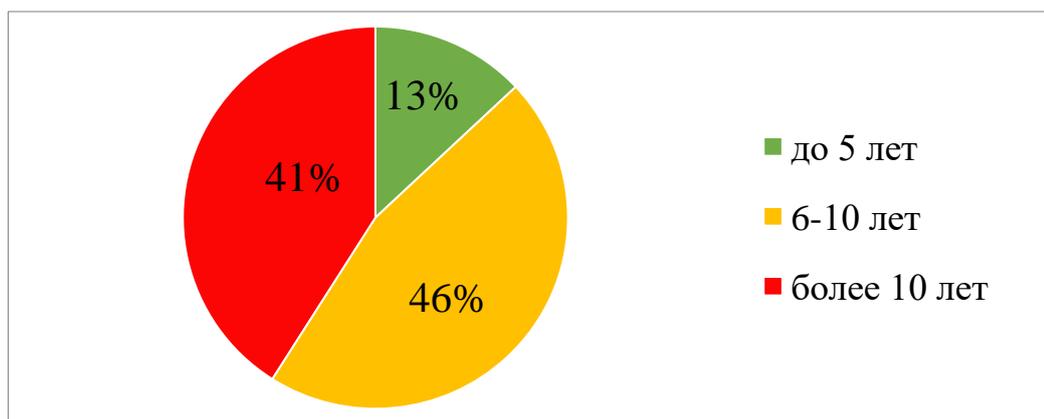


Рисунок 4.13. – Стаж работы по основной специальности врачей-эндокринологов, %

Более половины опрошенных (65%) работали в городской поликлинике, 15% – в городской больнице, 12% – в центральной районной больнице, по 4%, соответственно, в диагностическом центре и диспансере (рис. 4.14).

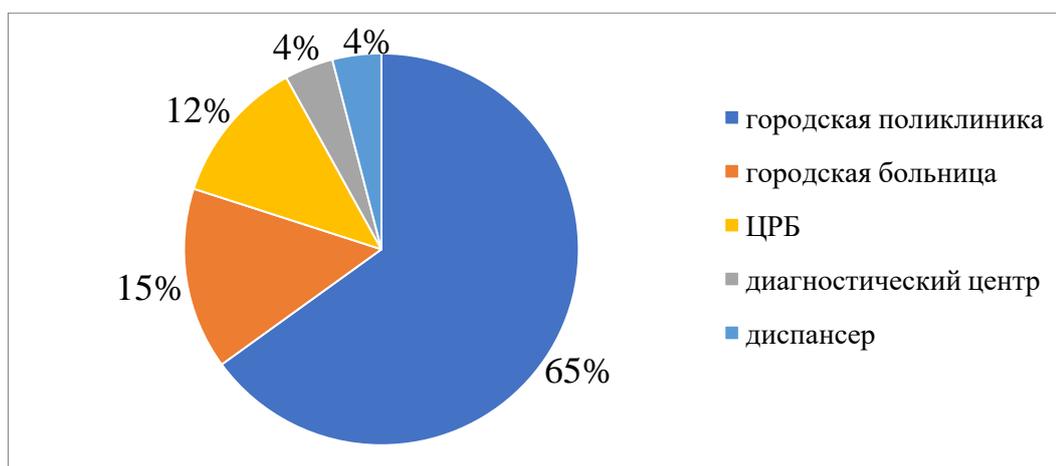


Рисунок 4.14. – Место работы врачей-эндокринологов, %

Проведя корреляционный анализ между оценкой уровня своей подготовки по эндокринологии и стажем работы, выявлено наличие прямой положительной связи ($r = 0,83$, $p = 0,00001$).

При оценке основных мотивирующих факторов для врачей-эндокринологов выявлено, что удовлетворенность от результатов работы на первом месте у 78% респондентов, при этом, 68% отметили также материальное вознаграждение за свою работу как один из основных мотивирующих факторов; наименьший процент в качестве мотивирующего фактора отмечен у «возможности профессионального роста» (23%).

Уровень своей подготовки по вопросам клинической эндокринологии

считали хорошим 83% (n=25) опрошенных, 15% (n=5) оценили его как удовлетворительный. По иным клиническим специальностям своим уровнем подготовки довольны и считали его хорошим 36% (n=11) респондентов, 40% (n=12) считали его неудовлетворительным, и 24% (n=7) – удовлетворительным.

При этом, те, кто отметил уровень своей подготовки неудовлетворительным, в 100% случаев указали главной причиной отсутствие свободного времени для самообразования, а также отсутствие материального стимула к изучению вопросов по другим специальностям.

Оценив значимость возможности повышения теоретической подготовки специалистов по вопросам клинической медицины (min значимость – 0 баллов, max значимость – 5), мы получили следующие результаты: «проведение дополнительных занятий по актуальным вопросам клинической медицины, повышение материальной заинтересованности персонала и участие в научной деятельности» выходят на лидирующую позицию по значимости, низкую значимость придали «материальной ответственности за допущенные ошибки и участие в разработке методических пособий» (табл. 4.3).

Вопрос относительно нагрузки специалистов показал, что 100% специалистов-эндокринологов принимают более 60 пациентов за месяц. При этом, из них у врача-терапевта наблюдается, в среднем, около 42% пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

Таблица 4.3. – Ранжирование по степени значимости вариантов повышения уровня теоретической подготовки специалистов по вопросам клинической медицины по мнению врачей-эндокринологов (min значимость – 0, max значимость – 5)

Средний балл – 5			Средний балл - 3	
Предусмотреть проведение занятий с медицинским персоналом на наиболее актуальные темы для врачей клинического профиля	Повысить материальную заинтересованность персонала в повышении знаний	Стимулировать медицинский персонал к участию в научной и исследовательской работе	Повысить материальную ответственность персонала за допущение врачебных ошибок	Предусмотреть участие врачебного персонала в разработке методических пособий и других документов

Оценив степень значимости основных факторов, способствующих снижению качества оказываемой помощи населению по профилю «эндокринология», по мнению врачей-эндокринологов, мы получили данные, отраженные в таблице 4.4.

Таблица 4.4. – Ранжирование по степени значимости факторов снижения качества оказываемой помощи по мнению врачей-эндокринологов (min значимость – 0, max значимость – 5)

Средний балл – 5	Средний балл – 3		Средний балл – 1	
Низкая обращаемость населения за медицинской помощью	Недостатки организации диспансерного наблюдения пациентов с эндокринными заболеваниями	Организационные трудности проведения консультаций специалистов пациентам с подозрением на эндокринное заболевание	Низкая настороженность персонала в отношении эндокринных заболеваний	Недостаточные знания врачебного персонала клинических проявлений заболеваний эн-докринной системы

Проанализировав полученные результаты, можно сделать выводы о том, что, как показывает практика, именно низкие показатели обращаемости населения за медицинской помощью, становятся решающими в ухудшении показателей качества получаемой ими помощи. Кроме того, пробелы в системе здравоохранения, связанные с оказанием амбулаторной помощи пациентам и проведением диспансеризации, проведением консультаций специалистов пациентам с подозрением на эндокринное заболевание вносят существенный вклад в показатели качества медицинской помощи пациентам, вследствие множества нерешенных актуальных вопросов.

Тесное взаимодействие и нацеленность на успешный результат лечения как стороны врача, так и со стороны пациента, будут оказывать положительное влияние на снижение уровня заболеваемости в стране, приверженности пациентов к терапии и ведению здорового образа жизни по мнению 93% (n=28) опрошенных. Данные ожидания вполне оправданы, так как активное участие пациента в борьбе со своим заболеванием способно значительно улучшить его показатели здоровья и качество жизни, кроме того, значительно повысить благоприятный прогноз у каждого пациента.

Мнения по поводу того, кто должен вести диспансерное наблюдение за пациентами с заболеваниями эндокринной системы, разделились, однако, 76% (n=24) специалистов-эндокринологов ответили, что именно терапевты должны вести эту группу пациентов. Данные результаты, по нашему мнению, не вполне оправданы, так как современная ситуация по кадровой обеспеченности врачами-терапевтами в РФ отражает наличие дефицита кадров (по данным Росстата, на конец 2021 года 37,2 врача на 10 000 населения), дополнительная нагрузка приведет только к снижению качества оказания медицинской помощи таким пациентам. Кроме того, именно врачи-эндокринологи обладают достаточным уровнем знаний о данных заболеваниях, что является одним из решающих факторов.

Положительно о работе «Школ диабета» отозвались 90% (n=27) респондентов, 10% (n=3) оценили как «неудовлетворительно» ввиду того, что работа по привлечению и мотивированию пациентов для продолжения посещения данных школ проводится не в полном объеме.

По мнению 94% (n=28) опрошенных именно активное привлечение пациентов к диспансерному наблюдению, материальное стимулирование сотрудников, активное внедрение научно-исследовательской работы в структуру отделений позволит значительно повысить качество оказания медицинской помощи населению по профилю «эндокринология» в РФ.

В качестве дополнительного фактора, помимо описанных выше, необходимость систематического контроля знаний и уровня профессиональной подготовки специалистов по их профилю отметили 6% (n=2) респондентов.

Резюмируем полученные данные, в большинстве своем врач-эндокринолог – специалист среднего трудоспособного возраста, со стажем работы более 6 лет, имеющий дополнительную специальность (детская эндокринология, детская урология-андрология, терапия). В качестве мотивирующих факторов врачи-эндокринологи чаще выбирают «удовлетворенность от результатов работы и материальное вознаграждение за

свою работу». Считают хорошим уровень своей подготовки по вопросам клинической эндокринологии.

Мнение о том, какими способами можно повысить уровень теоретической подготовки специалистов предлагают: «проведение дополнительных занятий по актуальным вопросам клинической медицины, повышение материальной заинтересованности персонала и участие в научной деятельности» (мнения совпадают с предложениями врачей-терапевтов).

В качестве основных факторов, способствующих снижению качества оказываемой медицинской помощи населению по профилю «эндокринология» выделяют: «низкую обращаемость населения за медицинской помощью, недостатки организации диспансерного наблюдения пациентов с эндокринными заболеваниями и организационные трудности проведения консультаций специалистов пациентам с подозрением на эндокринное заболевание».

В качестве основных путей повышения качества медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями 94% (n=27) врачей отметили: «активное привлечение пациентов к диспансерному наблюдению, материальное стимулирование сотрудников, активное внедрение научно-исследовательской деятельности в структуру отделений».

ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5.1 Анализ результатов анкетирования пациентов с заболеваниями эндокринной системы для оценки оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

Главной целью анкетирования было выявление структуры заболеваний эндокринной системы среди населения, оценка организации оказываемой помощи пациентам по профилю «эндокринология» и их удовлетворенность работой амбулаторно-поликлинического звена системы здравоохранения.

В анкетировании приняли участие 300 пациентов с установленными заболеваниями эндокринной системы, получающих помощь в амбулаторных условиях. Согласно результатам анкетирования, распределение по гендерному признаку было следующим: 63% (n=190) опрошенных были женского пола, 37% (n=110) опрошенных – мужчины (рис. 5.1).



Рисунок 5.1. – Распределение пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по полу %

Полученные результаты подтверждают данные официальной статистики, согласно которым женщины больше страдают заболеваниями эндокринной системы, нежели мужчины.

Распределение по возрасту было следующим: 27% опрошенных были в возрасте 18–30 лет, 30% – в возрасте 31–55 лет, и 43% – старше 56 лет (рис. 5.2).

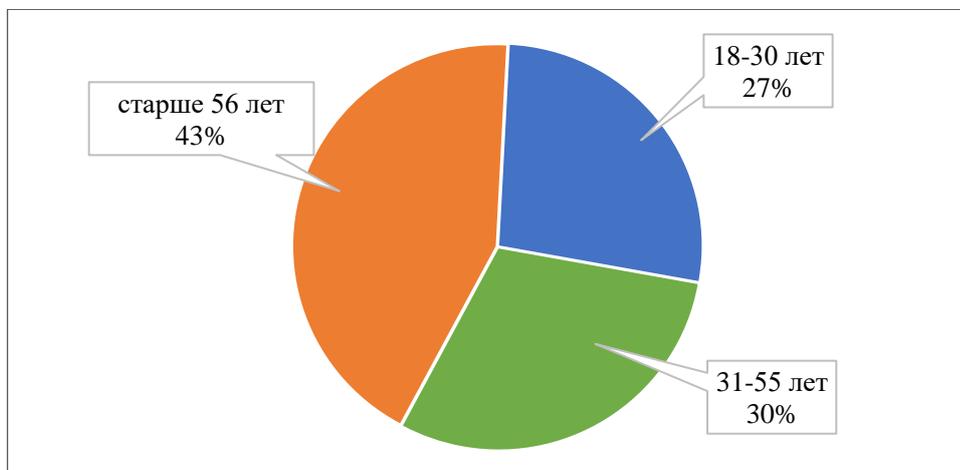


Рисунок 5.2. – Распределение пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по возрасту, %

По социальному статусу категорию работающих лиц составили 56% (n=168) опрошенных (из них 13% – работающие пенсионеры, 21% – работающие зрелого возраста, 22% – служащие), 9% (n=27) опрошенных были студентами, 35% (n=105) респондентов были неработающими пенсионерами (рис. 5.3).

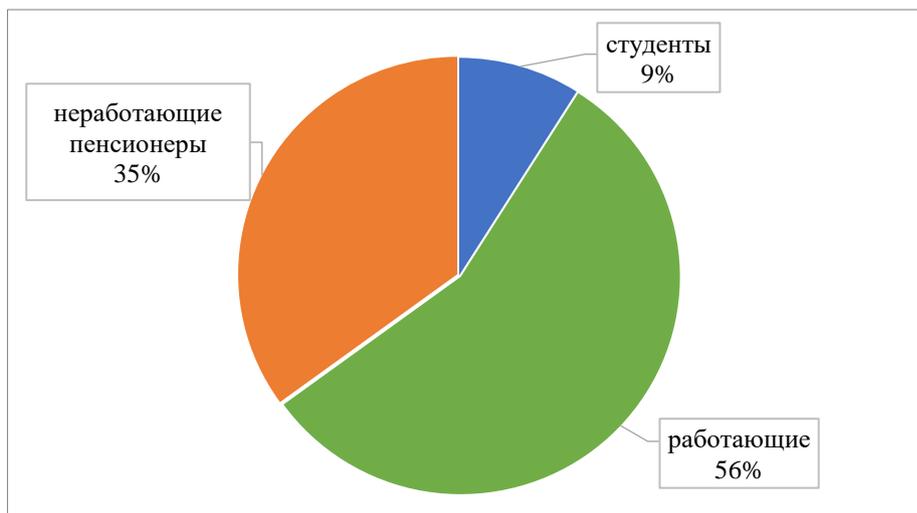


Рисунок 5.3. – Социальный статус пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, %

Проанализировав полученные данные (рис. 5.2 и 5.3), можно наблюдать, что заболевания эндокринной системы затрагивают молодое

(57%) трудоспособное население (56%), что подтверждает социальную значимость данной категории заболеваний среди взрослого населения РФ.

В структуре заболеваний, с которыми пациенты обратились к врачу-эндокринологу, I место занимал СД 2 типа, с ним обратились 49% (n=147) опрошенных, на II месте заболевания щитовидной железы – 29% (n=87), по 9% (n=27), соответственно, с ожирением и СД 1 типа, 4% (n=12) пациентов с иными заболеваниями эндокринной системы (рис. 5.4).

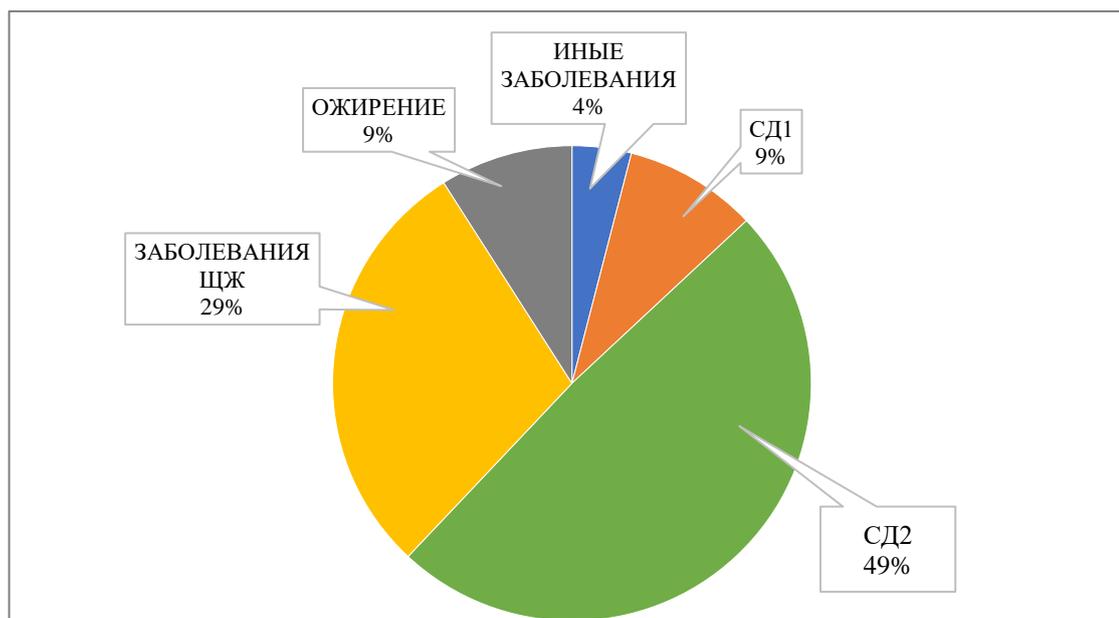


Рисунок 5.4. – Структура заболеваний эндокринной системы среди пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, %

Согласно результатам анкетирования, наглядно видно, что СД 2 типа остается глобальной проблемой современной эндокринологии из-за наиболее высоких показателей распространенности (что сопоставимо с данными Росстата по РФ).

По давности установки диагноза эндокринного заболевания, более чем у половины опрошенных (54%, n=162), оно выявлено более 6 лет назад, менее 5 лет назад – у 23% (n=69) опрошенных, 12% (n=36) респондентов страдают заболеванием эндокринной системы более 10 лет, у 11% (n=33) пациентов диагноз был установлен впервые. Также важно выделить, что от общего числа опрошенных, на диспансерном учете состояло 79% (n=237) пациентов.

Данный показатель достаточно высокий, однако, необходимо разрабатывать дальнейшие мероприятия по его поддержанию и повышению.

Большинство респондентов – 69% (n=207) имели группу инвалидности, при этом, от их общего числа 12% (n=25) имели I группу инвалидности, что говорит о развитии у этих пациентов грозных осложнений со стороны многих органов и систем при наличии эндокринного заболевания, 39% (n=81) имели II группу, и 49% (n=101) – III группу инвалидности (рис. 5.5).

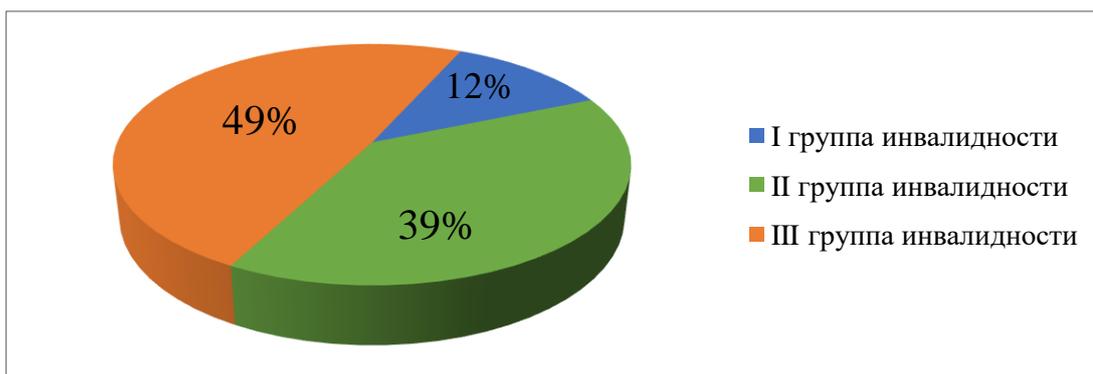


Рисунок 5.5. – Структура групп инвалидности среди пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, %

Хронические заболевания были у 52% (n=156) респондентов, наиболее часто встречались болезни системы органов кровообращения – 38% (n=59), заболевания нервной системы – 29% (n=46), 13% (n=20) – заболевания мочеполовой системы, 12% (n=19) – заболевания органов пищеварения и 8% (n=12) – заболевания репродуктивной системы (рис. 5.6).

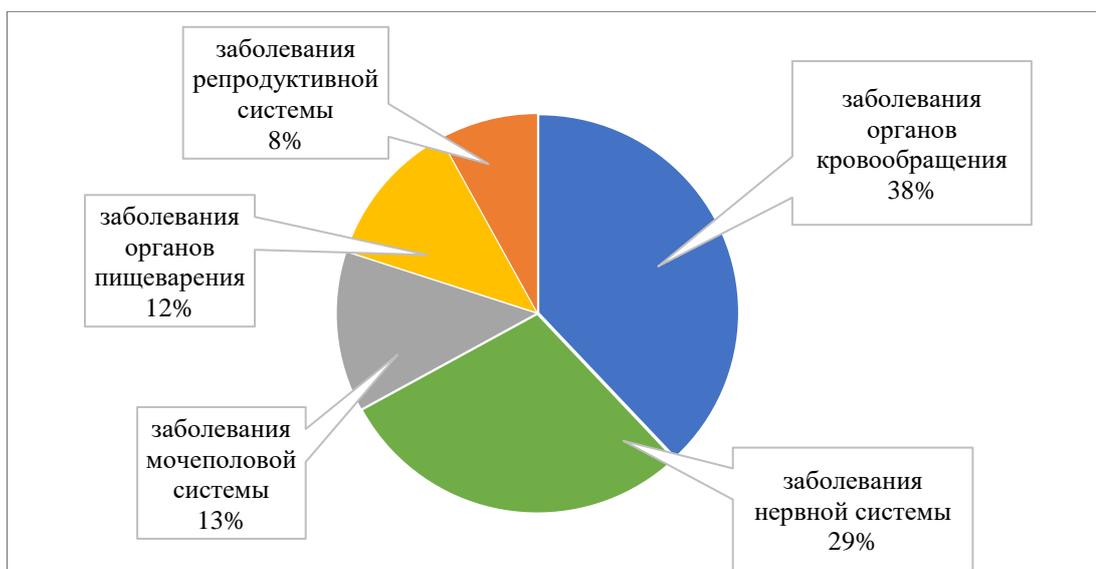


Рисунок 5.6. Структура хронических заболеваний у пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, %

Среди респондентов 68% (n=204) относятся положительно к профилактическим осмотрам, остальные же проявляют «безразличное» отношение к ним. При этом, стоит отметить, что лишь 38% (n=114) регулярно с различной периодичностью (1 раз в 6 месяцев/год) посещают поликлинику с целью профилактических осмотров, данный показатель значительно ниже желаемого, что требует особого внимания к данной проблеме. Согласно рекомендациям, процент охвата населения диспансеризацией должен достигать 60–70% [14].

По системе ОМС в медицинской организации обслуживались 78% (n=234) респондентов, 17% (n=51) – по ДМС, и 5% (n=15) – на платной основе.

Пропускают прием лекарственных средств при хорошем самочувствии 39% (n=117) опрошенных, что впоследствии приводит к ухудшению состояния. Это указывает на важность постоянного проведения профилактических бесед с пациентами о необходимости придерживаться назначенного лечения во избежание развития осложнений основного заболевания.

Проанализировав наличие у респондентов вредных привычек (курение, алкоголь и пр.), выявлено, что, несмотря на наличие основного и сопутствующих хронических заболеваний, 33% (n=99) злоупотребляют алкоголем и/или курением, что оказывает негативное влияние на течение основного заболевания и развитие осложнений.

Отметили, что не ощущают никакой поддержки от государства и общества 28% (n=84) респондентов, 72% (n=216) отметили ощутимую поддержку в виде возможности посещения «Школ» для пациентов с заболеваниями эндокринной системы, в частности, – это школы диабета, а также, организация санаторно-курортного лечения. 52% (n=156) опрошенных отметили низкий уровень обеспечения лекарственными препаратами.

В целом, уровень своего здоровья оценили как удовлетворительный 58% (n=174) респондентов (рис. 5.7).

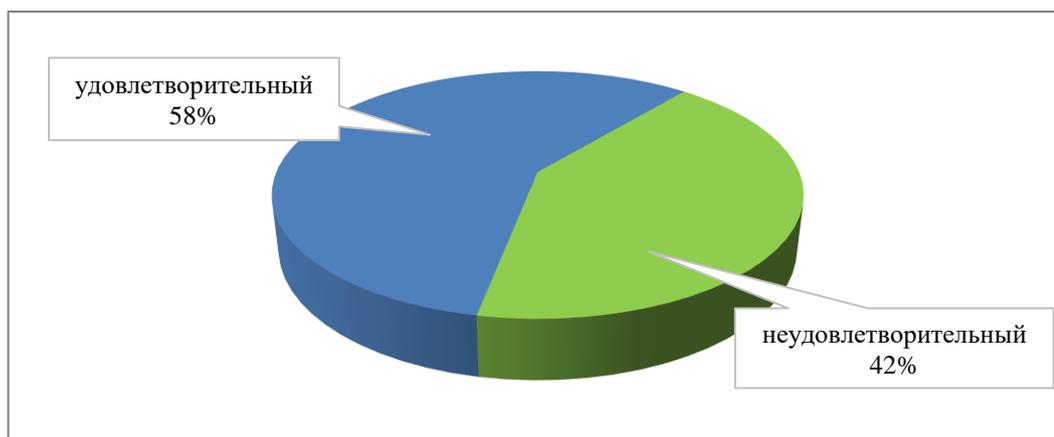


Рисунок 5.7. – Оценка уровня своего здоровья пациентами, получающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, %.

Ухудшение качества жизни после постановки диагноза отметили 69% (n=207) опрошенных. По мнению большинства респондентов, систематическое посещение врачей и ведение здорового образа жизни помогло бы значительно улучшить качество их жизни, 15% (n=45) считали, что повысить качество жизни мешает низкий доход, и его повышение также сказалось бы благоприятно в их ситуации. Проведя корреляционный анализ между давностью постановки диагноза и ухудшением качества жизни мы выявили наличие прямой положительной связи ($r= 0,65, p<0,05$).

Как известно, многие заболевания эндокринной системы сопровождаются набором веса, который причиняет дискомфорт. Так, согласно нашему анкетированию, появление данного дискомфорта отметили 67% (n=201) пациентов.

Также важным является получение информации о своем заболевании и методах профилактики его развития и возможных осложнениях, исходя из этого, мы задали вопрос о том, из каких источников пациенты получают данную информацию (выбирался 1 вариант ответа) (рис. 5.8).

Проанализировав полученные результаты, выявлено, что лишь 17% пациентов получают информацию о своем заболевании от врачей в медицинских учреждениях, подавляющее же большинство получают ее из иных источников, таких как интернет, знакомые, друзья, родственники.

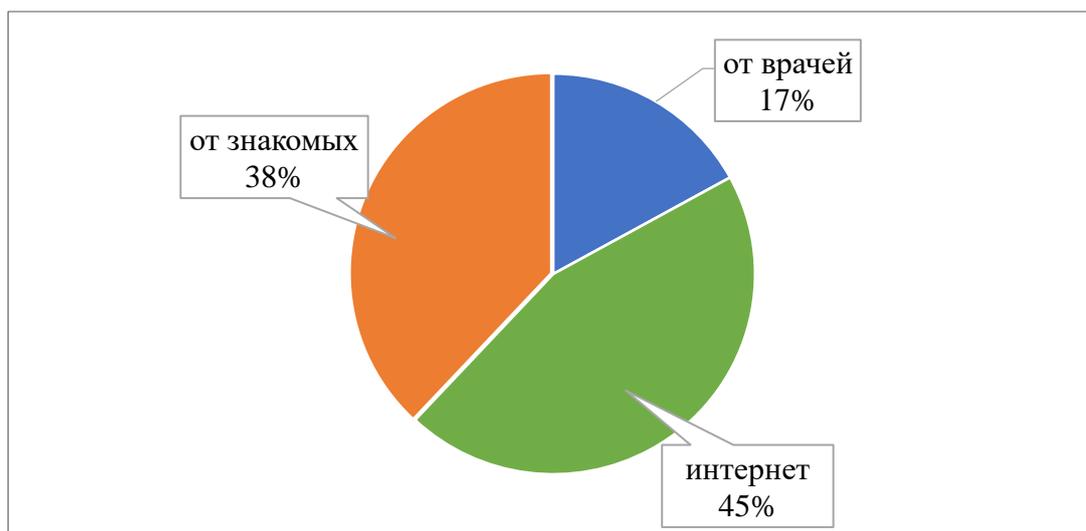


Рисунок 5.8. – Источники получения пациентами, получающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, информации о своем заболевании, %

Данный вопрос должен активно обсуждаться на пути проведения реформирования системы оказания помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы, так как именно врачи-специалисты должны стать первоисточником получения соответствующей информации для того, чтобы она была достоверной и доступной для разных категорий пациентов.

Первично обратились с жалобами по поводу своего заболевания к участковому терапевту 89% (n=267) опрошенных, при этом, 57% (n=152) из них отметили, что с момента ожидания приема врача прошло более 8 дней, 38% (n=101) попали на прием к врачу, спустя 4–7 дней и только 5% (n=13) смогли попасть на прием к специалисту менее, чем через 3-е суток. Что укладывается в рекомендованные Минздравом нормативы (до 14 календарных дней). Данная ситуация также требует к себе внимания, так как в некоторых случаях именно своевременно начатая терапия и направление к более узкому специалисту становятся решающими в процессе предотвращения прогрессирования заболевания и его осложнений.

Записались на прием путем обращения в регистратуру 64% (n=192) пациентов, 36% (n=108) воспользовались для этой цели электронными гаджетами.

Отношением лечащего врача остались удовлетворены 59% (n=177)

респондентов, отмечая такие качества как профессионализм, адекватные методы диагностики и лечения, а также заинтересованность в выздоровлении пациента. Среди тех, кто остался неудовлетворенным отношением врача, 41% (n=123), наиболее значимыми жалобами отметили некомпетентность и неуверенность доктора в тактике лечения.

Наличие льгот на получение лекарственных средств отметили 52% (n=156) опрошенных. При этом 95% (n=285) отметили наличие различных сложностей при приобретении лекарственных средств, основными среди которых выделили высокую стоимость, а также частое отсутствие лекарственных средств в аптеках РФ.

Также мы внесли в анкету вопрос о том, какую информацию пациенты хотели бы получать о своем заболевании и видим на рисунке 5.9, что пациентов интересуют меры профилактики развития осложнений, правила самоконтроля показателей, информация о лечебном питании и о том, какую терапию они получают.



Рисунок 5.9. – Информация, которую хотели бы получать пациенты, получающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, о своем заболевании

Далее мы проанализировали частоту посещений врача-эндокринолога пациентами и получили данные, что 61% посещают врача планово 1–2 раза в год, 10% посещают специалиста лишь в случае крайней необходимости, менее чем раз в год, 23%–3–4 раза в год, 6% – более 5 раз в год, последние две категории пациентов попадают на прием в связи с ухудшением состояния от эндокринного заболевания (рис. 5.10).

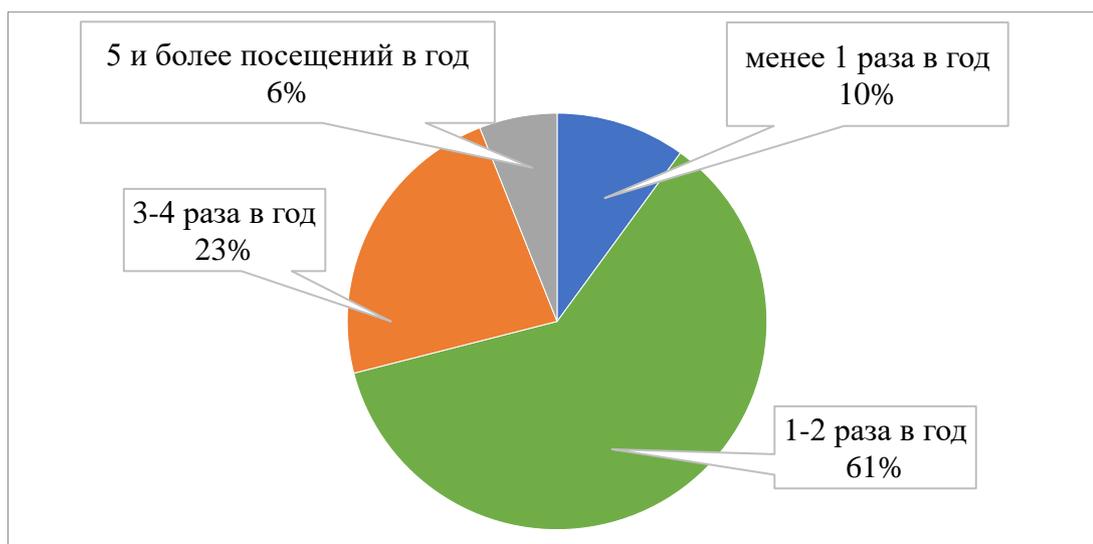


Рисунок 5.10. – Частота посещений врача-эндокринолога пациентами, получающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, %

Опираясь на полученные результаты, можно отметить, что, в среднем, пациенты с заболеваниями эндокринной системы посещают специалиста 1 раз в 6 месяцев. При этом, 68% (n=204) респондентов отметили улучшение состояния после посещения врача-эндокринолога и начала терапии, остальные отметили либо ухудшение состояния, либо то, что оно осталось на прежнем уровне. Это также создает необходимость исследования причин, влияющих на ухудшение состояния для их устранения и повышения качества оказания помощи пациентам. Основными факторами, по мнению пациентов, которые стали причиной отсутствия улучшений в их состоянии, были: несоблюдение терапии, назначенной врачом, финансовый вопрос; в неэффективности терапии уверены лишь 8% опрошенных.

Хотели бы обратиться в ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, либо частную медицинскую организацию 45% (n=135)

респондентов, 55% (n=165) отметили, что обратились бы повторно в данное медицинское учреждение (поликлиника по месту жительства), так как вполне довольны качеством получаемой медицинской помощи. Среди положительных качеств наиболее часто были отмечены: «компетентность специалистов, вежливость персонала, современное оборудование».

Среди тех, кто оказался недоволен качеством оказания медицинской помощи в территориальной поликлинике, на первое место определили следующие показатели: «сомнения в компетентности специалистов, отсутствие эмпатии и заинтересованности в решении проблем пациента, а также отсутствие заинтересованности в результатах лечения у специалистов».

Среди критериев, выступающих в качестве основных при выборе лечебного учреждения, были выделены следующие: «вежливость персонала, высокий уровень знаний специалистов, наличие современных методов диагностики, а также возможность получения необходимой информации о своем заболевании и мерах профилактики».

В целом, 69% (n=207) опрошенных оказались удовлетворены результатами лечения, назначенного врачом-эндокринологом. Основными рекомендациями по улучшению работы поликлиники были: повышение контроля за уровнем компетентности специалистов, а также развитие «кабинетов профилактики» в каждой поликлинике для доступности информации о заболеваниях эндокринной системы и предупреждению развития осложнений.

5.2. Анализ результатов анкетирования пациентов с заболеваниями эндокринной системы для оценки оказания медицинской помощи в стационарных условиях

Нами были опрошены 100 пациентов с различными заболеваниями эндокринной системы, проходивших лечение в условиях стационара.

Согласно результатам анкетирования, гендерное распределение пациентов было следующим: 59% респондентов женского пола и 41% – мужского пола (рис. 5.11).



Рисунок 5.11. – Распределение пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по гендерному признаку, %

Данные, отражающие возраст пациентов, показали, что 31% опрошенных были в возрасте 18–30 лет, 27% – в возрасте 31–55 лет, и 42% респондентов в возрасте старше 56 лет (рис. 5.12).

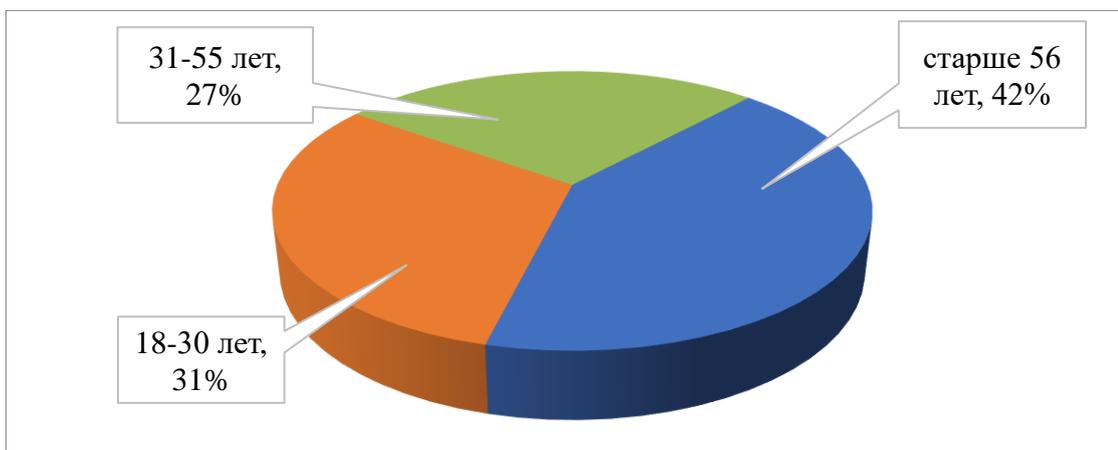


Рисунок 5.12. – Распределение пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по возрасту, %

По социальному статусу, категорию работающих лиц составили 60% (из них 12% – работающие пенсионеры, 23% работающие зрелого возраста, 25% – служащие), 35% – неработающие пенсионеры, 5% опрошенных были студентами (рис. 5.13).

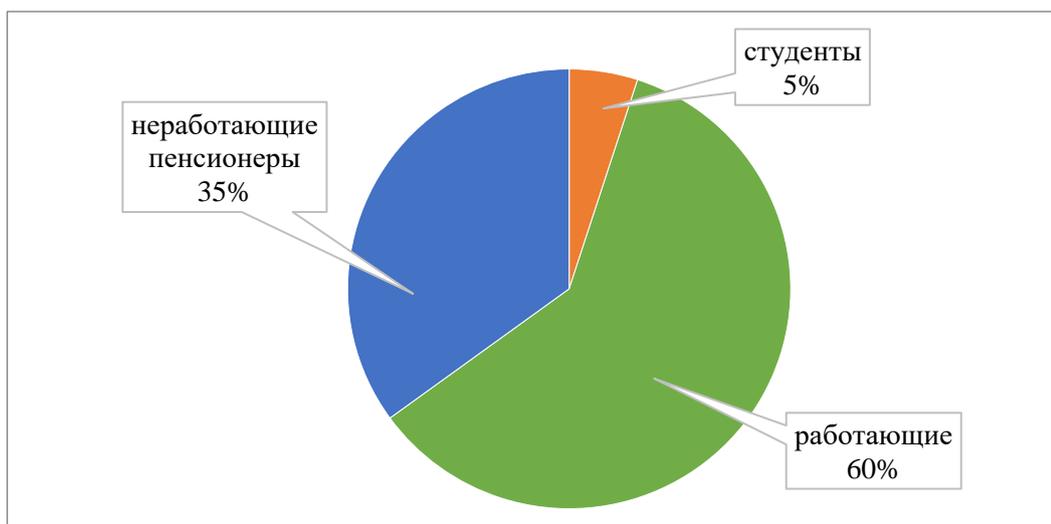


Рисунок 5.13. – Социальный статус пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, %

Согласно данным, отраженным на рис. 5.12 и 5.13, большая часть респондентов – люди молодого трудоспособного возраста.

У данной группы пациентов СД 2 типа также занял лидирующую позицию в структуре заболеваний эндокринной системы, с ним обратились 47% опрошенных, на втором месте – заболевания щитовидной железы – 31%, с СД 1 типа – 11%, ожирением – 7%, с иными заболеваниями эндокринной системы – 4% (рис. 5.14).

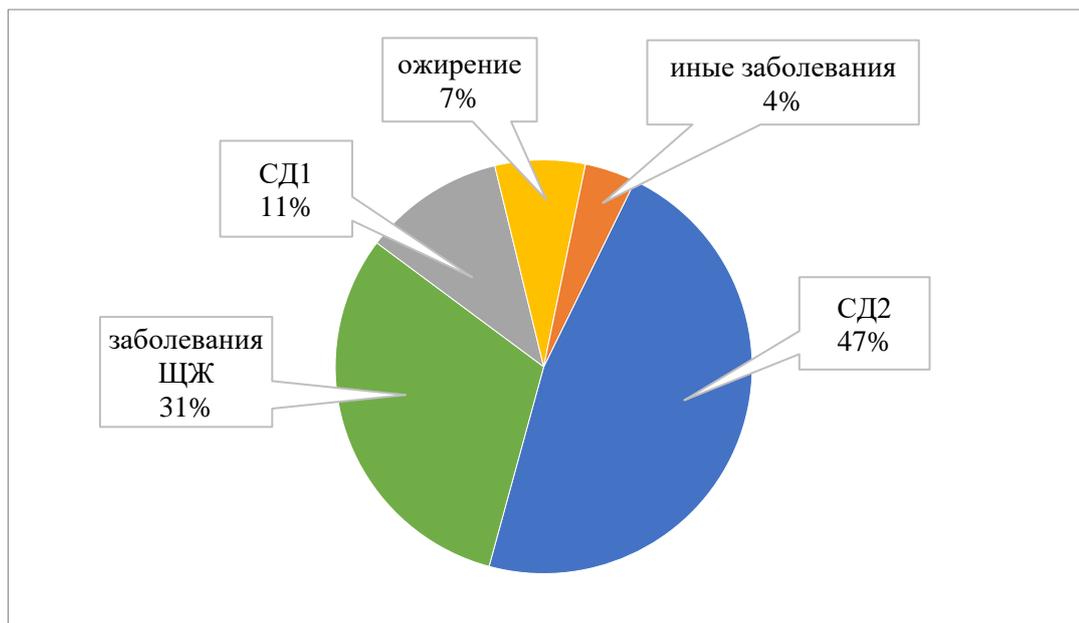


Рисунок 5.14. – Структура заболеваний эндокринной системы среди пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, %

Такие высокие цифры пациентов с СД 2 типа, находящихся на лечении в условиях стационара, говорят о том, что проблемы, связанные с осложнениями от данного заболевания, не теряют своей актуальности и социальной значимости. Ведь, зачастую, не само эндокринное заболевание, а именно его осложнения становятся основной причиной госпитализации и инвалидизации пациентов.

Оценка длительности течения заболеваний эндокринной системы показала, что более чем у половины опрошенных (58%) заболевание выявлено более 6 лет назад, 7% – диагноз поставлен впервые, менее 5 лет с заболеванием – 20% опрошенных и 15% опрошенных страдают заболеваниями эндокринной системы более 10 лет (рис. 5.15). На диспансерном учете состоял 81% респондентов.

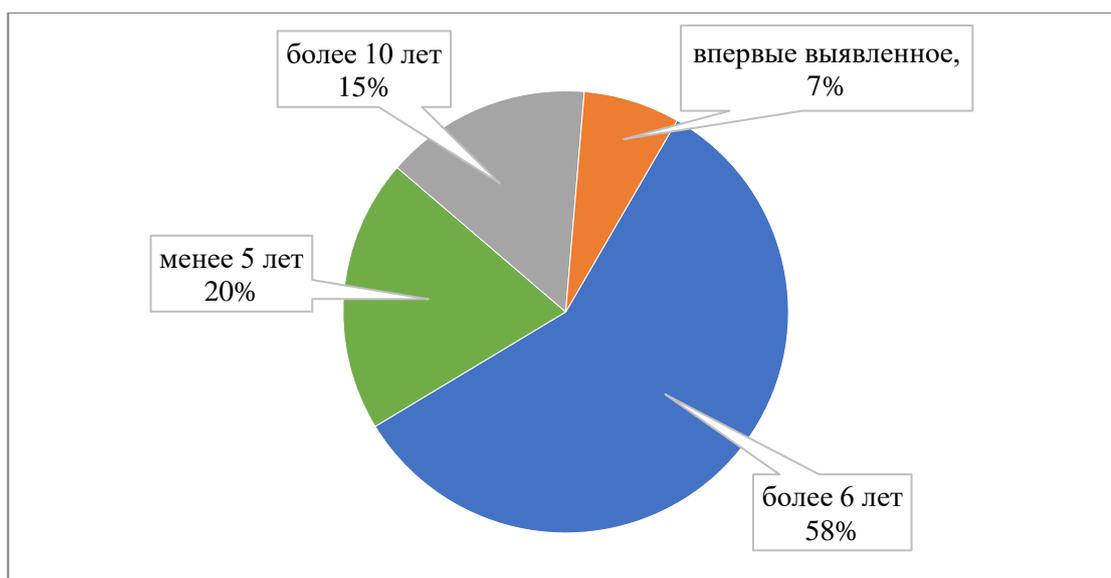


Рисунок 5.15. – Длительность выявленного заболевания эндокринной системы у пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, %

Проанализировав данные относительно пути попадания пациентов на стационарное лечение мы получили следующие результаты: в плановом порядке по направлению из поликлиники обратились 66%, самотеком – 13%, 21% пациентов поступили по скорой помощи (рис.5.16).

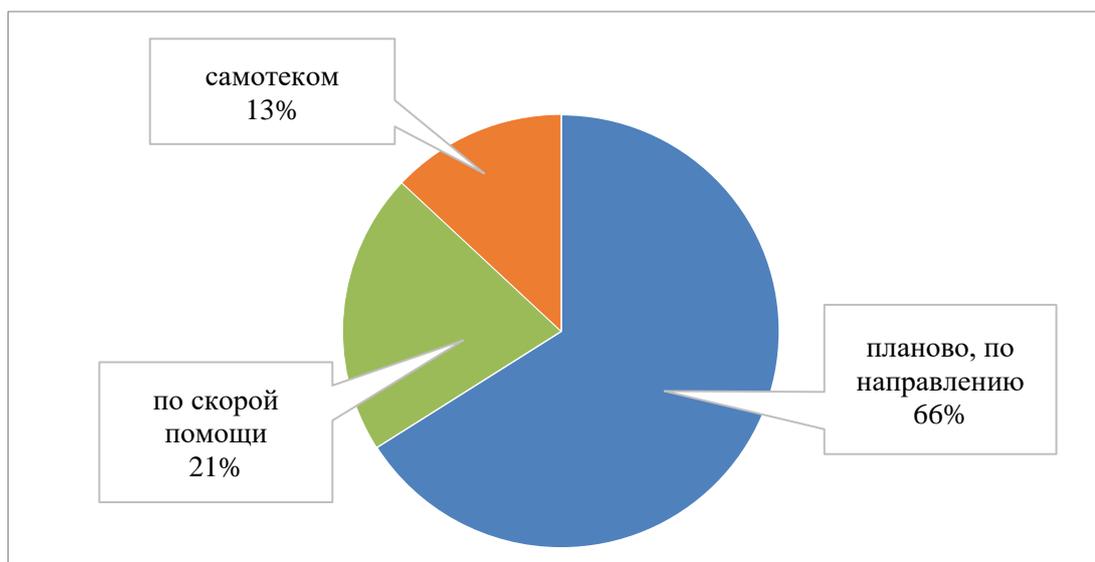


Рисунок 5.16. – Способ поступления пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в стационар, %

Проанализировав данные, мы видим, что всего 66% пациентов были направлены на госпитализацию врачами первичного звена, данный показатель достаточно высок. Процент поступлений по скорой медицинской помощи говорит о том, что у пациентов развиваются грозные осложнения, требующие экстренного оказания медицинской помощи.

Хронические заболевания были у 73% респондентов, наиболее часто встречались заболевания органов кровообращения (40%), болезни органов дыхания – 11%, заболевания нервной системы – 10% (рис.5.17).

Лишь 45% опрошенных уверены, что достаточно хорошо относятся к своему здоровью, 55% не уделяют должного внимания к рекомендациям относительно своего состояния, тем самым усугубляя течение заболевания и развитие осложнений.

Положительно относятся к профилактическим осмотрам 72% опрошенных. При этом лишь 43% регулярно обращаются в поликлинику с профилактической целью.

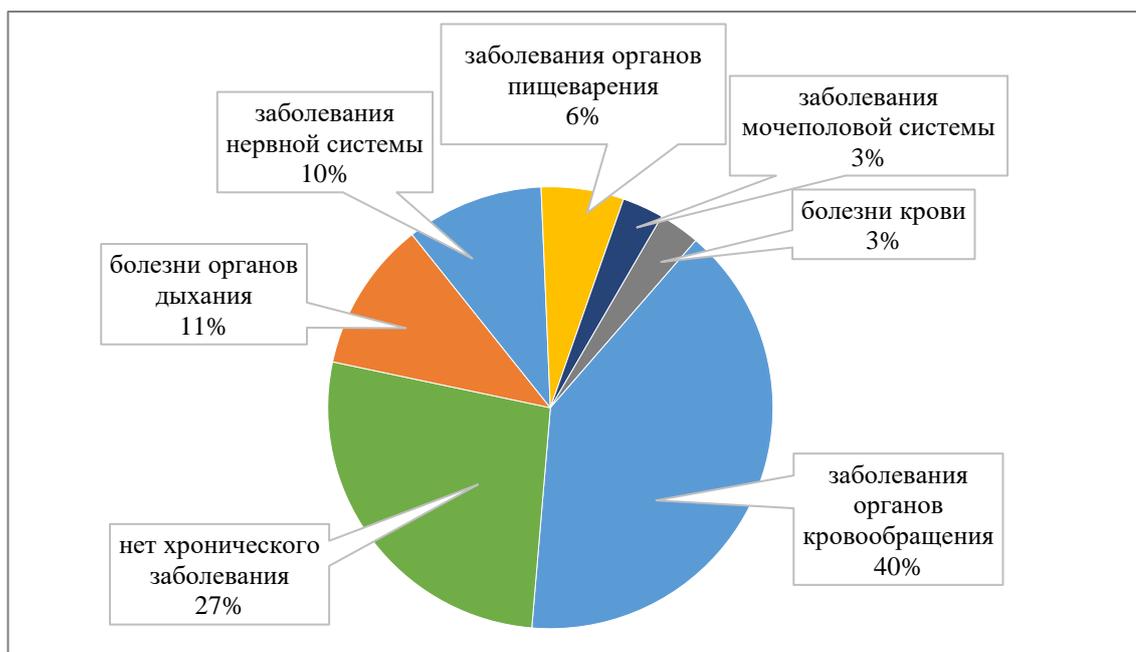


Рисунок 5.17. – Наличие хронических заболеваний у пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, %

Среди пациентов стационара лишь 48% постоянно соблюдают предписанную им диету, 23% придерживаются диетического питания нерегулярно, 29% вовсе не придерживаются рекомендаций врача относительно питания.

Кроме того, анализ данных показал, что даже несмотря на наличие грозных осложнений, с целью профилактических осмотров поликлинику регулярно посещают лишь 35% респондентов, из них 27% посещают поликлинику раз в год, 8% – раз в полгода, 47% – раз в несколько лет, 18% в принципе не посещают поликлинику с профилактической целью.

Следующий вопрос касался приема назначаемой терапии, и, согласно анализу результатов, 40% опрошенных пропускают прием лекарственных средств при хорошем самочувствии (рис. 5.18).

Проанализировав наличие вредных привычек у пациентов, выявилось, что 29% респондентов злоупотребляют алкоголем и/или курением, что оказывает негативное влияние на течение основного заболевания и развитие осложнений. 25% респондентов отметили, что не ощущают никакой поддержки от государства и общества, 69% отмечают значительную

поддержку в виде посещения школ для пациентов с заболеваниями эндокринной системы. 72% опрошенных отметили низкий уровень обеспечения лекарственными препаратами.

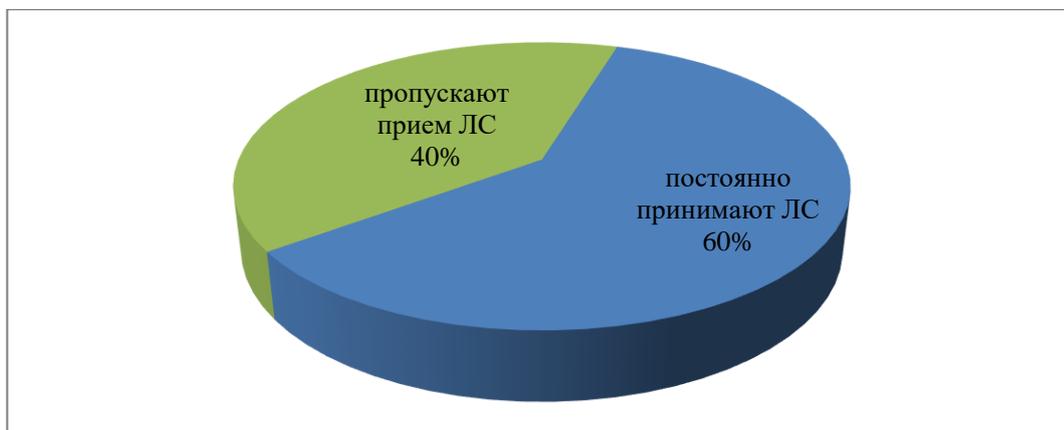


Рисунок 5.18. – Приверженность пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, к терапии, %

В целом уровень своего здоровья оценили как **неудовлетворительный** 61% опрошенных (рис. 5.19).



Рисунок 5.19. – Оценка уровня своего здоровья пациентами, получающими медицинскую помощь в стационарных условиях, %

Ухудшение качества жизни после постановки диагноза отметили 73% среди опрошенных, 27% не ощутили каких-либо изменений. При этом, по мнению респондентов, систематическое посещение врачей и ведение здорового образа жизни помогло бы значительно улучшить качество жизни, 19% считали, что повысить качество жизни мешает низкий доход.

Появление дискомфорта от набранной избыточной массы тела отметили 70% респондентов. При этом практически 92% опрошенных испытывают тревогу о своем здоровье в будущем.

Источники информации у респондентов о заболевании были следующие: 19% – лечащие врачи, 40% – интернет-ресурсы, 41% – знакомые, родственники, коллеги и т.п.

Исходя из полученных результатов, мы видим, что лишь 19% получают информацию о своем заболевании от врачей-специалистов в медицинских учреждениях, подавляющее же большинство получают ее из иных источников (интернет, знакомые, друзья, родственники).

Отношением лечащего врача остались удовлетворены 68% респондентов, отмечая такие качества как профессионализм, адекватные методы диагностики и лечения, а также заинтересованность в выздоровлении пациента. Неудовлетворенные отношением врача респонденты (32%), отметили некомпетентность и неуверенность в тактике лечения, данные сопоставимы с результатами опроса пациентов амбулаторного звена.

Группу инвалидности имели 58% респондентов, среди них – 19% имели I группу инвалидности, 44% – II группу и 37% – III группу инвалидности.

Наличие льгот на получение лекарственных средств отметили 59% опрошенных. Из них 93% отметили наличие различных сложностей при приобретении лекарственных средств: высокая стоимость, частое отсутствие лекарственных препаратов в ассортименте аптек.

Далее мы проанализировали частоту амбулаторных посещений врача-эндокринолога пациентами и получили данные: 48% посещали врача 1–2 раза в год, 14% – лишь в случае крайней необходимости, менее чем раз в год, ввиду ухудшения состояния – 13% 3–4 раза в год, 25% – более 5 раз в год (рис. 5.20).

В среднем пациенты с заболеваниями эндокринной системы посещают специалиста 1 раз в 6 месяцев. При этом, всего 25% респондентов отмечают

улучшение состояния после посещения врача-эндокринолога и начала терапии, остальные отметили либо ухудшение состояния, либо отсутствие изменений из-за несоблюдения назначенной терапии, финансового вопроса.

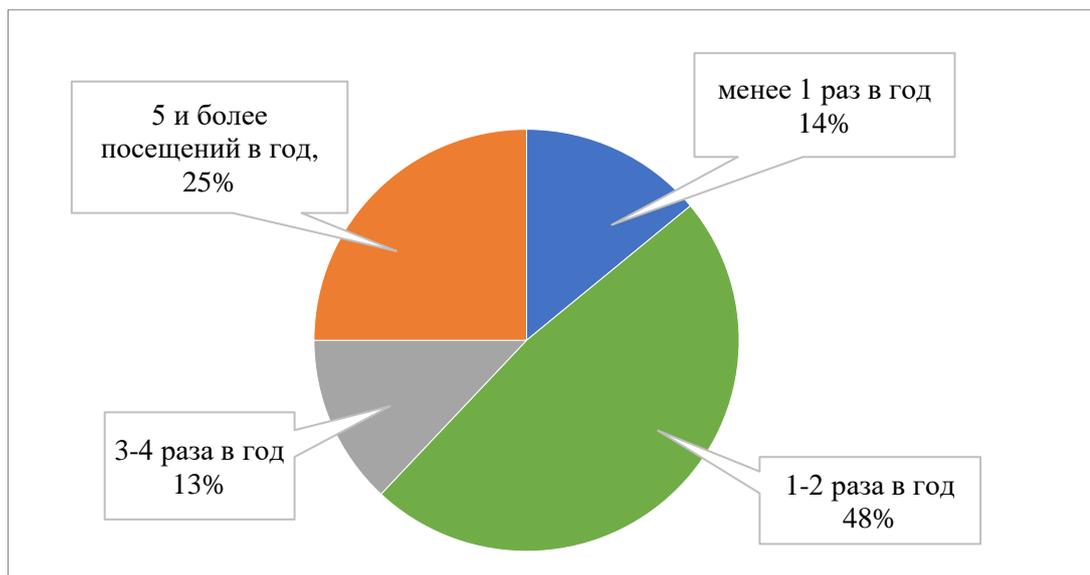


Рисунок 5.20. – Частота посещений врача-эндокринолога пациентами, получающими медицинскую помощь в стационарных условиях, %

Более половины опрошенных (58%) хотя бы 1 раз отказывались от госпитализации, оправдывая данный выбор «отсутствием желания находиться в стационаре, необоснованности госпитализации, неподходящим временем».

Среди основных критериев, выступающих в качестве основных при выборе лечебного учреждения, респонденты выделили: «вежливость персонала, высокий уровень знаний специалистов, наличие современных методов диагностики, а также возможность получения необходимой информации о своем заболевании и мерах профилактики».

В целом 68% опрошенных оказались удовлетворены результатами лечения, назначенного им врачом-эндокринологом в условиях стационара. Основными рекомендациями по улучшению работы эндокринологического отделения были: «повышение контроля за уровнем компетентности специалистов, создание условий для повышения квалификации специалистов на регулярной основе и их материальное стимулирование».

5.3. Анализ результатов опросника оценки качества жизни (SF-36) пациентов с заболеваниями эндокринной системы

Дополнительно к проведенному анкетированию и оценке пациентами организации медицинской помощи по профилю «эндокринология», было предложено пройти опрос для определения качества их жизни. С этой целью нами был использован неспецифический опросник SF-36. Респондентами в данном исследовании выступили 100 пациентов стационарного звена.

SF-36 измеряет физическое функционирование и структуру психического здоровья в восьми областях, включая жизнеспособность и психические и физические функции. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

3. Интенсивность боли (Bodily Pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH) характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Максимальное значение для каждой шкалы было равно 100, иначе говоря, чем выше конкретный показатель, тем лучше качество жизни пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

Расчет показателей для каждой шкалы мы проводили по стандартизированной формуле, представленной ее авторами:

$$\frac{[\Sigma - Min]}{[Max - Min]} \times 100$$

где:

Σ – суммарный счет шкалы

Min – минимально-возможное значение шкалы

Max – максимально-возможное значение шкалы

Таким образом, были рассчитаны суммарные отклонения для каждой из шкал и средние показатели трансформированных шкал в зависимости от пола (таблица 5.1).

Таблица 5.1. – Результаты оценки качества жизни пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, согласно опроснику SF-36

	Параметр	Мужчины	Женщины
Физический компонент здоровья	PF - Физическое функционирование	56,40	45,61
	RP - Ролевое функционирование (физ)	49,23	51,23
	BP - Интенсивность боли	67,87	73,47
	GH - Общее состояние здоровья	39,54	43,25
Психологический компонент здоровья	VT - Жизненная активность	54,54	49,23
	SF - Социальное функционирование	52,12	39,24
	RE - Ролевое функционирование(эмоц)	64,53	59,34
	MH - Психическое здоровье	68,56	63,45

Проанализировав полученные данные, можно отметить, что наиболее низкие показатели качества жизни отмечаются у лиц женского пола. При этом, именно общее состояние здоровья, жизненная активность и социальное функционирование страдают у них больше всего, что свидетельствует об утомлении пациенток, значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, и в целом, низкой оценке состояния здоровья. Низкий процент уровня физического функционирования у женщин (45,61%), указывает на то, что имеющееся эндокринное заболевание значительно ограничивает физическую активность.

У мужчин самыми низкими оказались показатели, отражающие общее состояние здоровья (39,54%, что указывает на низкую его оценку), при этом психологическое состояние у них значительно лучше, чем у женщин, что свидетельствует о том, что у женщин с эндокринными заболеваниями чаще наблюдаются тревожные расстройства, депрессивные состояния и т.д. Второй низкий показатель у мужчин – 49,23% – «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», свидетельствующий об ограничении повседневной деятельности пациентов из-за их физического состояния,

связанного с эндокринным заболеванием.

Проведя анализ стандартизированных показателей среди лиц, с заболеваниями эндокринной системы, можно отметить, что качество жизни у лиц мужского пола выше, чем у женщин ($p < 0,0001$).

Данный опросник может отражать состояние качества жизни пациентов с заболеваниями эндокринной системы в динамике, для отслеживания улучшения или ухудшения его состояния и течения заболевания, а также для корректировки и контроля проводимой терапии.

ГЛАВА 6. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Политика государства в отношении улучшения качества медицинской помощи всегда была и остается одним из приоритетных направлений в системе здравоохранения. Эндокринология, как одно из ключевых направлений, стремительно набирает рост и занимает одну из главных ниш в структуре реформирования системы здравоохранения. Уже на протяжении более 10 лет активно ведется внедрение в нормативно-правовую базу нашей страны документов, направленных на улучшение качества и оптимизацию оказания медицинской помощи населению по профилю «эндокринология».

В основе оказания медицинской помощи населению в нашей стране лежит Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

Основным нормативно-правовым документом, регулирующим оказание помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы, является Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» (Зарегистрирован в Минюсте России 07.04.2023 № 72929).

Согласно данному Порядку, обозначены рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-эндокринолога, согласно которым, на 20 тысяч взрослого населения должен быть 1 врач-эндокринолог. Введение данного норматива позволило повысить доступность медицинской помощи населению по эндокринологическому профилю, что является особенно актуальным в современных реалиях, когда отмечается тенденция к распространению таких заболеваний как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ожирение.

Кроме того, в данном приказе отражается и содержание структурных подразделений организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «эндокринология», особенностью которых это наличие кабинета «Школа для пациентов с сахарным диабетом», «Диабетическая стопа», телемедицины.

Проанализировав нормативно-правовую базу, которая регламентирует оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», можно утверждать, что политика нашего государства имеет вектор в направлении формирования ряда основных принципов, таких как:

- поддержка пациентов с заболеваниями эндокринной системы, в особенности с сахарным диабетом;
- модернизация системы оказания им медицинской помощи на всех этапах ее получения;
- оптимальное и достаточное снабжение всех структур и организаций системы здравоохранения лекарственными препаратами, необходимой современной диагностической техникой.

Все описанные выше принципы соответствуют мировой стратегии по борьбе с эндокринными заболеваниями и направлены на повышение качества медицинской помощи и улучшение уровня жизни пациентов с заболеваниями эндокринной системы.

По нашему мнению, именно принцип стандартизации оказания медицинской помощи позволит пациентам получать качественную, доступную и безопасную медицинскую помощь. Так как заболевания эндокринной системы в нашей стране не имеют тенденции к уменьшению, то изучение состояния распространенности основных групп заболеваний данного класса является одним из приоритетных направлений каждого отдельного субъекта РФ для получения реальной картины существующей проблемы и принятия необходимых мер по ее решению.

Современная система статистического наблюдения, сложившаяся в РФ, не позволяет дать достаточно полную оценку реальной эпидемиологической ситуации по заболеваниям щитовидной железы, паращитовидных желез, ожирению и другим заболеваниям эндокринной системы. Важным вектором в этом направлении является создание Всероссийских баз данных по эндокринным заболеваниям, в которых будет представлена вся необходимая информация, что позволит унифицировать мониторинг.

Планирование специализированного ухода за пациентами, обеспечение их достаточным количеством лекарственных средств, а также подготовка необходимого количества специалистов и специально подготовленного медицинского персонала для работы с пациентами с эндокринными заболеваниями, требует четкого знания их потребностей. В связи с этим, необходимо более полно и систематически учитывать не только факт заболевания или смерти, но и наличие осложнений, потребность в гормональных препаратах, причины инвалидизации пациентов с эндокринными заболеваниями. Вышеуказанные проблемы возможно решить путем создания регистров эндокринных заболеваний по всем субъектам РФ, как в случае с сахарным диабетом (Государственный регистр сахарного диабета ведется с 1996 года).

Регистром должны мониторироваться данные по эпидемиологической обстановке по каждому ее субъекту. Система должна обеспечивать наблюдение за пациентом с момента его включения в регистр до его смерти. Последнее подразумевает регистрацию информации о пациенте в различных аспектах: наличие инвалидности, осложнений, их динамика, лечение и доступность лекарственных препаратов, а также характер течения заболевания, прямые причины смерти пациента.

Основной целью современной медицины, по нашему мнению, должна остаться профилактика заболеваний и их осложнений. Для этого необходимо осуществлять повышение качества санитарно-просветительской работы среди

пациентов, повышать уровень теоретической подготовки специалистов по вопросам клинической эндокринологии путем проведения дополнительных занятий по самым актуальным эндокринным заболеваниям, повышения материальной заинтересованности персонала в совершенствовании знаний, привлечения практикующих врачей к преподавательской и научно-исследовательской деятельности.

Открытым остается вопрос с оптимизацией диспансеризации населения, которая является недостаточно эффективной, необходимо разработать комплекс мер по привлечению большего числа граждан проходить периодические медицинские осмотры, повышать мотивацию и приверженность к своему лечению.

Так, мы считаем, что необходимо перенести основной объем оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы на амбулаторный этап, путем использования стационарозамещающих технологий, в том числе важно повсеместно создавать амбулаторно-поликлинические центры для консультирования пациентов по вопросам их здоровья, возможно, применение телемедицины.

Создание школ щитовидной железы, остеопороза и т.п. является еще одним из вариантов внедрения стационарозамещающих технологий. Данные школы будут направлены на ознакомление пациентов со своим заболеванием, профилактику его осложнений, с особенностями питания, образа жизни, основным моментам терапии. Человек, который хорошо владеет знаниями относительно мониторинга своего состояния, имеет больше шансов избежать развитие осложнений своего основного заболевания, в том числе и жизнеугрожающих состояний, таких как диабетическая кома, гиперкальциемический криз и др. Пациенты, посещающие подобного рода школы, являются союзниками с врачами в борьбе со своим заболеванием. По данным Росреестра, на 01.03.2021 в г. Москве функционировало более 30 школ

диабета. За 2022 год более 30 тысяч человек прошли обучение в данных школах.

Кроме того, важно реализовывать программу «эндонастороженности» для выявления эндокринных заболеваний на ранних этапах, в том числе путем формирования так называемых «групп риска» среди населения.

Необходим тщательный анализ кадрового потенциала и поиск путей по привлечению сотрудников для работы в амбулаторно-поликлиническом звене. Это может быть и материальное стимулирование, и возможность карьерного роста, а также совершенствование уровня знаний по специальности. Также необходимо проводить периодическую оценку компетентности специалистов, при этом данная оценка должна носить сугубо объективный характер, не учитывая субъективное мнение пациентов, которое зачастую не отражает реальную картину.

Еще одним важным пунктом, позволяющим повысить качество оказываемой медицинской помощи, является разработка специальных доступных памяток, буклетов для пациентов с заболеваниями эндокринной системы, для большего информирования о своем состоянии.

Для реализации предложенных мероприятий по модернизации системы здравоохранения мы предлагаем обратить внимание на следующие моменты:

- осуществлять мультидисциплинарный подход к терапии эндокринных заболеваний;
- повсеместно внедрять стационарозамещающие технологии (например, «Школы для эндокринологических пациентов»);
- увеличивать полноту охвата населения диспансеризацией;
- повышать кадровую обеспеченность (возможно, материальная стимуляция; прием на работу специалистов без опыта работы);
- внедрять непрерывное усовершенствование знаний ведения эндокринологических пациентов в систему образования не только врачей-эндокринологов, но и специалистов терапевтического профиля;

- реализовывать программы «эндонастороженности»;
- внедрять в массы иллюстративные материалы по различным заболеваниям эндокринной системы.

Благодаря проведенному комплексному анализу данных в процессе нашего диссертационного исследования, можно обозначить ряд организационных мероприятий, позволяющих повысить качество медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы. Опираясь на данные социологического опроса врачей-эндокринологов и врачей-терапевтов, можно выделить следующие основные направления для улучшения качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы:

- повышение приверженности пациентов к диспансеризации;
- привлечение врачей к научно-исследовательской деятельности;
- создание условий для постоянного повышения уровня знаний специалистов без отрыва их от трудовой деятельности.

Мы считаем, что для повышения качества оказания медицинской помощи необходимы:

1. Восполнение дефицита кадров.
2. Разработка кратких методических материалов по основным эндокринным заболеваниям.
3. Совершенствование системы диспансеризации населения.
4. Создание Всероссийского регистра всех эндокринных заболеваний для их мониторинга по отдельным субъектам РФ.
5. Участие врачей-специалистов ЛПУ в научной и образовательной деятельности.

Осуществление указанных выше мероприятий, по нашему мнению, позволит улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями в РФ.

Несомненно, врачи-терапевты играют значительную роль в процессе лечения заболеваний эндокринной системы, однако, роль врачей-эндокринологов по-прежнему остается существенной и ключевой.

Далее мы представили основные точки приложения в целях улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне (рис. 6.1).

Врачей-эндокринологов необходимо обучать таким манипуляциям, как интерпретация двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии скелета, установка и управление инсулиновыми помпами и др. Эффективность использования новых диагностических тестов, например, неинвазивные глюкометры или молекулярные маркеры, выполняемые при ТАБ узлов щитовидной железы, должна быть оценена в реальных условиях. Еще одна роль практикующего врача-эндокринолога должна заключаться также в участии в научной и образовательной деятельности.

Важно обеспечить мультидисциплинарный подход к ведению пациентов. Это позволяет врачу-эндокринологу (или любому другому специалисту) эффективно участвовать в лечении большего числа пациентов. Пациенты с особыми проблемами, такими как трудно поддающийся лечению сахарный диабет или пациент со злокачественной опухолью щитовидной железы, должны находиться под совместным наблюдением врача первичной медико-санитарной помощи и врача-эндокринолога стационара/диспансера.

Проведенный анализ результатов исследования позволил нам определить основные пути совершенствования организации медицинской помощи населению с заболеваниями эндокринной системы, однако, данная тема будет оставаться по-прежнему актуальной, требующей дальнейшего изучения.

Осуществление описанных выше мероприятий, по нашему мнению, позволит существенно улучшить качество оказываемой медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы.



Рисунок 6.1. Точки приложения для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания эндокринной системы устойчиво растут как во всем мире, так и в РФ, становясь мировой эпидемией, оказывая существенное негативное влияние, как на все сферы жизни государства, так и на отдельные категории граждан. В первую очередь страдает социально-экономическая сфера, ведь заболевания эндокринной системы признаны социально-значимыми, в связи с большим процентом поражения лиц молодого трудоспособного возраста.

Первопричины эндокринных заболеваний сложны и имеют несколько уровней, включая наследственные факторы (геном и эпигенетические механизмы) и факторы окружающей среды.

Как показывают официальные статистические источники, в мире не наблюдается тенденции к уменьшению численности лиц с заболеваниями эндокринной системы, и РФ в данной сфере не является исключением (за 2011–2021 гг. прирост составил +9,6%; на 2021 показатель первичной заболеваемости составил 11,4 на 1000 чел. населения.). Именно столь высокие показатели заболеваемости диктуют необходимость постоянного совершенствования медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы.

По данным статистики, на 01.01.2022 г., в г. Москве выявлено 713 468 пациентов, страдающих «болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ и иммунитета», при этом около 100 тысяч из них это подростки и дети. Также стоит отметить, что каждый год доля заболеваний эндокринной системы растет примерно на 7%, что соответствует международным показателям. Активному выявлению новых случаев заболеваний способствует целевая диспансеризация населения.

Даже несмотря на то, что Министерство здравоохранения РФ постоянно ведет работу по стабилизации ситуации в системе здравоохранения по профилю «эндокринология», уровень показателей заболеваемости имеет прогрессирующую тенденцию. Это во многом и определило социальную

значимость заболеваний эндокринной системы, в первую очередь, за счет снижения численности населения, вовлеченного в экономическую жизнь (18–59 лет).

В РФ на протяжении многих лет процесс модернизации и совершенствования медицинской помощи населению по профилю «эндокринология» шел медленными, но стабильными темпами. Так, в мае 1997 года Комитет здравоохранения города Москвы издал приказ «О дальнейшем совершенствовании эндокринологической службы в г. Москве».

Именно после издания данного приказа началось активное создание эндокринологических отделений, кабинетов по всей стране, которые создавались для реализации определенных задач, основными из которых были следующие:

- оказание консультативно-диагностической помощи населению по профилю «эндокринология»;
- амбулаторное лечение заболеваний эндокринной системы;
- проведение профилактической работы на уровне амбулаторного звена;
- ознакомление пациентов со «Школами диабета»;
- межведомственное взаимодействие специалистов для решения сложных вопросов, тем самым реализовался междисциплинарный подход.

За последнее десятилетие в системе здравоохранения РФ было проведено большое количество реформ, и все они преследовали одну цель – оказание высококвалифицированной помощи населению, несмотря на это, такое направление медицины как «профилактика заболеваний» в большинстве случаев обделялось вниманием. Достоверный факт, что стоит рассматривать развитие профилактической медицины, как одного из направлений медицины будущего.

Добиться поставленных целей при проведении модернизации системы здравоохранения возможно лишь при эффективном и рациональном использовании выделенных средств и ресурсов, что приведет к улучшению показателей здоровья нации, повышению качества жизни населения.

Проанализировав статистические данные, отраженные в диссертационном исследовании за десятилетний период (2011–2021 гг.), можно сделать следующие выводы: по РФ лидирующую позицию по распространенности среди заболеваний эндокринной системы занимает сахарный диабет (45%), вторую позицию занимают заболевания щитовидной железы (28%) и на третьем месте – ожирение (15%). Кроме того, не отмечается каких-либо тенденций к снижению распространенности данных заболеваний.

В РФ тенденция числа пациентов с СД растет быстрыми темпами. Согласно статистике, около 5 млн человек в 2021 году стояли на диспансерном учете, что составило около 4% от общей численности населения страны, при этом, у 93% выявлен СД 2 типа, у 7% выявлен СД 1 типа.

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы сопряжены с риском развития онкологических заболеваний, поражая 5% населения страны.

В 2020 году в РФ насчитывалось 371,9 тыс. человек с диагнозом ожирение, в 2021–383,3; в 2022 – уже 419,4, которое становится своего рода неинфекционной эпидемией с крайне высокими темпами распространения.

На 2021 год удельный вес инвалидности взрослого населения вследствие заболеваний эндокринной системы по г. Москве и РФ среди всех классов заболеваний относительно низкий (2,9% и 2,7%, соответственно), при этом СД занимает от общего числа инвалидности вследствие эндокринных расстройств 88,6% по г. Москве и 88,9% по РФ. Это может быть связано с улучшением качества оказания медицинской помощи, более раннему выявлению заболевания, а также успешным профилактическим мероприятиям.

В структуре пациентов с инвалидностью по заболеваниям эндокринной системы в г. Москве преобладают лица среднего возраста (45–59 лет) – 52%, в то время как в РФ – 54% – это лица пенсионного возраста (60 лет и более).

По группам инвалидности наибольший удельный вес принадлежит инвалидам III группы (61%), инвалиды II и I группы составляют 26% и 13%, соответственно; по г. Москве, данные показатели практически не отличаются от среднестатистических по РФ ($p < 0,05$).

Если говорить о дефиците кадров в здравоохранении РФ, то он наблюдается и среди врачей-эндокринологов. Именно это создает высокую нагрузку на специалистов, в среднем коэффициент совместительства по отрасли составляет 1,5 для врачей-эндокринологов.

По официальным статистическим данным, в РФ на конец 2021 года дефицит врачей по специальности «эндокринология» в стационарной службе составлял 24%, при этом в амбулаторной службе дефицит врачей-эндокринологов составлял около 18%.

По данным формы ФСН № 30, в 2021 году штат врачей-эндокринологов в городе Москве составил 1610 врачей; 77,4% врачей оказывали помощь в амбулаторных условиях, 22,6% – в стационарных условиях.

Информация о дефиците врачей-терапевтов также актуальна, ведь при дефиците врачей-эндокринологов часть нагрузки ложится на специалистов терапевтического профиля, особенно это выражено в сельской местности, согласно статистическим данным, в некоторых селах отмечается абсолютный дефицит специалистов эндокринологического профиля.

Проанализировав особенности организации медицинской помощи при развитии эндокринных заболеваний, можно говорить о том, что в нашей стране за последние десять лет произошло множество изменений в структуре оказания специализированной эндокринологической помощи. За этот период были предприняты меры по реструктуризации системы медицинской помощи, реорганизована сеть стационаров в сторону их расширения и сокращения

маломощных и нерелевантных подразделений, внедрена трехуровневая система оказания медицинской помощи, увеличены виды и объемы высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствуется система подготовки медицинских кадров, проводятся мероприятия по повышению эффективности медицинских осмотров.

На протяжении более, чем 20 последних лет в центре внимания находилась, главным образом, первичная медико-санитарная помощь – зона первого контакта населения со службами здравоохранения.

Задачей первичной медико-санитарной помощи является как проведение лечебно-диагностической работы, так и большой объем профилактической деятельности прикрепленному населению.

Именно развитая система первичного звена здравоохранения в стране способствует, по мнению специалистов, повышению продолжительности жизни населения, а также снижению смертности от многих социально-значимых заболеваний.

Москва всегда была и остается передовой моделью организации эндокринологической службы, экстраполируемой в будущем на все регионы РФ, где осуществляется постоянное совершенствование системы лекарственной терапии пациентов с эндокринными заболеваниями, внедрение современных алгоритмов лечения в клиническую практику. Департаментом здравоохранения г. Москвы с 2007г. проводится реализация программы «Здравоохранение столицы», где эндокринология представлена как одно из приоритетных направлений.

Проанализировав нормативно-правовую базу, которая регламентирует оказание медицинской помощи населению по профилю «эндокринология», можно утверждать, что политика нашего государства идет в направлении формирования ряда основных принципов, таких как важность поддержки пациентов с эндокринными заболеваниями, в особенности с сахарным диабетом, реформирование системы оказания им медицинской помощи на

всех этапах ее получения, оптимальное и достаточное снабжение всех структур и организаций системы здравоохранения лекарственными препаратами, необходимой современной диагностической техникой. Все описанные выше принципы соответствуют мировой стратегии по борьбе с заболеваниями эндокринной системы и направлены на повышение качества медицинской помощи и улучшение уровня жизни пациентов.

Как показывает ретроспективный анализ данных, заболевания эндокринной системы не имеют тенденции к снижению, в связи с чем данная проблема будет актуальной еще на протяжении многих лет. Наше исследование стало лишь еще одной попыткой выявления возможностей контроля за распространением данного класса заболеваний, однако, вопрос по-прежнему актуален и будет открыт для дальнейшего изучения.

ВЫВОДЫ

1. В структуре общей заболеваемости по основным классам болезней (по МКБ-10) в г. Москве на 2021 год класс болезней IV E00-E90 «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», занимал 14-е место. На 2021 год в структуре общей заболеваемости болезнями эндокринной системы по РФ сахарный диабет составлял 45%, болезни щитовидной железы – 28%, ожирение – 15%. В структуре первичной заболеваемости было установлено следующее распределение долей: 26% (СД), 24% (болезни щитовидной железы), 23% (ожирение), 27% (остальные заболевания эндокринной системы). По г. Москве выявлено, что первое место в структуре эндокринных заболеваний занимали болезни щитовидной железы (26%), далее – сахарный диабет (23%) и ожирение (21%), занимая вторую и третью позицию, соответственно.

В РФ за период с 2011 по 2021 год число впервые выявленных случаев заболеваний эндокринной системы увеличилось на 37% и составило 10321,3 на 100 тыс. населения. Самые высокие цифры были зафиксированы в г. Москве, Архангельской и Сахалинской областях – 4582,19; 3222,52 и 2 960,54 на 100 тыс. населения, соответственно.

На 2021 год удельный вес инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше вследствие заболеваний эндокринной системы по городу Москве и РФ среди всех классов заболеваний относительно низкий (2,9% и 2,7%, соответственно), при этом, СД занимал от общего числа инвалидности вследствие эндокринных расстройств 88,6% по г. Москве и 88,9% по РФ.

Смертность от болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ в г. Москве за 2021 год составила 33,5 на 100 тыс. населения. За 2017–2021 гг. уровень смертности сохранялся, без тенденции к его уменьшению.

В оцениваемый десятилетний период отмечалась стабильная тенденция к повышению показателей впервые выявленных заболеваний эндокринной

системы, возможно, это связано с повышением качества диагностики заболеваний эндокринной системы, а также высокими показателями обращаемости граждан за медицинской помощью.

2. С 2011 года отмечается тенденция к увеличению численности врачей-эндокринологов в РФ. Однако, на конец 2021 года дефицит врачей-эндокринологов по РФ составил 24%, при этом в амбулаторной службе дефицит врачей-эндокринологов составил около 18%. Укомплектованность врачами-терапевтами в РФ в 2021 г. составила 73,2%. Темп прироста кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в Москве за 2011–2021 гг составил +62,9%, по РФ данный показатель равен +26,8%. На конец 2021 года дефицит ставок врачей-эндокринологов в РФ составил 930,83 ставки.

3. Анализ социологического опроса врачей-терапевтов показал, что в большинстве случаев, это специалисты среднего трудоспособного возраста, со стажем работы 6 и более лет, имеющих диплом профессиональной подготовки по гастроэнтерологии, либо без дополнительной специальности. Среди врачей-эндокринологов, в большинстве случаев, это специалисты среднего трудоспособного возраста, со стажем работы 6 и более лет, имеющие дополнительную специальность (детская эндокринология, детская урология-андрология, терапия).

Согласно опросу врачей выявлено, что существующая система оказания помощи населению имеет недоработки, в частности, на амбулаторно-поликлиническом уровне. По результатам опроса, большинству врачей-терапевтов не хватает знаний в области клинической эндокринологии ввиду низкого уровня базовой медицинской подготовки и отсутствия свободного времени на самообразование. При этом, 100% опрошенных хотели бы пройти повышение квалификации по диагностике и лечению сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы.

В качестве основных факторов, способствующих снижению качества оказываемой медицинской помощи населению по профилю «эндокринология»

врачи-эндокринологи выделили: низкую обращаемость населения за медицинской помощью, недостатки организации диспансерного наблюдения пациентов с эндокринными заболеваниями и организационные трудности проведения консультаций специалистов пациентам с подозрением на эндокринное заболевание. Вариантами решения данных проблем все врачи предлагали проведение дополнительных курсов по актуальным вопросам современной медицины, повышение материального поощрения за стремление в повышении уровня своих знаний и привлечение врачей к научно-исследовательской и образовательной работе.

4. Оценка медико-социального портрета пациентов с заболеваниями эндокринной системы показала, что чаще всего это женщина с избыточной массой тела, среднего возраста, имеющая несколько сопутствующих хронических заболеваний, преимущественно кардиометаболического характера, с установленным эндокринным диагнозом более 6 лет назад, с низкой приверженностью к лечению. Основными факторами, по мнению пациентов, которые стали причиной отсутствия улучшений в их состоянии, были: несоблюдение терапии, назначенной врачом, финансовый вопрос. Выявлено, что лишь 17% пациентов получают информацию о своем заболевании от врачей в медицинских учреждениях. Около 60% пациентов посещают врача планово 1–2 раза в год. 67% пациентов отметили появление дискомфорта в связи с набором веса. Более 65% пациентов госпитализировались в стационар по направлению из поликлиники. Проведя анализ стандартизированных показателей среди лиц, с заболеваниями эндокринной системы, выявлено, что качество жизни у лиц мужского пола выше, чем у женщин ($p < 0,0001$).

В целом, 68% опрошенных оказались удовлетворены результатами лечения, назначенного им врачом-эндокринологом. Пациенты хотели бы получать больше информации о мерах профилактики развития осложнений, правилах самоконтроля показателей, информацию о лечебном питании.

5. Необходимость модернизации оказания медицинской помощи населению с заболеваниями эндокринной системы обоснована и требует особого внимания со стороны государства. Основными путями улучшения медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы являются: восполнение дефицита кадров, внедрение современных стационарорезающих технологий, повышение квалификации специалистов терапевтического профиля, повышение материального поощрения за стремление к повышению уровня своих знаний, проведение объемной санитарно-просветительской работы среди населения (с применением доступных иллюстративных материалов, телемедицины), привлечение врачей к научно-исследовательской и образовательной работе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Полученные в ходе исследования результаты могут успешно применяться и использоваться при выявлении основных проблем, существующих в системе оказания медицинской помощи по профилю «эндокринология» для дальнейшего ее совершенствования.

Для системы здравоохранения:

1. Увеличение кадровой обеспеченности населения врачами-эндокринологами.
2. Внедрение в систему здравоохранения программ «эндонастороженности».
3. Создание Всероссийского регистра всех эндокринных заболеваний с целью мониторинга как по отдельным субъектам, так и по стране в целом.
4. Обеспечение прохождения курсов повышения уровня знаний с отрывом от трудовой деятельности.

Для врачей:

1. Придерживаться мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов.
2. Участие в научной и преподавательской деятельности (лекции, мастер-классы в ВУЗах).
3. Проведение профилактических бесед с пациентами в рамках приема с целью повышения приверженности к лечению.

Для образовательных организаций:

1. Полученные результаты по структуре заболеваемости, характеристике пациентов могут быть использованы в научных целях, для предоставления актуальных материалов студентам, ординаторам, аспирантам при изучении соответствующих дисциплин.
2. Внедрение непрерывного усовершенствования знаний ведения пациентов с заболеваниями эндокринной системы для врачей-эндокринологов и врачей-терапевтов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМТ – индекс массы тела

КДЦ – клиничко-диагностический центр

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

Росстат – Федеральная служба государственной статистики

ПСМП – первичная медико-санитарная помощь

СанПин – санитарные правила и нормы

СД – сахарный диабет

ФСН – Федеральное статистическое наблюдение

ФЦН – Федеральная целевая программа

ЩЖ – щитовидная железа

ADA – American Diabetes Association – Американская диабетическая ассоциация

COVID-19 – от англ. COronaVirus Disease 2019 – коронавирусная инфекция 2019 года

IDF – International Diabetes Federation – Международная диабетическая федерация

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2023 г. № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» [электронный ресурс]. – URL: https://base.garant.ru/406694543/#block_21 (дата обращения 15.12.2023).
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ [электронный ресурс]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 15.11.2021).
3. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». [электронный ресурс]. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 10.03.2022).
4. Государственная программа города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» [электронный ресурс]. – URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/targets/default/card/12.html> (дата обращения 17.06.2022).
5. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 9 апреля 2018 г. № 18–2/0579 «О разъяснении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» [электронный ресурс]. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71842326/?ysclid=luy4joo06w401629573> (дата обращения 23.01.2022).
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (с изменениями и дополнениями) [электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/73021006/> (дата обращения 12.07.2023).
7. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об

утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»» (с изменениями и дополнениями) [электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения 15.03.2022).

8. Распоряжение правительства Российской Федерации от 24 октября 2023 года № 2956-р [электронный ресурс]. – URL: <http://static.government.ru/media/files/6FWGsQWPftAZo6bs3TbFAbN6sELAFpTv.pdf>. (дата обращения 07.12.2023).

9. Распоряжение правительства Российской Федерации от 24 октября 2023 года №2957-р [электронный ресурс]. – URL: <http://static.government.ru/media/files/zI2dAdvZUmVv0hvo3PK92MC0yInMsCC8.pdf> (дата обращения 07.12.2023).

10. Приказ № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями» (утратил силу с 22 апреля 2013 года на основании приказа Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 899н) [электронный ресурс] – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=153593> (дата обращения 17.11.2023).

11. Приказ № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» с внесенными изменениями и дополнениями от 21.02.2020г. (утратил силу) [электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/70293326/> (дата обращения 15.03.2022).

12. Приказ Комитета здравоохранения г. Москвы № 275 от 23 мая 1997г. «О дальнейшем совершенствовании эндокринологической службы в г. Москве» (утратил силу) [электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/4120136/> (дата обращения 25.12.2022).

13. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2019 № 52н/35н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» (не вступил в силу)

[электронный ресурс]. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72098510/?ysclid=luy58e7q90451551759> (дата обращения 25.12.2022).

14. Постановление № 157-ПП «О Городской целевой программе развития здравоохранения «Столичное здравоохранение» на 2006–2007 гг. (утратило силу) [электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/384904/> (дата обращения 15.03.2022).

15. Постановление Правительства РФ от 7 октября 1996 г. № 1171 «О федеральной целевой программе «Сахарный диабет» (утратило силу) [электронный ресурс] – URL: <https://base.garant.ru/1548882/> (дата обращения 15.03.2022).

16. Авксентьева, М.В. Система оказания медицинской помощи в Российской Федерации / М.В. Авксентьева, К.В. Герасимова, И.А. Железнякова [и др.] ; под ред. В.В. Омеляновского. – Москва : Наука, 2019. – 178 с.

17. Агаджанян, В.В. Опыт внедрения персонифицированного обеспечения лекарственными средствами в многопрофильной больнице / В.В. Агаджанян // Здравоохранение. – 2021. – № 10. – С. 23–25.

18. Алан, Л. А. Прогнозирование риска развития осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа: учебное – методическое пособие / Л. А. Алан. – 2-е изд., 2017. – 496 с.

19. Александрова, Г.А. Здравоохранение в России. 2023 / Г.А. Александрова, Р.Р. Ахметзянова, Н.А. Голубев [и др.] – М.: Стат.сб. Росстат, 2023. – 179 с.

20. Алексеев, В.А. Модернизация системы здравоохранения России – решение проблемы обеспечения качественной медицинской помощи населению / В.А. Алексеев // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2018. – №8. – С. 14–19.

21. Аметов, А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: учебное пособие / А.С. Аметов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 320 с.

22. Аметов, А.С. Эндокринология. Учебник для студентов медицинских

вузов / А.С. Аметов, С.Б. Шустов, Ю.Ш. Халимов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 352 с.

23. Аминев, Р.А. Ошибки врача при выборе лабораторного исследования на преаналитическом этапе / Р.А. Аминев, Ф.С. Билалов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 63–66.

24. Аминев, Р.А. Централизация лабораторных исследований как один из методов совершенствования лабораторной службы [электронный ресурс]. / Р.А. Аминев, Р.Ф. Валеев // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – URL: <http://www.science-education.ru/119-14902> (дата обращения: 11.04.2022).

25. Андреева, Н.С. Совершенствование организации медицинской помощи взрослому городскому населению с патологией щитовидной железы: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Андреева Наталья Станиславовна. – Курск, 2004. – 150 с.

26. Антонов, Д.П. Актуальные вопросы управления здравоохранением : монография / Д.П. Антонов [и др.] ; под ред. Д.В. Пивеня. – Москва : Менеджер здравоохранения, 2008. – 139 с.

27. Антропов, В.В. Бюджетная система здравоохранения: три варианта одной модели / В.В. Антропов // Экономика здравоохранения. – 2015. – № 11–12. – С. 5–10.

28. Анциферов, М.Б. Регистр больных сахарным диабетом в Москве: возможности анализа и контроля клинико-эпидемиологических параметров / М.Б. Анциферов, Н.А. Демидов // Здоровье мегаполиса. – 2020. – Т. 1. – № 2. С. 8–19.

29. Архаров, Ю.В. Порядок проведения заседания Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике на тему «Совершенствование организации оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом и эндокринопатиями» / Ю.В. Архаров [электронный ресурс]. – URL: <https://nephrologist.ru/wp-content/uploads/2022/05/povestka-reshenie.pdf> (дата обращения 07.09.2022).

30. Атьков, О.Ю. Персональная телемедицина. Телемедицинские и

информационные технологии реабилитации и управления здоровьем / О.Ю. Атьков, Ю.Ю. Кудряшов – Москва : Практика, 2015. – 248 с. – ISBN: 978-5-89816-148-4.

31. Ашмарин, И.Ю. Диагностические центры в системе советского здравоохранения / И.Ю. Ашмарин // Терапевтический архив. – 1980. – № 4. – С. 3–6.

32. Балашов, П.Ю. Роль современной службы управления персоналом в осуществлении кадровой политики ЛПУ [Электронный ресурс] / П.Ю. Балашов // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. – 2014. – №5. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-sovremennoy-sluzhby-upravleniya-personalom-v-osuschestvlenii-kadrovoy-politiki-lpu> (дата обращения: 12.02.2022).

33. Бантьева, М.Н. Динамика показателей коечного фонда круглосуточного и дневного пребывания в Российской Федерации / М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина, Ю.Ю. Мельников // Менеджер здравоохранения. – 2020. – №2. – С.13–19.

34. Баранов, А. А. Телемедицина – перспективы и трудности перед новым этапом развития / А.А. Баранов, Е.А. Вишнева, Л.С. Намазова–Баранова // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Т. 10, №. 3. – С. 6–11.

35. Баранов, А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 5–10. – doi.org/10.15690/vsp.v13i2.967.

36. Башева, Т.В. Анализ результатов оценки удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в специализированном консультативно-диагностическом центре / Т.В. Башева, И.В. Киселева, А.В. Макарова [и др.] // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2017. – № 3–2. – С. 8–12.

37. Белов, Л.А. Пути повышения качества медицинской помощи / Л.А. Белов // Здравоохранение. – 2019. – №1. – С. 62–63.

38. Береговых, В.В. Проблемы российской национальной лекарственной

политики / В.В. Береговых, С.В. Никулина, Н.В. Пятигорская // Фармация. – 2018. – № 5. – С. 36–37.

39. Бессесен, Д.Г. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Д.Г. Бессесен. – М.: Бином, 2020. – 328 с.

40. Бибанов, С.А. Пути оптимизации медицинской помощи населению / А.С. Бибанов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2019. – №3. – С. 30–32.

41. Бондаренко, Е.В. Симуляционное обучение как ведущее направление развития медицины [Электронный ресурс]. / Е.В. Бондаренко, Л.Я. Хоронько // Мир науки. Педагогика и психология. – 2022. – № 3. – Т. 10. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/simulyatsionnoe-obuchenie-kak-vedushee-napravlenie-razvitiya-meditsiny> (дата обращения: 06.03.2023).

42. Величковский, В.Т. Реформы и здоровье населения: пути преодоления негативных последствий / В.Т. Величковский. – М.: Воронеж, 2001. – 64 с.

43. Вериковская, С. В. Актуальность, проблемы, особенности и тенденции развития аутсорсинга в медицинских организациях / С.В. Вериковская, Е.Н. Гордеева // Маркетинг и логистика. – 2017. – № 2 (10). – С. 33–44.

44. Вигдорчик, Я.И., Линденбратен А.Л. Теоретические основы системы мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению / Я.И. Вигдорчик, А.Л. Линденбратен // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 2. – С. 44–49.

45. Виноградов К.А. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги / К.А. Виноградов // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 3. – С. 4–11.

46. Всемирная организация здравоохранения. Распространенность сахарного диабета (%). [Электронный ресурс]. – URL: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_379-2370-prevalence-of-diabetes-mellitus/#id=19310 (дата обращения 17.02.2022).

47. Вузы России : официальный сайт. – Москва. – 2023. – URL: <https://vuzoteka.ru/> (дата обращения 07.12.2022).

48. Галстян, Г.Р. Рекомендации для больных сахарным диабетом с заболеваниями сосудов нижних конечностей / Г.Р. Галстян, К.Ю. Пряхина, О.Н. Бондаренко [и др.]; под редакцией Дедова И.И. – Москва, 2019. – 254 с.

49. Гриднев, О.В. Некоторые аспекты реализации программы модернизации здравоохранения в Москве / О.В. Гриднев // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф., 8–9 апреля 2014 г. Москва. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН, 2019. – Выпуск 1. – С. 94–97.

50. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы / И.И. Дедов, М.И. Балаболкин, Е.И. Марова ; под ред. Дедова И.И. – Москва : Медицина, 2000. – 565 с.

51. Дедов, И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й выпуск, дополненный / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.Ю. Майоров [и др.]. // Сахарный диабет. – 2019. – № 22 (1S1). – С. 1–144.

52. Дедов, И.И. Сахарный диабет типа 1: реалии и перспективы / И.И. Дедов [и др.] ; под редакцией под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – Москва, Медицинское информационное агентство, 2016. – 502 с.

53. Дедов, И.И. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике / И.И. Дедов, М.В. Шестакова [и др.] ; под редакцией под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – Москва, Медицинское информационное агентство, 2016. – 576 с.

54. Дедов, И.И. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, Г.Р. Галстян // Сахарный диабет. – 2016. – Т. 19, № 2. – С. 104–112. doi.org/10.14341/DM2004116-17.

55. Демидова, Т.Ю. Ожирение и коморбидные состояния. Современные принципы управления и ожидаемые перспективы : учебное пособие / Т.Ю. Демидова, Е.Ю. Грицкевич. М.: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Минздрава России, 2018 – 36 с.

56. Демченкова, Г.З. Актуальные направления научных исследований по организации и управлению здравоохранением / Г.З. Демченкова // Современное здравоохранение. – 2018. – № 12. – С. 10–15.

57. Демченкова, Г.З. О некоторых проблемах совершенствования специализированной медицинской помощи / Г.З. Демченкова, Н.П. Соболева // Здравоохранение Российской Федерации. – 1988. – № 4. – С. 6–10.

58. Джопуа, И.Д. Основные аспекты развития помощи населению по профилю эндокринология на пути политики модернизации системы здравоохранения / И.Д. Джопуа // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 574–586.

59. Джопуа, И.Д. Проблемы оказания эндокринологической помощи пожилым лицам в РФ / И.Д. Джопуа // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 5. – С. 29–35.

60. Джопуа, И.Д. Результаты оценки удовлетворенности пациентов с заболеваниями эндокринной системы оказанной профильной медицинской помощью в амбулаторных и стационарных / И.Д. Джопуа, А.В. Фомина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2023. – № 7–8. – С. 31–38.

61. Джопуа, И.Д. Частота развития и перспективы оказания медико-социальной помощи лицам пожилого возраста с признаками когнитивных нарушений, ассоциированных с сахарным диабетом / И.Д. Джопуа, А.В. Фомина // Медицинская наука и образование Урала. – 2023. – Т. 24, № 3. – С. 208–212.

62. Дзугаев, А.К. Приоритетные направления кадровой политики в РФ [электронный ресурс] / А.К. Дзугаев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/390/30/lang,ru/> (дата обращения 20.12.2021).

63. Древаль, А. В. Физическая активность и сахарный диабет : руководство / А. В. Древаль, О. А. Древаль. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 343 с.

64. Долматов, С.С. Разработка системно-динамической модели

эндокринологического отделения больницы посредством имитационного моделирования / С.С. Долматов // Наукосфера. – 2022. – № 9–1. – С. 158–161.

65. Евтеева, А.А. Эндокринные дисрапторы в патогенезе таких социально значимых заболеваний, как сахарный диабет, злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, патология репродуктивной системы / А.А. Евтеева, М.С. Шеремета, Е.А. Пигарова // Ожирение и метаболизм. – 2021. – Т. 18, № 3. – С. 327–335.

66. Ендовицкая, Ю.В. Динамика кадровой обеспеченности врачами-эндокринологами в Российской Федерации / Ю.В. Ендовицкая // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 2. – С. 377–390.

67. Ендовицкая, Ю.В. Удовлетворенность врачей-эндокринологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, условиями труда В сборнике: Новая наука: теоретический и практический взгляд. материалы Международной (заочной) научно-практической конференции / Ю.В. Ендовицкая, Л.И. Меньшикова // Нефтекамск. – 2022. – С. 140–146.

68. Еругина, М.В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения системы здравоохранения / М.В. Еругина, Е.М. Долгова // Заместитель главного врача. – 2012. – № 9. – С. 12–18.

69. Железняк, Е.С. Современные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса / Е.С. Железняк, А.Л. Алексеева, Е.Н. Пенюгина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1996. – № 3. – С. 20–22.

70. Жук, А.П. Планирование здравоохранения в СССР / А.П. Жук. – М.: Медицина, 1978. – 343 с.

71. Жукова, Л.А. Разработка программы обучения больных с различными заболеваниями щитовидной железы и оценка ее эффективности / Л.А. Жукова, Н.С. Андреева, А.А. Гуламов [и др.] // Вестник медицинского стоматологического института. – 2019. – № 1. – С. 21–23.

72. Задворная, О. Л. Проблемы и перспективы развития кадрового

обеспечения системы здравоохранения в современных условиях / О. Л. Задворная // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 528–545.

73. Иванова, Н.Д. Шервинский Василий Дмитриевич – русский врач, ученый, терапевт и патолог, заслуженный деятель науки РСФСР и основоположник русской эндокринологии / Н.Д. Иванова // Сахарный диабет. – 2013. – Т. 16, № 2. – С. 94–96. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-3763>.

74. Ищенко, О.Ю. Современные проблемы организации оказания помощи больным с эндокринной патологией / О.Ю. Ищенко, Т.Н. Погребняк // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – Т. 11, № 4. – С. 679–681.

75. Квасов, С.Е. Современные тенденции глобализации в сфере охраны здоровья и развития человеческого потенциала / С.Е. Квасов, А.Н. Эделева // Медицинский альманах. – 2019. – Т. 1, № 31. – С. 18–20.

76. Комаров, Ю.М. О рациональной системе организации охраны здоровья и оказания медицинской помощи / Ю.М. Комаров // Вестник ВШОУЗ. – 2018. – №1. – С. 39–46.

77. Короткова, М.Н. Модернизация первичного звена здравоохранения: к вопросу об эффективности социальной политики постсоветского государства / М.Н. Короткова // СибСкрипт. – 2023. – Т. 25, № 6. – С.818–828.

78. Корхмазов, В.Т. Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России [электронный ресурс] / В.Т. Корхмазов // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – Т. 7, № 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-osnovnyh-pokazateley-raboty-bolnichnogo-sektora-sistemy-zdravoohraneniya-rossii> (дата обращения: 06.03.2023).

79. Котельников, Г.П. Система внедрения и реализации принципов доказательной медицины – необходимый и обязательный компонент повышения качества образования в условиях модернизации здравоохранения / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель // Медицинское образование и профессиональное

развитие. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 43–50.

80. Кузнецов, Е.В. Эндокринные заболевания как медико-социальная проблема современности [электронный ресурс] / Е.В. Кузнецов, Л.А. Жукова, Е.А. Пахомова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – URL: <https://s.science-education.ru/pdf/2017/4/26662.pdf> (дата обращения 30.09.2022).

81. Кураева, В.М. Тенденции общей и первичной заболеваемости трудоспособного населения Москвы по классу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ / В.М. Кураева, А.М. Подчернина // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 2. – С. 12–18.

82. Кутумова, О.Ю., Бабенко А.И., Бабенко Е.А. Социально-гигиеническая оценка обращаемости населения старше трудоспособного возраста за медицинской помощью / О.Ю. Кутумова, А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко // Медицина в Кузбассе. – 2019. – Т. 18, № 3. – С. 29–35.

83. Линденбратен, А.Л. Некоторые аспекты экономического анализа реформ в здравоохранении / А.Л. Линденбратен // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 9. – С. 24–27.

84. Линденбратен, А.Л. Основные принципы построения системы критериев и показателей для оценки качества и эффективности медицинской деятельности / А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришина, С.М. Сердюковский [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 30–35.

85. Малов, Н.И. Современные основы и методы планирования развития здравоохранения: учебное пособие для мед. ин-тов усоверш. Врачей / Н.И. Малов, В.И. Чураков. – М. : Экономика, 1983. – 295 с.

86. Мальцева, И.О. Сахарный диабет – социально значимое заболевание / И.О. Мальцева // Символ науки: международный научный журнал. – 2018. – № 8. – С. 91–93.

87. Медведева, О.В. Региональное общественное здоровье: оценка вклада кадровой обеспеченности здравоохранения / О.В. Медведева, Л.И. Меньшикова,

Н.В. Чвырева [и др.] // Экология человека. – 2021. – № 12. – С. 4–13.

88. Меньшикова, Л.И. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы) / Л. И. Меньшикова, И. М. Сон, М. Ю. Крякова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 771–803.

89. Мельниченко, Г.А. Развитие эндокринологии в России (90-летие Российской Ассоциации эндокринологов) / Г.А. Мельниченко // Проблемы Эндокринологии. – 2015. – Т. 61, № 1. – С. 4–10.

90. Мингазов И.Ф. О состоянии и тенденциях первичной и общей заболеваемости ожирением / И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.М. Чернышев // Сборник : Современные аспекты формирования здорового образа жизни. Материалы XI научно-практической конференции с международным участием. – Новосибирск, 2023. – С. 179–186.

91. Михайлова, Ю. В. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа / Ю.В. Михайлова, М.Г. Шестаков, Ю.В. Соболева [и др.] // Экономика здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 37–42.

92. Мкртумян, А.М. Неотложная эндокринология: учебное пособие, 2-е издание, исправленное и дополненное / А.М. Мкртумян, А.А. Нелаева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 234 с.

93. Модернизация и развитие здравоохранения. Извлечения из проекта Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации Министерства экономического развития и торговли РФ / От редакции // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 5. – С. 4–8.

94. Мокрышева, Н. Г. Околощитовидные железы. Первичный гиперпаратиреоз / Н.Г. Мокрышева. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2019. – 444 с.

95. Мокрышева, Н.Г. Регистры заболеваний околощитовидных желез в Российской Федерации / Н.Г. Мокрышева, Е.В. Ковалева, А.К. Еремкина // Проблемы эндокринологии. – 2021. – Т. 67, № 4. – С. 4–7.

96. Национальный проект «Здравоохранение» [электронный ресурс]. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie> (дата обращения 20.12.2022).

97. Омеляновский, В. В. Клинико-экономическая оценка способов дистанционного обучения и мониторинга уровня глюкозы в крови у взрослых пациентов с сахарным диабетом / В. В. Омеляновский, В. К. Федяева // Качественная клиническая практика. – 2023. – № 4. – С. 25–39.

98. Пальцев, М.А. 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации [электронный ресурс] / М.А. Пальцев, Н.Н. Белушкина, Е.А. Чабан // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2015. – Т. 2, № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/4p-meditsina-kak-novaya-model-zdravoohraneniya-v-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 06.03.2023).

99. Перепелкина, Н.Ю. Социально-значимые заболевания: эпидемиология, структура и факторы риска: учебное пособие / Н.Ю. Перепелкина, О.Г. Павловская, Е.В. Ржанникова. – Оренбург, 2006. – 104 с.

100. Пигарова, Е.А. Кадровые проблемы эндокринологической службы и стратегии их решения / Е.А. Пигарова, С.Ю. Воротникова // Проблемы эндокринологии. – 2021. – Т. 67, № 6. – С. 8–10.

101. Пигарова, Е.А. Организация, проблемы и перспективы развития помощи и подготовки специалистов / Е.А. Пигарова // Проблемы Эндокринологии. – 2020. – Т. 66, № 3. – С. 4–5.

102. Пономарев, А.Д. Некоторые аспекты преодоления кадрового кризиса в первичном звене здравоохранения / А.Д. Пономарев, И.Д. Мириева, Г.Ю. Сазанова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 894–908.

103. Пономарев, А.Д. Тенденции заболеваемости и первичного выхода на инвалидность взрослого населения Саратовской области по причинам болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ / А.Д. Пономарев, Г.Ю. Сазанова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16, № 2. – С. 511–514.

104. Портал IDF. Атлас диабета 9-ое издание, 2019. / Атлас – 2016–2022. – URL: <https://diabetesatlas.org/en/resources/> (дата обращения 01.03.2022).
105. Порядок оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями // Сахарный диабет. – 2010. – № 13. – С. 6–12.
106. Потемкин, В.В. Эндокринология: руководство для врачей. – Москва : Медицинское информационное агентство. – 2013. – 776 с.
107. Приоритетный национальный проект «Здоровье» [электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/law/podborki/prioritetnyj_nacionalnyj_proekt_zdorove/ (дата обращения 10.03.2022).
108. Проценко Д.Н. Внедрение стационарзамещающих технологий в условиях многопрофильного скорпомощного стационара / Д.Н. Проценко, Е.Г. Захарова, Е.Ю. Леснова, А.В. Боярков // Московский хирургический журнал. – 2018. – Т. 61, № 3. – С. 151–152.
109. Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий: Федеральный проект от 09.08.2019 г. (с обновлениями от 04.04.2023), [электронный ресурс]. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/nmits> (дата обращения 10.11.2021).
110. Ржанникова, Е.В. Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи пациентам с эндокринной патологией в субъекте РФ : автореф. дис. ... кандидата медицинских наук / Ржанникова Елена Вячеславовна. – Москва, 2009. – 28 с.
111. Россия в цифрах. 2021. Краткий статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики. Росстат ; ответственный за выпуск Н.С. Бугакова [и др.]. – Москва. – 2021. – 275 с.
112. Руголь, Л.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения [электронный ресурс] / Л.В. Руголь, И.М. Сон // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 6. С. 64–66. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang,ru/> (дата обращения 15.03.2022).

113. Руголь, Л.В. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации [электронный ресурс] / Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.И. Стародубов [и др.]. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-organizatsii-statsionarnoy-meditsinskoj-pomoschi-i-podhody-k-ee-modernizatsii/viewer>.

114. Савина, А.А. Тенденции показателей заболеваемости болезнями эндокринной системы взрослого населения российской федерации [электронный ресурс] / А.А. Сазанова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – № 4. С. 66–67. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1285/30/lang,ru/> (дата обращения 10.03.2022).

115. Сазанова, Г.Ю. Качество медицинской помощи и вопросы финансового менеджмента (обзор) / Г.Ю. Сазанова, И.Д. Мириева, М.В. Еругина [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17, № 4. – С. 751–754.

116. Самойлов, В.О. История Российской медицины / В.О. Самойлов. – Москва : Эпидавр, 1997. – 197 с.

117. Светый, Л.И. Результаты обучения в школе диабета пожилых лиц, страдающих сахарным диабетом II типа / Л.И. Светый, А.О. Ворвуль, Е.В. Маркина [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №. 1. – С. 82–91.

118. Свистунов, А.А. Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи / А.А. Свистунов, Г.Э Улумбекова, З.З. Балкизов // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2014. –Т. 15, № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nepreryvnoe-meditsinskoe-obrazovanie-dlya-uluchsheniya-kachestva-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 06.03.2023).

119. Семенов, В.Ю. Некоторые результаты реализации программ модернизации здравоохранения Российской Федерации / В.Ю. Семенов // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 10. – С. 16–23.

120. Скорая медицинская помощь: клинические рекомендации ; под ред.

С.Ф. Багненко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 890 с.

121. Соколенко, Н.Н. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: некоторые проблемы правового регулирования / Н.Н. Соколенко, М.Е. Багнюк, Д.В. Багнюк // Медицинское право. – 2018. – № 4. – С. 14–17.

122. Стародубов, В.И. Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения / В.И. Стародубов, Д.В. Пивень // Менеджер здравоохранения. – 2020. – С. 6–9.

123. Стародубов, В.И. Тенденции показателей общей заболеваемости населения в субъектах центрального федерального округа Российской Федерации / В.И. Стародубов, С.А. Леонов, А.А. Савина А.А. [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 6. – С. 947–952.

124. Сучков, С.В. Персонализированная медицина как обновляемая модель национальной системы здравоохранения. Часть 1. Стратегические аспекты инфраструктуры. / С.В. Сучков, Х. Абэ, Е.Н. Антонова [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62, № 3. – С. 7–14.

125. Федеральная служба государственной статистики [электронный ресурс]. – URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения 15.11.2021).

126. Федяева, В.К. Клинико-экономическая целесообразность терапевтического обучения (в школе диабета) пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа / В. К. Федяева, В. В. Омеляновский, О. А. Сухоруких [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2022. – № 1(44). – С. 23–33.

127. Филиппов, О.В. Организационные направления совершенствования работы окружного эндокринологического отделения амбулаторно-поликлинического учреждения крупного города (по опыту работы 82-й поликлиники Москвы) : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Филиппов Олег Валерьевич ; Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ. – Москва, 2004. – 145 с.

128. Чайковская, М.В. Медико-социальные проблемы гериатрических пациентов / М.В. Чайковская, Д.Г. Губин, А.Ю. Мошкина [и др.] // Менеджер

здравоохранения. – 2023. – № 10. – С. 34–41.

129. Шейман, И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи / И.М. Шейман, С.В. Шишкин. – М. : ГУ ВШЭ. – 2019. – 66 с.

130. Шервинский, В.Д. Внутренняя секреция и ее клиническое значение / В.Д. Шервинский // Эндокринология. Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 13–21.

131. Шервинский, В.Д. Речь при открытии Российского эндокринологического общества (16 октября 1924 г.) / В.Д. Шервинский // Эндокринология. Новости. Мнения. Обучение. – 2015. – Т. 10, № 1. – С. 5–11.

132. Эделева, А.Н. Оптимизация количества пролеченных больных для медицинских учреждений при выделенных объемах финансирования / А.Н. Эделева, М.А. Федоткин // Главный врач: Хозяйство и право. – 2014. – № 6. – С. 29–36.

133. Эделева, А.Н. Совершенствование стационарной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возрастов / А.Н. Эделева, М.А. Федоткин // Медицинский альманах. – 2016. – Т. 44, № 4. – С. 18–23.

134. Эделева, А.Н. Эффективное распределение ресурсов медицинских учреждений / А.Н. Эделева, М.А. Федоткин // Главный врач: Хозяйство и право. – 2015. – № 1. – С. 30–39.

135. Ahmed, N.J. Knowledge and Perception about Diabetes and its Risk Factors / N.J. Ahmed, A.S. Alrawili, F.Z. Alkhawaja [et al.] // Journal of Pharmaceutical Research International. – 2021. – Vol. 33. – № 43A. P. 423–427.

136. Alqahtani, M. Synchronous health care delivery for the optimization of cardiovascular and renal care in patients with type 2 diabetes / M. Alqahtani, E. Ganni, T. Mavrakanas [et al.] // Current Cardiology Reports. – 2022. – Vol. 24. – № 8. – P. 979–985.

137. Ali, S.M. A review of randomized controlled trials of medical record powered clinical decision support system to improve quality of diabetes care / S.M. Ali, R. Giordano // Int J Med Inform. – 2016. – № 87. – P. 91–100.

138. Allaert, F.A. Will applications on smartphones allow a generalization of telemedicine? / F.A. Allaert, L. Legrand, N. Abdoul Carime [et al.] // BMC medical informatics and decision making. – 2020. – Vol. 20. – № 1. – P. 20–30.
139. American diabetes association economic costs of diabetes in the U.S. in 2017 / American diabetes association // Diabetes care may. – 2018. – Vol. 41 – № 5. – P. – 917–928.
140. Antonova, N. Access to healthcare in Russia: A pilot study in Ekaterinburg / N. Antonova // Cent Eur J Public Health. – 2016. – T. 24. – № 2. P. 152–5.
141. Babelgaith, S.D. Impact of diabetes continuing education on knowledge and practice of diabetes care among health care professionals in Yemen / S.D. Babelgaith, M. Almetwazi, S. Wajid [et al.] // Journal of pharmaceutical research international. – 2021. – Vol. 33. № 28A. – P. 221–230.
142. Berhe, K.K. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis) / K.K. Berhe, H.B. Gebru, H.B. Kahsay // PLoS one. – 2020. – Vol. 15. № 10. – [electronic resource]. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33095794/> (date of treatment 11.11.2021).
143. Bevan, A. T1D Exchange: An Online Community for People Touched by Type 1 Diabetes / A. Bevan // AADE in practice. – 2017. – Vol. 5. № 4. – P. 44–46.
144. Bhattarai, M. Chapter 11 Principle of management of type 2 diabetes : from clinical / M. Bhattarai // Public health and research perspectives. – 2018. – p. 177–201.
145. Biernatzki, L. Information needs in people with diabetes mellitus: a systematic review / L. Biernatzki, S. Kuske, J. Genz, [et al.] // Syst. Rev. – 2018. – Vol. 7. № 1. – P. 27.
146. Black, R.L. Diabetes discharge planning and transitions of care: a focused review / R.L. Black, C. Duval // Curr. Diabetes rev. – 2019. – T. 15. – № 2. – P. 111–117.
147. Carpenter, R. Interventions for self-management of type 2 diabetes: An integrative review / R. Carpenter, T. DiChiacchio, K. Barker // Int J Nurs Sci. – 2018. – Vol. 6. – № 1. – P. 70–91.

148. Chen, W.C. A theory-based self-management training program for older adult peer leaders with diabetes: a feasibility assessment / W.C. Chen, C.C. Lin, C.C. Kuo [et al.] // *J Multidiscip Healthc.* – 2021. – № 14. – P. 33–44.

149. Cheng, A.Y.Y. Assessing the effect of quality-improvement strategies for organization of care in type 2 diabetes outcomes in adults: aim-strait / A.Y.Y. Cheng, HS Bajaj // *Can J Diabetes.* – 2021. – T. 45. – № 4. – P. 319–326.

150. Chireh, B. Shared and unique risk factors for depression and diabetes mellitus in a longitudinal study, implications for prevention: an analysis of a longitudinal population sample aged ≥ 45 years / B. Chireh, C. D'Arcy // *The adv endocrinol metab.* – 2019. – Vol. 10. – [electronic resource]. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31384422/> (date of treatment 11.11.2021).

151. Cribb, A. What does «quality» add? Towards an ethics of healthcare improvement / A. Cribb, V. Entwistle, P. Mitchell // *Journal of Medical Ethics.* – 2020. – Vol. 46. – № 2. – P. 118–122.

152. DeGuire, J. Blood pressure and hypertension / J. DeGuire, J. Clarke, K. Rouleau [et. al.] // *Health Rep.* – 2019. – Vol. 30. – № 2. – P. 14-21.

153. Dong, Y. Increased self-care activities and glycemic control rate in relation to health education via Wechat among diabetes patients: A randomized clinical trial. / Y. Dong, P. Wang, Z. Dai [et al.] // *Medicine (Baltimore).* – 2018. – Vol. 97. № 50. – [electronic resource]. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30558051/> (date of treatment 15.10.2021).

154. Doorn-Klomberg, A.L. Organizational determinants of high-quality routine diabetes care / A.L. Doorn-Klomberg, J.C. Braspenning // *Scand J Prim Health Care.* – 2014. – T. 32. – № 3. – P. 24–31.

155. Durrer Schutz, D. European Practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care / D. Durrer Schutz, L. Busetto, N. Farpour-Lambert, N. Obes Facts. – 2019. – T. 12. – № 1. – P. 40–66.

156. Egede, L.E. Cost-effectiveness of technology-assisted case management in lowincome, rural adults with type 2 diabetes / L.E. Egede, C.E. Dismuke, R.J. Walker [et al.] // *Health Equity.* – 2021. – Vol. 5. – № 1. – P. 503–511.

157. Elovainio, M. Is organizational justice associated with clinical performance in the care for patients with diabetes in primary care? Evidence from the improving quality of care in diabetes study / M. Elovainio, N. Steen // *Fam Pract.* – 2013. – Vol. 30. – № 1. – P. 31–9.

158. Gonzalez-Bulnes, A. Nature and nurture in the early-life origins of metabolic syndrome / A. Gonzalez-Bulnes, S. Astiz, C. Ovilo // *Current pharmaceutical biotechnology.* – 2016. – № 17. – P. 57–86.

159. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021 [electronic resource]. – URL: <https://diabetesatlas.org/data/en/> (date of treatment 15.10.2021).

160. Ivanov, V.N. Modern development problems of Russian healthcare (part 1) / V.N. Ivanov, A.V. Suvorov // *Stud Russ Econ Dev.* – 2021. – Vol. 32. – № 6. P. – 631–639.

161. Ivanov, V.N. Modern development problems of Russian healthcare: part 2 / Ivanov, V.N., Suvorov A.V. // *Stud Russ Econ Dev.* – 2022. – Vol. 33. – № 1. – P. 29–35.

162. Lewandowski, R.A. Will Russia cope with healthcare reform? / R.A. Lewandowski // *Int J Clin Pract.* – 2011. – Vol. 65. – № 4. – P. 391-3.

163. McLellan, R.K. Optimizing health care delivery by integrating workplaces, homes, and communities: how occupational and environmental medicine can serve as a vital connecting link between accountable care organizations and the patient-centered medical home / R.K. McLellan // *J Occup Environ Med.* – 2012. – Vol. 54. – № 4. – P. 504–512.

164. Vimalananda, V.G. Appropriate use of telehealth visits in endocrinology: policy perspective of the endocrine society / V.G. Vimalananda, Ju.P. Brito, L.A. Eiland [et al.] // *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.* – 2022. – Vol. 107. – № 11. – P. 2953–2962.

165. Ong, S.E. Assessing the influence of health systems on type 2 diabetes mellitus awareness, treatment, adherence, and control: A systematic review / S.E. Ong, J.J.K. Koh, S.E.S. Toh // *PLoS One.* – 2018. – Vol. 13. – № 3 [electronic resource]. –

URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195086> (date of treatment 11.10.2022).

166. Prior, S.J. An academic perspective of participation in healthcare redesign / S.J. Prior, C. Mather, A. Miller, S. Campbell // *Health Res Policy Syst.* – 2019. – Vol. 17. – № 1 [electronic resource]. – URL: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-019-0486-2> (date of treatment 15.10.2021).

167. Santana, M.J. How to practice person-centred care: A conceptual framework / M.J. Santana, K. Manalili, R.J. Jolley [et al.] // *Health Expect.* – 2018. – Vol. 21. – № 2 – P. 429–440.

168. Schmittiel, J.A. Population Health Management for Diabetes: Health Care System-Level Approaches for Improving Quality and Addressing Disparities / J.A. Schmittiel, A. Gopalan // *Curr Diab Rep.* – 2017. – Vol. 17. – № 5 [electronic resource]. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28364355/> (date of treatment 13.12.2021).

169. Viswanathan, H.N. Accrediting organizations and quality improvement / H.N. Viswanathan, J.W. Salmon // *Am J Manag Care.* – 2000. – Vol. 6. – № 10. – P. 1117–30.

170. Wang, Y. The disequilibrium in the distribution of the primary health workforce among eight economic regions and between rural and urban areas in China / Y. Wang, Y. Li, S. Qin, Y. Kong // *Int J Equity Health.* – 2020. – Vol. 19 – № 1 [electronic resource]. – URL: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-1139-3> (date of treatment 13.12.2021).

171. Watanabe, H. Long-term effectiveness of a disease management program to prevent diabetic nephropathy: a propensity Score matching analysis using administrative data in Japan / H. Watanabe, H. Anezaki, K. Kazawa [et al.] // *BMC Endocrine Disorders.* – 2022. – Vol. 22. – № 1. – P. 1–9.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

АНКЕТА

Оценка опроса врачей-эндокринологов по организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы

1. Укажите ваш возраст 1) 25–35; 2) 36-50; 3) 51 и более
2. Основная специальность _____
3. Дополнительная специальность (при наличии) _____
4. Стаж по основной специальности?
 - 1) до 5 лет
 - 2) 6–10 лет
 - 3) более 10 лет
5. Медицинское учреждение, в котором вы работаете:
 1. Областная (краевая) больница
 2. Городская больница
 3. Городская поликлиника
 4. Центральная районная больница
 5. Диагностический центр
 6. Диспансер
 7. Другое _____
6. Что является Вашим основным мотивирующим фактором в работе?
 - 1) Возможность профессионального роста
 - 2) Удовлетворение от результатов работы
 - 3) Деньги
 - 4) Другое _____
7. Как Вы сами оцениваете свой уровень подготовки по клиническим вопросам?
 - 7.1 по клинической эндокринологии:
 - 1) хороший, 2) удовлетворительный, 3) неудовлетворительный
 - 7.2 по другим клиническим специальностям:
 - 1) хороший, 2) удовлетворительный, 3) неудовлетворительный
8. Если Вас не устраивает уровень подготовки по клинической эндокринологии и смежным клиническим специальностям, то по какой причине?
 - 1) недостаточный уровень базовой медицинской подготовки,
 - 2) отсутствие доступной специальной литературы,
 - 3) отсутствие свободного времени для самообразования,
 - 4) отсутствие материального, либо иного (указать какого) стимула к изучению вопросов смежных специальностей, _____
 - 5) другие причины _____
9. Укажите, как на Ваш взгляд можно повысить уровень теоретической подготовки специалистов по вопросам клинической медицины? (проставьте, пожалуйста, в соответствующих графах баллы по уровню значимости предложенных вариантов от 0 - отсутствие значимости до 5 - макс. значимость)

Предусмотреть проведение занятий с медицинским персоналом на наиболее актуальные темы для врачей клинического профиля	
Повысить материальную заинтересованность персонала в повышении знаний	
Повысить материальную ответственность персонала за допущение врачебных ошибок	
Предусмотреть участие врачебного персонала в разработке методических пособий и др. документов	
Стимулировать медицинский персонал к участию в научной и исследовательской работе	
Другое:	

10. Приблизительное количество пациентов за месяц?
- 1) до 30
 - 2) 31-60
 - 3) более 60
11. Сколько пациентов с эндокринными заболеваниями наблюдаются у врача-терапевта?
- 1) до 30
 - 2) 31-60
 - 3) более 60
12. Укажите, какие причины на Ваш взгляд оказывают влияние на снижение качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями эндокринной системы? (проставьте, пожалуйста, в соответствующих графах баллы по уровню значимости предложенных вариантов от 0-отсутствие значимости до 5 -максимальная значимость)

Недостаточные знания врачебного персонала клинических проявлений заболеваний эндокринной системы	
Низкая настороженность персонала в отношении эндокринных заболеваний	
Низкая обращаемость населения за медицинской помощью	
Организационные трудности проведения консультаций специалистов пациентам с подозрением на эндокринное заболевание	
Недостатки организации диспансерного наблюдения пациентов с эндокринными заболеваниями	
Другие причины:	

13. Считаете ли Вы, что совершенствование взаимодействия и ответственности между пациентом и врачом поможет в снижении заболеваемости и приверженности к лечению и здоровому образу жизни населения? (оцените от 0- «не поможет» до 5 – «поможет обязательно») 0 1 2 3 4 5
14. Как вы считаете, кто должен осуществлять диспансерное наблюдение за хроническими эндокринными больными?
- 1) врач-эндокринолог
 - 2) участковый терапевт
 - 3) другое _____
15. Как Вы оцениваете работу «Школы диабета» для пациентов с заболеваниями эндокринной системы?
- 1) удовлетворительно,
 - 2) неудовлетворительно
- если неудовлетворительно, то почему? _____
16. Укажите, какие на Ваш взгляд существуют пути повышения качества эндокринологической помощи населению?
- 1) Активное привлечение пациентов к диспансерному наблюдению
 - 2) Материальное стимулирование сотрудников
 - 3) Развитие на базе учреждения научно-исследовательской работы, путем взаимодействия с кафедрами медицинских ВУЗов
 - 4) Контроль знаний и уровня профессиональной подготовки докторов
 - 5) Другое: _____

АНКЕТА

Оценка опроса врачей-терапевтов по организации медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями

1. Укажите ваш возраст 1) 25-35; 2) 36-50; 3) 51 и более
2. Основная специальность _____
3. Дополнительная специальность (при наличии) _____
4. Стаж по основной специальности?
 - 1) до 5 лет
 - 2) 6-10 лет
 - 3) более 10 лет
5. Что является Вашим основными мотивирующим фактором в работе?
 1. Возможность профессионального роста
 2. Удовлетворение от результатов работы
 3. Деньги
 4. Другое _____
6. Как Вы сами оцениваете свой уровень подготовки по клиническим вопросам?
 - 6.1. по клинической терапии:
 - 1) хороший, 2) удовлетворительный, 3) неудовлетворительный
 - 6.2. по клинической эндокринологии:
 - 1) хороший, 2) удовлетворительный, 3) неудовлетворительный
7. Если Вас не устраивает уровень подготовки по клинической эндокринологии, то по какой причине?
 - 1) недостаточный уровень базовой медицинской подготовки,
 - 2) отсутствие доступной специальной литературы,
 - 3) отсутствие свободного времени для самообразования,
 - 4) отсутствие материального, либо иного (указать какого) стимула к изучению вопросов смежных специальностей,
 - 5) другие причины _____
8. Удовлетворяет ли Вас уровень подготовки специалистов-эндокринологов?
 - 1) удовлетворен(а) полностью,
 - 2) удовлетворен(а) частично,
 - 3) абсолютно неудовлетворен(а)
9. Укажите, как на Ваш взгляд можно повысить уровень теоретической подготовки специалистов по вопросам клинической медицины? (проставьте, пожалуйста, в соответствующих графах баллы по уровню значимости предложенных вариантов от 0-отсутствие значимости до 5-макс. значимость)

Предусмотреть проведение занятий с медицинским персоналом на наиболее актуальные темы для врачей клинического профиля	
Повысить материальную заинтересованность персонала в повышении знаний	
Повысить материальную ответственность персонала за допущение врачебных ошибок	
Предусмотреть участие врачебного персонала в разработке методических пособий и др. документов	
Стимулировать медицинский персонал к участию в научной и исследовательской работе	
Другое:	

10. Хватает ли вам знаний в области Эндокринологии?
 - 1) Да
 - 2) Нет

11. Хотели бы вы пройти повышение квалификации по диагностике и лечению некоторых эндокринных заболеваний? Если, да, то каких?
- 1) Нет
 - 2) Да, _____
12. Сколько приблизительно пациентов с эндокринными заболеваниями обращается к вам в месяц?
- 1) до 30
 - 2) 31-60
 - 3) более 60
13. Сколько (приблизительно) из них вы направляете к эндокринологу?
- 1) 1-10
 - 2) 11-20
 - 3) более 20 в месяц
14. Назначаете ли дообследование, прежде чем направить к эндокринологу?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) иногда
15. Назначаете ли самостоятельно лечение пациентам с эндокринными заболеваниями?
- 1) да
 - 2) нет
 - 3) иногда
16. Возвращаются ли к вам пациенты после консультации эндокринолога?
- 1) да
 - 2) нет
17. Чувствуете ли вы уверенность в диагностике и лечении эндокринных заболеваний?
- 1) да
 - 2) нет
18. Хотели бы вы пройти повышение квалификации по диагностике и лечению некоторых эндокринных заболеваний? Если, Да, то каких?
- 1) Нет
 - 2) Да, _____

АНКЕТА

Оценка организации медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с заболеваниями эндокринной системы

1. Укажите Ваш пол:
 - 1- мужской
 - 2- женский
2. Ваш возраст: а) 18-30; б) 31-50; в) 51 и более
3. Социальный статус:
 - а) студент(ка)
 - б) рабочий
 - в) неработающий пенсионер
 - г) работающий пенсионер
 - д) временно не работаю
 - е) служащий
 - ж) другое _____
4. Какое у вас установлено заболевание эндокринной системы?
 - 1- Сахарный диабет I типа
 - 2- Сахарный диабет II типа
 - 3- Заболевание щитовидной железы
 - 4- Ожирение
 - 5- Заболевание паращитовидных желез
 - 6- другое _____
5. Какова длительность вашего эндокринного заболевания?
 - а) впервые выявлено; б) менее 5 лет; в) 6-10; г) более 10 лет.
6. Как вы попали в стационар?
 - 1) по скорой помощи
 - 2) планово
 - 3) самотеком
 - 4) по направлению из поликлиники
7. Состоите ли Вы на диспансерном учете?

Да / Нет
8. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями?
 - 1- нет
 - 2- да (какими?)
 - а) Болезни крови
 - б) Болезни нервной системы
 - в) Болезни системы кровообращения
 - г) Болезни органов дыхания
 - д) Болезни органов пищеварения
 - е) Болезни мочеполовой системы
 - ж) другое _____
9. Считаете ли вы, что достаточно заботитесь о своем здоровье?
 - 1- да
 - 2- недостаточно забочусь
10. Как Вы питаетесь?
 - 1- Плохо
 - 2- Удовлетворительно
 - 3- Строго по назначению врача
11. Стали соблюдать рекомендованную диету?
 - 1- не регулярно
 - 2- нет
 - 3- да

12. Ваше отношение к профилактическим осмотрам?
- 1- положительное
 - 2- отрицательное
 - 3- безразличное
13. Как часто вы посещаете поликлинику с целью профилактического осмотра?
- 1- 1 раз в 6 месяцев
 - 2- 1 раз в год
 - 3- 1 раз в несколько лет
 - 4- не посещаю
14. Пропускаете прием лекарств при хорошем самочувствии?
- 1- да
 - 2- нет
15. Соблюдаете ли Вы меры профилактики?
- 1- да
 - 2- периодически
 - 3- редко
 - 4- нет
16. Курите ли вы?
- 1- да
 - 2- нет
17. Употребляете алкоголь?
- 1- да
 - 2- нет
18. Чувствуете ли вы поддержку государства и общества?
1. Нет
 2. Да: В чем она заключается?
 - а) организация школ пациента
 - б) обеспечение медицинскими препаратами
 - в) другое: _____
19. В целом вы оцениваете свое здоровье:
- 1- удовлетворительно
 - 2- плохо
 - 3- затрудняюсь ответить
20. Изменилось ли в целом качество Вашей жизни после определения диагноза?
- 1- да, улучшилось
 - 2- да, ухудшилось
 - 3- изменений нет
21. Что, по вашему мнению, могло бы улучшить состояние Вашего здоровья?
- 1- систематическое посещение врачей
 - 2- здоровый образ жизни
 - 3- высокий доход
 - 4- другое: _____
22. Есть ли у вас дискомфорт по причине потери/набора веса вследствие болезни?
- 1- да
 - 2- вес изменился, но я не придаю этому значение
 - 3- изменений нет
23. Отмечаете ли Вы тревогу за состояние здоровья в будущем ?
- 1- да, меня это тревожит
 - 2- я считаю, что беспокойства не будет, если заниматься профилактикой и соблюдением рекомендаций врача
 - 3- нет
24. Где Вы получили информацию по вопросам профилактики/лечения своего заболевания?
- 1- в медицинских учреждениях
 - 2- СМИ
 - 3- от других пациентов, родных, друзей

- 4-другое _____
25. Вы обратились в медицинскую организацию к врачу?
1. эндокринологу
 2. врачу-терапевту участковому
26. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?
- а) менее 3 дней; б) 4-7 дней; в) 8 и более дней
27. Вы записались на прием к врачу?
- 1- по телефону медицинской организации
 - 2- по телефону Единого кол-центра
 - 3- при обращении в регистратуру
 - 4- лечащим врачом на приеме при посещении
 - 5- с использованием сети Интернет на официальном сайте медицинской организации
28. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам лечащего врача, почему? (поставьте +)

а)

Да	Вежливость	
	Профессионализм	
	Эмпатия	
	Адекватность методов диагностики и лечения	
	Заинтересованность в результатах	
	Другое:	

б)

Нет	Грубое отношение	
	Некомпетентность	
	Заинтересованность в результатах	
	Неуверенность в тактике лечения	
	Другое:	

29. Имеете ли Вы установленную группу инвалидности?
- Да / Нет (какую? _____)
30. Если ли у вас льготы на получение лекарств по эндокринному заболеванию?
1. Да
 2. Нет
31. С какими сложностями вы сталкиваетесь при приобретении лекарств по эндокринному заболеванию?
1. Препараты дорогостоящие
 2. Наличие в аптеках
 3. Препарат можно получить только по рецепту
 4. Другое: _____
32. Какую информацию о вашем заболевании вы хотели бы получать больше?
- а) о правилах самоконтроля показателей
 - б) о лекарственных препаратах
 - в) о профилактике осложнений
 - г) хотелось бы наличие школы по моему эндокринному заболеванию
 - д) о лечебном питании
 - е) Другое: _____
33. Каково количество посещений вами специалиста-эндокринолога в течение года?
- а) 0
 - б) 1-2
 - в) 3-4
 - г) 5 и более
34. За время наблюдениями специалистами эндокринологического профиля Ваше самочувствие
- 1) улучшилось

- 2) ухудшилось
 3) осталось на прежнем уровне
35. Если бы у вас была возможность выбора, Вы предпочли бы обратиться:
- 1) в данное лечебное учреждение
 2) в Эндокринологический научный центр
 3) в частную клинику
 4) в стационар

36. Ваша оценка качества медицинской помощи в отделении по 5-бальной шкале:
 (где 1-плохо, 5-отлично): 1 2 3 4 5

37. Удовлетворены ли Вы качеством медицинской помощи по вашему заболеванию в стационаре (больнице)?

а)

Да	Высокий уровень компетентности доктора	
	Наличие современного оборудования	
	Вежливый персонал	
	Располагающая обстановка в мед. учреждении	
	Наличие наглядной информации в мед. учреждении	
	Заинтересованность доктора в результатах лечения	
	Другое:	

б)

Нет	Низкий уровень компетентности доктора	
	В мед. учреждении отсутствует необходимое оборудование	
	Нетактичный персонал	
	Отсутствие у доктора заинтересованности в результатах лечения	
	Отсутствует наглядная информация в мед. учреждении	
	Другое:	

38. Если бы у Вас была возможность выбора лечебного учреждения, по каким критериям Вы сделали бы свой выбор (поставьте +)

Располагающий внешний вид лечебных отделений и кабинетов	
Вежливый персонал, внимательно относящийся к пациентам	
Высокий уровень профессиональной подготовки персонала	
Оснащение отделений поликлиники современной медицинской аппаратурой	
Возможность получения дополнительной информации о своем заболевании	
Возможность общения с лицами, страдающими аналогичными заболеваниями	
Другое (что именно)	

39. Удовлетворены ли Вы результатом лечения?

- 1- да
 2- нет

40. Отказывались ли вы ранее от госпитализации?

- 1- да
 2- нет

41. Напишите ваши предложения по улучшению работы стационара (больницы):

Материальное стимулирование сотрудников	
Развитие на базе учреждения научно-исследовательской работы, путем взаимодействия с кафедрами медицинских ВУЗов	
Контроль знаний и уровня профессиональной подготовки докторов	
Другое:	

АНКЕТА

Оценка организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях пациентам с заболеваниями эндокринной системы

1. Укажите Ваш пол:

- 1- мужской
- 2- женский

2. Ваш возраст: а) 18-30; б) 31-55; в) 56 и более

3. Социальный статус:

- а) студент(ка)
- б) рабочий
- в) неработающий пенсионер
- г) работающий пенсионер
- д) не работаю
- е) служащий
- ж) другое _____

4. С каким заболеванием вы обратились к врачу-эндокринологу?

- 1) Сахарный диабет I типа
- 2) Сахарный диабет II типа
- 3) Заболевание щитовидной железы
- 4) Ожирение
- 5) Заболевание паращитовидных желез
- б) другое

5. Какова длительность вашего эндокринного заболевания?

- а) впервые выявлено; б) менее 5 лет; в) 6-10; г) более 10 лет.

6. Состоите ли Вы на диспансерном учете?

- 1) Да
- 2) Нет

7. Имеете ли Вы установленную группу инвалидности?

Нет / Да (какую? _____)

8. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями?

2- нет

1- да (какими?)

- а) Болезни крови
- б) Болезни нервной системы
- в) Болезни системы кровообращения
- г) Болезни органов дыхания
- д) Болезни органов пищеварения
- е) Болезни мочеполовой системы
- ж) другое _____

9. Ваше отношение к профилактическим осмотрам?

- 1) положительное
- 2) отрицательное
- 3) безразличное

10. Как часто вы посещаете поликлинику с целью профилактического осмотра?

- 1) 1 раз в 6 месяцев
- 2) 1 раз в год
- 3) 1 раз в несколько лет
- 4) не посещаю

11. Ваше обслуживание в медицинской организации?
 - 1) за счет ОМС
 - 2) за счет ДМС
 - 3) на платной основе
12. Пропускаете прием лекарств при хорошем самочувствии?
 - 1- да
 - 2- нет
13. Соблюдаете ли Вы меры профилактики эндокринного заболевания?
 - 1- да
 - 2- периодически
 - 3- редко
 - 4- нет
14. Курите ли вы?
 - 1- да
 - 2- нет
15. Употребляете алкоголь?
 - 1- да
 - 2- нет
16. Чувствуете ли вы поддержку государства и общества?
 1. нет
 2. 2- да: В чем она заключается?
 - 1) организация школ пациента
 - 2) обеспечение медицинскими препаратами
 - 3) организация санаторно-курортного лечения
 - 4) другое: _____
17. В целом вы оцениваете свое здоровье:
 - 1) удовлетворительно
 - 2) плохо
18. Изменилось ли в целом качество Вашей жизни после определения диагноза?
 - 1- да ,улучшилось
 - 2- да, ухудшилось
 - 3- изменений нет
19. Что, по вашему мнению, могло бы улучшить состояние Вашего здоровья?
 - 1- систематическое посещение врачей
 - 2- здоровый образ жизни
 - 3- высокий доход
 - 4- другое: _____
20. Есть ли у вас дискомфорт по причине потери/набора веса вследствие болезни?
 - 1- да
 - 2- вес изменился, но я не придаю этому значение
 - 3- изменений нет
21. Где Вы получили информацию по вопросам профилактики/лечения своего заболевания?
 - 1- в медицинских учреждениях, от врачей
 - 2- интернет
 - 3- от других пациентов, родных, друзей
 - 4-другое _____
22. По эндокринному заболеванию первично вы обратились в медицинскую организацию к врачу?
 - 1) эндокринологу
 - 2) врачу-терапевту участковому

23. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?

- а) менее 3 дней; б) 4-7 дней; в) 8 и более дней

24. Как вы записались на прием к врачу?

- 1) по телефону медицинской организации
- 2) по телефону Единого кол-центра
- 3) при обращении в регистратуру
- 4) лечащим врачом на приеме при посещении
- 5) с использованием сети Интернет на официальном сайте медицинской организации

25. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам лечащего врача, почему?

а)

Да	Вежливость	
	Профессионализм	
	Эмпатия	
	Адекватность методов диагностики и лечения	
	Заинтересованность в результатах	
	Другое:	

б)

Нет	Грубое отношение	
	Некомпетентность	
	Неуверенность в тактике лечения	
	Другое:	

26. Если ли у вас льготы на получение лекарств по эндокринному заболеванию?

- 1) Да
- 2) Нет

27. С какими сложностями вы сталкиваетесь при приобретении лекарств по эндокринному заболеванию?

- 1) препараты не всегда в наличии
- 2) дороговизна
- 3) требуется рецепт
- 4) другое _____

28. Какую информацию о вашем заболевании вы хотели бы получать больше?

- 1) о правилах самоконтроля показателей
- 2) о лекарственных препаратах
- 3) о профилактике осложнений
- 4) хотелось бы наличие школы по моему эндокринному заболеванию
- 5) о лечебном питании
- 6) другое: _____

29. Каково количество посещений вами специалиста-эндокринолога в течение года?

- 1) 0
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) 5 и более

30. За время наблюдения специалистами эндокринологического профиля Ваше самочувствие

- 1) улучшилось
- 2) ухудшилось
- 3) осталось на прежнем уровне

31. Если ухудшилось то, почему?

- 1) врач назначает неэффективное лечение
- 2) я не всегда соблюдаю назначения
- 3) мне сложно соблюдать назначения
- 4) моё лечение дорогое
- 5) другое: _____

32. Если бы у вас была возможность выбора, Вы предпочли бы обратиться:

- 1) в данное лечебное учреждение
- 2) в Эндокринологический научный центр
- 3) в частную клинику
- 4) в стационар

33. Ваша оценка качества медицинской помощи в поликлинике по 5-бальной шкале:
(где 1-плохо, 5-отлично) 1 2 3 4 5

34. Удовлетворены ли Вы качеством медицинской помощи по вашему заболеванию в территориальной поликлинике? (поставьте +)

а)

Да	Высокий уровень компетентности доктора	
	Наличие современного оборудования	
	Вежливый персонал	
	Располагающая обстановка в мед. учреждении	
	Наличие наглядной информации в мед. учреждении	
	Заинтересованность доктора в результатах лечения	
	Другое:	

б)

Нет	Низкий уровень компетентности доктора	
	В мед. учреждении отсутствует необходимое оборудование	
	Нетактичный персонал	
	Отсутствие у доктора заинтересованности в результатах лечения	
	Отсутствует наглядная информация в мед. учреждении	
	Другое:	

35. Если бы у Вас была возможность выбора лечебного учреждения, по каким критериям Вы сделали бы свой выбор: (поставьте +)

Располагающий внешний вид лечебных отделений и кабинетов	
Вежливый персонал, внимательно относящийся к пациентам	
Высокий уровень профессиональной подготовки персонала	
Оснащение отделений поликлиники современной медицинской аппаратурой	
Возможность получения дополнительной информации о своем заболевании	
Возможность общения с лицами, страдающими аналогичными заболеваниями	
Другое (что именно)	

36. Удовлетворены ли Вы результатом лечения?

- 1- да
- 2- нет

37. Напишите ваши предложения по улучшению работы поликлиники:

1	Материальное стимулирование сотрудников
2	Развитие на базе учреждения научно-исследовательской работы, путем взаимодействия с кафедрами медицинских ВУЗов
3	Контроль знаний и уровня профессиональной подготовки докторов
4	Другое:

Анкета оценки качества жизни («SF-36»)

https://massage-sport.ru/sf_36/ - автоматизированный расчет

«Опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее сего отражает Ваше мнение.

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):

- Отличное.....1
- Очень хорошее.....2
- Хорошее.....3
- Посредственное.....4
- Плохое.....5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?
(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад.....1
- Несколько лучше, чем год назад.....2
- Примерно так же, как год назад.....3
- Несколько хуже, чем год назад.....4
- Гораздо хуже, чем год назад.....5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке).

	Вид физической активности	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А	Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
Б	Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В	Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д	Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж	Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З	Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И	Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К	Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
Г	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешало.....1
- Немного.....2
- Умеренно.....3
- Сильно.....4
- Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а).....1
- Очень слабую.....2
- Слабую.....3
- Умеренную.....4
- Сильную.....5
- Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешала.....1
- Немного.....2
- Умеренно.....3
- Сильно.....4
- Очень сильно.....5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

		Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б	Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

- Все время.....1
 Большую часть времени.....2
 Иногда.....3
 Редко.....4
 Ни разу.....5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

		Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном не верно	Определенно неверно
А	Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г	У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Приложение В

Число зарегистрированных заболеваний эндокринной системы у больных с диагнозом, установленном впервые в жизни по субъектам Российской Федерации в 2019–2022 гг. (на 100 тыс. населения)

Регион \ Год	2019	2020	2021	2022
Алтайский край	1 605,66	1 542,15	1 861,17	2 016,77
Амурская область	1 171,34	1 352,20	1 310,23	1 252,39
Архангельская область	2 275,58	2 760,56	3 222,52	3 445,66
Астраханская область	1 317,96	1 107,10	1 319,93	1 326,52
Белгородская область	888,96	683,54	749,26	1 019,38
Брянская область	748,55	600,34	637,70	737,01
Владимирская область	279,76	328,47	550,33	998,22
Волгоградская область	959,28	1 037,52	1 133,70	1 275,67
Вологодская область	1 135,72	1 376,11	1 365,63	1 901,10
Воронежская область	1 036,59	952,76	1 131,33	2 242,93
Еврейская автономная область	2 679,58	1 358,77	416,61	494,70
Забайкальский край	979,28	723,98	1 263,62	1 135,54
Ивановская область	328,73	397,84	533,52	555,42
Иркутская область	1 294,75	1 322,73	1 710,47	2 411,11
Кабардино-Балкарская Республика	83,81	54,13	83,18	69,96
Калининградская область	736,09	798,81	806,68	1 089,06
Калужская область	1 501,52	1 262,55	2 267,78	2 224,23
Камчатский край	367,31	358,45	714,54	789,88
Карачаево-Черкесская Республика	415,41	179,80	109,59	37,70
Кемеровская область - Кузбасс	721,17	737,10	729,39	887,93
Кировская область	872,65	1 254,99	744,38	1 291,89

Костромская область	1 170,47	1 142,59	1 206,51	1 314,00
Краснодарский край	795,10	1 231,65	1 782,48	1 605,48
Красноярский край	902,91	829,76	1 041,46	1 409,53
Курганская область	731,88	590,33	425,38	505,15
Курская область	1 205,74	1 309,77	1 758,16	3 776,54
Ленинградская область	347,16	375,93	846,83	657,31
Липецкая область	1 184,23	1 111,31	1 727,19	1 834,10
Магаданская область	228,70	211,20	306,40	335,35
Москва	2 920,55	3 718,20	4 582,19	5 646,55
Московская область	1 098,29	1 362,04	1 798,38	2 214,55
Мурманская область	2 346,75	2 291,19	2 877,48	2 989,29
Ненецкий автономный округ	52,48	70,28	92,37	56,13
Нижегородская область	1 771,03	1 578,02	1 971,29	2 190,79
Новгородская область	2 086,14	1 180,87	2 006,03	1 427,50
Новосибирская область	1 301,83	1 334,52	2 184,62	1 725,36
Омская область	1 786,86	1 218,37	2 280,38	2 314,87
Оренбургская область	708,00	638,33	400,74	606,16
Орловская область	1 118,37	1 143,97	462,41	1 100,84
Пензенская область	2 057,88	1 705,93	1 476,49	1 884,92
Пермский край	816,34	969,20	1 355,08	1 927,84
Приморский край	1 284,69	1 153,88	1 419,18	1 624,09
Псковская область	1 191,45	1 519,85	1 429,59	1 975,20
Республика Адыгея	29,25	14,68	27,20	51,24
Республика Алтай	75,39	547,73	982,56	359,72
Республика Башкортостан	1 094,89	984,06	1 238,08	1 154,89

Республика Бурятия	823,68	990,23	1 209,32	1 041,29
Республика Дагестан	161,17	224,47	134,11	169,57
Республика Ингушетия	41,42	131,54	30,65	56,67
Республика Калмыкия	15,04	2,95	6,30	3,73
Республика Карелия	605,12	549,78	780,20	896,92
Республика Коми	1 354,56	905,70	1 184,50	1 345,53
Республика Крым	133,80	201,29	570,95	874,03
Республика Марий Эл	659,93	608,32	646,79	838,03
Республика Мордовия	602,26	685,78	885,92	1 229,32
Республика Саха (Якутия)	649,01	573,46	911,43	632,89
Республика Северная Осетия - Алания	306,90	258,88	232,72	197,06
Республика Татарстан	1 198,11	1 375,21	1 441,79	1 533,48
Республика Тыва	159,98	54,07	59,03	71,56
Республика Хакасия	269,51	354,88	717,43	399,93
Ростовская область	793,18	879,36	876,58	943,67
Рязанская область	1 154,71	1 401,73	1 510,30	1 288,21
Самарская область	823,87	716,93	666,90	695,05
Санкт-Петербург	2 182,23	1 820,47	2 689,71	3 186,27
Саратовская область	747,66	769,15	935,86	950,93
Сахалинская область	3 387,60	1 331,06	2 960,54	2 945,20
Свердловская область	2 068,24	2 006,55	2 389,26	2 721,85
Севастополь	791,95	192,81	1 691,20	1 730,65
Смоленская область	505,33	493,75	509,27	488,87
Ставропольский край	580,13	590,18	620,67	717,65
Тамбовская область	905,15	816,79	579,84	741,50

Тверская область	579,14	542,85	933,67	1 704,37
Томская область	1 361,84	866,60	2 532,38	2 508,09
Тульская область	1 313,41	1 307,25	1 170,30	881,00
Тюменская область	1 439,33	2 002,91	2 039,47	2 524,57
Удмуртская Республика	1 373,50	1 809,11	2 816,81	2 776,36
Ульяновская область	1 326,13	1 177,08	1 410,14	1 492,06
Хабаровский край	1 327,84	1 608,49	2 559,17	2 875,80
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	631,93	755,61	1 135,90	1 240,78
Челябинская область	1 229,40	1 131,41	1 359,04	1 468,96
Чеченская Республика	56,90	329,68	155,21	401,35
Чувашская республика	386,63	374,03	458,66	420,47
Чукотский автономный округ	887,99	811,33	1 651,62	1 520,78
Ямало-Ненецкий автономный округ	2 120,30	2 029,78	2 427,74	2 496,75
Ярославская область	874,48	1 142,02	1 460,42	1 145,45