

На правах рукописи

МУХАМАДЕЕВА ОЛЬГА РИНАТОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ
ДЕРМАТОЗАХ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Уфа – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Шарафутдинова Назира Хамзиновна

Официальные оппоненты:

Иванова Маиса Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Заслуженный деятель науки Российской Федерации

Суслин Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Агаларова Луиза Саидахмедовна, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «_____» _____ 2025 года в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.058.12 на базе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет) по адресу: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр.6.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет) по адресу: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр.6 и на сайте: www.rsmu.ru.

Автореферат разослан «_____» _____ 2025 г.

Ученый секретарь

Диссертационного совета,

доктор медицинских наук, доцент



Бокарева Наталия Андреевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В настоящее время в мире существует более трех тысяч известных кожных заболеваний, которые различаются по степени тяжести и симптомами, в связи с чем поражения кожи считаются четвертой наиболее распространенной причиной заболеваний населения (GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators). Большую часть заболеваний кожи составляют хронические дерматозы, приводящие к длительной временной и стойкой нетрудоспособности, снижению качества жизни больных (Зудин А.Б., Чахоян Л.Р., 2020; Иванова М.А., Одинец А.В., 2021; Разнатовский К.И. с соавт., 2021; и др.).

На формирование хронических дерматозов оказывают влияние множество факторов, в том числе социально-экономические, окружающая среда, качество и доступность медицинской помощи (Мишина О.С., 2014; Каверина Е.В., 2015; Калининская А.А. с соавт., 2019; Кунгуров Н.В. с соавт., 2021; Виноградова Л.В. с соавт., 2023; и др.). Изучение распространенности хронических заболеваний кожи и факторов, их обуславливающих, является основой для принятия организационных решений, направленных на их снижение и повышение доступности и качества медицинской помощи (Соловьева С.Ю., Фомина А.В., 2016; Тухбатуллина Р.Г., Латыпова А.Ф., Файзуллина Е.В., 2019; Москвичева М.Г., Полинов М.М., 2021; Kamiya K., Kishimoto M., Sugai J., 2019; и др.). Однако, рядом авторов отмечается, что установление истинных показателей заболеваемости населения хроническими дерматозами затруднено несовершенством системы учета реального количества пациентов, что обуславливает необходимость получения данных о них из разных источников (Кубанова А.А. с соавт., 2019; Москвичева М.Г., 2019; и др.).

Многими исследованиями показано, что для планирования мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с различными дерматозами необходимо объективно оценивать показатели деятельности дерматовенерологической службы, на которые непосредственное влияние оказывают ее доступность и обеспеченность ресурсами на территориальном

уровне (Мартынов А.А., Власова А.В., 2014; Калининская А.А., Гречко А.В., Мерекина М.Д., 2019; Кубанов А.А., Богданова Е.В., 2019; и др.). Доступность медицинской помощи сельским жителям определяется рядом специфических особенностей сельской местности, таких как неравномерность расселения населения, отдаленность места жительства от медицинских организаций и особые условия сельскохозяйственного труда (Еругина М.В. с соавт., 2016; Калининская А.А. с соавт., 2019; Еремина М.Г., 2022; и др.).

Рациональное использование ресурсов, с учетом особенностей региона, обеспечивает эффективность работы службы в целом, повышает долю активного выявления заболеваний, качество диспансерного наблюдения и лечения пациентов, выполнения программ реабилитации и профилактики хронических дерматозов (Харбедия Ш.Д. с соавт., 2019; и др.).

Обращает на себя внимание, что несвоевременность выявления хронических дерматозов среди сельского населения зависит от низкой обращаемости пациентов к врачу при наличии заболевания (Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., 2019; и др.), недостаточного охвата сельского населения профилактическими осмотрами (Камилов О.А. с соавт., 2020; и др.), низкой эффективности динамического наблюдения пациентов (Морозова Е.В., Чертухина О.Б., 2014; Comellas M. et al., 2016; Beretzky Z. et al., 2023; и др.).

В работах А.В. Одинец, М.А. Ивановой (2021) показано, что остается актуальным изучение организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами с учетом их места проживания и возраста. Н.А. Баяновой (2022) в своих исследованиях предложено совершенствование медицинской помощи сельскому населению, проживающему на отдаленных территориях, путем территориального планирования организационных основ первичной медико-санитарной помощи.

Степень разработанности темы исследования

Заболеваемость населения хроническими дерматозами в различных регионах Российской Федерации описана многими авторами (Разнатовский К.И., Аликбаев Т.З., Резцова П.А., 2018; Барвенова И.М., 2021; Иванова М.А.,

Одинец А.В., 2021; Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С., Бойкова Л.С., 2021; и др.). Отмечено, что в структуре дерматологических заболеваний наибольший удельный вес занимают больные с экземой, острыми кожными заболеваниями, псориазом и другими хроническими дерматозами (17,5%) (Померанцев О.Н., Потекаев Н.Н., 2013; Кунгуров Н.В. с соавт., 2021; и др.). Подробно представлены данные о структуре и динамике изменения первичной и общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки у лиц различных возрастов (Пильгуй Э.И., Намазова-Баранова Л.С., Гундаров И.А., 2018; Одинец А.В., 2021; и др.). Изучены факторы риска развития дерматозов. В результате воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и нарушений, вызываемых особенностями образа жизни, даже незначительные повреждения кожи могут приводить к воспалительным процессам и развитию онкологических заболеваний (Фомина А.В., Соловьева С.Ю., 2017; Виноградова Л.В. с соавт., 2023; и др.). Сочетанное воздействие факторов производственной среды и тяжести трудового процесса приводит к более тяжелому течению хронических дерматозов (Карпова О.А. с соавт., 2020; и др.), пренебрежительное отношение к образу жизни и качеству питания – к патологическим изменениям кожи (Бакирова Л.Р., Дюкина Ю.А., Толмачев Д.А., 2020; и др.). В то же время и сами дерматозы оказывают существенное влияние на трудоспособность, социальную активность и качество жизни людей (Фомина А.В., Соловьева С.Ю., 2017; Касьянова В.Е., Шамаева В.С., 2020; и др.).

Особенности клинического течения дерматозов, роль сопутствующей патологии в формировании заболеваний кожи описаны в исследованиях многих авторов (Олисова О.Ю. с соавт., 2016, 2017, 2020; Охлопков В.А., с соавт., 2014, 2015, 2019; Кунгуров Н.В. с соавт., 2011, 2019; Гаджиева С.М. с соавт., 2023; и др.).

Предложены различные организационные подходы к решению проблемы распространенности хронических дерматозов и необходимости повышения качества оказания медицинской помощи (Соколова Е.Е., 2007; Ягудина Р.И.,

2011; Мартынова А.А., 2016, 2017; и др.). Преимущественным направлением является поиск путей совершенствования работы медицинских организаций, позволяющих без привлечения дополнительных ресурсов повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий (Мартынов А.А. с соавт., 2016, 2017; Решетников В.А. с соавт., 2018; и др.). Представлено совершенствование деятельности медицинских организаций при оказании помощи дерматологическим пациентам в стационарных условиях с использованием прогнозной модели расчета стоимости лечения (Нелюбова О.И., 2018), применение информационно-диагностических и обучающих интеллектуальных систем поддержки принятия решений, а также развитие на их базе телемедицинских технологий (Раводин Р.А., 2018; Баянова Н.А., 2022; Тяжельноков А.А., 2022; и др.).

Особое внимание в опубликованных работах уделено вопросам изучения состояния здоровья сельского населения (Калининская А.А. с соавт., 2022; и др.). Опубликованные данные свидетельствуют о более низких показателях здоровья населения, проживающего в сельской местности, в сравнении с популяцией в целом (Пьянкова А.И., Фаттахов Т.А., 2020; Дождилов А.А., Дударев А.А., 2021; и др.).

Однако в доступной литературе отсутствуют работы, посвященные детальному анализу сопутствующей заболеваемости пациентов, имеющих хронические дерматозы, определению критериев комплексной оценки их здоровья, изучению медико-социальных факторов, формирующих здоровье пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в сельской местности, исследованию организации медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами на уровне ФАП и ЦРБ для поиска наиболее оптимальных форм и методов оказания медицинской помощи.

В связи с изложенным выше определена целесообразность и актуальность выполнения исследования, направленного на разработку научно обоснованных медико-социальных и организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами, проживающим

в сельской местности. Это позволило определить тему настоящего исследования, сформулировать его цель и задачи.

Цель исследования: на основании комплексного социально-гигиенического исследования научно обосновать и разработать модель медико-организационного взаимодействия ФАП и ЦРБ при оказании лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими дерматозами.

Для достижения поставленной цели были сформулированы **задачи** исследования:

1. Изучить уровень и структуру общей и впервые выявленной заболеваемости сельского населения хроническими дерматозами.

2. Дать комплексную оценку здоровья пациентов с хроническими дерматозами с учетом дерматологического здоровья и сопутствующей заболеваемости.

3. Дать социально-гигиеническую характеристику пациентов с хроническими дерматозами.

4. Установить роль медицинской активности в формировании здоровья пациентов с хроническими дерматозами.

5. Изучить организацию медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами на ФАП и ЦРБ.

6. Разработать модель медико-организационного взаимодействия фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ и оценить эффективность.

Научная новизна исследования

Научная новизна выполненного исследования определяется комплексным подходом к оценке состояния здоровья пациентов с хроническими дерматозами, основанной на характеристике дерматологического здоровья и сопутствующей заболеваемости. Установлено, что среди сельского населения в сравнении с городским населением уровень заболеваемости хроническими дерматозами по данным обращаемости существенно ниже, а по данным медицинских осмотров – в два раза выше.

Анализ дерматологического здоровья пациентов с хроническими

дерматозами с учетом длительности заболевания, распространенности поражения, частоты обострений, длительности ремиссии и тяжести течения заболевания показал, что практически каждый третий мужчина и каждая четвертая женщина были отнесены к группе с неблагоприятным дерматологическим здоровьем.

Комплексная оценка состояния здоровья пациентов с хроническими дерматозами, с учетом дерматологического здоровья и наличия сопутствующих заболеваний, позволила распределить их на три оценочные группы здоровья, что определяет необходимость дифференцированного подхода при оказании им медицинской помощи.

Изучение социально-гигиенической характеристики пациентов показало, что у большинства обследованных пациентов работа связана с профессиональными вредностями, стрессовыми ситуациями, переохлаждением. При этом каждый второй пациент при работе с профессиональными вредностями не использует средства защиты в связи с отсутствием знаний о факторах риска и навыков применения защитных средств.

Медицинская активность у значительной части пациентов с хроническими дерматозами оценена как низкая, причем в третьей оценочной группе здоровья в 2,1 раза больше пациентов с низким уровнем медицинской активности в сравнении с первой оценочной группой здоровья.

Отмечено, что большая часть пациентов с хроническими дерматозами, направленных фельдшером ФАП к врачу-дерматовенерологу, своевременно не является на приём к врачу в связи с отдаленностью ЦРБ от места жительства, отсутствием возможности оставить домашнее хозяйство, транспортного средства и сопровождающего лица, неудобным графиком работы врача-дерматовенеролога.

При этом не проводится динамическое наблюдение за пациентами с хроническими дерматозами в условиях ФАП и не осуществляется взаимодействие фельдшера с врачом-дерматовенерологом ЦРБ.

Установлено, что на ФАП и ЦРБ не проводятся групповые и

индивидуальные беседы с пациентами, отсутствуют наглядные материалы, в связи с этим у значительной части обследованного контингента нет мотивации для своевременного установления диагноза и выполнения рекомендаций медицинских работников.

Полученные результаты позволили разработать модель медико-организационного взаимодействия фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ на основе мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами, направленных на повышение своевременности выявления хронических дерматозов среди сельского населения, доступности медицинской помощи и увеличение охвата пациентов динамическим наблюдением, активизацию санитарно-просветительной работы с пациентами.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что для улучшения состояния здоровья сельских жителей с хроническими дерматозами была разработана модель медико-организационного взаимодействия фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ, включающая в себя оптимизацию маршрутизации пациентов и организации работы медицинского персонала с применением телемедицинских консультаций (ТМК), совершенствование профилактического наблюдения, в том числе своевременность выявления хронических дерматозов.

Предложенные рекомендации по маршрутизации пациентов позволили обеспечить своевременность оказания медицинской помощи сельским жителям с хроническими дерматозами независимо от места их проживания.

Рекомендации по изменению графика работы врача и фельдшера и структуры записи пациентов к врачу дали возможность выделить время для проведения телемедицинских консультаций и динамического наблюдения пациентов, что способствует уменьшению частоты обострений и укорочению сроков их лечения.

Совершенствование профилактической работы направлено на

своевременное выявление хронических дерматозов среди жителей сельских районов за счет включения в состав выездных бригад врача-дерматовенеролога, на осуществление регулярного динамического наблюдения пациентов, имеющих неблагоприятное течение заболевания (пациенты, вошедшие в третью оценочную группу здоровья), на организацию школы здоровья для пациентов с хроническими дерматозами, обеспечение медицинских организаций первичного звена здравоохранения современными наглядными материалами, что позволило повысить уровень медицинской грамотности пациентов, сформировать у них мотивацию к соблюдению здорового образа жизни и улучшить здоровье.

Методология и методы исследования

Методологическая основа исследования построена в соответствии с поставленной целью и задачами. Определены объект исследования, единицы и объем наблюдения, предмет изучения, источники и методы сбора информации.

В работе использованы социально-гигиенический, аналитический, математико-статистический методы, методы организационного моделирования и экспертной оценки. Разработаны первичные карты выкопировки из медицинских документов и анкеты для пациентов, фельдшеров и врачей. Статистическая обработка проведена на основе общепринятых статистических методов с использованием программ SPSS Statistics и Microsoft Excel. Сравнение групп проводилось с использованием t-критерия Стьюдента, статистически значимыми считали отличия при уровне вероятности безошибочного прогноза 95% ($p < 0,05$) и 99% ($p < 0,01$).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Особенности заболеваемости сельского населения хроническими дерматозами и критерии дерматологического здоровья.
2. Комплексная оценка состояния здоровья пациентов с хроническими дерматозами с учетом дерматологического здоровья и сопутствующих заболеваний.
3. Социально-гигиеническая характеристика и медицинская активность

обследованных пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в сельской местности.

4. Организация медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами на ФАП и ЦРБ.

5. Модель медико-организационного взаимодействия фельдшеров ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ, направленная на повышение доступности медицинской помощи и улучшение здоровья пациентов с хроническими дерматозами.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность научных положений, выводов и практических рекомендаций основана на широком изучении научной литературы и официальных источников, а также всестороннем анализе собранного материала у достаточно большого количества пациентов с применением адекватных данному исследованию социально-гигиенических методов и методик статистической обработки собранного материала.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационного исследования были реализованы в Республике Башкортостан.

Полученные в процессе выполнения исследования данные о технологии проведения телемедицинских консультаций фельдшеров врачами-дерматовенерологами по организации динамического наблюдения пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в сельской местности, были использованы при подготовке нормативно-правовых документов Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (приказы, методические рекомендации).

Модель медико-организационного взаимодействия фельдшеров ФАП и врачей-дерматовенерологов ЦРБ успешно внедрена в практическую работу медицинских организаций Нуримановского и Гафурийского районов.

Результаты исследования, касающиеся анализа медико-социальной характеристики пациентов с хроническими дерматозами, роли медицинской

активности в формировании их дерматологического здоровья были использованы при подготовке информационно-методического письма, утвержденного Республиканским центром общественного здоровья и медицинской профилактики. Указанный документ используется при проведении профилактических мероприятий в сельских районах Республики Башкортостан.

Материалы проведенного исследования используются в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и организации здравоохранения Башкирского государственного медицинского университета, Оренбургского государственного медицинского университета и Самарского государственного медицинского университета при изучении заболеваемости населения хроническими дерматозами и особенностей организации первичной специализированной медицинской помощи. Внедрение в учебный процесс перечисленных разделов способствует расширению знаний обучающихся о распространенности хронических дерматозов, социально-гигиенической характеристике и медицинской активности пациентов с хроническими дерматозами, об организации им медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, позволяющих в условиях сельской местности осуществлять взаимодействие фельдшеров ФАП с врачами-дерматовенерологами ЦРБ.

Апробация результатов исследования

Основные положения и результаты исследования были доложены и обсуждены на международных, всероссийских, региональных научно-практических конференциях, в том числе: «Здоровье и образование в XXI веке» (Москва, 2019), «Современные тенденции управления качеством в здравоохранении» (Самара, 2021), «Социология и здравоохранение на рубеже охраны здоровья населения» (Уфа, 2021), «Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни» (Казань, 2022), «Пожилой больной. Качество жизни» (г. Москва, 2022), «Общественное здравоохранение на рубеже охраны здоровья населения» (Уфа, 2022), «Перспективы развития экономики здоровья» (Уфа,

2022), Съезд Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2023), «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения» (Ташкент, 2023), «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций» (Саратов, 2023), «Здоровье сельского населения - приоритетное направление российского здравоохранения» (Ижевск, 2023), «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи» (Ташкент, 2023), «Общественное здоровье и профилактическая медицина» (Казань, 2024).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликованы 32 научные работы, в том числе 12 статей в журналах, рекомендованных ВАК (из них 7 статей категории К-1, 4 статьи категории К-2, 1 статья категории К-3), 4 статьи в журналах, входящих в международную базу цитирования, свидетельство о регистрации электронного ресурса, 2 свидетельства о государственной регистрации базы данных, один патент, монография, методические рекомендации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационного исследования соответствуют паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза: п. 5, 8, 9, 13.

Личный вклад автора

Диссертационное исследование выполнено с непосредственным участием самого автора на всех этапах. Лично автором определена концепция работы, сформулированы цель и задачи, научная новизна, основные положения, выносимые на защиту, проведен подробный анализ доступных отечественных и зарубежных литературных источников, разработан дизайн исследования и подобраны методы исследования, проведен сбор информации и ее статистическая обработка, проанализированы полученные результаты исследования, обоснованы и сформулированы выводы, на основании которых предложены практические рекомендации, проведено оформление диссертационной работы. Личный вклад автора в выполнение работы составил 95%.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 249 страницах машинописного текста. Структура диссертации состоит из введения и основной части, включающей в себя «Обзор литературы», «Материалы и методы исследования», три главы результатов собственных исследований и их обсуждение, заключение, выводы, практические рекомендации, перечень сокращений и условных обозначений, список литературы, приложения. Библиографический указатель состоит из 295 источников, в их числе 232 отечественных и 63 зарубежных авторов. Диссертационная работа содержит 53 таблицы, иллюстрирована 48 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования и степень ее разработанности, определены цель и задачи, изложены научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, методология и методы исследования, представлены основные положения, выносимые на защиту, приведены данные об апробации и степени достоверности результатов исследования.

В первой главе приведены результаты изучения данных литературы о динамических и структурных показателях заболеваемости населения хроническими дерматозами, их факторах риска, экономическом ущербе, организации медицинской помощи пациентам и мероприятиях по ее совершенствованию. На основании изученного материала обоснована необходимость совершенствования организации медицинской помощи сельским жителям при хронических дерматозах.

Во второй главе описаны этапы исследования, соответствующие поставленным задачам. Базами исследования явились шесть ЦРБ и одна городская поликлиника. Выбор ЦРБ обусловлен тем, что в их состав входят 35-40 ФАП, в штате есть врач-дерматовенеролог, уровень заболеваемости по классу «болезни кожи и подкожной клетчатки» за последние десять лет остается на уровне среднереспубликанских.

В работе использованы учетно-отчетные формы ФСН №12 «Сведения о

числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и №30 «Сведения о медицинской организации» за период 2013-2022 гг. по Республике Башкортостан и отдельным муниципальным образованиям, амбулаторные карты пациентов с хроническими дерматозами (форма 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (2350 карт) и форма 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (320 форм).

Разработана программа комплексного социально-гигиенического исследования здоровья пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в сельской местности (Рисунок 1).

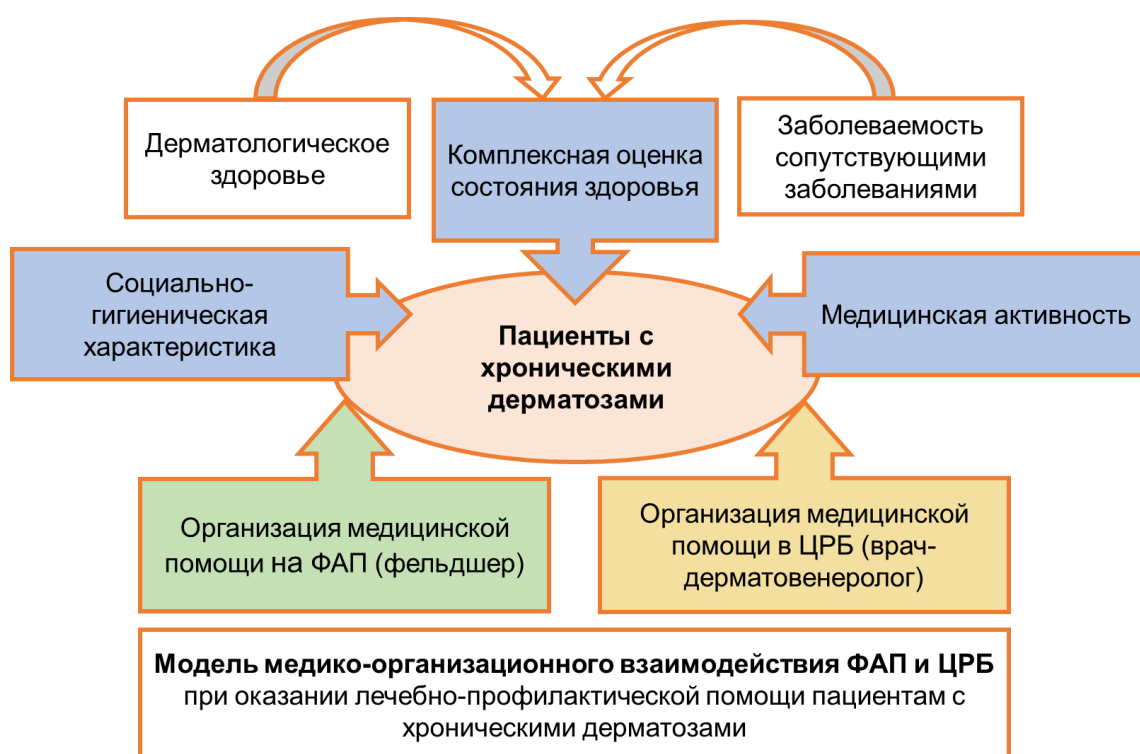


Рисунок 1 – Программа комплексного социально-гигиенического исследования

Объектом исследования были пациенты с хроническими дерматозами, проживающие в сельской местности. Определен репрезентативный объем наблюдения, исходя из размера генеральной совокупности по методикам К.А. Отдельновой (1980), В.И. Паниотто (1982), N. Fox (2009), который составил 1494 пациента с наиболее часто встречающимися хроническими дерматозами (экзема, псориаз, атопический дерматит, контактный дерматит). Предметом

исследования явились заболеваемость, состояние здоровья, социально-гигиеническая характеристика, медицинская активность, организация медицинской помощи; единицей наблюдения – пациент с хроническим дерматозом, проживающий в сельской местности, врач-дерматовенеролог ЦРБ, фельдшер ФАП. Проанализированы медицинские карты пациентов, получающих помощь в амбулаторных условиях, анкетированы пациенты, фельдшеры и врачи-дерматовенерологи.

При обработке материала применялись методы описательной статистики, анализа динамического ряда, параметрические и непараметрические методы сравнения групп. Для оценки различий между группами использованы методы расчета критерия Стьюдента, Пирсона. Оценка взаимосвязи между признаками проводилась путем расчета коэффициента корреляции. Для обработки материала использовано программное обеспечение Microsoft Excel, SPSS Statistics.

В третьей главе проведен анализ заболеваемости сельского населения Республики Башкортостан хроническими дерматозами за 2013-2022 гг. в сравнении с заболеваемостью городского населения. Среди сельского населения произошел рост заболеваемости по обращаемости на 21,5% (с 1244,5 до 1512,6 на 100 тыс. населения), среди городского населения – на 27,7% (с 1725,6 до 2013,1 на 100 тыс. населения). Средний уровень заболеваемости по обращаемости хроническими дерматозами за десять лет среди сельского населения в 1,3 раза ниже, чем среди городского (1383,2 против 1862,5 на 100 тыс. населения).

Структура заболеваемости хроническими дерматозами по обращаемости на протяжении десятилетнего периода практически не изменилась. Первые места в структуре заболеваемости по обращаемости как среди сельского, так и среди городского населения заняли экзема, контактный дерматит, псориаз и атопический дерматит, однако их доля среди сельского населения была больше (84,8%), чем среди городского населения (73,7%). В структуре заболеваемости сельского населения наибольший удельный вес составили экзема (31,2%) и

контактный дерматит (26,8%), городского населения – атопический дерматит (22,6%) и псориаз (19,9%) ($\chi^2=15,2$, $p<0,05$) (Рисунок 2).

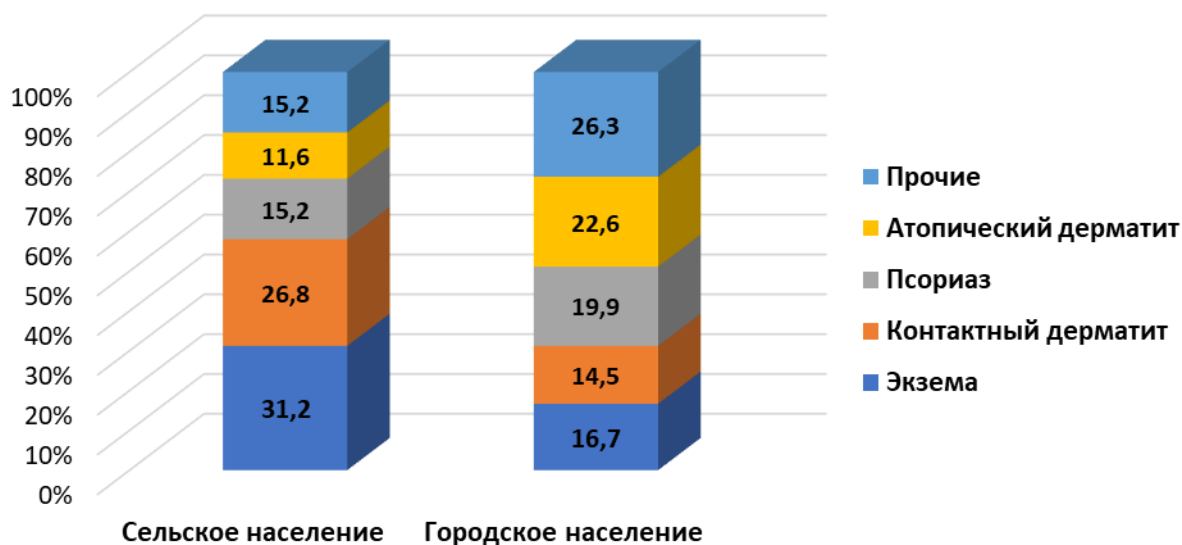


Рисунок 2 – Структура заболеваемости хроническими дерматозами по обращаемости сельского и городского населения, в % к итогу

Изучение заболеваемости по данным медицинских осмотров показало, что уровень заболеваемости хроническими дерматозами сельского населения за изучаемый период вырос на 25,7% (с 701,3 до 880,2 на 100 тыс. населения), среди городского населения – на 10,5% (с 374,1 до 410,3 на 100 тыс. населения). Средний уровень заболеваемости по данным медицинских осмотров за десять лет среди сельского населения был в два раза выше, чем среди городского (791,3 против 392,4 на 100 тыс. населения). Охват профилактическими осмотрами взрослого сельского населения составил 73,4% (70,4% мужчин и 76,3% женщин), что не дает полного представления о распространенности хронических дерматозов среди сельского населения. Структура заболеваемости по данным медицинских осмотров между сельским и городским населением не отличалась ($\chi^2=7,2$, $p>0,05$). Первые четыре места занимали экзема, контактный дерматит, псориаз и атопический дерматит, их доля составила 88,6% и 75,5% соответственно (Рисунок 3).

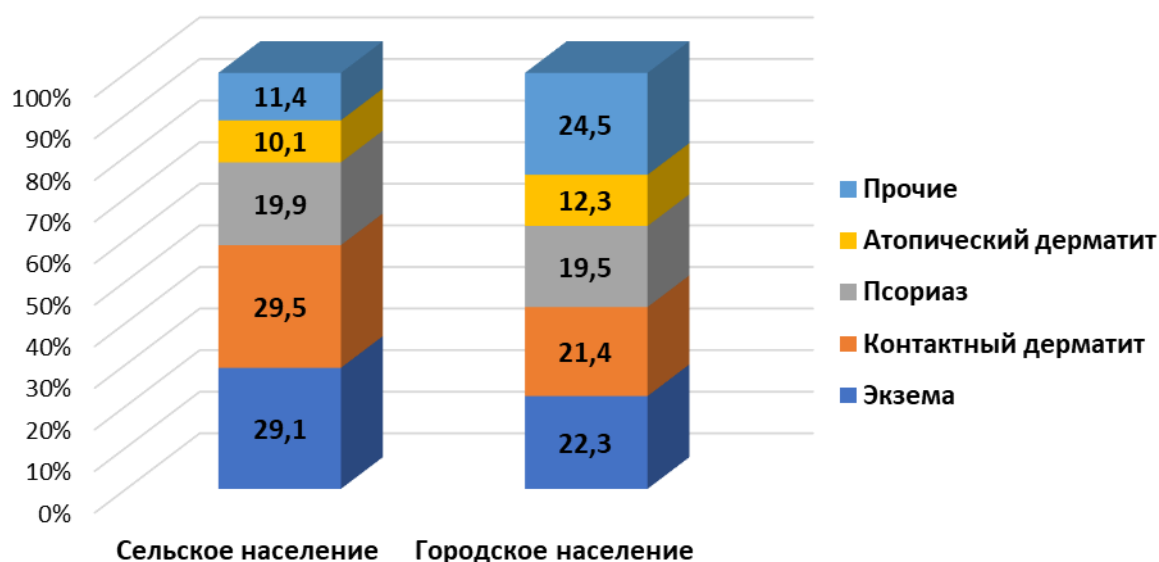


Рисунок 3 – Структура заболеваемости хроническими дерматозами по данным медицинских осмотров сельского и городского населения, в % к итогу

С учетом заболеваемости по обращаемости и медицинских осмотров общая заболеваемость среди сельского населения составила 2173,4 на 100 тыс. населения, а среди городского населения – 2254,1 на 100 тыс. населения (Рисунок 4).

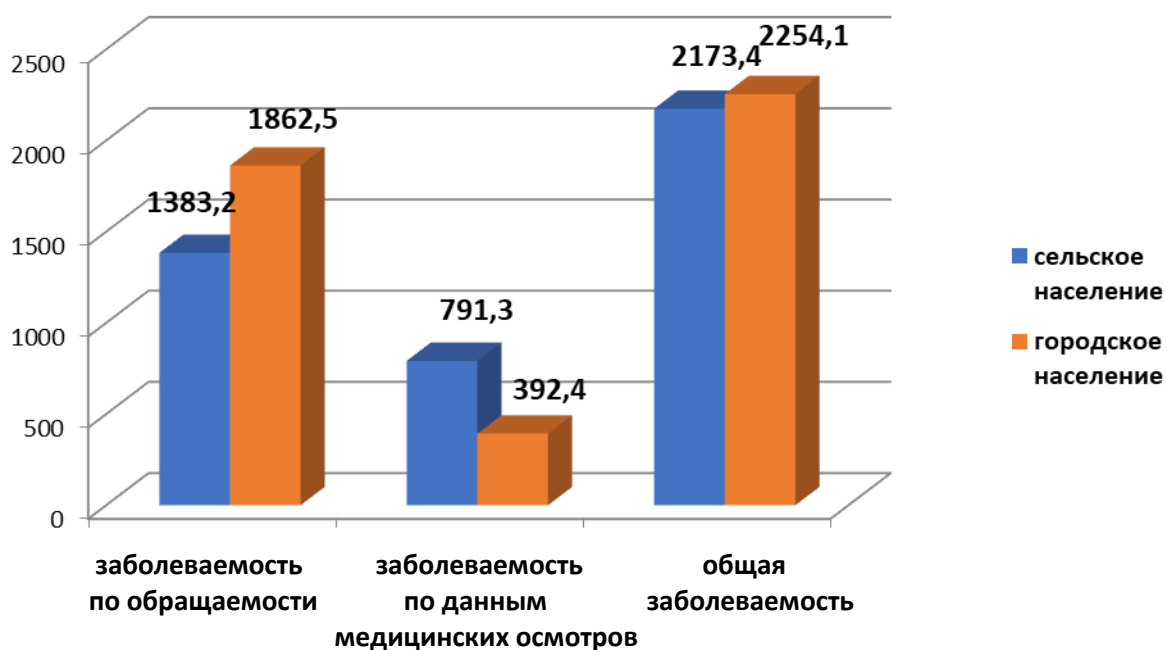


Рисунок 4 – Уровень заболеваемости сельского и городского населения хроническими дерматозами, на 100 тыс. человек

Выявлено, что в структуре общей заболеваемости у мужчин и женщин во всех возрастных группах чаще встречается экзема. Вторые места у мужчин занимает псориаз, у женщин – контактный дерматит, в возрасте до 40 лет – атопический дерматит, в возрастной группе 40-60 лет – псориаз, старше 60 лет – контактный дерматит.

Проведена оценка дерматологического здоровья пациентов с хроническими дерматозами с учетом следующих критериев: длительность заболевания, распространенность поражения, частота обострений, длительность ремиссии и тяжесть течения заболевания.

Установлено, что у 25,5% пациентов длительность заболевания была не более двух лет, у 37,7% пациентов – от трех до пяти лет, у 36,8% – более пяти лет. Средняя длительность заболевания составила $3,8 \pm 0,1$ года. У 45,2% мужчин длительность заболевания была более пяти лет, у 38,3% женщин – от трех до пяти лет. С возрастом увеличивается число пациентов, имеющих большую длительность заболевания. Между длительностью заболевания и возрастом обследованных пациентов выявлена достоверная прямая средней силы корреляционная взаимосвязь ($r = +0,621$, $m = \pm 0,011$, $p < 0,01$).

Отмечено, что у 30,8% пациентов кожный процесс имел распространенный характер (поражение двух и более участков кожи), причем у мужчин достоверно чаще, чем у женщин (40,1% против 21,7%, $p < 0,05$), а единичные элементы сыпи отмечались у 32,5% пациентов, чаще у женщин, чем у мужчин (38,2% против 26,5%, $p < 0,05$). Локализованное поражение не более двух участков кожи наблюдалось у 36,7% пациентов (у 33,4% мужчин и 40,1% женщин, $p < 0,05$).

Частота обострений хронических дерматозов у пациентов составила $2,4 \pm 0,05$ обострения в год. Во всех возрастных группах преобладало число пациентов с частотой обострения 2-3 раза в год (46,3%). Длительность обострения у обследованных пациентов колебалась от 7 до 22 дней ($14,5 \pm 0,02$ дня).

Длительность ремиссии у пациентов с хроническими дерматозами

варьировала от трех до двенадцати месяцев и более ($4,1 \pm 0,05$ месяца). Среди пациентов обоего пола во всех возрастных группах у каждого второго длительность ремиссии составила менее 6 месяцев.

Распределение пациентов в зависимости от тяжести течения заболевания показало, что у каждого четвертого пациента (25,6%) заболевание протекало в легкой форме, у каждого второго (48,3%) течение заболевания оценивалось как средней степени тяжести, у остальных пациентов (26,1%) заболевание имело тяжелую степень тяжести. По возрастным группам распределение пациентов по степени тяжести было аналогичным. Среди женщин у каждой третьей (32,5%) заболевание имело легкую форму, у мужчин, напротив, почти каждый третий имел тяжелую форму хронического дерматоза (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов с хроническими дерматозами по степени тяжести заболевания у мужчин и женщин, в % к итогу

Степень тяжести	Пациенты		Вероятность безошибочного прогноза, р
	Мужчины	Женщины	
Легкая	$18,7 \pm 1,6$	$32,4 \pm 1,9$	$<0,01$
Средняя	$52,1 \pm 1,9$	$44,5 \pm 1,9$	$<0,05$
Тяжелая	$29,2 \pm 1,8$	$23,1 \pm 1,7$	$<0,05$
Итого	100,0	100,0	-

В зависимости от сочетания позитивных критериев (единичные элементы сыпи, легкая степень тяжести, длительность заболевания менее двух лет, отсутствие обострения в течение года, продолжительность ремиссии более 12 месяцев) и негативных критериев (распространённое поражение кожи, тяжелая степень тяжести, длительность заболевания более пяти лет, частота обострения не менее 2-3 раза в год, продолжительность ремиссии менее шести месяцев) все пациенты с хроническими дерматозами, взятые под наблюдение, распределены на три группы дерматологического здоровья: благоприятное, удовлетворительное и неблагоприятное.

В группу с благоприятным дерматологическим здоровьем вошли 24,5% пациентов, которые имели не менее 3-х позитивных критериев, в группу с

неблагоприятным дерматологическим здоровьем, имевшие не менее 3-х негативных критериев – 28,6%. У остальных пациентов (46,9%) дерматологическое здоровье оценено как удовлетворительное. Количество пациентов с неблагоприятным дерматологическим здоровьем больше среди мужчин (31,1%), чем среди женщин (26,2%), причем с возрастом число таких пациентов увеличивается как среди мужчин, так и среди женщин (Рисунок 5).

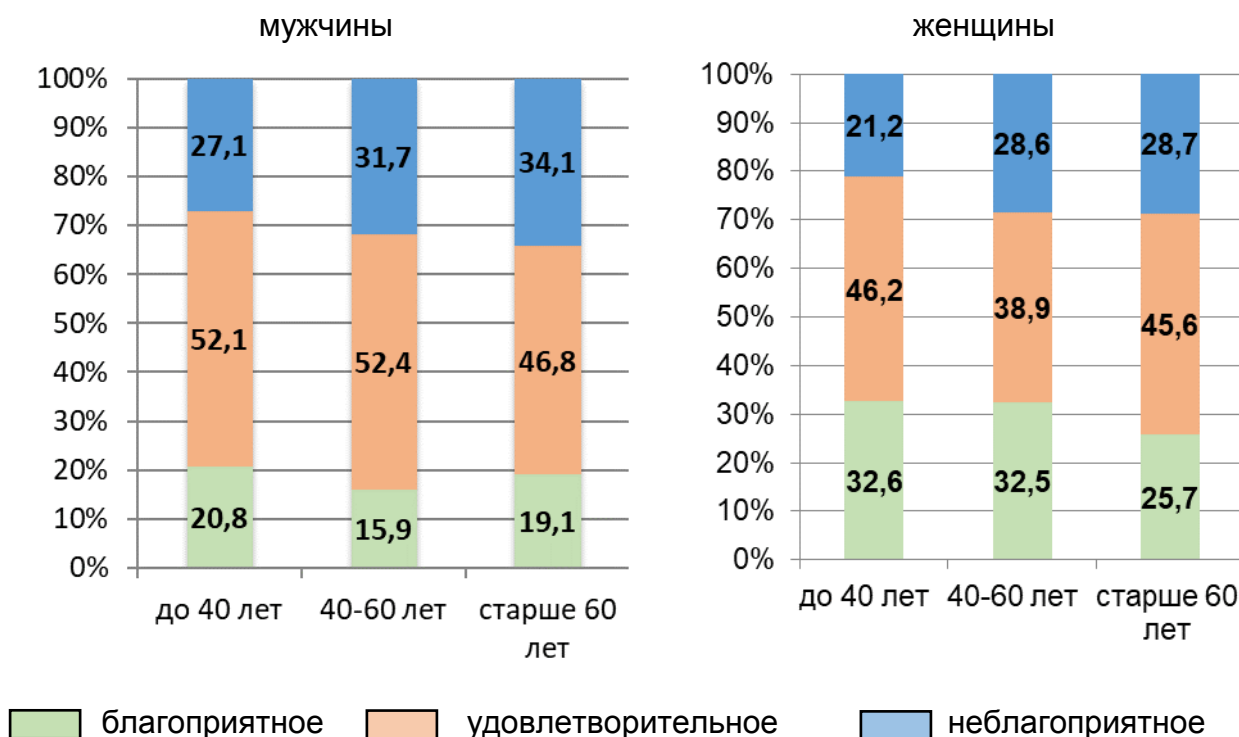


Рисунок 5 – Распределение пациентов с хроническими дерматозами по группам дерматологического здоровья среди мужчин и женщин различных возрастных групп, в % к итогу

Немаловажную роль в формировании здоровья пациентов играют сопутствующие заболевания. Установлено, что 65,3% пациентов с хроническими дерматозами имели сопутствующие заболевания (1364,8 на 1000 обследованных). Установлено, что на одного пациента, имеющего сопутствующее заболевание, приходится $1,43 \pm 0,11$ заболевания. В возрастных группах до 40 лет и 40–60 лет уровень сопутствующей заболеваемости выше у женщин, чем у мужчин, а в возрасте старше 60 лет – у мужчин выше, чем у женщин. С увеличением возраста уровень сопутствующей заболеваемости нарастает, как среди мужчин, так и среди женщин (Рисунок 6).

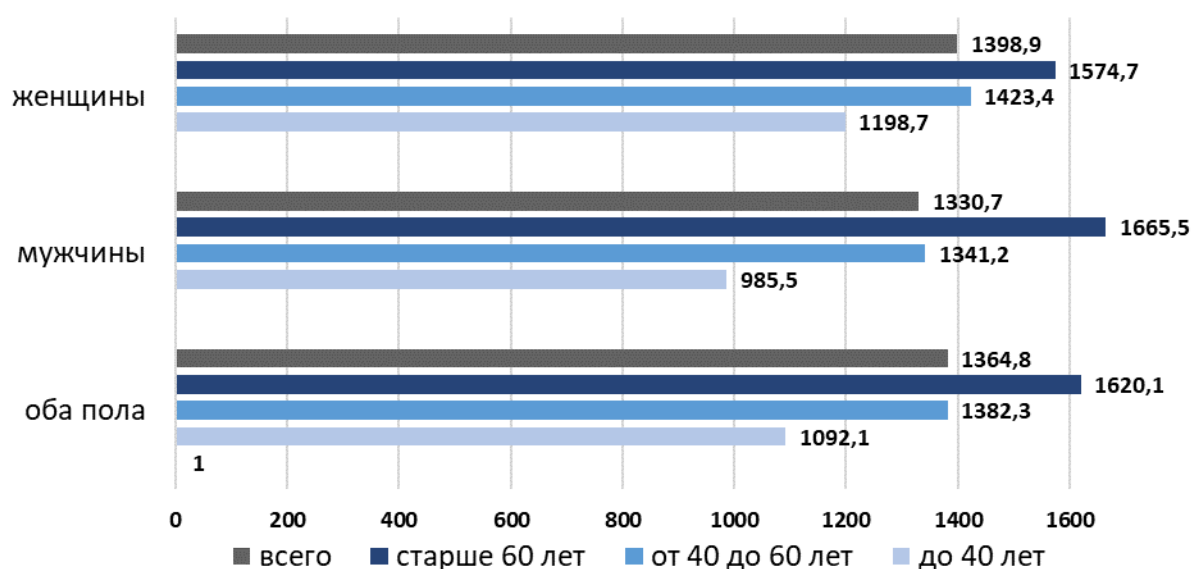


Рисунок 6 – Уровень сопутствующей заболеваемости пациентов с хроническими дерматозами по полу и возрасту, на 1000 обследованных

Структура сопутствующей заболеваемости пациентов с хроническими дерматозами представлена болезнями системы кровообращения (23,1%) и костно-мышечной системы (18,7%), органов пищеварения (16,8%) и органов дыхания (10,3%), нервной (9,2%) и эндокринной систем (6,5%). В целом удельный вес перечисленных классов болезней составил 84,6%.

В структуре сопутствующей заболеваемости у всех пациентов с хроническими дерматозами на первом месте были болезни системы кровообращения (до 26,5%), на втором и третьем местах у пациентов с экземой – заболевания органов пищеварения (20,6%) и нервной системы (16,5%), у пациентов с псориазом – болезни костно-мышечной (26,1%) и эндокринной систем (12,6%), у пациентов с контактным и атопическим дерматитами – заболевания органов пищеварения (20,3% и 21,2%) и дыхания (14,6% и 15,6%).

В зависимости от наличия сопутствующих заболеваний пациенты разделены на три группы: без сопутствующих заболеваний (34,7%), имеющие 1-2 заболевания (32,4%) и имеющие три и более заболеваний (32,9%).

На основании оценки дерматологического здоровья и наличия сопутствующих заболеваний проведена комплексная оценка состояния здоровья пациентов с хроническими дерматозами, что позволило распределить

их на три оценочные группы здоровья.

В первую оценочную группу вошли 30,6% пациентов, у которых благоприятное дерматологическое здоровье сочеталось с отсутствием или наличием не более 1-2 сопутствующих заболеваний, а также пациенты с удовлетворительным дерматологическим здоровьем без сопутствующих заболеваний.

Третью оценочную группу составили 38,2% пациентов, имеющие неблагоприятное дерматологическое здоровье с наличием от одного до трех и более сопутствующих заболеваний, и пациенты с удовлетворительным дерматологическим здоровьем с тремя и более сопутствующими заболеваниями. Остальные 31,2% пациентов вошли во вторую оценочную группу.

Большую часть пациентов третьей оценочной группы составили пациенты с экземой и псориазом, первой и второй – пациенты с контактным дерматитом и атопическим дерматитом (Таблица 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов с хроническими дерматозами по оценочным группам здоровья, на 100 обследованных

Хронические дерматозы	Оценочные группы здоровья		Вероятность безошибочного прогноза, р
	Первая	Третья	
Экзема	23,3±1,9	49,8±2,1	<0,01
Псориаз	24,5±1,9	58,5±2,1	<0,01
Контактный дерматит	36,8±2,3	13,9±1,4	<0,01
Атопический дерматит	43,1±2,3	36,7±1,9	<0,05

В главе 4 дана социально-гигиеническая характеристика пациентов с хроническими дерматозами. Среди обследованных пациентов 58,5% составили женщины, 41,5% – мужчины, средний возраст пациентов – 51,3±0,6 года. Наиболее многочисленной была группа в возрасте 40-60 лет (52,4% мужчин и 53,9% женщин). Большинство пациентов имели среднее профессиональное образование (42,1%) и являлись работающими (57,5%). Каждый третий занят в сфере животноводства и растениеводства или работает на предприятиях по

переработке сельскохозяйственной продукции, каждый восьмой – в строительстве, десятый – в торговле, остальные в других сферах. Производственная деятельность у 82,5% пациентов сопровождается наличием таких неблагоприятных факторов, как переохлаждение, шум, избыточная физическая нагрузка, вибрация, сменный характер работы и др. Выявлено, что 68,5% пациентов имеют контакт кожи с различными факторами, оказывающими негативное влияние на здоровье: 34,8 из 100 опрошенных – с агрохимикатами, 30,6 – пестицидами, 29,4 – с луговыми и садовыми растениями, 28,1 – шерстью животных, 22,4 – горюче-смазочными веществами, 14,7 – с другими раздражителями. В целом на одного пациента приходится от одного до трех факторов ($1,6 \pm 0,01$). На неблагоприятный морально-психологический климат на работе указали 30,2% пациентов.

Большинство пациентов состояли в браке (56,7%), проживали одиноко вследствие смерти супруга(и) или развода – 20,3%, имели детей 84,7% пациентов (в основном двух – 39,3%). Проживают в собственном доме 72,7% пациентов, имеют личный транспорт 43,6% (58,2% мужчин, 29,1% женщин). Внутрисемейный морально-психологический микроклимат оценили как неблагоприятный 34,5% пациентов (40,7% женщин и 28,3% мужчин), не удовлетворены своими материально-бытовыми условиями 36,1% пациентов.

Оценка медицинской активности пациентов проведена на основании изучения следующих характеристик: своевременность обращения за медицинской помощью, выполнение лечебных рекомендаций медицинских работников, посещение врача для динамического наблюдения, выполнение рекомендаций по здоровому образу жизни.

Изучение медицинской активности пациентов с хроническими дерматозами показало, что каждый четвертый пациент обращается за медицинской помощью на 1-5 день от начала появления симптомов заболевания, каждый пятый – на 6-10 день. В то же время каждый второй пациент откладывает свое обращение на срок более десяти дней (Рисунок 7).

В среднем пациенты обращались за медицинской помощью через три

недели от начала заболевания ($21,5 \pm 0,25$ дня). Мужчины обращались позже, чем женщины ($25,3 \pm 0,15$ дня против $17,6 \pm 0,13$ дня, $p < 0,05$).

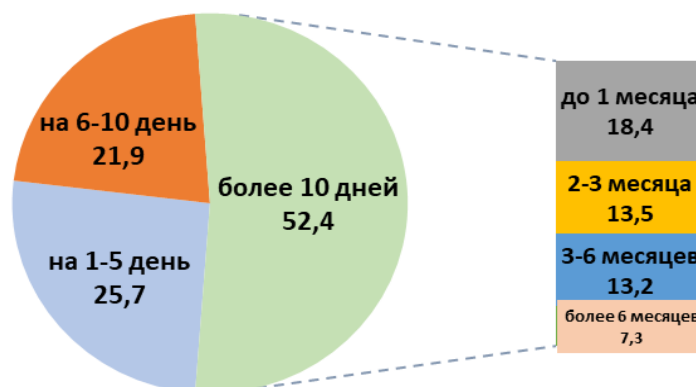


Рисунок 7 – Распределение пациентов с хроническими дерматозами по срокам обращения за медицинской помощью от начала появления симптомов заболевания, в % к итогу

У каждого второго пациента ($52,1\%$), обратившегося до 5 дня от начала заболевания, длительность лечения составила до пяти дней, а у пациентов, обратившихся после 10 дня от начала заболевания, в $48,6\%$ случаев длительность лечения составила 10-15 дней. При этом средняя длительность заболевания от начала лечения составила $9,5 \pm 0,5$ дня.

Между сроком обращения пациентов от начала заболевания за медицинской помощью и длительностью лечения выявлена прямая сильная корреляционная взаимосвязь ($\rho = +0,715$, $m = 0,012$, $p < 0,05$).

Исследование показало, что каждый третий пациент ($32,9\%$) не выполняет рекомендации медицинских работников ($27,1\%$ мужчин и $38,7\%$ женщин), каждый четвертый ($26,9\%$) выполняет не в полном объеме: среди мужчин – $28,3\%$, среди женщин – $25,5\%$ (заканчивают лечение, как только начинается улучшение, не приходят на прием в назначенное время). Только $40,2\%$ пациентов выполняют все рекомендации врача ($44,6\%$ мужчин и $35,8\%$ женщин).

Не посещают врача для динамического наблюдения $68,5\%$ пациентов. При этом у них достоверно ($p < 0,05$) чаще в течение года бывают обострения (4 раза в год и чаще), чем среди пациентов, регулярно посещающих врача (один раз в год и реже).

Не выполняют рекомендации по использованию средств защиты каждый второй пациент (55,4%) из числа имеющих контакт с неблагоприятными факторами риска, 25,4% используют их редко, только 19,2% всегда применяют средства защиты (27,1% женщин и 11,2% мужчин).

У пациентов, не использующих средства защиты, чаще хронические дерматозы протекали в более тяжелой форме. Среди пациентов, всегда использующих средства защиты, 42,5% имели легкую степень тяжести заболевания, 44,3% – среднюю степень тяжести. Среди пациентов, не использующих средства защиты, у 38,5% дерматозы имели тяжелую степень заболевания и лишь у 18,1% – легкую степень.

Известно, что существенное влияние на здоровье пациентов оказывает фактор питания. Установлено, что 55,8% пациентов с хроническими дерматозами не выполняют рекомендации по питанию (64,4% мужчин и 47,5% женщин). Следят за своим питанием, исключая продукты, которые могут вызвать обострение заболевания кожи, только 22,7% пациентов (17,5% мужчин и 27,8% женщин). Остальные 21,5% пациентов периодически контролируют свое питание (18,1% мужчин и 24,7% женщин).

При исключении продуктов, вызывающих обострение, снижается частота обострений хронических дерматозов. У пациентов, не соблюдающих рекомендации по питанию, отмечается $3,2 \pm 0,2$ обострения в год, у пациентов, всегда соблюдающих рекомендации по питанию – $1,2 \pm 0,05$ обострения в год. Установлена корреляционная взаимосвязь средней силы между фактором питания пациентов и частотой обострения заболевания ($r=+0,622$, $m=0,024$, $p<0,05$).

Известно, что наличие избыточного веса является одним из факторов, оказывающих влияние на течение хронических дерматозов. Установлено, что 32,3% пациентов имели избыточную массу тела (33,2% женщин и 31,4% мужчин), 62,1% – нормальную массу тела, у 5,6% пациентов наблюдается недостаток массы тела. Контролируют свой вес только 49,7% (61,8% женщин и 37,5% мужчин), 24,6% – никогда не контролируют, 25,7% пациентов

контролируют свой вес периодически.

Установлено, что курят 60,9% пациентов, в том числе 74,3% мужчин и 47,4% женщин. Каждый второй в день выкуривает до 15 сигарет. Средний стаж курения составил в целом $9,5 \pm 0,6$ лет ($12,2 \pm 0,3$ у мужчин и $8,3 \pm 0,1$ у женщин, $p < 0,05$), при этом 74,6% пациентов не считают, что курение влияет на их здоровье.

Не употребляют спиртные напитки только 9,6% пациентов (15,5% женщин и 4,1% мужчин, $p < 0,01$). Среди употребляющих алкоголь, 24,6% предпочитают только крепкие спиртные напитки, 32,6% – вино и пиво, 42,8% – спиртные напитки разной крепости. Спиртные напитки употребляли 2-3 раза в неделю и чаще 28,6% обследованных (37,5% мужчин и 19,6% женщин, $p < 0,01$).

В результате опроса пациентов установлено, что каждый второй пациент (48,3%) имеет низкую медицинскую грамотность, не обладает знаниями и умениями по устранению факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье.

Полученные данные свидетельствуют, что только треть пациентов (32,5%) регулярно повышают свои знания по медицинским вопросам. Источниками получения информации для пациентов являются медицинские работники, научно-популярная литература, интернет и социальные сети, теле- и радиопередачи, знакомые и родственники (Рисунок 8). В среднем один пациент отметил $2,4 \pm 0,3$ источника получения информации.

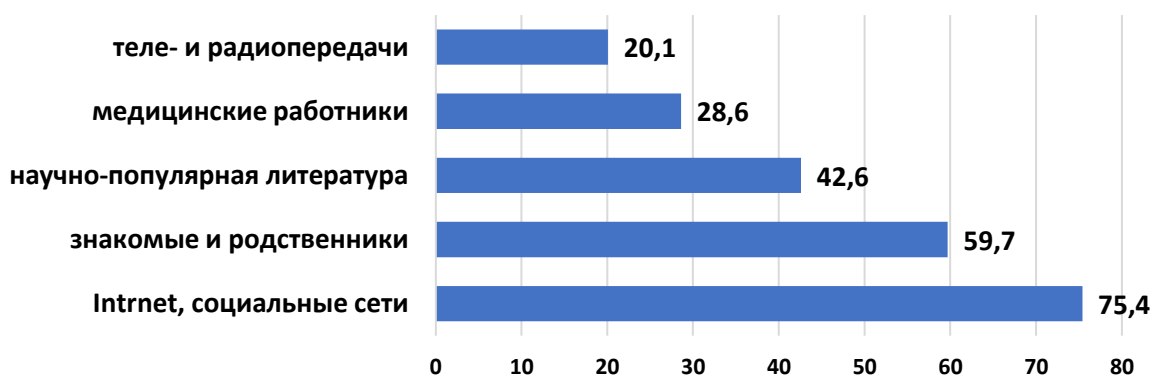


Рисунок 8 – Распределение пациентов с хроническими дерматозами по источникам получения медицинской информации, на 100 обследованных

Таким образом, на основании характеристик пациентов они распределены по уровню медицинской активности на три группы: высокий, средний и низкий. В группу с высокой медицинской активностью вошли 25,5% пациентов с наличием не менее четырех позитивных характеристик, рассмотренных выше. Группу с низкой медицинской активностью составили 57,6% пациентов с наличием не менее четырех негативных характеристик. Остальные 16,8% вошли в группу со средним уровнем медицинской активности.

Медицинская активность пациентов в выделенных трех оценочных группах здоровья отличалась. В первой оценочной группе здоровья 48,2% пациентов имели высокую медицинскую активность, 34,2% – низкую медицинскую активность. Напротив, в третьей оценочной группе здоровья большинство пациентов (72,3%) имели низкую медицинскую активность и только 12,6% – высокую медицинскую активность (Таблица 3).

Таблица 3 – Распределение пациентов с хроническими дерматозами по уровню медицинской активности и оценочным группам здоровья, в % к итогу

Оценочная группа здоровья	Уровень медицинской активности			Итого
	Высокий	Средний	Низкий	
Первая	48,2	17,6	34,2	100,0
Вторая	16,3	17,8	65,9	100,0
Третья	12,6	15,1	72,3	100,0

Отмечена статистическая значимая разница в распределении негативных характеристик медицинской активности пациентов первой и третьей оценочных групп, что подтверждает значение медицинской активности в формировании здоровья пациентов (Таблица 4).

Пациенты с низкой и высокой медицинской активностью имели разные приоритеты в выборе источника получения информации о своем здоровье. Так, пациенты с высокой медицинской активностью в 3,2 раза чаще отмечали, что для них основными источниками являются медицинские работники (41,8 против 13,1 на 100 обследованных, $p < 0,01$), а для пациентов с низкой медицинской активностью – сведения из интернета (92,5 против 58,3 на

100 обследованных, $p < 0,05$) или советы близких родственников и знакомых (89,7 против 29,7 на 100 обследованных $p < 0,01$).

Таблица 4 – Частота встречаемости негативных характеристик медицинской активности у пациентов с хроническими дерматозами, на 100 обследованных

Характеристики медицинской активности	Оценочные группы здоровья		Вероятность безошибочного прогноза, р
	Первая группа	Третья группа	
Низкая медицинская грамотность	36,5±2,3	60,1±2,0	<0,01
Не выполняли рекомендации врача	34,3±2,2	55,6±2,1	<0,01
Не использовали средства защиты при работе с профессиональными вредностями	31,6±2,2	79,2±1,7	<0,01
Несвоевременно обращаются за медицинской помощью	31,1±2,2	73,5±1,8	<0,01
Употребляли продукты, вызывающие обострение	29,2±2,1	82,4±1,6	<0,01
Выкуривали 20 и более сигарет в день	24,2±2,0	43,5±2,1	<0,01
Имели избыточный вес	23,5±2,0	41,1±2,1	<0,01
Употребляли алкоголь 2-3 раза в неделю и чаще	17,6±1,8	39,4±2,0	<0,01

В главе 5 изложена организация медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях сельской местности и разработаны мероприятия по ее совершенствованию.

В сельской местности РБ медицинская помощь пациентам с хроническими дерматозами на первом этапе оказывается 2088 ФАП, на втором – 49 ЦРБ. В среднем на одну ЦРБ приходится 43 ФАП, численность прикрепленного населения на ФАП в среднем составляет до 730 сельских жителей. Укомплектованность штатных должностей фельдшеров ФАП и врачей-дерматовенерологов ЦРБ обеспечивается за счет совместительства (коэффициент совместительства 1,02 и 1,58 соответственно). Учитывая особенности сельских районов РБ (низкая плотность населения ($16,8 \pm 1,7$

человек на 1 км²), отдаленность места жительства пациентов от ЦРБ, большое количество сельских населенных пунктов (4538 пунктов), в том числе с малой численностью населения до 100 человек (1845 населенных пунктов), важная роль в оказании медицинской помощи сельскому населению принадлежит ФАП, поэтому более 80,0% пациентов с хроническими дерматозами при первичном заболевании или при обострении имеющегося хронического дерматоза обращаются к фельдшеру.

Анализ причин обращений к фельдшеру показал, что 52,7% пациентов обращаются по поводу обострения ранее установленного хронического дерматоза, 26,8% пациентов – с впервые возникшим заболеванием, 20,5% пациентов состоят под динамическим наблюдением фельдшера и обращаются для получения лечебных процедур. В среднем от момента направления фельдшера до проведения консультации врачом-дерматовенерологом проходит $10,4 \pm 0,27$ дня. При этом 25,5% пациентов обращаются к врачу-дерматовенерологу в первые 5-7 дней, 68,7% посещают врача в период от 8 до 11 дней, 5,8% пациентов – позже 11 дня.

Причин позднего обращения к врачу оказалось достаточно много. Основными из них были: график работы врача-дерматовенеролога только в утренние часы (48,5 на 100 обследованных), трудность при записи на прием (41,5 на 100 обследованных), отдалённость места жительства от ЦРБ (40,8 на 100 обследованных), отсутствие у пациентов транспортного средства (38,3 на 100 обследованных), сопровождающего лица (25,9 на 100 обследованных), нет возможности оставить домашнее хозяйство (21,7 на 100 обследованных).

Особенности сельской местности и сельскохозяйственных работ, уровень медицинской активности пациентов вносят свои коррективы в обращаемость пациентов в течение дня, недели и месяца. Оказалось, что большее число обращений приходится на весенние и осенние месяцы: март (10,4%), апрель (10,1%), октябрь (11,5%) и ноябрь (10,2%), обусловленное увеличением числа сезонных обострений хронических дерматозов. Число обращений в связи с

впервые выявленными заболеваниями отмечается одинаково часто на протяжении всего года.

В день к врачу-дерматовенерологу ЦРБ обращается от 23 до 26 пациентов. В понедельник и вторник обращаются более 70,0% пациентов в связи с первичными заболеваниями или обострением ранее выявленных хронических дерматозов, также обращения пациентов к врачу были обусловлены получением рекомендаций, справок и выпиской рецептов, профилактическим динамическим наблюдением (Таблица 5).

Таблица 5 – Распределение пациентов по видам обращений к врачу-дерматовенерологу по дням недели, в % к итогу

Дни недели	Обращения в связи с заболеванием			Динамическое наблюдение	Получение		Итого
	первичное заболевание	обострение хронического заболевания	итого		рекомендаций	справок	
Понедельник	37,2	37,2	74,4	10,2	9,2	6,2	100,0
Вторник	38,5	32,8	71,3	10,7	12,1	5,9	100,0
Среда	24,7	33,7	58,4	15,4	16,9	9,3	100,0
Четверг	25,1	32,7	57,8	17,3	16,8	8,1	100,0
Пятница	39,9	29,0	68,9	13,4	10,1	7,6	100,0

Анализ распределения пациентов по поводам обращений выявил неравномерность потоков и недостаточный охват пациентов с хроническими дерматозами динамическим наблюдением. Также установлено отсутствие выделенного времени для профилактического приёма.

Более 40,0% сельских жителей предпочитают посещать врача-дерматовенеролога и фельдшера в вечерние часы, однако односменный график работы медицинского персонала ограничивает доступ работающих граждан к амбулаторной помощи.

Взаимодействие между врачами-дерматовенерологами ЦРБ и фельдшерами ФАП по вопросам динамического наблюдения и профилактики

хронических дерматозов не налажено. Отсутствует обратная связь и дистанционное сопровождение пациентов из удалённых населённых пунктов. Основным барьером к своевременному получению помощи является территориальный фактор.

Информационные материалы, используемые для профилактики, касаются в основном инфекционных заболеваний кожи, тогда как вопросы о факторах риска, их коррекции и формирования здорового образа жизни у пациентов с хроническими дерматозами остаются недостаточно освещёнными.

Школа здоровья, как форма профилактической работы, мало востребована (посещаемость – менее 24 человек в год), функционирует без утверждённой программы и только в очном формате. Более 80,0% пациентов не посещают её, 18,2% не осведомлены о её существовании.

Полученные результаты проведенного исследования по изучению заболеваемости сельского населения хроническими дерматозами, социально-гигиенической характеристики и медицинской активности пациентов, кадровых ресурсов здравоохранения и особенностей организации первичной медико-санитарной помощи позволили выявить дефекты в работе медицинских организаций и медицинском поведении пациентов, оказывающие влияние на формирование их здоровья.

В связи с этим разработаны мероприятия по совершенствованию маршрутизации пациентов, внедрению технологий дистанционного взаимодействия ФАП и ЦРБ путем применения ТМК, оптимизации работы медицинского персонала, а также улучшению профилактической работы.

Предложенные меры по оптимизации маршрутизации пациентов предусматривают распределение функций между фельдшерами и врачом-дерматовенерологом. Фельдшеры полностью осуществляют лечение и динамическое наблюдение за пациентами с обострением хронических дерматозов. Пациентов с впервые выявленными заболеваниями и тяжелым течением дерматозов направляют к врачу-дерматовенерологу ЦРБ. После консультации пациенты с состояниями, требующими стационарного лечения,

госпитализируются, а большинство – передаются под наблюдение фельдшера. Пациенты с осложнёнными формами дерматозов, проживающие на приписном участке ЦРБ, остаются под контролем врача. Передача пациентов из отдалённых районов под обязательное наблюдение фельдшеров обусловлена их низкой приверженностью рекомендациям врача.

Контроль выполнения назначений возложен на фельдшера, который также взаимодействует с врачом-дерматовенерологом. Взаимодействие фельдшера и врача-дерматовенеролога было налажено с использованием дистанционных технологий – ТМК. Для обеспечения технической возможности проведения телемедицинских консультаций, в том числе и в рамках динамического наблюдения, фельдшеры ФАП и врачи-дерматовенерологи ЦРБ были обеспечены современным компьютерным оборудованием, подключением интернет-связи, веб-камерами, микрофонами, акустическими системами.

Разработаны рекомендации проведения ТМК между ЦРБ и ФАП. Лечебные консультации организуются в случае отсутствия положительной динамики или обострения заболевания в режиме «врач-фельдшер-пациент» или «врач-фельдшер», по вопросам лечения пациента и его дальнейшего наблюдения. Профилактические консультации проводятся врачом-дерматовенерологом в режиме «врач-фельдшер» для подготовки фельдшеров к профилактической работе с пациентами, в том числе повышения их знаний по здоровому образу жизни и осуществлению динамического наблюдения.

Благодаря использованию ТМК увеличилось число пациентов, своевременно получающих консультацию врача-дерматовенеролога. Проведение лечебной консультации стало возможно в течение первых двух суток после обращения пациента за медицинской помощью к фельдшеру ФАП, что позволило сократить среднюю длительность заболевания от начала лечения на 20,1% – с $9,5 \pm 0,02$ до $6,5 \pm 0,01$ дня ($p < 0,05$).

Для получения навыков дистанционного взаимодействия организовано обучение фельдшеров ФАП и врачей-дерматовенерологов ЦРБ по проведению ТМК. С целью повышения доступности медицинской помощи проведена

оптимизация работы медицинского персонала. Односменный график работы врача-дерматовенеролога и фельдшера заменен на скользящий график приема пациентов, позволяющий осуществлять прием пациентов в утренние и вечерние часы. В расписании врача выделено отдельное время для приема пациентов в зависимости от повода обращения – выделены консультационные часы для динамического наблюдения пациентов и для проведения ТМК (преимущественно среда и четверг).

Оптимизация графика работы медицинских работников позволила равномерно распределить пациентов по поводам обращения в течение недели и увеличить в 2,5 раза число пациентов, обращающихся в рамках динамического наблюдения, а также два раза увеличить охват динамическим наблюдением пациентов с третьей группой здоровья.

Совершенствование профилактической работы заключалось в следующем: 1) повышение выявляемости хронических дерматозов, 2) проведение отбора пациентов для динамического наблюдения, 3) реализация мероприятий по повышению медицинской грамотности пациентов, 4) формирование элементов здорового образа жизни.

Для повышения выявляемости пациентов с хроническими дерматозами, при проведении медицинских осмотров сельского населения в состав выездных бригад включен врач-дерматовенеролог, что позволило в течение года на 9,8% увеличить объем осмотренных сельских жителей (с 73,4% до 80,6%). Число пациентов с хроническими дерматозами, впервые выявленных при медицинских осмотрах, возросло на 22,8%. Из общего числа впервые выявленных пациентов у 31,5% диагностирована экзема, у 24,3% – контактный дерматит, у 20,6% – псориаз, у 15,4% – атопический дерматит, у 8,2% – другие дерматозы.

Для повышения уровня медицинской грамотности пациентов подготовлены наглядные материалы (брошюры, памятки, программа школы здоровья для пациентов с хроническими дерматозами, рекомендации по образу жизни), методические рекомендации по организации работы школы здоровья в

очном и онлайн формате (Таблица 6).

Таблица 6 – Показатели медицинской активности до и после реализации мероприятий, на 100 опрошенных

Показатели	До реализации	После реализации	Вероятность безошибочного прогноза, р
Выполняют лечебные рекомендации	44,9±1,3	59,1±1,3	< 0,01
Своевременно обращаются к врачу (фельдшеру) при заболевании	25,7±1,1	85,3±0,9	< 0,01
Соблюдают рекомендации по питанию	22,7±1,1	54,6±1,3	< 0,01
Используют средства защиты	19,2±1,0	52,4±1,3	< 0,01
Не употребляют алкоголь	9,8±0,8	18,2±1,0	< 0,01

Результаты проведенного исследования позволили разработать модель медико-организационного взаимодействия фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ, в основу которой вошли предложенные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи (Рисунок 9).

Реализованная модель, позволяющая организовать совместную работу фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ при оказании лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими дерматозами, в том числе с применением телемедицинских технологий, позволила повысить доступность медицинской помощи сельскому населению и преемственность между первым и вторым этапами ее оказания.

Благодаря взаимодействию фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ в 1,8 раза увеличилось число пациентов, состоящих под динамическим наблюдением (с 31,5% до 56,4%), в 1,6 раза увеличилось число пациентов, имеющих высокую медицинскую активность (с 25,5% до 40,8%), в 1,5 раза повысилась медицинская грамотность пациентов (с 51,7% до 72,5%).

Совместная работа фельдшера и врача-дерматовенеролога способствовала улучшению дерматологического статуса пациентов: наблюдалось снижение доли пациентов с распространённым поражением кожи на 14,0% (с 30,8% до 26,5%), двукратное уменьшение частоты рецидивов

(с $2,4 \pm 0,05$ до $0,9 \pm 0,02$ раз в год), увеличение средней продолжительности ремиссии в 2,5 раза (с $4,1 \pm 0,05$ до $11,2 \pm 0,1$ месяцев), а также уменьшение доли пациентов с тяжёлой степенью заболевания на 25,1% (с 25,5% до 19,1%). В результате на 10,5% увеличилось число пациентов, имеющих благоприятное дерматологическое здоровье (с 24,5% до 27,1%), и на 15,2% – пациентов, имеющих удовлетворительное дерматологическое здоровье (с 46,9% до 54,2%), на треть уменьшилось число пациентов, имеющих неблагоприятное дерматологическое здоровье (с 28,6% до 18,7%).



Рисунок 9 – Модель медико-организационного взаимодействия фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ при оказании медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами

Разработанная модель медико-организационного взаимодействия фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ показала свою эффективность и была успешно внедрена в работу медицинских организаций районов, что способствовало улучшению состояния здоровья пациентов с хроническими дерматозами.

В заключении обобщены основные результаты проведенного исследования.

ВЫВОДЫ

1. Изучение распространенности хронических дерматозов показало, что среди сельского населения в сравнении с городскими жителями уровень заболеваемости по обращаемости достоверно в 1,3 раза ниже (1383,2 против 1862,5 на 100 тыс. населения), а по данным медицинских осмотров – в два раза выше (791,3 против 392,4 на 100 тыс. населения). В динамике заболеваемость хроническими дерматозами за последние десять лет среди сельского населения выросла по обращаемости на 21,2%, по медицинским осмотрам – на 25,6%. Общая заболеваемость сельского и городского населения с учетом данных обращаемости и медицинских осмотров практически одинаковая – 2173,4 и 2254,1 на 100 тыс. населения. Структура заболеваемости хроническими дерматозами представлена экземой, контактным дерматитом, псориазом и атопическим дерматитом, на которые приходится 85,5% всей выявленной заболеваемости.

2. При оценке дерматологического здоровья обследованных пациентов было установлено, что у 48,3% пациентов степень тяжести заболевания оценена как средняя, у 46,3% отмечено наличие обострений 2-3 раза в год со средней длительностью $14,5 \pm 0,02$ дня, у 36,7% имелось поражение двух участков кожи, у 37,7% длительность заболевания составляла от трех до пяти лет, период ремиссии у 50,4% пациентов был менее шести месяцев. В зависимости от сочетания перечисленных критериев все пациенты распределены на три группы: у каждого четвертого пациента дерматологическое здоровье оценено как благоприятное, у каждого третьего пациента – как неблагоприятное,

остальные пациенты вошли в группу с удовлетворительным дерматологическим здоровьем. Отмечено, что мужчины достоверно чаще (31,1%), чем женщины (26,2%) имели неблагоприятное дерматологическое здоровье, $p \leq 0,05$.

3. Установлено, что 65,3% пациентов имели сопутствующие заболевания. Уровень сопутствующей заболеваемости составил 1364,8‰, причем среди женщин он выше, чем среди мужчин (1398,9‰ против 1330,7‰). Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался среди пациентов в возрасте 60 лет и старше, в том числе среди мужчин он составил 1665,5‰, среди женщин – 1574,7‰. В среднем на одного пациента приходится от одного до 1,5 сопутствующих заболеваний. В структуре сопутствующих заболеваний лидировали болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы, органов пищеварения, дыхания, нервной и эндокринной систем, доля которых составила 84,6% от всей выявленной патологии.

С учетом оценки дерматологического здоровья и наличия сопутствующих заболеваний пациенты были распределены на три оценочные группы здоровья. В первую оценочную группу (благоприятное здоровье) вошли 30,6% пациентов, в третью оценочную группу (неблагоприятное здоровье) – 38,2% пациентов, остальные отнесены во вторую оценочную группу здоровья.

4. Отмечено, что среди пациентов с хроническими дерматозами преобладали женщины (58,5%). Как среди мужчин, так и среди женщин практически каждый второй находился в возрасте от 40 до 60 лет, имел среднее профессиональное образование и рабочую специальность. У 82,5% пациентов производственная деятельность сопровождалась наличием профессиональных вредностей, однако каждый второй пациент не использовал средства защиты, так как не знал, какие факторы вызывают заболевания кожи, считал средства защиты неудобными и бесполезными или не имел навыков их применения.

Установлено, что каждый второй обследованный пациент состоял в браке (56,7%), большая часть проживала в собственном доме (72,7%), каждый третий пациент указал на наличие неудовлетворительного морально-психологического

климата дома и на работе, каждый пятый проживал одиноко в результате развода или смерти супруга(и).

5. Изучение медицинской активности пациентов показало, что значительная часть пациентов несвоевременно обращаются к врачу, не выполняют рекомендации в полном объеме, в том числе по питанию, имеют избыточную массу тела и не следят за его нормализацией, курят 20 и более сигарет в день, часто употребляют алкоголь. В среднем на одного пациента приходилось 3-4 негативные характеристики медицинской активности. У каждого второго пациента медицинская активность оценена как низкая. В третьей оценочной группе здоровья низкую медицинскую активность имели 72,3%, в первой оценочной группе – 34,2% пациентов.

Установлено, что пациенты с низкой медицинской активностью для получения информации чаще использовали сведения из интернета и советы близких родственников и знакомых, а пациенты с высокой медицинской активностью придерживались советов и рекомендаций фельдшеров и врачей.

6. В сельской местности 80,0% пациентов с хроническими дерматозами обращаются к фельдшеру, из них 52,7% пациентов в связи с обострением, у 26,8% – впервые возникшим заболеванием, 20,5% – состояли под динамическим наблюдением. На консультацию врача-дерматовенеролога фельдшер направляет пациентов с тяжелым, осложненным течением заболевания, длительным обострением и в связи с первично появившимся заболеванием.

Однако каждый второй пациент из направленных на консультацию, своевременно не обращается к врачу-дерматовенерологу в связи отдалённостью места жительства от ЦРБ, отсутствием транспортного средства, сопровождающего лица и возможности оставить домашнее хозяйство, а также неудобным графиком работы врача-дерматовенеролога.

Установлено, что в связи с частым обострением хронических дерматозов в осенне-весенний период, бóльшая часть обращений пациентов в ЦРБ приходится на март-апрель и октябрь-ноябрь (соответственно 20,5% и 21,7%

обращений). В течение недели в связи с заболеванием большинство пациентов обращаются в понедельник, вторник и пятницу, что сокращает время на прием пациентов, обращающихся для получения рекомендаций и динамического наблюдения.

Выявлено недостаточное обеспечение наглядными материалами по профилактике заболеваний кожи и их осложнений ФАП и ЦРБ, отсутствие взаимодействия между фельдшером и врачом-дерматовенерологом в наблюдении за пациентами с хроническими дерматозами, что создает трудности в организации оказания медицинской помощи пациентам.

7. Разработана и апробирована модель медико-организационного взаимодействия фельдшера ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ, предусматривающая оптимизацию маршрутизации пациентов с хроническими дерматозами и графика работы медицинского персонала, создание условий для проведения телемедицинских консультаций между фельдшерами ФАП, пациентами и врачами-дерматовенерологами ЦРБ, совершенствование профилактической работы среди пациентов с хроническими дерматозами, в том числе с включением в состав выездных бригад врача-дерматовенеролога, организацией школы здоровья и обеспечением санитарно-просветительными материалами ФАП и ЦРБ.

Благодаря реализации предложенной модели увеличились охват сельского населения профилактическими осмотрами, выявляемость хронических дерматозов, число пациентов, имеющих благоприятное и удовлетворительное дерматологическое здоровье, охват динамическим наблюдением пациентов с третьей группой здоровья, в том числе с использованием ТМК, возросло число пациентов, использующих средства защиты и приверженных к здоровому образу жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях повышения доступности медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами целесообразно внедрить в работу медицинских организаций модель медико-организационного взаимодействия фельдшера

ФАП и врача-дерматовенеролога ЦРБ.

2. Для осуществления динамического наблюдения пациентов с третьей оценочной группой здоровья в условиях ФАП организовать систематическое проведение телемедицинских консультаций с участием фельдшера ФАП, врача-дерматовенеролога ЦРБ и пациента.

3. Для обеспечения доступности первичной специализированной медико-санитарной помощи ввести скользящий график работы врача-дерматовенеролога ЦРБ с выделением отдельного времени для приема пациентов с хроническими дерматозами, находящихся под динамическим наблюдением, и для проведения телемедицинских консультаций с фельдшером ФАП.

4. Для осуществления раннего выявления хронических дерматозов включить в состав выездных бригад на постоянной основе врачей-дерматовенерологов для проведения медицинских осмотров сельского населения.

5. Республиканскому центру общественного здоровья и медицинской профилактики обеспечить врачей-дерматовенерологов и фельдшеров разработанными наглядными материалами для пациентов по профилактике негативных факторов хронических дерматозов и формированию навыков здорового образа жизни.

6. Центру повышения квалификации работников со средним медицинским образованием, осуществляющему подготовку фельдшеров, использовать в учебном процессе результаты исследования о распространенности и структуре хронических дерматозов, организации медицинской помощи пациентам, социально-гигиенической характеристике пациентов с хроническими дерматозами.

7. Использовать в учебном процессе при обучении студентов и ординаторов материалы данного исследования, в том числе по заболеваемости и факторной обусловленности здоровья пациентов с хроническими дерматозами, а также по организации первичной специализированной

медицинской помощи пациентам с хроническими дерматозами в условиях сельской местности.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективами дальнейшего исследования являются: изучение организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи сельским жителям при хронических дерматозах, оценка эффективности использования телемедицинских технологий в практике врача-дерматовенеролога, совершенствование подготовки кадров для оказания медицинской помощи в сельской местности.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мухамадеева, О.Р. Уровень качества жизни, тревоги и депрессии у дерматологических пациентов / О.Р. Мухамадеева, А.Д. Опенченко, А.Р. Юсупова [и др.] // *Дерматология в России*. – 2017. – № S1. – С. 71-72.

2. Мухамадеева, О.Р. Заболеваемость населения Республики Башкортостан болезнями кожи и подкожной клетчатки / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, М.Ю. Павлова, М.В. Борисова // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины**. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 252–256. – DOI 10.32687/0869-866X-2019-27-3-252-256. (Scopus, Q4).

3. Мухамадеева, О.Р. Уровень и структура заболеваемости населения болезнями кожи и подкожной клетчатки / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, В.В. Полунина [и др.] // **Российский медицинский журнал**. – 2019. – Т. 25, № 2. – С. 82-88. – DOI 10.18821/0869-2106-2019-25-2-82-88. (ВАК, K1).

4. Мухамадеева, О.Р. Оценка дерматологического индекса качества жизни у пациентов с псориазом / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, Н.У. Уразлин, З.З. Султанова // *Проблемы городского здравоохранения: Сборник научных трудов* / Под редакцией Н.И. Вишнякова. – Санкт-Петербург: Государственное бюджетное учреждение "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", 2019. – С. 47-50.

5. Мухамадеева, О.Р. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с псориазом в Республике Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, А.Р. Мигранов, Э.Р. Гуменная, А.В. Уткина // *Санкт-Петербургские*

дерматологические чтения: Материалы XIII Научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов, Санкт-Петербург, 24–26 октября 2019 года / Под редакцией А.В. Самцова, Е.В. Соколовского, Разнатовского К.И. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье», 2019. – С. 73-75.

6. Мухамадеева, О.Р. Организация диспансерного наблюдения детей с хроническими дерматозами в г. Уфе / О.Р. Мухамадеева, Т.Д. Юнусов // **Уральский медицинский журнал**. – 2019. – № 6(174). – С. 100–103. – DOI 10.25694/URMJ.2019.06.35. (ВАК, K3).

7. Мухамадеева, О.Р. Влияние некоторых производственных факторов на течение псориаза у мужчин и женщин / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова // **Наука и инновации в медицине**. – 2019. – Т. 4, № 3. – С. 56–59. – DOI 10.35693/2500-1388-2019-4-3-56-59. (ВАК, K2).

8. Мухамадеева, О.Р. Тенденции заболеваемости дерматозами населения Республики Башкортостан / О.Р. Мухамадеева // **Образовательный вестник Сознание**. – 2019. – Т. 21, № 9. – С. 59-62. – DOI 10.26787/nydha-2686-6846-2019-21-9-59-62.

9. Мухамадеева, О.Р. Заболеваемость псориазом населения Республики Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, Р.А. Магазова, А.Ш. Хабибуллин [и др.] // **Сборник тезисов IX Межрегионального форума дерматовенерологов и косметологов**. М.: ООО «КСТ Интерфорум». - 2019. - С. 42-43.

10. Мухамадеева, О.Р. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Республике Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, Л.Р. Баймышева, Р.С. Бакирова // **Профилактическая медицина**. 2019. - Т.22, №2 (выпуск 2). - С. 53–54. (ВАК, K1; Scopus Q₄, K1).

11. Мухамадеева, О.Р. Ресурсы дерматовенерологической службы в Республике Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, М.А. Шарафутдинов, М.Ю. Павлова // **Менеджер здравоохранения**. – 2020. – № 5. – С. 24–30. (ВАК, K1).

12. Мухамадеева, О.Р. Анализ структуры заболеваемости неинфекционными дерматозами населения г. Уфы за 2013-2017 гг / О.Р. Мухамадеева, Г.Х. Ахмадуллина, Т.Д. Юнусов // **Социальные аспекты здоровья населения**. – 2020. – Т. 66, № 1. – С. 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1132/27/lang,ru/> (дата обращения: 10.02.2024). – DOI 10.21045/2071-5021-2020-66-1-5. (ВАК, K1).

13. Мухамадеева, О.Р. Территориальная дифференциация

заболеваемости взрослого населения болезнями кожи и подкожной клетчатки в Республике Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, В.А. Перминова // **Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.** – 2021. – № 2. – С. 499–510. – DOI 10.24412/2312-2935-2021-2-499-510. (ВАК, K2).

14. Мухамадеева, О.Р. Влияние социально-экономических факторов на уровень заболеваемости псориазом взрослого населения Республики Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, С.А. Горбатков, Н.Х. Шарафутдинова, С.А. Фархиева // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 91–96. – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-1-91-96. (Scopus Q₄, K1).

15. Мухамадеева, О.Р. Оценка экономического бремени псориаза в Республике Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, Э.С. Камалов [и др.] // **Менеджер здравоохранения.** – 2022. – № 10. – С. 83–90. – DOI 10.21045/1811-0185-2022-10-83-90. (ВАК, K1).

16. Мухамадеева, О.Р. Доступность медицинской помощи сельскому населению с болезнями кожи и подкожной клетчатки в Республике Башкортостан / О.Р. Мухамадеева, В.Н. Павлов, Н.Х. Шарафутдинова [и др.] // **Национальное здравоохранение.** – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 34-41. – DOI 10.47093/2713-069X.2022.3.4.34-41.

17. Мухамадеева, О.Р. Оценка степени влияния внешних факторов на заболеваемость хроническими дерматозами на уровне региона / Д.Р. Еникеева, Э.Р. Гуменная, М.А. Шарафутдинов // **Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни. XIV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: Сборник научных статей.** Казань, 17-18 марта 2022г. / Под общей редакцией профессора Ксембаева С.С. – Казань: ИД «МеДДоК», 2022. – С. 506-509 с.

18. Бакирова, Р.С. Анализ показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности при заболеваниях кожи и подкожной клетчатки / Р.С. Бакирова, О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, Л.Р. Баймышева // **Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов X Всероссийской с международным участием научно-практической конференции,** Санкт-Петербург, 30 марта 2023 года. – Санкт-Петербург: ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, 2023. – С. 17-21.

19. Мухамадеева, О.Р. Факторы, формирующие медицинскую

активность сельских жителей, страдающих хроническими дерматозами / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, З.Р. Саитова // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции, Саратов, 05–06 октября 2023 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 2023. – С. 36-37.

20. Мухамадеева, О.Р. Динамические и структурные показатели заболеваемости населения болезнями кожи и подкожной клетчатки (научный обзор) / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова, З.Р. Саитова // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2023. – Т. 31, № 6. – С. 1313–1322. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1313-1322. (Scopus Q₄, K1).

21. Мухамадеева, О.Р. Основные показатели диспансерного наблюдения взрослого населения с хроническими дерматозами / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова // **Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко.** – 2023. – № 3. – С. 43–47. – DOI 10.25742/NRIPH.2023.03.007. (BAK, K1).

22. Мухамадеева, О.Р. Уровень качества жизни, тревоги и депрессии у пациентов с хроническими дерматозами старше трудоспособного возраста / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова // **Медико-фармацевтический журнал Пульс.** – 2023. – Т. 25, № 2. – С. 5-10. – DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2023-25-2-5-10. (BAK, K2).

23. Назмиева, Л.Р. Организация медицинской помощи сельскому населению по профилю дерматовенерология в Республике Башкортостан / Л.Р. Назмиева, О.Р. Мухамадеева, З.Р. Саитова [и др.] // Сборник материалов V Международной научно-практической конференции «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения», 6 апреля 2023, г. Ташкент. – 2023. – С. 84-85.

24. Мухамадеева, О.Р. Экономическое бремя болезней кожи и подкожной клетчатки / О.Р. Мухамадеева, З.Р. Саитова, Н.Х. Шарафутдинова [и др.] // Сборник материалов X Ежегодной Международной Научно-Практической Конференции «Актуальные вопросы медицины» и «IV спутникового форума по общественному здоровью и политике здравоохранения», 27-28 апреля, 2023, г. Баку. – 2023. – С. 48-49.

25. Мухамадеева, О.Р. Факторы формирования медицинской

активности сельских жителей с хроническими дерматозами / О.Р. Мухамадеева // Сборник научных статей IX Республиканской научно-практической конференции с международным участием, приуроченной к 30-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом факультета повышения квалификации и переподготовки «Современные подходы к продвижению здоровья», 13 октября 2023 г. Гомель. – 2023. – С. 83-86.

26. Мухамадеева, О.Р. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки сельского населения / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова. – Уфа: Башкирский государственный медицинский университет, 2023. – 130 с. – ISBN 978-5-907209-58-9.

27. Шарафутдинова, Н.Х. Анализ деятельности врачей-дерматовенерологов, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению в Республике Башкортостан / Н.Х. Шарафутдинова, О.Р. Мухамадеева. // **Медико-фармацевтический журнал Пульс**. – 2024. – Т. 26, № 5. – С. 134-139. – DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2024-26-5-134-139. (ВАК, K2).

28. Шарафутдинова, Н.Х. Совершенствование организации диспансерного наблюдения пациентов с хроническими дерматозами / Н.Х. Шарафутдинова, О.Р. Мухамадеева, Р.М. Халфин // **Менеджер здравоохранения**. – 2024. – № 8. – С. 18–25. – DOI 10.21045/1811-0185-2024-8-18-25. (ВАК, K1).

Патенты на изобретения, патенты (свидетельства) на полезную модель,
патенты на промышленный образец

29. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2022621435 Российская Федерация. Диспансерное наблюдение пациентов с псориазом: № 202262126: заявл. 06.06.2022: опубл. 20.06.2022 / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова; заявитель, патентообладатель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

30. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2022621446 Российская Федерация. Социально-экономические факторы хронических дерматозов: № 2022621267: заявл. 06.06.2022: опубл. 20.06.2022 / О. Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова; заявитель, патентообладатель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский

университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

31. Свидетельство о регистрации электронного ресурса. Алгоритм построения нелинейной динамической прогнозной регрессионной модели с панельными данными: № ОФЭРНиО 24646: дата регистрации 05.11.2020 / О.Р. Мухамадеева, С.А. Горбатов, С.А. Фархиева, Н.Х. Шарафутдинова // опубликовано: Сетевое издание "Хроники Объединенного фонда электронных ресурсов "Наука и образование". - 2020. - №11 (138). - С.20.

32. **Патент на промышленный образец № 135933** Российская Федерация. Схема "алгоритм организации диспансерного наблюдения пациентов с псориазом в зависимости от тяжести заболевания и системы его оценки на основании индикаторов": № 2022505126: заявл. 24.11.2022: опубл. 22.03.2023 / О.Р. Мухамадеева, Н.Х. Шарафутдинова; заявитель, патентообладатель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Мухамадеева Ольга Ринатовна

Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи при хронических дерматозах сельскому населению

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Подписано к печати 02.07.2025

Отпечатано на цифровом оборудовании
с готового оригинал-макета, представленного авторами.

Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 2,7.

Тираж 100 экз. Заказ № 42