

3. В представленном клиническом случае больного Р., 38 лет с болезнью Уиппла, атипичного течения с генерализованным лимфаденитом, лабораторных симптомов мальабсорбции (дефицит железа, фолиевой кислоты, холестерина, альбумина), отсутствием кишечных расстройств была проведена терапия индукции цефтриаксоном 2 г внутривенно 14 дней, с переходом на длительный прием бисептола 960 мг/сут до 18 месяцев на данный момент.

4. Атипичное течение БУ заключалось в медленном регрессе лимфаденита в брюшной полости, морфологических признаков инфекционного воспаления в виде PAS-положительных макрофагов в слизистой оболочке ДПК.

5. Критериями выздоровления в данном случае можно считать восстановление массы тела, работоспособности, эмоционального фона, нормализацию температуры и лабораторных показателей, положительную динамику эндоскопической и морфологической картины, КТ-картины.

#### **Список литературы:**

1. Белов Б.С. Болезнь Уиппла / Б.С. Белов // РМЖ. – 2014. – №28. – С. 2063-2067

2. Куприянова И.Н. Болезнь Уиппла: обзор литературы и клиническое наблюдение / И.Н. Куприянова, Р.Б. Бердников, Р.М. Бозров // РМЖ Медицинское обозрение «Иммунный ответ». – 2018. – №1(II). – С. 85-92.

3. Кузьминова Т. И. Современный взгляд на болезнь Уиппла / Т.И. Кузьминова, Ю.С. Романенкова, М.И. Кызымко // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаем будущее. — 2018 — С. 165–169

4. Скворцов В.В. Диагностика и лечение болезни Уиппла / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко, В.К. Павлов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – №5. – С. 123–127

5. Корой П.В. Болезнь Уиппла / Корой П.В. // Вестник молодого учёного. – 2017. – №3. – С. 36-40

6. Крумс Л.М. Болезнь Уиппла у больного детским церебральным параличом и циррозом печени В-вирусной этиологии / Л.М. Крумс, Е.А. Сабельникова, Е.В. Голованова, Б.З. Чикунова и др. // Терапевтический архив. – 2014. – №2. – С. 69-71.

7. Algin A. Tropheryma whipplei aortic valve endocarditis, cured without surgical treatment / Algin A, Wegdam-Blans M, Verduin K, Janssen H. et al // BMC Research Notes. – 2012. – Vol. 5:600.

8. Glaser C. Whipple's disease mimicking rheumatoid arthritis can cause misdiagnosis and treatment failure / Glaser C, Rieg S, Wiech Th, Scholz Ch. et al // Orphanet Journal of Rare Diseases. – 2017. – Vol. 12:99.

УДК 614.254.3

**Шамбатов М.А., Калягин Н.И., Сергеев Д.И., Николаенко О.В.  
ЗАТРАТЫ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ТЕРАПЕВТА В АМБУЛАТОРНОМ  
УЧРЕЖДЕНИИ**

Кафедра поликлинической терапии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Shambatov M.A., Kalyagin N.I., Sergeyev D.I., Nikolayenko O. V.**  
**EXPENSES OF OPERATING TIME OF THE THERAPIST IN  
OUTPATIENT CLINIC**

Department of polyclinic therapy  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Muraz.shambatov@rambler.ru

**Аннотация.** В статье представлены результаты анализа работы врачей участковых терапевтов 3 поликлинических отделений ЛПУ г. Екатеринбург.

**Annotation.** The article presents the results of the analysis of the work of the doctors of district therapists of 3 outpatient departments of health facilities in Ekaterinburg.

**Ключевые слова:** врач участковый терапевт, амбулаторный прием, первичная аккредитация специалистов.

**Keywords:** doctor therapist, outpatient appointment, primary accreditation of specialists.

**Введение**

Совершенствование качества оказываемой населению медицинской помощи реализуется не только при помощи внедрения новых технологий лечения и современного медицинского оборудования, но и за счёт грамотных организационно – управленческих преобразований [8,9].

Основной тенденцией, реализуемой на современном этапе развития, как в медицинской сфере, так и во многих других отраслях, является стандартизации различных процессов. Стандартизации подвергаются как вопросы оказания помощи по отдельным направлениям здравоохранения, так и порядок работы отдельно взятого специалиста [9]. Говоря о стандартизации работы индивидуально взятого специалиста, необходимо упомянуть нормирование труда [8].

Нормирование труда в здравоохранении имеет свою специфику и методически решается по должностному принципу, согласно которому предусматривается выполнение определенного объема работы при определенных организационных условиях одной должностью независимо от числа лиц, которые будут выполнять работу по этой должности в течение года.

Первичная медико – санитарная помощь на современном этапе развития отечественного здравоохранения является основным видом оказываемой населению медицинской помощи. В связи с чем, крайне значимым является

стандартизация работы участкового терапевта. Между тем, стандартизация – процесс крайне сложный, требующий обобщения большого количества материалов [7,2].

**Цель исследования** – оценка хронометража приёма участкового терапевта, соответствие структуры приема установленным нормативам.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведено одномоментное аналитическое исследование на базе 3 поликлинических учреждений города Екатеринбурга, в период с 04.02.2018 по 02.03.2018. Наименования ЛПУ не приводятся в связи с этическими нормами.

Для оценки качества приёма участкового терапевта, разработана анкета, освещающая ряд критериев качества оказания медицинских услуг. Опросник разработан с учетом текущей нормативно – правовой базы: приказ МЗ РФ №923н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия»» и паспорта экзаменационной станции «Сбор анамнеза на первичном амбулаторном врачебном приёме» Государственной итоговой аккредитации врачей-специалистов 2017 [3,6].

Оценивались следующие критерии: время приема, установление контакта (приветствие, забота о комфорте пациента, самопрезентация, согласие на расспрос, идентификация личности пациента), расспрос (начало расспроса, слушание, обобщение, скрининг, учет мнения пациента), выстраивание отношений (зрительный контакт, перебивание, критика в адрес пациента), набор физикальных исследований (ЧДД, ЧСС, аускультация легких, сердца, измерение АД, пальпация живота). За каждый выполненный пункт начислялся 1 балл (итого 20 баллов). Количество набранных баллов косвенно характеризует качество приёма.

На время проведения исследования, участковые терапевты не были осведомлены об оценке качества проводимых ими приёмов. Результаты обезличены.

Для оценки возраста пациентов, использована классификация ВОЗ.

Данные представлены в виде: медиана (25÷75 перцентили). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета «STATISTICA 10 непараметрический тип распределения данных. Использованы.0». При использовании критерия Шапиро – Уилка установлен непараметрические критерии. Различия и корреляции считались достоверными при уровне статистической значимости  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Проанализированы результаты оценки 354 посещений участкового терапевта. В 180 (50,85%) случаях пациенты обратились впервые, 174 (49,15) пациента обратились повторно, 230 (64,97%) раз за помощью обращались женщины, 124 (35,03%) раза мужчины.

98 (27,68%) пациентов были представителями молодой возрастной группы (18 - 44 года), 108 (30,51%) пациентов – лица среднего возраста (45 – 59 лет), 113 (31,92%) пациентов – пожилые (60 – 74 года), 33 (9,32%) пациента

– представители старческой возрастной группы (75 – 89 лет), 2 (0,56%) пациентов – долгожители (90 и более лет). Статистически значимых различий по времени затраченному на приём в зависимости от возраста пациентов не установлено ( $p > 0,05$ ).

102 (28,81%) пациента обратились на прием в связи с заболеванием сердечно – сосудистой системы, 72 (20,33%) с заболеваниями органов дыхания, 51 (14,41%) пациент обратился с жалобами, характерными для поражения органов желудочно – кишечного тракта. 109 (30,80%) посещений обусловлены заболеваниями других органов и систем.

Медиана оценки первичного приёма составила 11,00 баллов (10,00÷13,50), повторного 11 баллов (8,00÷13,00). При применении критерия Манна – Уитни, статистически значимых различий оценок в вышеописанных группах не выявлено.

Медиана времени, затраченного на первичный приём составила 10,50 минут (8,00÷13,00), на повторный прием – 9,00 минут (7,00÷13,00). При использовании критерия Манна – Уитни, статистически значимых различий по времени затраченному на первичный и повторный приём не установлено.

При анализе затрат времени на первичный прием в зависимости от нозологии установлено, что на прием пациента с кардиологическими жалобами затрачивалось 12,00 минут (9,00÷15,00), при заболевании органов желудочно – кишечного тракта затрачивалось 10,00 минут (8,00÷12,00), при заболеваниях органов дыхания – 9,00 минут (7,50÷12,00), по другим, малочисленным группам нозологий медиана времени, затраченного на приём составила 9,00 минут (7,00÷11,00). При применении критерия Краскелл – Уоллиса установлено статистически значимое различие времени, затраченного на приём по различным нозологиям.

Выявлена статистически значимая прямая корреляция слабой силы между оценкой приёма и затраченным на него временем ( $R=0,23$ ,  $p < 0,01$ ). Таким образом, можно заключить – чем качественнее приём, тем больше времени на него затрачивается.

При оценке физикальных методов исследования выявлено, что во время первичного приема ЧДД оценивали у 42 (23,33%) пациентов, ЧСС измеряли 88 (48,89%) пациентам, аускультация лёгких проводилась 74 (41,11%) пациентам, аускультация сердца 57 (31,67%), АД давление измерялось в 105 (58,33%) случаях, пальпация живота проведена 24 (13,33%) пациентам.

Во время повторного приема ЧДД оценивали у 32 (18,39%) пациентов, ЧСС измеряли 93 (52,45%) пациентам, аускультация лёгких проводилась 74 (42,53%) пациентам, аускультация сердца проведена 75 пациентам (43,10%), АД давление измерялось в 46 (26,43%) случаях, пальпация живота проведена 6 (3,45%) пациентам.

Реже всего, терапевтами применялась пальпация живота, так, при 51 случае обращения с жалобами, характерными для заболеваний ЖКТ, только 31 пациенту проведена пальпация живота.

Таблица 1

Частота использования физикальных методов.

Параметр	Первичный прием		Повторный приём		p
	Выполнено	Не выполнено	Выполнено	Не выполнено	
Измерение ЧДД	42 (23,83%)	138(76,17%)	32 (18,39%)	123 (81,61%)	0,82
Измерение ЧСС	88 (48,89%)	92(51,11%)	93 (52,45%)	62 (47,55%)	0,21
Аускультация лёгких	74 (41,11%)	106(58,89%)	74 (42,53%)	81 (57,47%)	0,20
Аускультация сердца	57 (31,67%)	123(68,33%)	75 (43,10%)	80 (56,90%)	0,01
Измерение АД	105 (58,33%)	75(41,67%)	46 (26,43%)	109 (73,57%)	0,15
Пальпация живота	24 (13,33%)	156(86,67%)	6 (3,45%)	149 (96,55%)	<0,01

**Выводы:**

1. Медиана оценки первичного приёма в 11 баллов, в целом, соответствует удовлетворительному показателю.
2. Необходима разработка более детализированных и чувствительных систем оценки качества работы участкового терапевта, с учётом обратной связи.
3. Физикальное обследование пациента на амбулаторном приеме проводится не в полном объеме, при этом, на приём затрачивается времени меньше, чем рассчитано.
4. Установленные различия по затраченному на приём времени, в зависимости от нозологии, свидетельствуют о возможности планирования хронометража повторного приёма участкового терапевта на основании выявленных различий во временных затратах.

**Список литературы:**

1. Армашевская О.В. Фотохронометражное исследование затрат рабочего времени при амбулаторном / О.В. Армашевская, К.В. Жмеренецкий, М.А. Иванова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2016 – №2.
2. Вечорко В.И. Распределение рабочего времени на амбулаторном приеме врача-терапевта участкового с медицинской сестрой в поликлинике города Москвы (фотохронометражное наблюдение) / В.И. Вечорко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016.– №4.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №923н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия» (зарегистрировано в Минюсте РФ 29 декабря 2012 г. Регистрационный №26482)

4. Стародубов В.И. Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований / В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова // Менеджер здравоохранения. –2014. – №8.

5. Стародубов В.И. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях / В.И. Стародубов, И.М. Сон, О.В. Армашевская // Менеджер здравоохранения. 2016. –№2.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 23.07.2013 г.) Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации // Собрание законодательства РФ. – 2011. – №48. – 6724 с.

7. Федосеев Г.Б. Совместимы ли в работе участкового врача терапевта скоростной метод и качество / Г.Б. Федосеев // Российский медицинский журнал. – 2012. – №4. – С. 40-44

8. Шалыгина Л. С. Стандартизация как основа обеспечения качественной высокотехнологичной медицинской помощи для устойчивого развития медицинской организации / Л.С. Шалыгина, М.А. Садовой, Е.А. Финченко //Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №. 6 (84).

9. Шарабчиев Ю. Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т. Шарабчиев, Т.В. Дудина //Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2013. – №. 4 (4)

УДК 616.89-008.454

**Шамбатов М.А., Бахтин В.М., Попов А.А.<sup>2</sup>, Изможерова Н.В.<sup>1</sup>  
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У  
ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

1. Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
2. Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская Федерация

**Shambatov M.A., Bakhtin V.M., Popov A.A.<sup>2</sup>, Izmozherova N.V.<sup>1</sup>  
THE DETECTION RATE OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN ELDERLY  
PATIENTS OF A THERAPEUTIC PROFILE**

1. Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology
2. Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care  
Urals State Medical University  
Yekaterinburg, the Russian Federation

E – mail: muraz.shambatov@rambler.ru

**Аннотация.** В статье представлены результаты кросс-секционного исследования, посвященного оценке частоты выявления когнитивной