



Исторические аспекты терапевтического участка

Т.Х. Николаева, А.И. Свинобоева группа МИ-18 ЛД-503-2,
Научный руководитель М.Н. Петрова к.м.н., доцент.
ФГАОУ ВО «СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.К. АММОСОВА»
Медицинский институт
Кафедра «Организация здравоохранения и профилактическая медицина»



Резюме

В настоящее время амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают в широкой сети амбулаторий и поликлиник, входящих в состав больниц, в самостоятельных городских поликлиниках и сельских врачебных амбулаториях.

Поликлиника - это многопрофильное МО, предназначенное для оказания медицинской, в том числе специализированной, помощи больным, а при необходимости - для обследования и лечения больных в домашних условиях.

Врачебный участок — точно установленная часть территории (района, районного центра, города, рабочего поселка или другого населенного пункта) с определенным числом жителей, а также определенной численностью рабочих и служащих, объединенных по производственному принципу, принятому в системе здравоохранения РФ для оказания населению внебольничной медицинской помощи.

Организация участка создает благоприятные условия для эффективной лечебно-профилактической работы. Население получает медпомощь у одного и того же врача, а врач наблюдает за одним и тем же контингентом. Участковый врач имеет возможность знать не только больного, но и его семью, следить за состоянием здоровья проживающих на участке, рассматривать заболеваемость в связи с конкретными условиями труда и быта, что необходимо для осуществления лечебно-оздоровительных мероприятий.

Введение



История



В XI в. В 1089 г. в Киевской Руси «безвозмездное врачевание» приходящим больным было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях»
В 1581 был учрежден Аптекарский приказ по управлению медицинским делом государства.



В 1620 г. возникают первые светские амбулатории, где прием ведут врачи. Организацию амбулаторной помощи ускорили тяжелые эпидемии оспы, чумы, холеры.
В 1738 г. при главной аптеке Петербурга была учреждена должность врача для бедных, это была первая в Европе бесплатная амбулатория



В 1804 г. Первая в России городская поликлиника в г. Юрьеве (ныне Тарту, Эстония).
В 1836 г. в Петербургской медико-хирургической академии была впервые открыта нештатная амбулаторная клиника для приходящих больных, впоследствии амбулаторные клиники были организованы при различных академических кафедрах и госпиталях.



В 1864 г. в России были учреждены земские самоуправления, а вслед за ними в 1870 г. городские общественные управления, которым поручалась организация медицинской помощи в городах.



Большая заслуга в ее организации принадлежит С.П. Боткину, который возглавлял с 1861 г. терапевтическую клинику медико-хирургической академии, уделял большое внимание амбулаторным приемам и считал целесообразным обучать терапии слушателей последнего курса непосредственно в поликлинике на практике. В 80-е годы XIX века по инициативе С.П. Боткина, город был разделен на участки; к каждому участку были прикреплены врачи, названные думскими, осуществлявшие бесплатную помощь больным на дому и амбулаторный прием. Врач консультировал пациентов и назначал лечение; в необходимых случаях больные госпитализировались.



Н. А. Семашко внес огромный вклад в развитие гигиены в СССР, открыв в 1922 г. кафедру социальной гигиены на медицинском факультете МГУ. В 1927–1936 гг. было создано и выпущено первое издание Большой медицинской энциклопедии, инициатором создания которой был Н. А. Семашко. С 1926 по 1936 гг. он возглавлял детскую комиссию ВЦИК. Н. А. Семашко стал одним из создателей и одним из первых академиков и членов президиума АМН СССР. Был директором Академии педагогических наук с 1945 по 1949 гг.



Первым этапом реформирования здравоохранения с постепенным переходом к медицинскому страхованию, которое в 1991 г. было введено Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 августа 2006 г. N 584 "О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 сентября 2006 г. N 8200).
Министерство здравоохранения и социального развития РФ Приказ от 15 мая 2012 г. № 543н Об утверждении положения об организации оказания ПМСП взрослому населению.

Анализ на примере ГАУ РС(Я) ЯГБ №3



Функциональные обязанности участкового терапевта

Лечебно-диагностическая работа на приеме в поликлинике (амбулатории) и на дому	Осуществление комплекса мероприятий по медицинской реабилитации пациентов	Проведение медико-социальной экспертизы
Профилактическая работа	Повышение собственной квалификации	Анализ работы по всем разделам деятельности с предоставлением отчетов и ведение необходимой учетно-отчетной документации

Заключение

1. Остается высокой роль участкового терапевта в раннем выявлении заболеваний и своевременном их лечении. Для пациентов участковый терапевт является основным связующим звеном между амбулаторной и стационарной помощью.
2. Исторически доказана эффективность медицинского обслуживания населения по территориально-участковому принципу, который определяет и повышает доступность медицинской помощи, с последующим направлением к узким специалистам.

Ссылки

1. История медицины : учебник / Ю. П. Лисицын. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 400 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с.
3. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/3dc567c138c2cb9280af7d73f7f87b6d063d376a/

Differences of systemic arteries mechanical properties during remission and exacerbation of asthma

T.A.Brodskaya, V.A.Nevzorova, B.I.Geltser
Vladivostok State Medical University, Russia

Abstract

With the purpose of research the mechanical properties of central vessels we examined 54 patients with severe and moderate asthma by noninvasive arteriography (arteriograph TensioClinic TL1 (TensioMed, Hungary)) during remission and exacerbation of disease. Control group included 25 age- and sex-matched healthy volunteers.

Results: The aortal stiffness in asthma exacerbation was increased. It was expressed in increase of aortic pulse wave velocity (aPWV) and augmentation index (IA). APWV and IA in asthma remission essentially improved and have reached control level. Moreover, IA in patients with remission of severe asthma was lower, than in healthy ones ($p < 0,01$) and in patients with remission of moderate asthma ($p < 0,01$). So IA in severe asthma was $-54,3 \pm 7,8\%$; in moderate asthma $-38,6 \pm 6,7\%$ and in controls $-40,9 \pm 7,1\%$. The negative correlation between IA, severity and duration of disease has been observed ($r = -0,36$ and $r = -0,44$ ($p < 0,01$)).

Conclusion: Results of our investigation may be connected with developing adaptation in response to regular influences of aggressive factors on vessel walls during asthma exacerbations. Established things can occur only without any irreversible changes of arteries. Our observation can partially explain diminish of cardiovascular risk in patients without of asthma exacerbation.

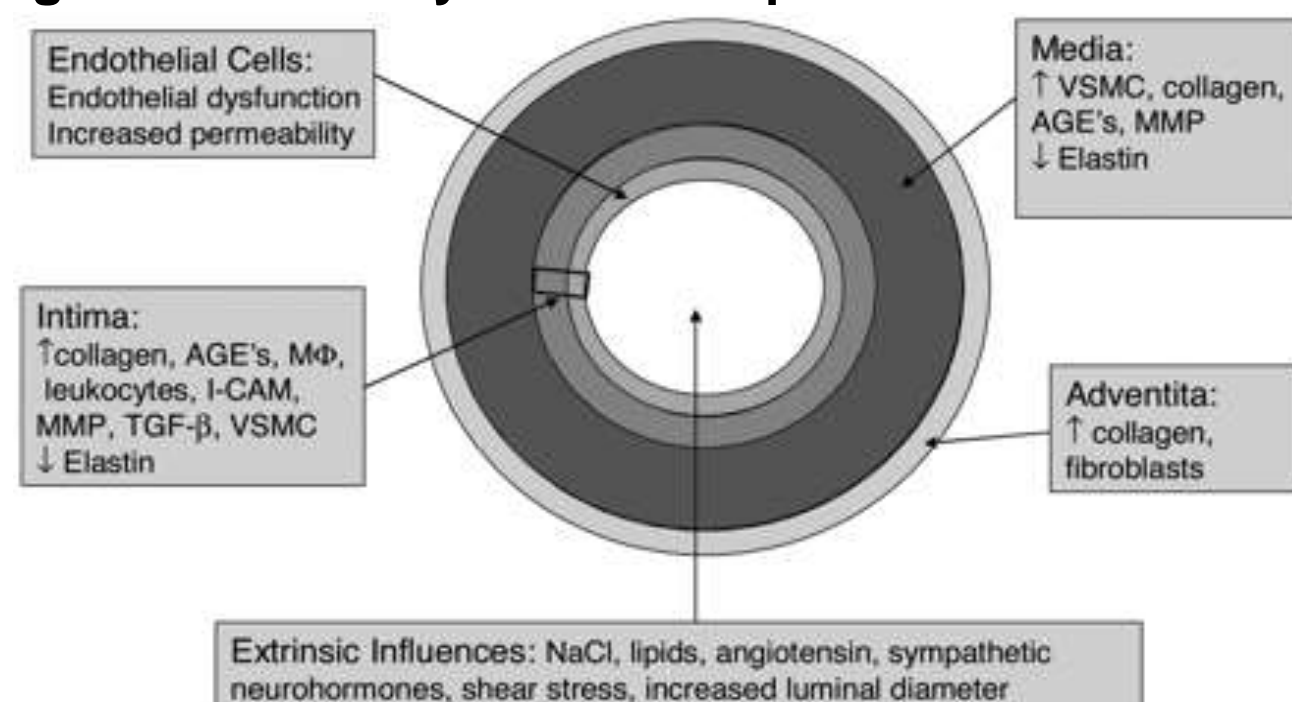
Objectives

Coexistence of cardiovascular disorders and asthma is ambiguous question. On the one hand vascular disturbances are important part of asthma pathogenesis. On the other hand the absence of serious vascular damage in asthma was remarked many times ago [1,2].

Exacerbation of asthma can associates with increase of arterial stiffness, as described recently [2]. Augmented arterial stiffness essentially influences on hemodynamics, by increasing of myocardium postloading and worsening of coronary perfusion conditions [3,4]. Increase of aortic pulse wave velocity (aPWV) can increase the risk of fatal insult and the general risk of death in such category of patients [3,4].

It is unclear whether is increase of arterial stiffness observed equally in asthma exacerbation and remission.

Figure 1. Summary of the multiple causes and locations of arterial stiffness [3].



Methods

We examined 54 patients with severe and moderate asthma by noninvasive arteriography (arteriograph TensioClinic TL1 (TensioMed, Hungary)). Control group included 25 age- and sex-matched healthy volunteers.

It was measured aortic pulse wave velocity (aPWV) oscillometrically. APWV is the main direct measurement of arterial stiffness [3]. Automatically calculated augmentation index (AIx). The height of the late systolic peak (P1) above the inflection (P2) defines the augmentation pressure, and the ratio of augmentation pressure to pulse pressure defines the AIx in percent (figure). AIx is the additional stiffness index showing interaction between direct and reflected pulse waves [3,5].

Table 1. THRESHOLD VALUES OF AIX AND APWV

	Aix	APWV
optimal	<-30%	<7m/s
normal	from -30% to -10%	from 7m/s to 9,7m/s
increased	from -10% +10%	from 9,7m/s to 12m/s
abnormal	>10%	>12m/s

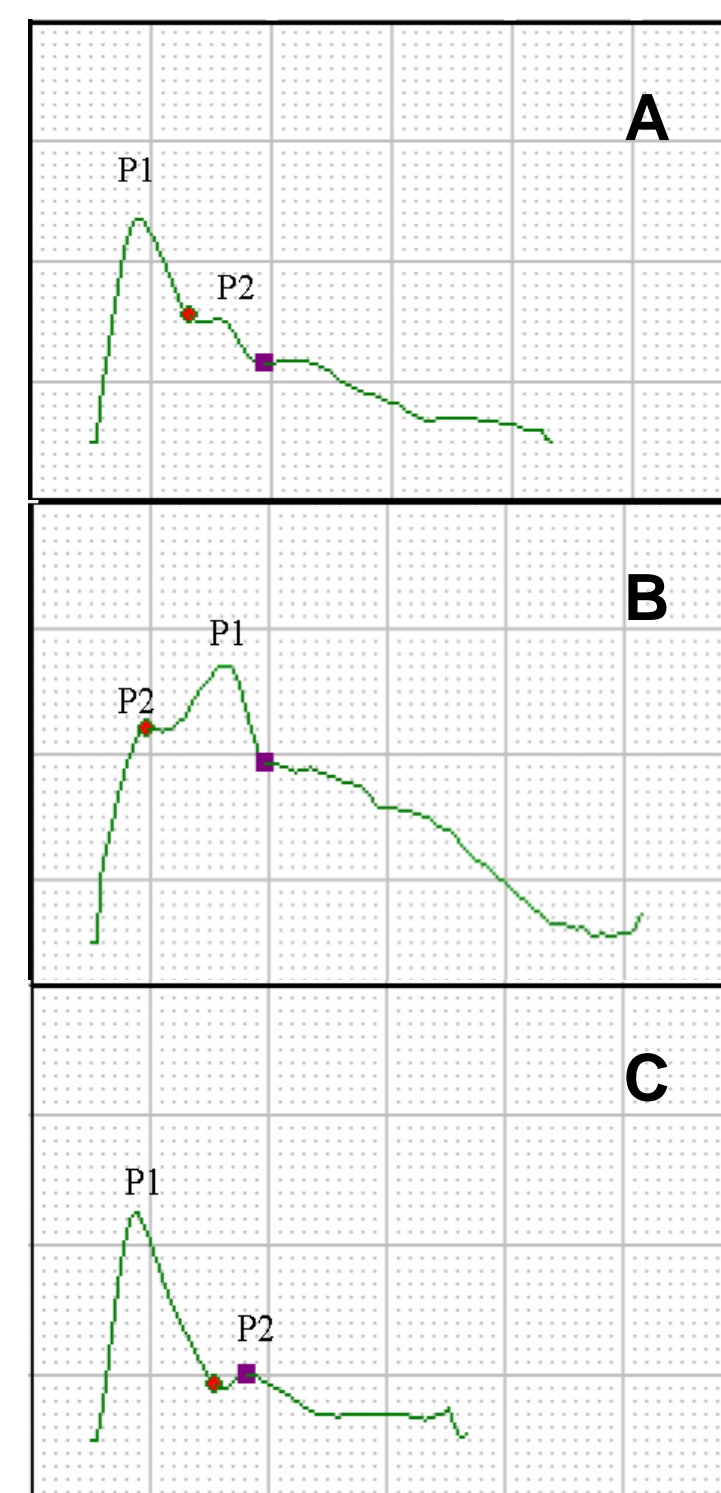


Figure 2. The typical aortic pulse waves forms according to indirect arteriography.

On axis X - time, a step = 200msec; on axis Y - pulse wave amplitude, a step = 40 mm hg. P1 - direct pulse wave peak, P2 - return pulse wave peak.

• - indicator of return pulse wave returning ;
■ - duration of left ventricular ejection period

A) healthy person
B) severe asthma exacerbation
C) severe asthma remission

Results

The aortal stiffness in asthma exacerbation was increased. It was expressed in increase of aPWV and AIx.

In all cases APWV and AIx in asthma remission essentially improved and have reached control level. Moreover, AIx in patients with remission of severe asthma was lower, than in healthy ones and in patients with remission of moderate asthma (table). The negative correlation between AIx, severity and duration of disease has been observed ($r = -0,36$ and $r = -0,44$ ($p < 0,01$)).

Table 2. Arterial stiffness in asthma patients on the data of noninvasive arteriography

	moderate asthma	severe asthma	control
aPWV, m/s	$7,47 \pm 1,2^{**}$	$10,5 \pm 1,3^{***}$	$6,2 \pm 0,5$
AIx, %	$-25,1 \pm 8,2^{***}$	$-54,3 \pm 7,8^{***, \circ \circ \circ}$	$-40,9 \pm 4,1$

In a numerator are parameters during asthma exacerbation, in a denominator - during remission. Reliability of distinctions: * - between each of groups of asthma patients and the control, ° - between the exacerbation and remission: one badge - $p < 0,05$, two - $p < 0,01$, three - $p < 0,001$.

Conclusions

Results of our investigation may be connected with developing adaptation in response to regular influences of aggressive factors on vessel walls during asthma exacerbations. Established things can occur only without any irreversible changes of arteries. Our observation can partially explain diminish of cardiovascular risk in patients without of asthma exacerbation.

References

- Schanen J.G., Iribarren C., Shahar E. et al. Asthma and incident cardiovascular disease: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Thorax*, 2005; 60(8): 633 - 638.
- Brodskaya T.A., Geltser B.I., Nevzorova V.A., Motkina E.V. Clinical-functional estimation of arterial stiffness at the bronchial asthma. *Clinical medicine*. 2007; 6 : 17-23.
- Zieman S.J., Melenovsky V., Kass D.A. Mechanisms, Pathophysiology, and Therapy of Arterial Stiffness. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2005; 5(25): 932 - 943.
- Laurent S., Cockcroft J., Van Bortel L. et al. the European Network for Non-invasive Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications *Eur. Heart J.* 2006; 27(21): 2588 - 2605.
- Arteriograph TensioClinic and its program TensioClinic. User's manual. Early diagnosis of arteriosclerosis. www.medexpert.ru