

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

АЛЕКСАНДР МИХАЙЛОВИЧ НАЗАРОВ, канд. мед. наук, зав. отделением реанимации и интенсивной терапии
ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», Оренбург, Россия, тел. 8-903-367-96-51,
e-mail: a.m.nazarow@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — выделить группы больных с наибольшей вероятностью развития инфаркта миокарда (ИМ) и имевших наибольшие затраты на лечение для эффективного и экономного проведения первичной профилактики ИМ. *Материал и методы.* По базе данных медицинской страховой компании (МСК) электронным способом обработано 5 186 056 обращений, в том числе 615 519 пациентов, обратившихся в учреждения здравоохранения области [поликлиника, скорая медицинская помощь (СМП), стационар] по поводу стенокардии, артериальной гипертензии (АГ), ИМ в течение 2012—2013 гг. Прослежена связь между стенокардией и ИМ, АГ и ИМ, прочими заболеваниями и ИМ. *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что вероятность развития ИМ у больных, обращавшихся за медицинской помощью со стенокардией, в 13 раз больше, чем у больных АГ, и в 39 раз больше по сравнению с теми, кто за медицинской помощью в учреждения здравоохранения области обращался с другими заболеваниями. Наибольшая вероятность развития ИМ среди больных со стенокардией наблюдалась в возрастных группах до 45 лет и от 45 до 59 лет. У мужчин вероятность развития ИМ была в 1,9 раза больше, чем у женщин. С увеличением числа обращений больных стенокардией в стационар и СМП возрастала вероятность ИМ и стоимость лечения. *Заключение.* С целью получения максимального клинического и экономического эффекта от первичной профилактики ИМ ее следует проводить и соответственно тратить средства в первую очередь на больных стенокардией в возрастной группе до 45 лет и от 45 до 59 лет, предпочтительно на мужчин, а также на больных, наиболее часто обращающихся за медицинской помощью по поводу стенокардии в СМП и стационар.

Ключевые слова: профилактика инфаркта миокарда, стенокардия, вероятность.

APPLYING RISK-MANAGEMENT TECHNOLOGY FOR EFFECTIVIZATION THE PRIMARY PREVENTION OF MYOCARDIAL INFARCTION

ALEKXANDER M. NAZAROV, Ph.D., Chief of Department intensive therapy, Orenburg Regional Clinical Hospital,
Orenburg, Russia, tel. 8-903-367-96-51, e-mail: a.m.nazarow@yanex.ru

Abstract. Aim. The purpose of this study is to separate groups of patients with the high risk of myocardial infarction development and high treatment cost for effective and economy primary prevention of myocardial infarction. *Material and method.* A database of health insurance company was used. We have processed 5 186 056 medical records of 615 519 patients who had sought medical advice in medical organizations (an outpatient, an inpatient department or an Emergency Call Service) for different cases including angina, arterial hypertension, myocardial infarction in 2012—2013 years. The correlations were found between angina and myocardial infarction, arterial hypertension and myocardial infarction, the other diseases and myocardial infarction. *Results.* It was found that the risk of myocardial infarction development in patients with angina was 13 times more than in patients with arterial hypertension and 39 times more than patients with the other diseases. The highest risk of myocardial infarction development was observed in age groups up to 45 years and from 45 up to 59 years. The risk of myocardial infarction development in men was 1,9 times more than in women. With more hospital admissions and ambulance call-outs of patients with angina risk of myocardial infarction development and its treatment cost increase. *Conclusion.* In order to receive maximum clinical and economic benefits from primary prevention of myocardial infarction it should be performed for patients with angina, in age up to 45 years and from 45 up to 59 years old, mostly for men, and for patients with most frequent hospital admissions and ambulance call-outs with angina.

Key words: prevention of myocardial infarction, angina, probability.

В течение ряда последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в частности инфаркт миокарда (ИМ), занимают 1-е место в общей структуре причин смертности и инвалидизации населения во всем мире [5, 7]. Это диктует исключительную важность организационных мероприятий по профилактике, раннему выявлению и адекватному лечению ССЗ; созданию

алгоритмов дифференцированного подхода к оказанию помощи на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах [6]. Результаты крупных международных исследований свидетельствуют, что осуществление профилактики больных ССЗ в соответствии с принципами, изложенными в общепринятых стандартах, позволяет добиться значительного снижения частоты сердечно-сосудистых

осложнений, а также инвалидности и смертности [9]. Однако разрыв между медицинской наукой и практической медициной продолжает сохраняться. Ряд отечественных исследований, посвященных данной проблеме в кардиологии, выявил несоответствие реальной врачебной практики международным стандартам, в частности в области профилактики и лечения ИБС [10]. В настоящее время диспансеризация как профилактическая технология имеет низкую эффективность [8], так как многие ее составляющие до конца не разработаны в организационном и методологическом плане [11].

Решение этих задач возможно с использованием методов риск-менеджмента на основе электронных баз данных медицинских страховых компаний (МСК) и фонда обязательного медицинского страхования (ОМС), которые содержат информацию о результатах работы всех учреждений здравоохранения, работающих по программе ОМС. Данная информация ежемесячно пополняется в форме подаваемых на оплату лечебно-профилактическими учреждениями персонализированных счетов-реестров. Внедрение системы управления рисками (риск-менеджмент) в здравоохранение, включающих в себя выявление, идентификацию, оценку, прогноз, профилактику рисков, мониторинг рисков событий, направлено на повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи [1]. Современный подход к управлению рисками базируется на парадигме стоимости риска [4].

Цель исследования — эффективное проведение первичной профилактики ИМ среди больных, обращающихся в учреждения здравоохранения за медицинской помощью, выделение группы больных с наибольшей вероятностью развития ИМ и имеющих наибольшие затраты на лечение.

Материал и методы. Обработано 5 186 056 обращений в лечебные учреждения области (поликлиника, скорая помощь, стационар) с различными

заболеваниями, в том числе со стенокардией, артериальной гипертонией (АГ) и ИМ, сделанных в 2012 и 2013 гг. 615 519 пациентами старше 20 лет из числа 670 000 застрахованных, имеющих полис обязательного медицинского страхования МСК «Согаз-мед», филиал в г. Оренбурге. При обработке исходных данных использовались методы линейной статистики (нахождение среднего арифметического, дисперсии, стандартного отклонения, вероятностные характеристики, такие как условная вероятность события, формула Байеса, а также параметрические и непараметрические методы сравнения (t-критерий, U-критерий Вилкоксона, критерий χ^2 Пирсона, ранговый коэффициент Спирмена) [3]. Обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica 10 (Stat Soft, Ink., США) [2]. Оценивали следующие факторы: возрастная группа, пол (переменная), наличие стенокардии, наличие АГ.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что вероятность развития ИМ у лиц, обратившихся за медицинской помощью со стенокардией, существенно больше по сравнению с теми, кто за медицинской помощью с диагнозом «стенокардия» в учреждения здравоохранения области не обращались (табл. 1). Соответственно риск развития ИМ, исходя из данных вероятности ИМ, у первых был в 39 раз больше, чем у вторых — $0,054262 : 0,001392 = 38,99$.

При анализе развития ИМ в возрастных группах до 45 лет, от 45 до 59 лет и от 60 лет и старше вероятность ИМ в каждой возрастной группе была значительно больше у больных со стенокардией, чем у лиц, не обратившихся за медицинской помощью с этим диагнозом (табл. 2). Причем вероятность развития ИМ у больных со стенокардией в группах до 45 лет и от 45 до 59 лет была максимальной.

Исходя из полученных данных, вероятность развития ИМ у больных со стенокардией и без нее (см. табл. 2): в возрастной группе до 45 лет риск

Таблица 1

Вероятность появления инфаркта миокарда при анализе пар заболеваний стенокардии и инфаркта миокарда у 615 519 пациентов

Признак	У пациента не было ИМ	У пациента был ИМ	Сумма вероятностей по строке
У пациентов не было обращений со стенокардией	0,998608	0,001392	1,000000
У пациента было хотя бы одно обращение в медицинскую организацию по поводу стенокардии	0,945738	0,054262	1,000000

Таблица 2

Вероятность появления инфаркта миокарда при анализе 3 пар признаков: возрастная группа → стенокардия → инфаркт миокарда у 615 519 пациентов

Признак 1	Признак 2	Нет инфаркта миокарда	Есть инфаркт миокарда	Всего по строке
До 45 лет	Нет стенокардии	0,99986	0,00014	1,00000
До 45 лет	Есть стенокардия	0,93038	0,06962	1,00000
45—59 лет	Нет стенокардии	0,99813	0,00187	1,00000
45—59 лет	Есть стенокардия	0,92922	0,07078	1,00000
60 лет и старше	Нет стенокардии	0,99452	0,00548	1,00000
60 лет и старше	Есть стенокардия	0,94974	0,05026	1,00000

ИМ у больных со стенокардией превышал риск ИМ у больных без стенокардии в 502 раза (0,6962 : 0,00014=502,2), в группе 45—59 лет — в 38 раз (0,07078 : 0,00187=37,8); в группе 60 лет и старше — в 9 раз (0,05026 : 0,00548=9,2).

Проведенные расчеты вероятности развития ИМ с учетом пола пациента, наличия или отсутствия обращений за медицинской помощью по поводу стенокардии показали, что как у мужчин, так и у женщин вероятность развития ИМ достоверно выше при наличии обращений по поводу стенокардии (табл. 3). При этом, исходя из данных табл. 3, вероятность развития ИМ в случае обращений со стенокардией у мужчин была в 1,9 раза больше, чем у женщин (0,07499 : 0,03989=1,9).

Расчеты вероятности развития ИМ у пациентов, обратившихся за медицинской помощью как со стенокардией, так и с АГ, только со стенокардией и только с АГ, а также при отсутствии стенокардии и АГ, выявили максимальную вероятность развития ИМ в группе больных со стенокардией и артериальной гипертонией — 5,5%, несколько меньшую в группе больных только со стенокардией — 5,4%, существен-

но меньшую в группах больных только с АГ — 0,42% и при отсутствии стенокардии и АГ — 0,12% (табл. 4). Соответственно риск развития ИМ в группе больных со стенокардией и АГ по сравнению с теми, кто со стенокардией и АГ не обращался за медицинской помощью, был в 47,4 раза больше — 0,05494 : 0,00116=47,4. Исходя из данных вероятности развития ИМ у больных стенокардией и у больных АГ (см. табл. 4), риск развития ИМ у первых в 13 раз больше, чем у вторых (0,05386 : 0,00415=12,98).

Расчет рангового коэффициента Спирмена ($r_s=0,257$) показал, что между количеством больных, обратившихся в стационар и(или) в СМП по поводу стенокардии, и теми же больными, имеющими ИМ, существует слабая, но статистически достоверная ($p<0,05$) корреляционная связь. Данный факт означает, что с ростом числа обращений больного в стационар и СМП увеличивается риск развития ИМ. Вероятно, это связано с тем, что данные больные более тяжелые и соответственно требуют большего внимания в поликлинике при первичной профилактике ИМ. По табл. 5 были выбраны больные с числом обращений в СМП и стационар 5 и более раз.

Таблица 3

**Вероятность появления инфаркта миокарда при анализе 3 пар признаков:
пол пациента → стенокардия → инфаркт миокарда у 615 519 пациентов**

Признак 1	Признак 2	Нет инфаркта миокарда	Есть инфаркт миокарда	Всего по строке
Мужской	Нет стенокардии	0,99817	0,00183	1,00000
Мужской	Есть стенокардия	0,92501	0,07499	1,00000
Женский	Нет стенокардии	0,99893	0,00107	1,00000
Женский	Есть стенокардия	0,96011	0,03989	1,00000

Таблица 4

**Вероятность появления инфаркта миокарда при анализе 3 пар признаков:
гипертония → стенокардия → инфаркт миокарда у 615 519 пациентов**

Признак 1	Признак 2	Нет инфаркта миокарда	Есть инфаркт миокарда	Всего по строке
Нет АГ	Нет стенокардии	0,99884	0,00116	1,00000
Нет АГ	Есть стенокардия	0,94614	0,05386	1,00000
АГ есть	Нет стенокардии	0,99585	0,00415	1,00000
АГ есть	Есть стенокардия	0,94506	0,05494	1,00000

Таблица 5

**Финансовые затраты в группах больных стенокардией в зависимости
от количества вызовов скорой медицинской помощи и числа госпитализаций в стационар**

Номер группы	Количество больных	Число обращений на 1 больного	Число обращений на всех больных	Сумма затрат средств ОМС на всех больных в руб.	Средние затраты на 1 больного в группе в руб.
1	15 713	1	15 713	48 898 912,70	3 112,00
2	6 961	2	13 922	44 427 908,99	6 382,40
3	3 774	3	11 322	32 129 938,72	8 513,50
4	2 459	4	9 836	23 949 451,44	9 739,51
5	1 656	5	8 280	19 213 672,99	11 602,46
6	1 211	6	7 266	15 611 547,53	12 891,45
7	881	7	6 167	13 183 588,40	14 964,35
8	668	8	5 344	10 309 024,01	15 432,67
9	492	9	4 428	8 199 419,89	16 665,49
10	421	10	4 210	6 346 842,85	15 075,64
11	1 364	11—20	18 587	30 066 724,53	22 043,05
12	201	21—30	4 664	6 651 168,92	33 090,39
13	25	31—40	833	1 101 659,47	44 066,38
14	9	41—50	396	534 157,10	59 350,79
15	3	51—60	153	3 828,87	1 276,29
16	3	61—70	180	386 088,34	128 696,11
17	3	более 70	484	777 399,36	259 133,12

Таких больных оказалось 6 934, что составило 19% от общего числа больных стенокардией. Но на этих больных было потрачено 57% (149 406 209 руб.) всех финансовых средств, которые заплатило МСК за два года за своих застрахованных граждан, пролеченных в СМП и стационарах области по поводу стенокардии. Таким образом, можно выделить наиболее финансово затратные группы больных стенокардией и концентрировать на них усилия по профилактике ИМ. С увеличением числа обращений больных в стационар и СМП существенно росли затраты на лечение как на одного, так и на всех больных группы.

Выводы:

1. Вероятность развития ИМ у больных, обращающихся в лечебно-диагностические учреждения по поводу стенокардии, достаточно высока — 5,4%, она возрастает до 5,5% при обращении больных как со стенокардией, так и с АГ, и значительно меньше у пациентов, обратившихся только с АГ — 0,42%, и особенно низка у больных, не обращающихся за медицинской помощью ни со стенокардией, ни с АГ — 0,12%.

2. Риск развития ИМ у больных стенокардией, а также со стенокардией и артериальной гипертензией в десятки раз, а в возрасте до 45 лет в сотни раз больше по сравнению с теми пациентами, которые не обращаются в лечебно-диагностические учреждения с этими диагнозами.

3. У мужчин, обращающихся за медицинской помощью с диагнозом «стенокардия», вероятность развития ИМ в 1,9 раза больше, чем у женщин, обращающихся в лечебные учреждения с тем же диагнозом.

4. С целью получения максимального клинического и экономического эффекта от первичной профилактики ИМ ее следует проводить в первую очередь больным стенокардией, среди них в возрастной группе до 45 лет и от 45 до 59 лет, предпочтительно мужчинам, а также больным наиболее часто обращающимся за медицинской помощью по поводу стенокардии в СМП и стационар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурькин, И.М. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи / И.М. Бурькин, Г.Н. Алеева, Р.Х. Хафизьянова // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 1. — URL: www.science-education.ru/107-8463 (дата обращения: 23.07.2014).
2. Боровиков, В.П. Статистика. Искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов / В.П. Боровиков. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 688 с.
3. Закс, Л. Статистическое оценивание / Л. Закс. — М.: Статистика, 1976. — 598 с.
4. Иванов, А.А. Риск-менеджмент: учеб.-метод. комплекс / А.А. Иванов, С.Я. Олейников, С.А. Бочаров. — М.: Издат. центр ЕАОИ, 2008. — 193 с.
5. Оганов, Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX столетия: тенденции, возможные причины, перспективы / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиология. — 2000. — № 6. — С.4—8.
6. Самородская, И.В. Сердечно-сосудистая заболеваемость и факторы риска сердечно-сосудистых событий в РФ: ч. II / И.В. Самородская // Кардиоваскуляр-

ная терапия и профилактика. — 2005. — № 3. — С.94—100.

7. Чазов, Е.И. Инфаркт миокарда: прошлое, настоящее и некоторые проблемы будущего / Е.И. Чазов // Сердце. — 2002. — № 1. — С.6—8.
8. Чазова, И.Е. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии / И.Е. Чазова // Consilium Medicum. Приложение. — 2001. — № 5. — С.11—19.
9. Явелов, И.С. Применение бета-адреноблокаторов при сердечно-сосудистых заболеваниях: современные рекомендации / И.С. Явелов // Consilium Medicum. — 2005. — № 11. — С.945—956.
10. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study / E. Benjamin, D. Levy, S. Vaziri [et al.] // JAMA. — 1994. — Vol. 271. — P.840—844.
11. Dubus, I. Origin and mechanisms of heart failure in hypertensive patients: left ventricular remodelling in hypertensive heart disease / I. Dubus, J.L. Samuel, W.B. Swynghedau // Eur. Heart J. — 1993. — № 14. — P.76—81.

REFERENCES

1. Burykin, I.M. Upravlenie riskami v sisteme zdavoohraneniya kak osnova bezopasnosti okazaniya medicinskoj pomoschi [Risk management in the healthcare system is a basis for the safety of delivery of health care] / I.M. Burykin, G.N. Aleeva, R.H. Hafiz'yanova // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and education]. — 2013. — № 1. — URL: www.science-education.ru/107-8463 (data obrascheniya: 23.07.2014).
2. Borovikov, V.P. Statistika. Iskusstvo analiza dannyh na komp'yutere: dlya professionalov [Statistica. The art of data analysis on a computer: for the experts] / V.P. Borovikov. — 2-e izd. — SPb.: Piter, 2003. — 688 s.
3. Zaks, L. Statisticheskoe ocenivanie [Statistical estimation] / L. Zaks. — M.: Statistika, 1976. — 598 s.
4. Ivanov, A.A. Risk-menedzhment: ucheb.-metod. kompleks [Risk management. Teaching materials] / A.A. Ivanov, S.YA. Oleinikov, S.A. Bocharov. — M.: Izd. centr EAOI, 2008. — 193 s.
5. Oganov, R.G. Serdechno-sosudistye zabolevaniya v Rossiiskoi Federacii vo vtoroi polovine XX stoletiya: tendencii, vozmozhnye prichiny, perspektivy [Cardiovascular diseases in Russian Federation in the latter half of the 20th century: tendencies, potential causes, perspectives] / R.G. Oganov, G.Ya. Maslennikova // Kardiologiya [Cardiology]. — 2000. — № 6. — S.4—8.
6. Samorodskaya, I.V. Serdechno-sosudistaya zabo-levaemost' i faktory riska serdechno-sosudistyh sobytii v RF: ch. II [Cardiovascular morbidity and risk factors for cardiovascular events in Russian Federation] / I.V. Samorodskaya // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]. — 2005. — № 3. — S.94—100.
7. Chazov, E.I. Infarkt miokarda proshloe, nastoyashee i nekotorye problemy budushego [Myocardial infarction — the past, the present and some future challenges] / E.I. Chazov // Serdce [Heart]. — 2002. — № 1. — S.6—8.
8. Chazova, I.E. Sovremennye podhody k lecheniyu arterial'noi gipertonii [The modern approaches to the treatment of arterial hypertension] / I.E. Chazova // Consilium Medicum. Prilozhenie [Consilium Medicum. Appendix]. — 2001. — № 5. — S.11—19.
9. Yavelov, I.S. Primenenie beta-adrenoblokatorov pri serdechno-sosudistyh zabolevaniyah: sovremennye rekomendacii [The beta-adrenergic blocking agents in cardiovascular diseases: the up-to-day guidance] /

- I.S. Yavelov // *Consilium Medicum* [Consilium Medicum]. — 2005. — № 11. — S.945—956.
10. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study / E. Benjamin, D. Levy, S. Vaziri [et al.] // *JAMA*. — 1994. — Vol. 271. — P.840—844.
11. *Dubus, I.* Origin and mechanisms of heart failure in hypertensive patients: left ventricular remodelling in hypertensive heart disease / I. Dubus, J.L. Samuel, W.B. Swynghedau // *Eur. Heart J.* — 1993. — № 14. — P.76—81.

Принята 16.12.2014

© С.А. Осипов, И.Ю. Малышева, З.М. Берхеева, 2015
УДК 614.2(470.41):616-057-082

ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

СЕРГЕЙ АЛЬБЕРТОВИЧ ОСИПОВ, канд. мед. наук, зам. министра здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия

ИРИНА ЮРЬЕВНА МАЛЫШЕВА, начальник Управления лечебной и профилактической помощи Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

ЗУХРА МИНДИЯРОВНА БЕРХЕЕВА, канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены, медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-905-310-74-46, e-mail: kgmu_profpat@mail.ru

Реферат. Цель исследования — изучить организацию профпатологической службы в Республике Татарстан. **Материал и методы.** Проведен анализ нормативных документов, касающихся организации профпатологической помощи. **Результаты и их обсуждение.** Основы организации профпатологической помощи работающим в Республике Татарстан были заложены в 1958 г., когда начали осуществляться первые консультации больных профессиональными заболеваниями. Первые 10 коек были выделены для больных профзаболеваниями на базе терапевтического отделения Городской больницы № 12 г. Казани в 1959 г., впоследствии преобразованные в самостоятельное отделение на 40 коек. В 1989 г. МЗ РТ было принято решение о создании Республиканского центра профессиональной патологии. Сегодня Центр профпатологии представлен круглосуточным стационарным отделением на 45 коек, 15-коечным дневным стационаром, амбулаторным приемом диспансерных больных. В республике создана современная профпатологическая служба, предусматривающая оказание первичной медико-санитарной помощи работающим с вредными производственными факторами и на вредных работах, и специализированной помощи в условиях Центра профпатологии. Доказана оптимальность сотрудничества Центра профпатологии и профильной кафедры медицинского университета, позволившая обеспечить преемственность оказания профпатологической помощи, внедрить автоматизированную информационную систему учета с формированием регистра больных, организовать дополнительное профессиональное образование по профпатологии.

Ключевые слова: профпатологическая служба, периодические медицинские осмотры, Центр профпатологии.

OCCUPATIONAL PATHOLOGY SERVICES IN TATARSTAN: PAST AND PRESENT

SERGEY A. OSIPOV, Ph.D., Deputy of Minister of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

IRINA YU. MALYSHEVA, Head of the treatment and prevention of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

ZUKHRA M. BERKHEEVA, M.D., associate professor of Department of hygiene and occupational health SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-905-310-74-46, e-mail: kgmu_profpat@mail.ru

Abstract. The aim of the research is to study the organization of occupational pathology services in the Republic of Tatarstan. **Material and methods.** The analysis of normative documents concerning the organization of occupational pathology services. Results and discussion. Fundamentals of occupational pathology workers in the Republic of Tatarstan were laid in 1958, when the first medical advices for occupational diseases performed. The first ten beds were in therapeutic department of city hospital number 12. In 1989 MOH had decided to establish a National Center of occupational pathology. Today the center has 60 beds. Nowadays occupational pathology services provides primary health care to patients working in harmful production factors and conditions, and specialized health care in a center of pathology. Cooperation between the Centre and chair of occupational medicine of the Medical University, enabling continuity of treatment, assistance to implement a computerized accounting information system with the formation of the register of patients, organize additional professional education about occupational diseases.

Key words: occupational pathology service, periodic medical examinations, occupational pathology Centre.

Республика Татарстан (РТ) является одним из крупнейших промышленных регионов Российской Федерации.

Основы организации профпатологической помощи работающим в РТ были заложены в 1958 г., когда начали осуществляться первые консультации больных профессиональными заболеваниями (ПЗ). В 1959 г. были выделены первые 10 коек для

больных ПЗ на базе терапевтического отделения Городской больницы № 12 г. Казани, впоследствии преобразованные в самостоятельное отделение на 40 коек [1].

Первой заведующей отделением профпатологии стала Н.И. Фатеева, проработавшая в этой должности с 1961 по 1979 г. В штате отделения были предусмотрены ставка врача-терапевта, невропа-