

ОТЧЁТ О РАБОТЕ

врача-офтальмолога поликлиники №3
Фролова Виктора Маркеловича,

представляемый в аттестационную комиссию
Министерства Здравоохранения
Республики Карелия

на очередную переаттестацию
за три года: 2004 – 2006 гг.

Петрозаводск, 2007 г.

Кабинет окулиста Фролова Виктора Маркеловича в поликлинике №3 (МУП №3 для взрослого населения) работает по режиму работы всех отделений и кабинетов данного учреждения, посменно (I-я смена: с 8 до 14 ч., II-я смена: с 13 до 19 ч.), с чередованием смен по чётным и нечётным числам, что удобно для населения. Обслуживается население бывшего Октябрьского района Петрозаводска с прилежащими и прикрепленными микрорайонами (в общей сложности более 30 тысяч человек). Кроме того, с января 2001 года ко мне прикрепил диспансерных больных Соломенного, с ежемесячным выездом в Соломенский филиал, что увеличило нагрузку. Следует учесть, что больные в Соломенном – хронические, с тяжёлым течением заболеваний глаз, часто требуют стационарного (и оперативного) лечения, а в глазном отделении очередь на госпитализацию.

Кабинет оборудован полностью, есть щелевая лампа. Медсестра работает постоянно.

Приём диспансерных больных с глаукомой – среда, еженедельно. Есть дежурные дни (суббота – 1, иногда 2 раза в месяц) – дни с приёмом неотложных больных всего города.

Работаю врачом с 7 августа 1963 года, сразу после окончания 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова по специальности «Лечебное дело». По распределению направлен с семьёй в Петрозаводск. Почти 3,5 года работал участковым врачом-терапевтом поликлиники №3.

После первичной специализации на базе глазного отделения городской больницы Петрозаводска с 1-го декабря 1966 года приступил к работе в качестве окулиста поликлиники №3.

В период с сентября 1967 года по декабрь 1971 года закончил заочную аспирантуру по офтальмологии на кафедре глазных болезней 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова (кандидатская диссертация

завершена, но не защищена по независящим от меня обстоятельствам).

В поликлинике №3 работаю с небольшим перерывом (3 года преподавал глазные болезни в Петрозаводском медицинском училище {1975–1978 гг.}, оставаясь совместителем в поликлинике) с 7 августа 1963 года по настоящее время.

С апреля 1981 года имею I^o врачебную квалификационную категорию по офтальмологии, а с декабря 2002 года – высшую категорию.

В период 1991–1996 гг. исполнял обязанности *главного внештатного офтальмолога города*.

Я являюсь все годы членом Офтальмологического общества Карелии, многие годы был членом правления общества, неоднократно готовил доклады и демонстрации с клиническим обсуждением больных на заседаниях общества. Участвовал в республиканских конференциях.

Награждён медалью «Ветеран труда» России. В своей повседневной работе применяю многие научные разработки, которые получаем и на заседаниях офтальмологического общества под руководством доцента ПГУ Ф. А. Мисюна, и главного офтальмолога РК В. Г. Звира, и из периодической учёбы, и из научной и периодической литературы по офтальмологии, и собственного опыта. Например, при наличии коррекции, особенно у лиц молодого возраста, использую свой собственный научный материал и опыт, учитываю объём аккомодации. Часто назначаю тренировки аккомодационной мышцы, что уменьшает утомляемость зрения, даёт лучший эффект от рациональной коррекции и увеличивает работоспособность больных, особенно в наш век всё большей компьютеризации. Много занимаюсь сохранением и улучшением зрения у больных с амблиопией (рациональная коррекция, тренировки хуже видящего глаза).

Занимаюсь с группой больных с катарактой, которым по состоянию зрения и общего здоровья не положена операция, провожу им консервативное лечение. Эта терапия включает:

- рациональную коррекцию для дали и для чтения и работы;
- нормализацию освещения в быту и на работе;
- закапывание глазных капель типа тауфона, офтан катахрома и подобных;
- назначение (если нет противопоказаний) препаратов комплекса «Аевит»;
- общее оздоровление организма.

Владею (и применяю их) всеми амбулаторными методиками исследования, диагностики и лечения больных с заболеваниями органов зрения, включая биомикроскопию и др. Участвую в консультациях главного офтальмолога РК В. Г. Звира.

Принимаю участие в поликлинических конференциях. Ранее выполнял все врачебные 35-часовые программы по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям.

Занимаюсь санит.-просвет. работой для профилактики заболеваний и травм, ожогов глаз, первой доврачебной помощи при них, пропагандой здорового образа жизни (и валеологии). Особо изучаются вопросы течения и профилактики заболевания органов зрения у пожилых лиц (согласно принципам геронтологии). При этом обнаружено много особенностей и закономерностей, которые учитываю при лечении больных пожилого возраста.

Занимаюсь и профориентацией выпускников школ с целью привлечь их к обучению медицинским профессиям (во время ежедневной работы, профосмотров поступающих и др.)

Офтальмологическая помощь оказывается в кабинете площадью более 18 м². Кабинет оснащён кварцевой лампой; сан.-эпид. режим строго соблюдается.

Показатели работы

Нагрузка

Период	2006 г.	2005 г.	2004 г.
Нагрузка, человек			
Принято всего больных	5387	4404	4909
Из них по заболеванию	4923	4378	4852
Принято по платн. услугам	2426	994	890
Вызовы на дом	27	33	57
Отработано дней	195	166	199
Среднедневная нагрузка	27,6	26,5	25,0
Нагрузка в час (плановая: 6,0 чел. в час)	5,0	4,9	4,9
Глаукомных дней	38	28	38
Функция врачебной должности			
Плановая, человек	6250	7250	6500
Процент выполнения	86,2%	60,0%	76,0%

Вызовы на дом осуществляются 1-2 раза в неделю, и как будет выделен нам транспорт (по назначению терапевтов, для оформления пациентов МСЭК, неотложные заболевания и др.). Кроме того, осматриваются некоторые группы инвалидов I^й гр., участников ВОВ, диспансерных нетранспортабельных больных и др., особенно в Соломенном.

В последние годы сняты осмотры подростков (с переводом их до 18-летнего возраста для обслуживания в детские поликлиники).

Уменьшается число обследуемых профилактически в связи с уменьшением числа предприятий и с расширением перечня и объёма платных услуг в здравоохранении. Также сильно выросла

(в 2006 г.) нагрузка для осмотра населения по национальному проекту правительства по здравоохранению.

Консультативная помощь

Консультации в плановом порядке (и в неотложных случаях) – заведующий глазным отделением гл. офтальмолог РК В. Г. Звир.

Также больных консультирует фтизиоокулист М. С. Мустаева. В сложных нетипичных и неясных в диагностическом отношении случаях глаукомы большую консультативную помощь оказывает заведующая республиканским антиглаукоматозным кабинетом В. Ф. Савельева.

Контролирующую функцию осуществляет строго ежемесячно врач страховой компании «Петромед» Н. Ф. Тюрева.

Направлялись сложные больные (онкологические больные, с отслойкой сетчатки, тяжёлыми ранениями глаза и др.) в Москву и Санкт-Петербург для консультации и дальнейшего оперативного лечения по разрешению главного офтальмолога РК В. Г. Звира. С каждым годом таких больных становится всё меньше из-за улучшения офтальмологической больницы и курса глазных болезней ПГУ под руководством доцента Ф. А. Мисюна.

Много консультирует больных председатель офтальмологической МСЭК Е. А. Просянок (предварительное обсуждение больных перед направлением их на освидетельствование в МСЭК).

Показатели консультаций (в цифрах)

Период	2006 г.	2005 г.	2004 г.
Число консультаций, человек			
Зав. глазн. отд. В. Г. Звира	80	59	31
Фтизиоокулиста М. С. Мустаевой	12	10	10

Иногородних консультаций	3	4	5
--------------------------	---	---	---

Госпитализация за 2004 – 2006 гг.

Госпитализация больных с заболеваниями глаз осуществляется в глазное отделение Республиканской больницы.

Период	2006 г.				2005 г.				2004 г.			
	Нуж- да- лось	Госпитализировано			Нуж- да- лось	Госпитализировано			Нуж- да- лось	Госпитализировано		
		Все- го	Н / труд.	Пл. экстр.		Все- го	Н / труд.	Пл. экстр.		Все- го	Н / труд.	Пл. экстр.
Ката- ракта	19	19	17	19	10	10	4	10	20	20	2	20
Глау- кома	6	6	5	5	6	6	3	6	9	9	7	9
Дегенер. сетчатки	16	16	12	16	16	16	2	16	12	12	2	12
Травмы	3	3	2	1	3	3	1	2	2	2	2	–
Прочие	5	5	2	5	8	8	5	8	8	8	3	8
Всего	49	49	38	46	43	43	16	42	51	51	16	49

Отказа больных от госпитализации не было (надо психологически и обоснованно подготовить больных к необходимости госпитального {возможно, оперативного} лечения данного заболевания органов зрения).

Расхождений диагнозов со стационаром не было.

Очередь на оперативное лечение (в основном, катаракты) сократилась с 2-х лет до 11–12 месяцев.

По неотложным показаниям больные госпитализируются вне очереди. С кератитами госпитализировались только тяжёлые герпетические, глубокие (и травматические) кератиты с осложнениями (гипомион и др.). Лечились больные и в иногородних клиниках (Москва и др.) с разрешения главного офтальмолога Карелии В. Г. Звира.

Амбулаторные хирургические операции (удаление папиллом, осложнённых халазиона и др.) производились в глазном отделении по записи.

Период	2006 г.	2005 г.	2004 г.
Удаление инородных тел из роговицы (в т.ч. глубоких)	80 чел.	59 чел.	31 чел.

Глубокие инородные тела приходится иногда удалять с применением глазного ручного магнита.

Отчёт по заболеваемости за 2004 – 2006 гг.

№	Период Заболевание	2006 г.			2005 г.			2004 г.		
		Число слу-чаев	Кол-во дней	Средн. длит. случая	Число слу-чаев	Кол-во дней	Средн. длит. случая	Число слу-чаев	Кол-во дней	Средн. длит. случая
1	Конъюнктивит Н10	23	147	6,3	23	161	7,0	28	201	7,2
2	Кератит Н16	9	90	10,0	2	45	22,5	6	167	27,8
3	Ячмень, халазион Н00.1	30	178	5,9	20	123	6,1	20	136	6,8
4	Склерит, эписклерит Н15 Н15	2	17	8,5	2	11	5,5	2	26	13,0
5	Ирит, ириде-циклит, увеит Н20 Н20	4	140	35,0	2	92	46,0	—	—	—
6	Проникающее ранение S05.6 S05.4	1	123	123,0	—	—	—	—	—	—
7	Непроникающее ранение S05.8 S05.3	9	66	7,3	6	44	7,3	6	40	6,6

№	Период Заболевание	2006 г.			2005 г.			2004 г.		
		Число	Кол-	Средн.	Число	Кол-	Средн.	Число	Кол-	Средн.

		случа- ев	во дней	длит. случая	случа- ев	во дней	длит. случая	случа- ев	во дней	длит. случая
8	Иностранное тело роговицы, травм. эрозии и др. T15.0	14	68	4,8	20	115	5,7	17	109	6,4
9	Электроофтальмия T26.0	4	7	1,7	2	2	1,0	2	2	1,0
10	Ожоги глаз T26	4	29	7,2	2	10	5,0	2	14	7,0
11	Дегенерация сетчатки H35.3 H36.0	1	17	17,0	—	—	—	1	20	20,0
12	Оперир. отслойка сетчатки H33.0 H27	3	237	79,0	—	—	—	—	—	—
13	Оперир. миопия H52.1	—	—	—	1	21	21,0	1	67	67,0
14	Оперир. новообра- зование S69	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Тромбоз ЦВС, наруш. кровообр. сетчатки H34.8 H35.6	1	62	62,0	—	—	—	—	—	—
16	Контузия глаза H05.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Хориоретинит H30.0	1	40	40,0	—	—	—	—	—	—
18	Оперир. глаукома H40.1	1	36	36,0	2	87	43,5	1	77	77,0
19	Гемофтальм H44.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	Анофтальм H59	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	Оперир. катаракта H5.2	2	94	47,0	2	119	59,5	2	76	38,0
22	Прочие болезни глаз H57.0	4	16	4,0	1	5	5,0	2	21	10,5
	Всего	113	1367	15,6	85	835	9,8	91	987	18,4

Распределение заболеваемости с временной нетрудоспособностью по длительности (б/л)

Период	2006 г.	2005 г.	2004 г.
До 3 ^{-х} дней	15	6	5
До 6 ^{-ти} дней	43	26	27
До 10 дней	24	35	43
До 15 дней	16	11	7
До 1 ^{-го} месяца	4	3	3
До 2 ^{-х} месяцев	7	4	3
До 3 ^{-х} месяцев	2	—	3
До 4 ^{-х} месяцев	2	—	—
Свыше 4 ^{-х} месяцев	—	—	—
Всего	113	85	91
Первичных б/л	87	77	76
Повторных б/л	26	8	16
Дубликат	—	—	—

Отчёт по травматизму за 2004 – 2006 гг.

Период	2006 г.				2005 г.				2004 г.			
	Про-изв.	Быто-вые	Все-го	Из них с б/л	Про-изв.	Быто-вые	Все-го	Из них с б/л	Про-изв.	Быто-вые	Все-го	Из них с б/л
Инород-ное тело рого-вицы	20	47	67	14/68 дн.	18	54	72	20/115 дн.	31	14	45	17/109 дн.
Непро-никающ. ранение	2	9	11	9/66	—	8	8	5/36	1	7	8	6/40
Прони-кающее ранение	1	—	1	1/123	—	2	2	—	—	—	—	—
Ожоги	—	5	5	—	—	4	4	2/10	—	3	3	2/14
Электро-офталь-мия	4	—	4	4/7	3	—	3	3/3	2	1	3	2/2
Конту-зия глаза	—	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Пост-травмат. гемато-ма и др.	—	2	2	—	—	—	—	—	—	9	9	—
Прочие травмы	—	2	2	—	—	6	6	—	3	2	5	—
Всего	27	67	94	28/264	21	74	95	30/164	37	38	75	27/165
Удалено инород-ных тел из рого-вицы	48				57				59			

Год от года отмечается небольшой рост заболеваемости нарушением кровообращения в сетчатке, что отражает общую тенденцию к учащению (увеличению) сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (показатель ухудшения общей демографической и социально-экологической ситуации в России последних лет). Недаром правительство объявило одним из национальных приоритетов сохранение и укрепление здоровья населения страны. Неплохо было бы ещё в дополнение к этому решению укрепить, расширить кадры специалистов, снизив их нормативы врачебных приёмов, а не только укрепив участковую терапевтическую службу.

Длительность лечения травм часто объясняется несвоевременностью обращения пострадавшего к врачу: не отпустили с работы; отсутствие врача-окулиста на предприятии (даже крупном), а зачастую отсутствует в эту смену окулист и в поликлинике по месту жительства; недостаточность информированности населения о том, куда сразу же обратиться больному при травме; дальность расположения места работы от поликлиники; иногда злоупотребления алкогольными напитками и др.

Возрастает количество больничных листов по операциям по поводу катаракты, т.к. много пациентов трудоспособного возраста оперируются с применением интраокулярных линз, что улучшает их прогноз и восстанавливает работоспособность.

Средняя длительность пребывания на больничном листе с воспалительными заболеваниями конъюнктивы, роговицы, придатков глаза, век не превышает среднестатистических величин по Карелии и России (11–14 дней).

Случаев перевода на инвалидность сразу после временной нетрудоспособности (б/листа) ежегодно немного: 1–3 случая (и то только по потере профессии и по производственной травме: как правило, III^я группа).

Следует отметить, что за эти 3 года ни после заболевания, ни после травм ни у одного больного не наступило полной абсолютной слепоты.

Экспертиза временной нетрудоспособности регулярно и строго проверяется КЭК во главе с зам. глав. врача Усачёвой Г. А. (согласно инструкциям), и контролируется врачом «Петромед» Н. Ф. Тюревой.

Все первичные больные для МСЭК предварительно обсуждаются с председателем глазной МСЭК Е. А. Просянок.

Усиление группы инвалидности также проводится с ведома специализированной офтальмологической МСЭК.

Экспертиза врем. нетрудоспособности (КЭК и МСЭК)

Период	2006 г.		2005 г.		2004 г.	
Кол-во больных, направл. в КЭК, чел.	41		36		32	
Кол-во больных, направл. на МСЭК, чел.	29		22		24	
	Из них		Из них		Из них	
	Перв.	Повт.	Перв.	Повт.	Перв.	Повт.
	12	17	9	13	8	16

Результаты МСЭК

Период	2006 г.		2005 г.		2004 г.	
Определена группа инвалидности по зрению , чел.						
I гр.	4		2		3	
II гр.	19		15		17	
III гр.	6		5		4	
Всего	29		22		24	

Все инвалиды по зрению направляются и регистрируются в городском обществе (ВОС), проводится (по возможности) медико-социальная реабилитация согласно рекомендаций МСЭК и поддерживающая и стимулирующая остаточное зрение терапия, часто в дневном стационаре глазного отделения Республиканской больницы. Как и все инвалиды, люди получают санаторно-курортное лечение. Кроме того, согласно законодательству, со справкой КЭК они получают радиоприёмник, опорную трость и др.

Диспансеризация за 2004 – 2006 гг.

Диспансерному наблюдению подлежат больные с глаукомой, осложнённой близорукостью, последствиями проникающих ранений глаза, пигментной дегенерацией сетчатки и др.

Основной контингент диспансерных больных составляют больные с глаукомой, потому что эта болезнь до сих пор часто является причиной неизлечимой (часто – двухсторонней) слепоты.

Осмотр на глаукому в настоящее время производится поголовно всем пациентам старше 40 лет (по показаниям – в «группах риска» – и более молодым), не реже, чем 1 раз в год, особенно, по программе «национального проекта» по здравоохранению.

ВГД измеряется всем впервые обратившимся в поликлинику по любому поводу. Следует отметить, что ежегодно осматривается не менее 2500–3000 человек; процент выявляемости первичной глаукомы равен 0,8%–1,5% (в прежние десятилетия он был равен 0,5%). Это говорит не только об улучшении диагностики, аппаратуры, но и об ухудшении медико-социальной обстановки с показателями здоровья (что отражается и во всей России, и в Карелии – как северном регионе – в особенности).

Ежегодно регистрируются 8–17 первичных больных с глаукомой.

Диспансерное наблюдение за 2004 – 2006 гг.

Заболевание	Состояло на 01.01.06	Не наблюдалось	Взято в отчётном году			Снято		Состоит на 01.01.07	Кол-во явок	ГДУ	
			Всего	С +	По нац. проекту	Всего	С излеч.			2	3
<i>2006 г., чел.</i>											
Глаукома	202	49	16	14	–	3	–	215	518	–	215
Другие заболевания глаза	3	–	–	–	–	–	–	3	11	–	3
Всего	205	49	16	14	–	3	–	218	529	–	218
<i>2005 г., чел.</i>											
Глаукома	200	63	13	9	–	11	–	202	271	–	202
Др. заболе- вания глаза	2	–	1	–	–	–	–	3	6	–	3
Всего	202	63	14	9	–	11	–	205	277	–	205
<i>2004 г., чел.</i>											
Глаукома	201	25	14	11	–	15	–	200	541	–	200
Др. заболе- вания глаза	3	–	–	–	–	1	–	2	5	–	2
Всего	204	25	14	11	–	16	–	202	546	–	202

Умерло – 5; переведено в другой район – 10, к врачу Д. К. Ковалёвой – 1 (чел.)

Показатели эффективности и качества диспансеризации

Заболевание	Средн. число набл.	Имели обостр.		Нетрудоспособность по осн. заболеванию			Эффективность			Полнота охвата	Своевременность взятия	Госпитализация		СКЛ		Проф. лечение	
		Всего	%	Случ.	Дни	Средн. прод.	Улучш.	Ухудш.	Без изм.			Н	П	Н	П	Н	П
<i>2006 г., чел.</i>																	
Глаукома	205	9	4,4%	1	36	36,0	11	9	185	97%	100%	9	9	–	–	201	148
<i>2005 г., чел.</i>																	
Глаукома	159	8	5,0%	3	108	36,0	9	8	142	98%	100%	8	8	–	–	190	168
<i>2004 г., чел.</i>																	
Глаукома	193	14	7,2%	4	219	54,7	8	14	171	97%	100%	14	14	–	–	193	182