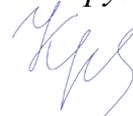


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПРИВОЛЖСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Красильникова Ольга Николаевна

**Научное обоснование совершенствования организации косметологической
помощи по направлению: ботулинотерапия возрастных изменений
кожи верхней половины лица**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

14.01.10 – Кожные и венерические болезни

Диссертация

на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Позднякова Марина Александровна

доктор медицинских наук, профессор

Олисова Ольга Юрьевна

Нижний Новгород - 2021

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	
	17
1.1 Косметология как самостоятельное направление отрасли здравоохранения.....	17
1.2 Нормативно-правовые основы организации косметологической помощи в Российской Федерации.....	22
1.3 Место ботулинотерапии в оказании амбулаторной косметологической помощи.....	30
1.4 Социально-гигиенические исследования и оценка качества жизни пациентов косметологического профиля.....	34
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	
	39
2.1 Общая организация исследования.....	39
2.2 Статистическая обработка данных.....	44
ГЛАВА 3. МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗРОСЛОЙ ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ПРОФИЛЮ «КОСМЕТОЛОГИЯ».....	
	48
3.1 Медико-статистическая характеристика взрослой популяции и деятельности медицинских организаций Нижегородской области по специальности «косметология» - как организационно-методическая проблема.....	48
3.2 Общие статистические подходы к анализу деятельности медицинской организации косметологического профиля.....	51
3.3 Уровень, структура и динамика обращаемости в косметологическую поликлинику по данным трехлетних наблюдений.....	54
3.4 Статистический анализ оказания услуг инъекционной терапии возрастных изменений кожи лица косметологической поликлиникой.....	59

ГЛАВА 4. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.....	64
4.1 Социально-демографическая характеристика.....	64
4.2 Некоторые особенности условий и образа жизни, состояния здоровья пациентов косметологической поликлиники.....	68
4.3 Изучение способов и методов ухода, состояния кожи лица пациентов косметологической поликлиники.....	75
ГЛАВА 5. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ «БОТУЛИНОТЕРАПИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА».....	82
5.1 Применение алгоритма коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом ботулинического токсина типа А для упорядочивания выполнения услуги.....	83
5.2 Методика оценки по шкале «Гармоничное лицо».....	88
5.3 Совершенствование ведения и форм учетной документации.....	92
5.4 Программа для ЭВМ «Оценка качества ботулинотерапии мимических морщин» на основе математической модели оценки эффективности ботулинотерапии.....	95
5.5 Результаты оценки удовлетворенности пациентов качеством ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица в базовой медицинской организации.....	103
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	108
ВЫВОДЫ.....	115
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	118
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	119
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	121
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Частота первичной и общей обращаемости в базовую косметологическую поликлинику за трехлетний период: таблица.....	144
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Статистика эстетической и медицинской косметологии	

базовой медицинской организации за трехлетний период: таблица.....	146
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Изучение медико-социального портрета пациента косметологической поликлиники: анкета №1.....	148
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Оценка качества (удовлетворенности) оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях : анкета №2.....	151
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Способ разметки верхней половины лица: иллюстративный материал.....	155
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. Методика проведения картирования лица: иллюстративный материал.....	157
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Рекомендуемые дозы и точки введения: иллюстративный материал.....	159
ПРИЛОЖЕНИЕ И. Иллюстративный материал применения шкалы «Гармоничное лицо».....	160
ПРИЛОЖЕНИЕ К. Вкладыш в амбулаторную карту пациента: иллюстративный материал.....	164
ПРИЛОЖЕНИЕ Л. Деловая игра в дополнительном профессиональном образовании врача-косметолога.....	166
ПРИЛОЖЕНИЕ М. Памятка пациента при коррекции мимических морщин кожи лица и шеи ботулиническим токсином типа А (препаратом «Диспорт»).....	167
ПРИЛОЖЕНИЕ Н. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Оценка качества ботулинотерапии мимических морщин».....	168
ПРИЛОЖЕНИЕ П. Акты внедрения материалов диссертационной работы в образовательный процесс и практическую деятельность.....	169

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

На современном этапе развития общества происходит интенсивное развитие и внедрение в практику новых технологий, в том числе при оказании косметологической медицинской помощи в связи с возрастными изменениями кожи лица. Увеличение продолжительности жизни населения и стремление современного человека улучшить качество жизни диктует потребность в более активном применении научных знаний и технологических достижений для борьбы с проявлениями старения [144, 174, 169, 180]. Наука о старении мягких тканей лица еще очень молода [143] и, несмотря на многообразие методов и средств, самым эффективным остается профилактический метод [64]. К средствам профилактики старения кожи относятся: здоровый образ жизни, правильный режим и сбалансированность питания, адекватный уход, своевременное обращение за специализированной помощью.

Нормативная база по направлению настоящего исследования в нашей стране получила развитие с 2009 года, когда приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2009 №210н была утверждена врачебная специальность «косметология». Затем в номенклатуру должностей была введена должность «врач-косметолог» и определены его квалификационные характеристики, а в 2014 году - разработан и утвержден Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.38 «косметология», определен порядок оказания медицинской помощи [99]. Безусловно, перечисленные меры способствовали повышению качества профессиональной подготовки врача-косметолога и оказываемой медицинской помощи.

Передовые научные знания и технологические достижения медицинской науки определили развитие нового направления – «эстетическая и антивозрастная косметология». Ботулинотерапия в этом ряду занимает особое, лидирующее место по многим причинам, в числе которых ее относительные простота и безопасность,

минимальный перечень противопоказаний и возможность обратимости нежелательных последствий в довольно короткий срок [46, 102, 103, 167, 169].

По данным Американского общества эстетической пластической хирургии, среди всех нехирургических вмешательств ведущая роль сегодня отводится инъекциям ботулинического токсина - более 4,5 млн. процедур ежегодно. Популярность данного метода коррекции морщин с 1997 г. выросла в 64,5 раза [180]. Финансовые объемы инъекционных косметологических услуг в России, по данным Аналитического центра Vademecum, ежегодно составляют около 20 млрд. рублей, а общий фактический объем потребления ботулотоксинов - 99,4 млн. единиц [20, 21].

Оказание косметологических услуг напрямую связано с качеством жизни человека, поддержанием равновесия и гармонии индивидуального и общественного здоровья с окружающей природной и социальной средой, справедливо ставится специалистами в ряд национальных проблем [17]. Результатом оказания ботулинотерапевтической услуги является рост самооценки и качества жизни пациентов всех возрастов вследствие оздоровления кожи и видимого омоложения лица [24, 47, 157, 183, 184].

Наиболее часто первые признаки старения появляются в верхней трети лица [46]. Специалисты полагают, что именно ботулинотерапия есть «золотой стандарт» коррекции возрастных изменений верхней половины лица [158, 160, 162].

Степень разработанности темы исследования

Принятые на сегодня правовые и организационные решения в области эстетической косметологии по вопросу организации оказания услуги ботулинокоррекции возрастных изменений кожи лица, явно недостаточны [67]. Как показывает практика, в последние годы участились случаи выполнения процедуры ненадлежащего качества, что обусловило существенный рост количества жалоб пациентов в СМИ, ТФОМС, общества защиты потребителей, судебные инстанции - с исками о возмещении материального ущерба и морального вреда [1, 31, 41, 43, 111, 124, 127]. Судебно-медицинские

экспертизы, связанные с оценкой оказания помощи в области эстетической медицины, составляют от 1,1% до 2,2% от общего числа экспертиз [116, 117]. Неудовлетворенность пациентов оказанными косметологическими услугами может вызывать серьезные психологические нарушения, что отражается и на общесоматическом статусе, и качестве жизни [10, 23, 27, 51, 63, 137, 165].

Косметологические услуги в 99% случаев оказываются в организациях частных форм собственности [76], а в структуре косметологических организаций доля государственных не превышает 6% [77]. Точное количество профильных специалистов в России не удалось обнаружить в официальных информационных источниках и специальной литературе. Нет достоверных сведений о числе отраслевых ассоциаций и сообществ [20]. До сих пор не разработаны и не утверждены клинические рекомендации и стандарты оказания косметологической помощи по различным видам процедур [32]. Не определена методическая база объективной оценки качества оказываемой косметологической помощи. Довольно мало встречается информации об исследованиях медико – социальных характеристик пациентов косметологического профиля и их качестве жизни. Указанные моменты, безусловно, тормозят возможности совершенствования организации косметологической помощи, негативно сказываются на удовлетворенности пациентов, мешают адекватному планированию дальнейшего развития данного вида услуг на принципах доказательной медицины [78, 56, 104, 132]). Ученые и практики указывают на очевидную необходимость совершенствования статистического учета в косметологии, внедрения технологических карт лечебно-диагностического процесса [123], адекватного обновления технологий обучающего процесса [112].

Специалисты полагают, что для дальнейшего развития косметологической науки и практики необходимо не только создание и внедрение новых лекарственных препаратов и современного оборудования, но и адекватное развитие кадрового потенциала, научно-обоснованной организации современной специализированной помощи, с учетом социально-экономических параметров,

медицинской активности пациентов и исторического прошлого отрасли [68, 101, 122, 125, 126].

Все вышеперечисленное послужило целеполаганием к продолжению научного поиска в области совершенствования организации оказания медицинских услуг ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица.

Цель исследования: разработать и внедрить комплекс научно-обоснованных мероприятий по совершенствованию организации проведения процедуры ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица, направленных на ее упорядочивание и объективизацию оценки для повышения клинической эффективности и удовлетворенности пациентов.

Задачи исследования:

1. Провести критический анализ организационных аспектов оказания косметологической помощи на современном этапе, с учетом нормативного правового обеспечения, в том числе по направлению: ботулинотерапия возрастных изменений кожи верхней половины лица.

2. Исследовать профильные медико-статистические параметры, характеризующие взрослую популяцию в Нижегородской области, и оказание медицинской помощи по специальности «косметология» базовой медицинской организацией.

3. На основе общих подходов к оценке деятельности медицинской организации провести анализ работы базовой косметологической поликлиники по оказанию услуг инъекционной терапии возрастных изменений кожи лица.

4. Путем анкетирования изучить социально-гигиенические характеристики, особенности образа и условий жизни, способы и методы ухода за кожей лица пациента косметологической поликлиники и представить его обобщенный медико-социальный портрет.

5. Разработать и внедрить комплекс эффективных организационных мероприятий по совершенствованию оказания услуги ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица, направленных на

упорядочивание выполнения процедуры и объективизацию оценки ее результатов.

Научная новизна исследования

На основе комплексного социально-гигиенического исследования актуализирована необходимость совершенствования организации оказания косметологических услуг по направлению: ботулинотерапия возрастных изменений кожи верхней половины лица.

Получены новые, интерпретируемые в медико-демографическом аспекте данные об обращаемости за косметологической помощью и спектре оказываемых услуг, позволяющие обосновать, сформулировать и внедрить в практическую деятельность профильной медицинской организации предложения по совершенствованию ведения и формы учетной медицинской документации, по упорядочиванию процедуры ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица и объективизации оценки ее результатов.

Составлен интегральный медико-социальный портрет пациента косметологической поликлиники, с учетом полученных социально-гигиенических характеристик, включающих особенности образа и условий жизни, состояния кожи лица и способов (методов) ухода за ней, что позволяет врачу-косметологу вести адресную работу и добиваться оптимальных результатов выполнения косметологических процедур, а руководителю – повысить эффективность деятельности профильной медицинской организации в целом.

Определены параметры объективизации оценки результатов процедуры ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица на основе шкалы «Гармоничное лицо», математического моделирования и автоматизации процесса.

Впервые на основе математического моделирования воздействия ботулотоксина типа А при инъекционной коррекции возрастных изменений кожи лица, с учетом исходной клинической картины, дозы препарата, этапности наблюдения и полученных результатов, разработана программа для ЭВМ - как

инновационный инструмент в оценке качества, получено авторское свидетельство.

Научно обоснованы основные этапы эффективной организации оказания изучаемого вида косметологических услуг, а именно: 1. проведение процедуры согласно предложенного Алгоритма; 2. заполнение формы амбулаторной карты пациента с использованием специального вкладыша описательной клинической картины с балльной оценкой на каждом этапе; 3. объективная оценка результата процедуры с помощью прикладной компьютерной программы на основе математического моделирования, с использованием методики оценки по шкале «Гармоничное лицо»; 4. обязательная последующая оценка удовлетворенности пациента оказанной специализированной помощью.

Научно-практическая значимость диссертации

Проведенное исследование с учетом разностороннего анализа медико-статистических, медико-демографических и социально-гигиенических характеристик пациентов косметологической клиники обеспечило разработку комплекса мероприятий, направленных на совершенствование организации ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица, и как следствие – объективное повышение эффективности оказываемых услуг и удовлетворенности пациентов.

По результатам исследования были конкретизированы объемы и направления ботулинотерапии, вследствие чего стало возможным добиться повышения эффективности услуги - на основе объективизации ее результатов.

Разработанный в ходе исследования алгоритм проведения процедуры и методики оценки по шкале «Гармоничное лицо» - как одного из этапов алгоритма - обеспечил упорядочивание процедуры и динамический контроль качества медицинских услуг, определил индивидуальный терапевтический подход к каждому пациенту, способствовал вовлечению последнего в процесс лечения - с целью повышения его комплаентности и степени удовлетворенности результатами полученной медицинской помощи. Разработка и внедрение обязательного вкладыша в амбулаторную карту пациента позволила проводить

анализ эффективности процедуры на каждом этапе ее выполнения. Вышеперечисленные инновации позволили повысить социальную эффективность и медицинскую результативность ботулинотерапии.

Использование авторской компьютерной программы, основанной на математической модели оценки эффективности ботулинотерапии, позволило автоматизировать и объективизировать оценку результата процедуры, что выразилось в повышении удовлетворенности пациентов.

Разработка и последующее внедрение актуализированной этапности оказания услуги ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица позволяет вывести организацию оказания данного вида услуг на новый уровень, соответствующий современному развитию медицинской науки и практики здравоохранения, позволяющий добиться повышения качества услуги на основе оценки субъективной удовлетворенности пациентов.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационной работы внедрены в учебном процессе на следующих кафедрах: кафедре профилактической медицины ФДПО, кафедре экономики, менеджмента и медицинского права ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (акт внедрения от 10.09.2019 г.), кафедре кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств» г. Москва (акт внедрения от 30.09.2019 г.), кафедре кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), (акт внедрения от 12.05.2021 г.).

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность следующих медицинских организаций: АО ОП «Врачебная косметология», г. Н.Новгород (акт внедрения от 17.09.2019 г.), в клиника эстетической косметологии «Пчела», г. Н.Новгород (акт внедрения от 01.10.2019

г.), клиника эстетической медицины «Мир косметологии», г. Н.Новгород (акт внедрения от 25.09.2019 г.), ООО «Клиника эстетической медицины», г. Нижний Новгород (акт внедрения от 11.10.2019 г.).

Ассоциацией «Лига косметологов и пластических хирургов» (г. Н. Новгород) был одобрен алгоритм упорядочивания процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом абоботулинического токсина типа А как «доказавший свою эффективность с клинических и социальных позиций и рекомендован к практическому применению в профильных медицинских организациях – в целях повышения качества косметологической помощи для врачей по специальности «Косметология», «Общественное здоровье и здравоохранение», а также в образовательном процессе для обучающихся по данным специальностям» (Протокол общего собрания №22 от 30.04.2019 г.).

Результаты настоящего исследования признаны полезными и эффективными Центральным институтом ботулинотерапии и актуальной неврологии (ЦИБиАН) (г. Москва) и рекомендованы для: практического использования профильными специалистами и медицинскими организациями - при организации и оказании медицинской помощи по специальностям «Косметология», «Кожные и венерические болезни», «Пластическая хирургия», а также для использования в учебном процессе студентов медицинских вузов и врачей соответствующих специальностей, включая «Общественное здоровье и здравоохранение» (рецензия на учебное пособие «Стандартизация выполнения процедуры возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом абоботулинического токсина типа А – ДИСПОРТ «методика начинающего косметолога» от 25.08.2018 г.).

Все Акты внедрения представлены в «Приложении О» настоящей диссертации.

Методология и методы исследования

Диссертационная работа выполнялась по плану НИР ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России № АААА-А18-118052190090-0. Исследование проводилось

по методологии системного подхода – от общего к частному. Поэтапно были изучены данные литературы и нормативная база, степень разработанности и актуальность проблемы, определены дизайн, концепция, предмет и объекты исследования, единицы наблюдения и их репрезентативное число на каждом этапе работы. В диссертации были последовательно применены классические социально-гигиенические и клинические методы проведения исследования, а именно: статистические, социологические, метод математического моделирования, выкопировки данных, осмотр, наблюдение.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Совершенствование косметологической помощи при возрастных изменениях кожи верхней половины лица требует разработки и внедрения инновационных, научно-обоснованных организационных решений, позволяющих повысить социальную эффективность и медицинскую результативность оказываемых услуг.

2. Обращаемость населения в медицинскую организацию за косметологическими услугами определяется спецификой медико-демографического состава населения конкретной территории и сезонностью. В числе косметологических услуг возрастает доля инъекционных методов коррекции, значительную часть которой составляет ботулинотерапия.

3. Успешность клинического результата и социальная эффективность мероприятий по оказанию услуги ботулинотерапии пациентам (клиентам) обусловлена необходимостью осуществления комплекса последовательно выполняемых мероприятий с обязательным документированием осуществляемых процедур на каждом этапе.

4. В основе комплекса эффективных мероприятий по совершенствованию организации оказания услуги ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица лежит четырехуровневая этапность: авторский алгоритм проведения ботулинотерапии с обязательным использованием методики оценки по шкале «Гармоничное лицо»; совершенствование ведения и формы учетной документации; объективизация оценки эффективности ботулинотерапии с

помощью авторской компьютерной программы на основе математического моделирования; оценка удовлетворенности пациента оказанным видом косметологической помощи.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность полученных данных и результатов исследования обеспечена репрезентативными объемами выборки, применением современных методов исследования и статистической обработки для сбора, анализа и интерпретации данных, полученных на каждом этапе настоящей работы.

Публикации

По результатам исследования опубликовано 29 печатных работ, в том числе:

- в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/ Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук - 5 статей;
- в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus - 4 статьи;
- иные публикации по теме исследования - 12;
- свидетельство о гос. регистрации программы ЭВМ – 1;
- в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций - 5 публикаций;
- 2 учебных пособия.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на шести международных научно-практических конференциях: «Перспективы развития современной медицины» (г.Воронеж, 8 декабря 2015 г.), «Проблемы современной медицины: актуальные вопросы» (г. Красноярск, 10 ноября 2015 г.) , «Актуальные вопросы современной медицины» (г. Екатеринбург, 10 марта 2016 г.), «Актуальные вопросы медицины в современных условиях» (г. Санкт-Петербург, 11 января 2016 г.), «О некоторых вопросах и проблемах современной медицины»,

(г. Челябинск, 11 июля 2018 г.), XXXIX Международные научные чтения (памяти А.Е. Коварского) (г. Москва, 2 декабря 2018 г.).

Основные результаты диссертационного исследования неоднократно заслушивались на заседаниях кафедры профилактической медицины ФДПО и кафедры экономики, менеджмента и медицинского права ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; общем собрании членов Ассоциации «Лига косметологов и пластических хирургов».

Личный вклад автора

Автор принимал личное непосредственное участие в разработке и реализации всех этапов диссертационной работы, самостоятельно проводил анализ специальной медицинской литературы по направлению исследования, разработал пакет документов для сбора первичной информации, провел выкопировку из 9777 амбулаторных карт и провел анкетирование 232 пациентов базовой медицинской организации, затем осуществлял статистическую обработку и научный анализ собранных материалов, разработал комплекс предложений по совершенствованию организации и качества косметологической помощи.

Автором подготовлены и опубликованы (в соавторстве) два учебных пособия: «Нормативно-методическое обеспечение деятельности медицинской организации косметологического профиля на современном этапе» и «Стандартизация процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом абоботулинического токсина типа А (методика «начинающего косметолога»). Доля личного вклада автора в выполнение диссертации составляет не менее 90%.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Тема и научные положения диссертации соответствуют пп. 3 и 8 паспорта научной специальности 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение, а также п. 5 научной специальности 14.01.10 – Кожные и венерические болезни.

Объем и структура работы

Диссертационная работа изложена на 178 страницах машинописного текста и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы (162 отечественных и 30 зарубежных источников) и 13 приложений. Работа иллюстрирована 28 таблицами, 21 рисунками.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1 Косметология - как самостоятельное направление отрасли здравоохранения

Расцвет косметологической помощи в России можно отнести к началу 90-х годов 20-го века. Салоны красоты и косметические кабинеты стали появляться во всех регионах страны, в том числе и в Нижегородской области (далее – НО).

Важно подчеркнуть организацию в НО первой областной косметологической поликлиники. Именно с этим учреждением, открытым изначально при научно-исследовательском институте в 1963 г., необходимо связывать начало врачебной косметологии на нижегородской земле. Обособленным учреждением поликлиника стала с 1995 года – в целях улучшения медицинской косметологической помощи населению города и области, расширения и совершенствования спектра медицинских косметологических услуг, создания базового центра подготовки и обучения специализированных медицинских кадров [49].

Врачебная косметология в Нижнем Новгороде – это направление медицинской помощи, динамично развивающееся как вид медицинского ухода и лечения эстетических недостатков кожных покровов. Спрос на косметологические услуги способствует созданию различных косметологических организаций в областном центре и районах области. В клиниках приобретается все более новое и современное оборудование. К врачам-косметологам обращаются не только женщины, но и мужчины. Стремление людей выглядеть моложе расширяет потребности в данном виде услуг и стимулирует развитие отрасли.

Квалифицированная косметологическая помощь определяется множеством факторов: это высококвалифицированные кадры, современное оборудование, работа амбулаторно-поликлинических учреждений, внедрение новых

технологий, применение стандартов, информатизация работы врачей – косметологов и т. д. Косметологические услуги относятся к медицинской (врачебной) косметологии и оказываются в медицинских организациях различных форм собственности.

Косметология развивается бурно, но для дальнейшего развития косметологической науки и практики необходимы не только материально-техническая база, квалифицированные кадры, новые лекарственные препараты, но и научно – обоснованная система организации современной, квалифицированной косметологической помощи, с учетом социально-гигиенических характеристик и медицинской активности населения, а также исторического прошлого отрасли [83].

В связи с увеличением продолжительности жизни возникла потребность в более активном применении научных знаний и технологических достижений для борьбы с проявлениями старения [64]. Негативный характер медико-демографических процессов в России придали проблеме сохранения трудового и человеческого потенциала статус национальной парадигмы во всех ее составляющих – политической, экономической, государственной. Европейский регион прочно занимает место старейшего на планете, так как здесь находится 18 из 20 стран мира с наибольшим удельным весом людей пожилого и старческого возраста. Уже к середине XXI века ожидается кратное увеличение числа населения в возрасте старше 60 лет и, особенно, в возрастной группе 80 лет и старше. Большинство среди пожилой части населения мира, по мнению специалистов, будут составлять женщины [153]. По данным ООН, в 1950 году в мире проживало приблизительно 200 миллионов человек в возрасте 60 лет и старше, к 1975 году их количество возросло до 550 миллионов, а к 2025 году численности их достигнет 1 миллиарда 100 миллионов человек. Таким образом, по сравнению с 1950 годом, численность пожилых вырастет более чем в 5 раз, тогда как все население планеты увеличится лишь в 2 раза [144].

К признакам «внешнего» старения кожи относятся морщины, зоны дис- и гиперпигментации, а факторы, способствующие этому – курение, прием алкоголя,

воздействие солнечного света и др. Процесс старения кожи является многофакторным и многокомпонентным [70].

Указами Президента России от 7 мая 2012 г. №606 и от 7 мая 2018 г. № 204 « О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации», к 2024 г. продолжительность жизни запланировано увеличить до 78 лет, а к 2030 году – до 80 лет. Основная цель современных медицинских технологий управления процессами старения – увеличение индивидуальной продолжительности жизни на основе повышения ее качества.

Здоровье, по определению ВОЗ, это – «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [149]. Вот почему здоровье населения в целом определяется совокупностью множества различных факторов. В первую очередь – образом жизни (питание, условия труда, материально-бытовые условия и социальные факторы и др.) – на 45-50%, на 17-20% внешней средой и природно-климатическими условиями, на 18-20% - генетическими факторами, на 8-10% развитием здравоохранения. Медицинская активность является одним из важнейших критериев здорового образа жизни, складывается из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских рекомендаций, посещения медицинских учреждений, осмотров, диспансеризации.

Качество жизни (КЖ) отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на 3 компонентах: 1. условия жизни – объективная, независящая от человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.); 2. образ жизни – субъективная, создаваемая самим гражданином сторона жизни (общественная, физическая, интеллектуальная активность, досуг, духовность и др.); 3. Удовлетворенность условиями и образом жизни [101]. Улучшение внешнего вида оказывает положительное влияние на социальный статус и качество жизни человека. Внешняя привлекательность и продление молодости – важные признаки успешности и процветания современного человека [118].

Специальность «Косметология» была утверждена в 2009 г. и введена должность «врач-косметолог», квалифицированные требования подготовки врача

Косметолога утверждены Приказом Минздрава России от 18 апреля 2012 г. №381н и Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.38 «Косметология» [99].

Болезни кожи и подкожной клетчатки остаются не только широко распространенными среди населения РФ, но и имеют тенденцию к росту. Ежегодно регистрируется 6,4-6,9 млн. новых случаев заболеваний кожи и подкожной клетчатки. В настоящее время в стране насчитывается 8,0-8,8 млн. больных различными дерматологическими заболеваниями. Общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки за 2000-2010 гг. увеличилась с 5513,2 до 6152,3 (на 11,6%) на 100000 населения и продолжает неуклонно расти. В 2016 г. данный показатель был равен 5871,0 на 100000 человек [72, 74], в 2017 г. – 5722,6, и в 2018 г. – 5673,8 на 100000 человек [39]. От данной причины ежегодно погибают около 1,8 тыс. человек, смертность от болезней кожи и подкожной клетчатки составляет 1,3 на 10000 населения [122]. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов дерматологического профиля наиболее часто выявляются эндокринопатии (12,55%), тяжелые формы ССЗ (13%), хирургические заболевания (8,2%) [92].

Современное состояние эпидемиологической ситуации и социально-экономического развития российского общества в третьем тысячелетии свидетельствуют о необходимости модернизации системы оказания дерматовенерологической и косметологической помощи населению [66, 77, 121].

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь в структуре национального здравоохранения занимает лидирующие позиции. Более 705 населения получают медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях [15]. В период модернизации здравоохранения перераспределение коечного фонда между круглосуточными дневными кожно-венерологическими стационарами не отразилось на объеме обеспеченности населения врачами – дерматовенерологами и объемах медицинской помощи данного вида [13].

В тоже время, в стране отмечается дефицит (9%) врачей – дерматовенерологов [74], обеспеченность ими снизилась в 2013 г. по сравнению с

2004 г. на 14%, составив в 2013 г. 0,6 на 10 тыс. населения [75], и в 2018 г. – 0,55 соответственно [133].

Рост числа заболеваний при очевидном дефиците кадров определяет актуальность проблемы организации данного вида помощи, ее планирования. Обращает внимание утрата междисциплинарного партнерства, нарушение устойчивых связей между смежными специалистами.

В начале XXI века проблема качества оказываемой медицинской помощи стала одним из приоритетов мирового развития. Несмотря на многочисленные разработки в области управления качеством в здравоохранении, эта проблема остается актуальной и на сегодняшний день [18, 22, 50, 71, 88, 91]. Согласно триады А. Donabedian, необходимо учитывать качество структуры (материально-техническая база, оснащение, кадры и др.), качество процесса (точность диагностики, адекватный метод лечения, соблюдение норм и стандартов, тактики), и качество результата [2]. Исходя из этой триады, для совершенствования качества медицинской помощи необходимо: 1 – создать соответствующую законодательную и нормативно-правовую базу по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; 2 – привести в соответствие с нормативно-правовой базой структуру и ресурсы (кадровое, финансовое, материальные и информационные); 3 – разработать соответствующие стандарты и эффективно контролировать выполнение медицинских технологий [2].

При отсутствии стандартов медицинской помощи по профилю «Косметология» сложно контролировать результаты и качество. Количественные показатели результатов медицинской помощи позволяют определить и стандарты и порядки, планы ведения больных, повысить эффективность медицинских технологий, обеспечить безопасность пациентов [71, 84, 101]. Наиболее важным в этой работе является правильно организованный статистический учет на уровне медицинской организации [139].

Стандарт медицинской помощи – нормативный документ, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном

заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации [120]. При разработке стандарта необходимо учитывать следующие аспекты: 1. национальные протоколы и стандарты медицинской помощи Минздрава России, действующие нормативные документы в регионе и медицинской организации; 2. демографическую и эпидемиологическую ситуацию в районе медицинской организации; 3. обеспеченность кадрами и подготовка кадров; 4. обеспеченность медицинской техникой и изделиями медицинского назначения; 5. наличие автоматизированных рабочих мест и программных продуктов; 6. особенности оказания медицинской помощи в медицинской организации (мощность, нагрузка, число и профиль подразделений, сотрудничество с другими медицинскими организациями) [120].

Каждый стандарт начинается с модели пациента (заболевание и его осложнения), определения учреждения (стационар, поликлиника), диагностических и лечебных работ и услуг. Основной задачей медицинского стандарта является обеспечение индивидуального подхода к пациенту с учетом возраста, сопутствующей патологии, приема лекарственных препаратов и др. Стандарты должны быть удобными в использовании и доступными для понимания, с описанием оптимальных действий врача по профилактике, лечению и реабилитации [120]. Информированное добровольное согласие пациента делает опасность вмешательства разрешительным риском и защищает врача от юридического преследования. В интересах врача необходимо отражать возможные осложнения и неблагоприятные исходы медицинского вмешательства, негативные изменения в состоянии пациента [29, 33].

Для достижения безопасности лечения, его клинической и экономической эффективности и с целью управления местными ресурсами здравоохранения предлагается клинический путь пациента, от постановки диагноза до выздоровления [16, 45, 86, 119]. Создание клинического пути (поликлиника – стационар – поликлиника) в аспекте вторичной профилактики показало свою эффективность и результативность [147]. По мнению современных авторов, клинический путь – это оптимальный во времени и последовательности план

выполнения элементов оказания медицинской помощи медицинским персоналом лечебного учреждения при определенной нозологии, разработанный в целях оптимизации ресурсов клиники, достижения качества медицинской помощи [16, 119].

Индикаторы результатов медицинской помощи оценивают степень выполнения поставленных задач и достижения намеченных целей. Количественные показатели результатов медицинской помощи позволяют определить стандарты и порядки медицинской помощи, планы ведения больных, повысить эффективность медицинских технологий, обеспечить безопасность пациентов. Наиболее ответственным в этой работе является правильно организованный статистический учет и анализ на уровне медицинской организации. Для комплексной объективной оценки деятельности врача хирурга таким показателем является интегральный коэффициент качества (ИКК), учитывающий квалификацию специалиста (рейтинг), ассистенцию, степень сложности случая стационарного лечения, качество медицинской помощи, нагрузку врача [55, 119].

В настоящее время статистические отчеты показателей здоровья населения не отражают объективную картину деятельности медицинских организаций по косметологической помощи, что диктует необходимость разработки информационного ресурса, регистра пациентов косметологического профиля, больных хроническими заболеваниями кожи [65], позволяющего оценить качество и эффективность деятельности организации, прогнозировать объемы медицинской помощи [14,69,73].

1.2 Нормативно-правовые основы организации косметологической помощи в Российской Федерации

Косметология в России - относительно новое направление в медицине: специальность введена в реестр медицинских специальностей приказом МЗСР РФ

от 23 апреля 2009 г., № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»; утвержден ФГОС ВО по специальности 31.08.38 «Косметология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) приказом Минобрнауки России от 25 августа 2014 г., №1080; приняты Порядки оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология» (приказ МЗ РФ от 18 апреля 2012 г., № 381н), «Дерматовенерология» (приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г., № 924н), «Пластическая хирургия» (приказ МЗ РФ от 30 октября 2012 г., № 555н) [99].

Медицинская помощь по профилю «косметология» (согласно приказа МЗСР РФ от 18 апреля 2012г. № 381н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология») – это комплекс лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение или восстановление структурной целостности и функциональной активности покровных тканей человеческого организма (кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки и поверхностных мышц) [98].

Медицинская помощь по профилю «косметология» оказывается врачом-косметологом в медицинских организациях, структурных подразделениях, соответствующих нормативным правилам и требованиям СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»: постановление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 24.12.2020 г. № 44. [100].

Квалификационные требования к должности врача-косметолога утверждены приказами МЗ РФ от 15 июня 2017 г. №328н «О внесении изменений в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом МЗ РФ от 8 октября 2015 г. № 707н. Врач-косметолог должен иметь высшее медицинское образование по

специальности «педиатрия», или «лечебное дело», подготовку в интернатуре/ординатуре по специальности «дерматовенерология», профессиональную переподготовку по специальности «косметология», иметь действующий сертификат специалиста (свидетельство об аккредитации) по специальности «косметология».

Квалификационные требования к должности медицинской сестры по специальности «Сестринское дело в косметологии» утверждены приказом МЗ РФ от 10 февраля 2016 г. № 83н, медицинская сестра по косметологии должна иметь действующий сертификат специалиста (свидетельство об аккредитации) по соответствующей специальности.

При оказании медицинской помощи по профилю «косметология» врачами-косметологами и средним медицинским персоналом ведется медицинская документация согласно приказа МЗ РФ от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [93]. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг» определяют требования к организации, осуществляющей медицинскую деятельность, устанавливает санитарно-эпидемиологические требования к организации, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, контролю за соблюдением санитарных правил, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания персонала и пациентов, которые предназначены для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности. Соблюдение СП подтверждается санитарно-эпидемиологическим заключением.

Перечень работ и услуг, подлежащих лицензированию, регламентирован Федеральным законом от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) [95].

В перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, согласно Постановления Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 (ред. от 23.09.2016, с изм. От 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» и письма МЗ РФ, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 26 марта 2015 г. № 01И-469/15 «О лицензировании медицинской деятельности» выделяют разделы: - при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу в косметологии – при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по косметологии [93, 94].

Юридическая ответственность косметологов при оказании медицинской помощи может быть связана: 1. с нарушением хозяйственной деятельности: - ст. 171 УК РФ – незаконное предпринимательство; - ст. 198 УК РФ – уклонение от уплаты налогов и (или) сборов с физического лица; - ст. 235 УК РФ – незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью; - ст. 14.1 КоАП – осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без лицензии. 2. С нарушением требований порядка оказания медицинских услуг: - ст.109 УК РФ, часть 2 – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей; - ст. 118 УК РФ, часть 2 – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей; - ст. 122 УК РФ, часть 4 – заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей; - ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному; - ст. 125 УК РФ – оставление в опасности; - ст. 293 УК РФ, часть 2 – халатность.

Косметологические услуги направлены на устранение косметических дефектов, улучшение внешнего вида и должны оказываться при обязательном

согласии на манипуляцию. Косметолог берет на себя юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Ответственность врача наступает, если услуга выполнена некачественно, если врач существенно отклонился от общепринятой методики лечения, что повлекло за собой смерть пациента или повлекло тяжкий вред его здоровью.

При отсутствии в косметологии единых стандартов лечения, а также клинических рекомендаций по профилю «Косметология» медицинская помощь находится в зоне ответственности врача, его квалификации, навыков и оснащенности организации, нозологической формы патологии, соблюдения критериев качества оказания медицинской помощи – согласно приказа МЗ РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (правильность оформления оказанной услуги в медицинской карте пациента, оформление информированного добровольного согласия о предоставляемых услугах, соблюдение порядков первичного и повторного приема, составление плана лечения и т.д.). Любая медицинская процедура, проведенная без информированного согласия пациента, не врачом, без медицинской лицензии, юридически расценивается как противоправное действие [97].

Форма информированного добровольного согласия – это документ строго установленного образца (приложение № 2 к приказу МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н) – информированное добровольное согласие на определенные типы медицинских вмешательств в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи». Оно дается на осмотр, на медицинский массаж, введение лекарственных средств (в том числе парентеральное) и на ряд других видов первичной медико-санитарной помощи, определенных приказом МЗСР РФ от 23 апреля 2012 г. №390н. Однако для большинства косметологических услуг, где была отражена специфика той или

иной косметологической процедуры, форма информированного добровольного согласия не прописана в законодательстве [17].

Заболевания и дефекты кожи и подкожно-жировой клетчатки, требующие лечения или проведения косметологической коррекции относятся к различным классам МКБ-10. Это: «Болезни кожи и подкожной клетчатки»: L00-L99, и относящиеся к классу С и D – «Новообразования кожи». М 99.8 – «Другие биомеханические нарушения» – может использоваться при коррекции мимических морщин, а Z41.8 – «Другие процедуры, не имеющие лечебных целей» и Z41.9 – «Неуточненная процедура, не имеющая лечебных целей» – могут использоваться при коррекции формы лица и губ. Класс Е, например, E65 – Локализованное отложение жира может использоваться с последующей целью коррекции фигуры, Z41.3 - прокалывание ушей и т.д.

В этой связи предоставляется целесообразным проводить научные исследования по организации косметологической помощи в плане оценки произведенных вмешательств в точки зрения эстетической медицины [178].

Отраслевая программа «Управления качеством в здравоохранении», принятая в 2002 г., и Федеральный закон «О техническом регулировании» составили основу системы стандартизации в здравоохранении. Теперь стандарты организаций могут приниматься со статусом добровольных документов [12].

В здравоохранении последние несколько лет стали разрабатываться диагностические индексы, стандартные операционные процедуры (СОП) и обсуждаться профессиональный стандарт врача-косметолога [126, 30, 89, 152].

Стандартные операционные (рабочие) процедуры (СОП/SOP/Standard Operation Procedures) в здравоохранении – это документы, стандартизирующие работу медицинских специалистов на амбулаторном приеме и при стационарном лечении пациентов, при возникновении внештатных ситуаций, а также при обращении с лекарственными препаратами, при обеспечении санитарно-эпидемиологического режима и проведении лабораторной диагностики [141].

СОП должна отвечать следующим требованиям: 1. Проста, визуально понятна, не требует много времени на изучение (с наличием фото, схем и

графиков). 2. Содержать набор пошаговых инструкций, написана в терминологии, понятной для всех. 3. Требовать исполнения принятого документа, использования материалов и инструментов согласно инструкции по применению. 4. Обязательно содержать информацию о последовательности и времени выполнения операций. 5. Составлена в соответствии со стандартами безопасности и качества, изучена персоналом [109, 142].

Сегодня рано считать завершенным процесс стандартизации лечебно-диагностического процесса в косметологии. Сейчас косметологи пользуются утвержденными МЗ РФ методиками и лекарственными средствами (препаратами), разрешенными на территории РФ, например: применение препарата Диспорт (ботулинический токсин типа А) - для устранения избыточной активности морщин, рег. уд. №ФС- 2006/060 [114].

Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги» (ОК ПМУ 91500.09. 0001–2001, приказ МЗ РФ от 10 апреля 2001 г. №113) наиболее полно отражает весь перечень работ и услуг в области косметологии, и включает терапевтические, хирургические, врачебные и медсестринские услуги и процедуры.

Профессиональные стандарты – это документы, которые определяют границы компетентности, уровень образования и ответственности работников, в том числе и медицинских [89]. Оценка качества должна строиться на сопоставлении реальной ситуации с «эталоном».

Таким образом, объективно провести анализ и оценить качество оказанной косметологической помощи сегодня весьма затруднительно. Основная причина этому заключается в несовершенстве государственной статистической отчетности по данному профилю. Формы отчетности в здравоохранении не содержат данных по косметологической помощи [39, 58, 87, 90, 134, 148]. Статистические сведения в литературных источниках носят разобщенный характер, фрагменты иногда противоречат друг другу и не соответствуют общепринятым классификациям в общей косметологии. Следовательно - мы говорим об отсутствии единой научно-практической, методологической базы, позволяющей репрезентативно

анализировать распространенность заболеваний кожи и подкожной клетчатки по направлению «косметология», планировать обращаемость пациентов с возрастными изменениями кожи в условиях роста продолжительности жизни. Отягощающим обстоятельством является и то, что медицинская помощь по профилю «косметология» не относится к программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, что также затрудняет анализировать соответствующую заболеваемость любым государственным структурам, ведущим статистический учет в здравоохранении. Кроме того, основная масса организаций, занимающихся оказанием косметологических услуг, находятся в частной собственности – в 99% [76], и руководители не заинтересованы демонстрировать свою деятельность, давать информацию об обращаемости пациентов и оказанных услугах.

1.3 Место ботулинотерапии в оказании амбулаторной косметологической помощи

Современная косметология резко шагнула вперед, и сегодня сохранение молодости является признаком жизненного успеха, высокого качества жизни. В настоящее время отмечается значительный рост числа косметологических учреждений. В США отмечается ежегодный рост косметологических процедур, например, с 1997 г. по 2012г. – на 4000% [166]. По обзорным данным Американского общества эстетической пластической хирургии (ASAPS) за 2016 г. среди всех нехирургических вмешательств первое ранговое место занимают инъекции ботулинического токсина. Популярность данного метода с 1997 г. выросла в 64,5 раз, и в 2018 г. ботулинотерапия занимает устойчивую лидирующую позицию [189]. Объем инъекционных косметологических услуг в России в финансовом выражении превысил 104 млрд. руб. в 2016 г., было проведено более 12 млн. процедур [24].

Цель косметологии понимается сегодня как триендинство: оздоровление кожи, ее омоложение и эстетическая коррекция [24]. Факторы риска дермато-

косметологических заболеваний напрямую связаны со здоровьем и КЖ. В последние годы наблюдается рост потребности в косметологической помощи, в связи с чем возникла необходимость открытия новых косметологических центров, повышения уровня профессионализма врачей, регламентации деятельности врача-косметолога, создания новых препаратов [28], изучения особенностей функционирования дерматовенерологических учреждений на современном этапе развития здравоохранения [13, 122], создание Российского регистра больных с хроническими заболеваниями кожи [69], проведение оценки результативности деятельности научных организаций [73].

Лицо – отличительная индивидуальная характеристика физического облика человека, важнейшая информационная зона [19]. С одной стороны, привлекательность лица зависит от его структурных элементов, а с другой – от динамических свойств: живости выражения, богатства мимики. Привлекательность зависит и от заботы о массе тела, режиме питания. На красоту и привлекательность оказывают влияние условия окружающей среды, экономические факторы. Лицо каждого человека абсолютно уникально. Самой выразительной областью внешности человека является область вокруг глаз. Глаза и периорбитальную область недаром называют «зеркалом души» [158]. Коррекция морщин и складок на лбу, в межбровной области, на спинке носа, периорбитальной области позволяет провести омоложение лица, следствием чего становится рост самооценки и КЖ [48].

Наиболее часто первые признаки старения появляются в верхней трети лица [46]. Ботулинотерапия считается «золотым стандартом» коррекции возрастных изменений верхней половины лица. В настоящее время происходит революция в области медицинской косметологии [8, 192]. Инъекции ботулинического токсина типа А (БТА) оказались востребованными не только в косметологии, но и для лечения различных заболеваний, у пациентов старшей возрастной группы [34, 40]. Ботулинотерапия применяется как лечебная, корригирующая и профилактическая процедура. По данным Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии (Россия, г. Москва) использование БТА показано

для лечения около 110 нозологических диагнозов, в том числе в косметологии, офтальмологии, гинекологии, неврологии, стоматологии, урологии [5, 9, 161, 166]. Перед врачом и пациентом встает необходимость выбора методики и препарата для коррекции врожденной, приобретенной или возрастной контурной деформации в области лица [54,185]. Морщины на коже (расположение, количество, глубина) являются одним из важных критериев при определении внешнего возраста человека и являются наиболее частой жалобой у женщин, приводящих к косметологу [102]. В эстетической медицине наиболее приемлемым стало говорить не о коррекции морщин, а о гармонизации лица, тем самым подчеркивая необходимость сохранения его мимической выразительности [108]. Длительные проспективные наблюдения за пациентами, получающими более 30-40 курсов ботулинотерапии по неврологическим показаниям, показывают отсутствие морфологических изменений мышц [155].

К достоинствам ботулинотерапии следует отнести следующее: она позволяет учитывать индивидуальные особенности каждого пациента, имеет высокую избирательность действия, простоту подготовки и выполнения процедуры, обладает доказанной эффективностью, безопасностью, возможностью коррекции полученных результатов, обратимостью [3, 26, 105]. БТА – это универсальное терапевтическое средство природного происхождения. Ботулинотерапия имеет важное социальное значение, позволяющее вести полноценную и качественную жизнь [107].

В России зарегистрированы семь препаратов БТА: Ботокс, Диспорт, Лантокс, Релатокс, Ботулакс (содержащие нейротоксин и комплексообразующие белки) и Ксеомин (содержащий только нейротоксин) [7, 105], которые стали широко применяться в косметологии, дерматологии, пластической хирургии [145, 151, 162, 168, 191].

Среди возможных неудач при использовании препаратов БТА выделяют триаду причин, связанных с врачом специалистом, с пациентом и препаратом [62, 135, 156, 177]. Нервные окончания, заблокированные ботулотоксином, восстанавливают свою функцию естественным путем в течение 3-6 месяцев.

Задача ботулинотерапии в области верхней трети лица – уменьшение визуализации морщин на фоне релаксации мышц лба, межбровной области и круговой мышцы глаза при сохранении/формировании оптимального положения и формы брови [128].

Разметка лица перед проведением эстетических инъекционных процедур обязательна [81, 129, 136, 156]. Путем построения горизонтальных и вертикальных линий получается сетка, в квадранты которой делаются инъекции. При этом используют анатомические ориентиры и анатомию мышц.

Регистрация показаний, техники коррекции, доз, областей введения препарата обязательны в карте амбулаторного пациента или истории болезни.

Для оценки клинической эффективности лечения часто используют существующую шкалу GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale). Согласно данной шкале, оценка результата процедуры проводится по баллам от -1 до 3 врачом и самим пациентом. Также существуют шкалы PhSS (Physycuan's Satisfaction Score) от 1 до 10 баллов, PSS (Patient's Satisfaction Score) от 1 до 10 баллов и суммарная шкала DGS (Definitive Graduated Score) от 1 до 20 баллов. Последняя представляет собой сумму баллов по шкалам PhSS и PSS. Данные шкалы позволяют оценить удовлетворенность врачей (PhSS) и пациентов (PSS) проведенной процедуры (DGS) [132, 138].

Таким образом, высокий спрос населения и высокая удовлетворенность результатами ботулинотерапии среди пациентов и врачей определяет актуальность дальнейшего изучения и применения ботулотоксина в эстетической медицине. Тактика современной эстетической ботулинотерапии может предусматривать как полное устранение, так и уменьшение степени выраженности мимических морщин с сохранением многообразия мимической экспрессии в достаточном объеме [108]. Наилучший результат достигается, если пациенты получают повторное лечение в тот момент, когда эффект от предыдущего воздействия только начинает снижаться [105]. Лидирующее положение ботулинотерапии среди инъекционных методов коррекции возрастных

изменений кожи позволяет считать научные изыскания в данной предметной области актуальными и практически значимыми.

1.4 Социально-гигиенические исследования и оценка качества жизни пациентов косметологического профиля

Здоровье во многом определяется факторами внешней среды. Однако проведенный за 15 лет информационный поиск показал, что возрастные изменения кожи, как медико-социальная проблема, остается малоизученной.

На сегодняшний день не обнаружены достоверные социально-гигиенические характеристики пациентов косметологического профиля и их КЖ, что препятствует научно-обоснованному планированию данного вида помощи. Формирование единого информационного пространства между медицинскими организациями косметологического профиля или многопрофильными медицинскими организациями, имеющими в составе косметологические отделения, а также филиалами медицинских организаций позволило бы вести статистический учет и обмен медицинской документацией [29, 121], упростить работу с документами, позволило бы разработать критерии анализа деятельности медицинских организаций [71].

Как уже указывалось в пп. 1 и 2 настоящей главы, в связи с увеличением продолжительности жизни человека и его стремлением улучшить КЖ возникла потребность в более активном применении научных знаний и технологических достижений для борьбы с проявлениями старения [144, 174, 181, 188].

Некоторые авторы указывают на прямую связь между услугами, оказываемыми в косметологических клиниках, со здоровьем и КЖ, с равновесием и гармонией индивидуального и общественного здоровья с окружающей природной и социальной средой [24, 157].

Увеличение потребности в косметологических услугах можно считать относительным индикатором улучшения качества жизни [150]. Информация, доказывающая влияние хирургических и нехирургических косметологических

процедур на КЖ пациента, самооценку и восприятие успешного старения - ограничена [172]. Эффективные, надежные оценочные шкалы самооценки результатов косметологической терапии в доступной литературе отсутствуют.

Указанные факты затрудняют достижения объективного повышения качества косметологической помощи и удовлетворенности пациентов, а также планирования с научных позиций развитие данного вида услуг на принципах доказательной медицины, совершенствования статистического наблюдения в области косметологии [56, 77, 132], внедрения технологических карт лечебно-диагностического процесса [123], внедрения учебных игр в технологию обучающего процесса [112].

Медицинские технологии косметологической практики совершенствуются благодаря развитию дифференцированных подходов к организации лечебного процесса [146]. Важным критерием оценки качества является показатель возврата пациентов к врачам [32]. Между тем, изучение медико-социального портрета пациента также помогает оценить социальную востребованность косметологических услуг. Анализ опроса пациентов, обращающихся за косметологической помощью, с изучением условий и образа их жизни, позволяет выявить основные неблагоприятные факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на состояние кожи и формирующие косметические дефекты [10, 128, 150].

Для улучшения качества косметологических услуг необходим постоянный анализ современных эстетических тенденций - в зависимости от возрастной категории пациентов, на основе изучения причин обращаемости в клиники эстетической медицины [61]. По мнению И. В. Борисевич, анализ «субъекта» воздействия, т.е. женщин, которые обращаются к косметологу, позволяет работать на «опережение» и является актуальной проблемой [10].

У каждого человека имеются свои представления о качестве медицинских услуг, и они неизбежно будут оцениваться по-разному - в силу субъективных показателей тоже [51].

Большинство трудоспособного населения оценивают состояние своего лица как неудовлетворительное – 87,4%, что заставляет их обращаться к косметологу. Чаще обращаются женщины в возрасте 25-34 лет - 64,8%, достигая максимума в возрасте старше 55 лет - 92,9% [130].

По данным других авторов были удовлетворены своей внешностью лишь отчасти 67,9% женщин, а 16,7% - отметили крайнюю неудовлетворенность своим внешним видом [113]. Первые признаки старения женщины отмечали в области глаз (74,6%), примерно такая же доля респондентов указывали на эту область, как наиболее желательную для омоложения [186].

Обнаружены сведения о том, что пациентки, недовольные собой в 3 раза чаще хотели бы смотреть телепередачи с показами мод, и в 4-9 раз – музыкальные клипы, читать журналы о красоте и публикации о жизни звезд, чем те, кто не планировал медицинских вмешательств в свой облик [85]. Женщины с низкой самооценкой и низкой удовлетворенностью жизнью, сообщали о большей вероятности прохождения косметической операции [170].

Проведенное маркетинговое исследование И.В. Борисевич (2006 г.) показало, что значительная часть женщин имела в анамнезе факторы риска, способствующие формированию косметических дефектов: у 41,7% длительность рабочего дня была больше 8 часов; у 20,2% - длительность ночного сна 6 часов и менее; 12,0% женщин питались однообразной пищей; 53,8% - сталкивались на работе с профессиональными вредностями, переохлаждением, стрессовыми ситуациями; 49% - курили; 55,6% принимали алкоголь; 25,6% имели соматическую патологию. Не уделяли внимания уходу за кожей 15,1% женщин; использовали косметические средства только 59,8%. Имеющиеся косметические дефекты мешали взаимоотношениям на работе, в семье, с друзьями и родственниками. У 29,6% - с лицами противоположного пола. Наибольшие проблемы отмечали женщины моложе 20 лет, с небольшим доходом, не состоящие в браке [10].

Причиной обращения к эстетической коррекции обычно служит неудовлетворенность человека собственной внешностью, желание чувствовать

себя счастливее и увереннее, улучшить общее КЖ (67,2%), хорошо выглядеть профессионально (54,8%) [116, 176].

Пациентов мужского пола инъекционные нейротоксины привлекают из-за их безопасности, быстрых результатов, минимального времени простоя [190]. Высокие цены на процедуры ограничивали частоту визитов у 34,2% среди опрошенных [38].

Женщины в возрасте до 34 лет предпочитали такие виды коррекции внешности, как ринопластика (7,5%-65%) и увеличение молочных желез (3,0-60,4%). В возрасте от 35 до 64 лет популярным было введение ботулотоксина (22,2-50,0%). Пациентки старше 65 лет чаще прибегали к нехирургической редукции жира (5,3%), ботулинотерапии (4,5%), липосакции (1,5%) [116].

Пациенты, подвергающиеся инъекционной терапии в настоящее время, это - женщины среднего возраста, высокообразованные и трудоспособные, с высоким КЖ, связанным с хорошим здоровьем и низким индексом массы тела [175].

Здоровый и приятный внешний вид является необходимым условием успешной карьеры, залогом уверенности в себе и способствует налаживанию межличностных отношений [140].

Результаты социологических опросов пациентов помогают врачам-косметологам планировать комплекс воздействий для профилактики и коррекции возрастных изменений внешности [131], улучшают профессиональный имидж специалиста [173].

По данным Д. Г. Джаваевой, изучавшей субъективную удовлетворенность оказанными косметологическими услугами, оценка выше средней была получена в 24,0% случаях, средняя (удовлетворительная) – в 46,0%, неудовлетворительная – в 30,0% [28].

У пациентов с мимическими морщинами был достигнут положительный эффект терапии препаратами БТА - более 90,0% [173]. Некоторые авторы сообщают об удовлетворенности пациентов через 3 месяца – 96,5%, через 6 месяцев – 92,9% [177]. Пациенты отмечали удовлетворенность результатами, воспринимали себя моложе в среднем на 4,4 года, чем до терапии [163].

Однако омоложение лица с применением нейротоксина может привести к результатам, которые могут появиться драматично [52, 82, 6, 104, 165]. Судебно-медицинские экспертизы, связанные с оценкой некачественного оказания медицинской помощи в области эстетической медицины, составляют от 1,1% до 2,2% [117].

Итак, резюмируя вышеизложенный материал настоящей главы, следует отметить основные моменты:

1. Для научного обоснования совершенствования организации и повышения качества косметологической помощи, необходимо дальнейшее продолжение профильных научных изысканий, с учетом социально-гигиенических характеристик пациентов, их удовлетворенности и изучения отдаленных результатов лечения на основе объективизации процесса оценки оказываемых услуг.

2. Разработка и утверждение медицинских технологий в эстетической медицине на основе стандартов, клинических рекомендаций, регламентов и СОП является актуальной проблемой повышения качества оказываемых услуг.

3. Лидирующее положение ботулинотерапии БТА среди инъекционных методов коррекции возрастных изменений кожи позволяет взять именно этот метод в фокус научных изысканий в области косметологии.

4. Совершенствование статистического учета в медицинских организациях, оказывающих косметологические услуги, является актуальной проблемой организации косметологической помощи.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая организация исследования

Как уже указывалось в разделе «Введение», настоящая диссертационная работа выполнялась по плану НИР ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России №АААА-А18-118052190090-0.

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы, а также нормативно-правовой базы по организации косметологической помощи, позволили определить проблемные вопросы организации оказания данного вида косметологических услуг. Вышеизложенное послужило началом к проведению настоящего диссертационного исследования, построенного на принципе системного подхода – от общего к частному.

Исследование проведено в несколько этапов (Таблица 2.1) в течение 2016-2021 гг.

Таблица 2.1 - Виды и объемы проведенных исследований

№	Вид исследования	Источник информации	Объем
1	Составление обзора отечественной и зарубежной литературы по теме исследования.	Публикации и нормативно – методические документы.	192 шт.
2	Изучение медико-статистических показателей (здоровья населения) и показателей деятельности медицинских организаций г. Нижнего Новгорода и Нижегородской области по классу болезней кожи и подкожной клетчатки, а также по профилю «косметология».	Основные показатели здоровья населения и деятельности медицинских учреждений по данным ГБУЗ НО «Медицинский информационно-аналитический центр» (данные за 2010-2018 гг.)	Все взрослое население НО в возрасте от 18 до 65 лет (сплошное исследование, всего 8192901 чел. за три года наблюдений).
3	Анализ деятельности базовой медицинской организации за трехлетний период, в т.ч. по оказанию инъекционных косметологических услуг. Исследование обращаемости пациентов по вопросам косметологической коррекции, в т.ч. применению БТА.	Медицинская карта больного, получающего помощь в амбулаторных условиях ф. 025/у-04 (2013-2015 гг.)	Выкопировочный материал по данным 9777 амбулаторных карт пациентов за три года.

Продолжение Таблицы 2.1

№	Вид исследования	Источник информации	Объем
4	Составление интегрального медико-социального портрета пациента косметологической клиники - по данным .анкетирования в базовой медицинской организации	Авторская анкета.	130 шт.
5	Обоснование и внедрение комплекса мероприятий по совершенствованию организации косметологической помощи в амбулаторных условиях по направлению: ботулинотерапия возрастных изменений кожи верхней половины лица.	Внедрение Алгоритма, учебно-методические рекомендации, Памятка для пациента, Вкладыш в амбулаторную карту, математическая модель ИКК, деловые обучающие игры, Программа для ЭВМ.	
6	Анкетирование для оценки качества (удовлетворенности) оказания косметологических услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях (врачом-косметологом).	Авторская анкета.	102 шт.

На первом этапе была разработана программа исследования, составлен его план и изучена отечественная и иностранная литература, включая нормативно-методические документы по теме исследования. Источники литературы обновлялись на протяжении всех этапов исследования.

В качестве базы исследования была определена старейшая профильная медицинская организация Нижегородской области – АО «Областная косметологическая поликлиника Нижегородской области», оказывающая косметологическую помощь жителям нашего города и области.

Предметом исследования были определены: комплекс организационно-управленческих подходов к совершенствованию косметологической помощи взрослому населению Нижегородской области, клинико-статистическая характеристика эстетической и медицинской косметологии, медицинская услуга «Ботулинотерапия возрастных изменений кожи верхней половины лица».

В качестве *объекта исследования* была выбрана система организации оказания косметологической помощи взрослому населению, в т.ч. по

направлению: ботулинотерапия возрастных изменений кожи верхней половины лица.

Генеральная совокупность на различных этапах исследования определялась как: совокупность обращений населения г. Нижнего Новгорода и Нижегородской области в возрасте 18-65 лет по поводу класса болезней кожи и подкожной клетчатки в медицинские организации подчинения Министерства здравоохранения Нижегородской области, а также совокупность обращений в базовую медицинскую организацию за оказанием косметологических услуг за три года.

Единицы наблюдения: пациенты базовой медицинской организации, случаи заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, случаи обращений за косметологическими услугами; медицинская карта амбулаторного больного пациентов (ф. 025/у-04).

Методы исследования: математико-статистические, социологические, аналитический, непосредственного наблюдения, выкопировки данных, метод математического моделирования.

При формировании выборочных совокупностей для проведения анкетирования, использовались классические подходы к проведению комплексного социально-гигиенического исследования и использовали рандомизированный бесповторный отбор единиц наблюдения на основе генерации случайных чисел с помощью MS Excel. Репрезентативная выборка составила от 102 до 130 единиц наблюдения (пациентов базовой медицинской организации).

Используемые средства: компьютер Intel Core i5 3230M, текстовый редактор MS Word 2007, редактор электронных таблиц MS Excel 2007, программное обеспечение для статистического анализа данных PSPP 1.2.0 (<http://www.gnu.org/software/pspp>), среда для статистической обработки информации R 3.4.4 (<https://www.r-project.org/>), авторские анкеты для изучения медико-социального статуса пациентов областной косметологической поликлиники, авторские анкеты для изучения удовлетворенности оказанными

косметологическими услугами (представлены в Приложениях, одобрены локальными этическим комитетом ПИМУ), первичная медицинская документация.

На втором этапе был осуществлен сбор статистического материала, изучены основные показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций по данным МИАЦ НО – по профилю исследования.

Автором предложены следующие подходы в оценке деятельности косметологической поликлиники:

- *первичная обращаемость* – учет первичных обращений за конкретной косметологической услугой (в связи с заболеванием или с эстетическими проблемами);

- *общая обращаемость* – любой контакт пациента с базовой медицинской организацией – как впервые в данном году, так и повторно - в течение года;

- *процедура* – любая процедура (оказанная косметологическая услуга) по конкретному заболеванию или состоянию пациента (консультации не учитываются).

Данный подход связан с тем, что зачастую причиной обращений за услугами косметологического направления являются не заболевания или проблемы, связанные со здоровьем, а проблемы эстетического свойства, неудовлетворенность внешним видом или состоянием. Именно поэтому автор считает целесообразным использовать в работе понятие обращаемости вместо привычного и общепринятого понятия заболеваемости.

На основании указанных понятий целесообразно для оценки деятельности косметологической поликлиники, использовать в работе следующие статистические показатели:

1. Структура первичной обращаемости по отдельному поводу (%) = $\frac{\text{число первичных обращений по отдельному поводу} \times 100}{\text{число всех первичных обращений в данном году}}$.

2. Структура общей обращаемости по отдельному поводу (%) = число всех обращений по отдельному поводу $\times 100$ / число всех обращений (в анализируемой группе) в данном году.

3. Показатель доли процедуры (услуги) по отдельному поводу (%) = число процедур по отдельному поводу $\times 100$ / число всех процедур, выполненных среди пациентов, обратившихся в поликлинику в данном году.

4. Показатель частоты первичной обращаемости по отдельным поводам (на 1000 обратившихся) = число первичных обращений по отдельному поводу $\times 1000$ / число всех обратившихся пациентов в поликлинику за год.

5. Показатель частоты общей обращаемости по отдельным поводам (на 1000 обратившихся) = общее число обращений по отдельному поводу $\times 1000$ / число всех обратившихся пациентов в поликлинику за год.

На третьем этапе был проведен анализ 9777 амбулаторных карт пациентов, обратившихся за трехлетний период в базовую медицинскую организацию.

На четвертом этапе было проведено анкетирование 130 пациентов из числа обратившихся в течение года базовую медицинскую организацию. По окончании получения медицинской помощи, респонденты дали ответы на вопросы авторской анкеты, включающей 63 вопроса (приложение В). Основное внимание уделялось анализу социального статуса пациентов с учетом возраста, образа жизни, состояния здоровья, состояния кожи респондента, применению косметических средств, оказанной косметологической помощи. Предпринята попытка поиска различия в двух возрастных группах, 30-39 лет и 40-49 лет - как наиболее часто обращавшихся по вопросу ботулинокоррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица.

На пятом этапе был разработан Алгоритм ботулинотерапии препаратом Диспорт при коррекции морщин верхней половины лица с внедрением способа разметки лица (как «методики начинающего косметолога»), внедрена этапность оказания услуги ботулинотерапии с оценкой качества эстетической коррекции морщин лица по шкале «Гармоничное лицо».

Разработан и внедрен Вкладыш в амбулаторную карту, применена авторская математическая модель расчета интегрального коэффициента качества (ИКК), разработаны макеты деловых обучающих игр врачей косметологов, разработана Программы для ЭВМ, получено авторской свидетельство.

На шестом этапе методом анкетирования был проведен анализ удовлетворенности и качества оказания услуг у 102 пациентов - после ботулинотерапии, проведенной одним врачом-косметологом (Приложение Г).

2.2 Статистическая обработка данных

В качестве методов определения соответствия выборки нормальному распределению использовали критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса и тест Шапиро-Уилка. Количественные признаки с асимметричным типом распределением представляли в виде $Me [Q25; Q75]$, где Me – медиана, $Q25$ и $Q75$ – нижний и верхний квартили.

Для описания качественных данных использовали расчет относительных показателей (P , в %) и их стандартных ошибок (m , в %) в виде $P \pm m$.

В случае качественных данных одновременное сравнение всех возрастных групп по отдельному признаку проводили на основе критерия Хи-квадрат с поправкой правдоподобия с предварительным построением таблиц сопряженности (частотные таблицы с положительными целыми значениями) с произвольным числом столбцов и строк, по следующему образцу (Таблица 2.2):

Таблица 2.2 – Образец таблицы сопряженности

Категории признака	Возрастные группы				
	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
Категория 1					
Категория 2					
...					
Категория n					

Примечание - В ячейках таблицы приводятся абсолютные значения

Для сравнения отдельных (несвязанных) групп использовали точный критерий Фишера с предварительным построением четырехпольных таблиц (использовали принцип выделения столбцов – «Группа 1», «Группа 2» и строк – приводили категории качественного признака к виду «Категория А», «Категория не-А»), по образцу (Таблица 2.3):

Таблица 2.3 – Образец четырехпольной таблицы

Категории признака	Возрастные группы	
	30-39 лет	40-49 лет
Категория А		
Категория не-А		

Примечание - В ячейках таблицы приводятся абсолютные значения

Указанные промежуточные таблицы преобразовывали, заменяя в ячейках частоты на относительные показатели и, с указанием статистической значимости проведенных сравнений, представляли в тексте диссертации.

В качестве нулевой гипотезы выдвигали предположение об отсутствии различий в сравниваемых группах.

При количественных данных с асимметричным распределением для одновременного сравнения групп использовали критерий Краскела-Уоллиса, при сравнении отдельных (несвязанных) групп – критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Матрицы исходных данных подготовлены в MS Excel 2007, расчеты проводились с помощью программного обеспечения для статистического анализа данных PSPP 1.2.0 (<http://www.gnu.org/software/pspp>) и среды для статистической обработки информации R 3.4.4 (<https://www.r-project.org/>).

Для формирования математической модели оценки качества ботулинотерапии мимических возрастных изменений кожи придерживались следующей этапности.

1. сбор материала. Сбор материала начинается с момента выполнения первичной коррекции препаратом БТА и продолжается на протяжении 6 месяцев. Мы предлагаем несколько визитов пациента с целью контроля: через 14 дней

после коррекции, через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев (если нет необходимости в проведении следующей процедуры ботулинотерапии в более ранние сроки). Сбор материала включает сведения о глубине морщин корректируемых зон лица (оценка осуществляется при каждом визите), дозе вводимого препарата при первом визите и при повторном визите через 14 дней, если есть необходимость в проведении докоррекции, схеме введения (количестве рядов, количестве точек).

2. обработка материала, построение оптимального графика.

Статистическая обработка собранного материала, выбор оптимального варианта инъекционной коррекции определенной зоны лица, при котором глубина морщин на протяжении периода наблюдения будет минимальной. Как для статических, так и для динамических морщин можно построить соответствующие графики. Назовем их *оптимальные графики*. Из всех оптимальных графиков можно выбрать график, содержащий лучшие показатели на протяжении всего периода наблюдения и использовать его в качестве эталона для дальнейших оценок с использованием разных доз и схем введения препарата.

3. анализ.

Статистический анализ качества процедуры ботулинотерапии проводится путем обработки и сравнения всех показателей инъекционной коррекции в реальных клинических случаях с подобранными оптимальными значениями этих показателей.

При отсутствии стандартов медицинской помощи по профилю «Косметология» сложно контролировать результаты и качество. ИКК ботулинотерапии можно определить по упрощенной формуле расчета с учетом только реальных и эталонных показателей на протяжении определенного срока наблюдения.

Алгоритм анализа. Находим R_i - относительное значение отклонений реальных показателей ботулинотерапии от оптимальных (эталонных):

$$R_i = (A_i - K_i) / A_i$$

где $i=1, \dots, N$, N - количество временных случаев наблюдения после проведенной коррекции (в нашем случае пациент приходит повторно через 14 дней (визит №2), через 1 месяц (визит №3), 3 месяца (визит №4) и 6 месяцев

(визит №5)). Следовательно, в приведенной ситуации число случаев наблюдения (N) будет равно 4);

K_i - показатель оценки качества коррекции реального случая в i -той временной точке (измеряется от 1 до 5);

A_i - показатель оценки качества коррекции оптимального (эталонного) случая в i -той временной точке (эталонный показатель качества всегда будет равен 5).

При значении $R_i = 0$ считаем результат коррекции достигнутым (этот показатель будет равен 0 при $K_i = A_i$).

Значение ИКК - интегрального коэффициента качества ботулинотерапии на протяжении определенного срока наблюдения мы предлагаем рассчитывать следующим образом:

$$\text{ИКК} = \left(1 - \frac{\sum R_i}{N}\right) \times 100\%$$

ГЛАВА 3. МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗРОСЛОЙ ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ПРОФИЛЮ «КОСМЕТОЛОГИЯ»

3.1 Медико-статистическая характеристика взрослой популяции и деятельности медицинских организаций Нижегородской области по специальности «косметология» – как организационно-методическая проблема

На основании данных специальной литературы и статистических показателей, представленных МИАЦ НО нами было проведено изучение основных показателей здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения НО и РФ по профилю «косметология», традиционно учитываемых в составе класса заболеваний «Кожи и подкожно-жировой клетчатки» [57, 58, 59, 60, 148].

Итак: в РФ сегодня насчитывается около 8,5 млн. больных дерматологическими заболеваниями. Общая заболеваемость кожи и подкожной клетчатки с 2000 г. по 2010 г. увеличилась на 11,6%, а в 2018 г. составила 5673,8 на 100 тыс. чел. [39]. В НО показатель общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в 2018 г. был зарегистрирован на уровне 5706,7 на 100 тыс. чел. [36].

Ежегодно в РФ регистрируется около 6,5 млн. новых случаев заболеваний кожи и подкожной клетчатки, уровень первичной заболеваемости с 2000 г. по 2010 г. увеличивался примерно такими же темпами (на 9,4% [112]), и составил в 2018 г. 4028,7 на 100 тыс. чел. [39]. В НО этот показатель составил 3898,9 на 100 тыс. населения в 2018 г. [37], что существенно ниже чем в целом по России (Рисунок 3.1).

Обеспеченность врачами-дерматовенерологами в РФ имела обратную тенденцию: интенсивный показатель снизился по сравнению с 2004 г. по 2013 г.

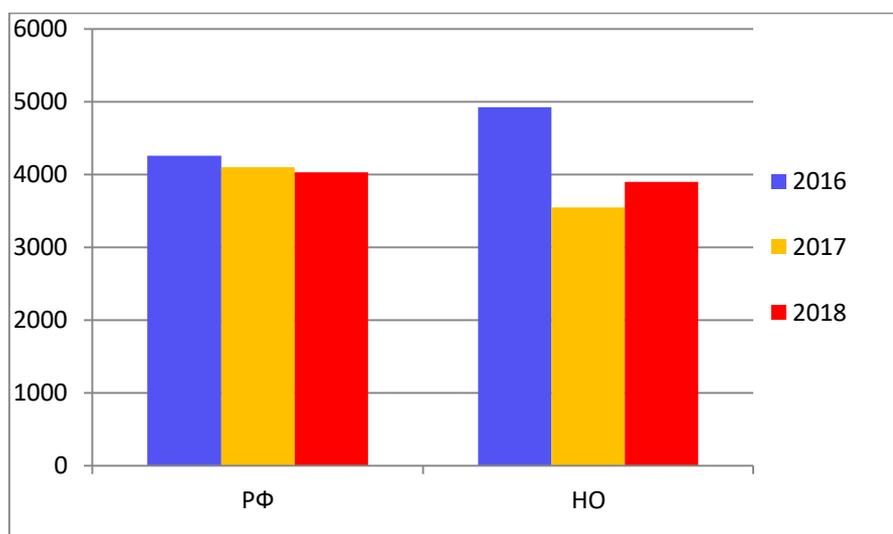


Рисунок 3.1 - Первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в РФ и НО (на 100000 населения)

на 14%, составив в 2013 г. 0,6 на 10 тыс. населения [79], в 2016 г.- 0,58 на 10 тыс. населения [126], в 2017 г. на 10 тыс. человек – уже 0,57, и в 2018 г. – 0,55 [133]. В НО обеспеченность врачами данного профиля также существенно снизилась и составила на 10 тыс. населения в 2010 г.– 0,7, и в 2018 г. – 0,49 [133] (Рисунок 3.2).

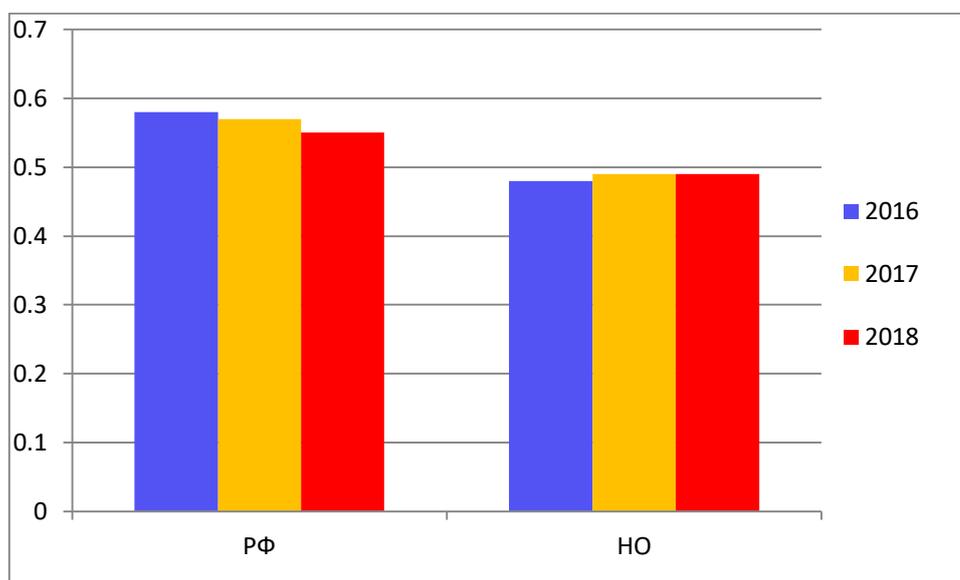


Рисунок 3.2 - Обеспеченность врачами-дерматовенерологами (на 10000 населения)

Обращаемость с болезнями кожи и подкожной клетчатки занимает устойчивое четвертое место в структуре первичной заболеваемости взрослого населения РФ [121].

Во многом рост числа заболеваний кожи и ее составляющих связан с расширением использования химических веществ: в быту, на производстве; а также – с ухудшением экологической обстановки; применением лекарственных средств; психосоматическим состоянием, стрессовыми ситуациями в семье и обществе; несоблюдением здорового образа жизни; низкой медицинской активностью и вредными привычками.

Уровень общей смертности в РФ за последнее десятилетие неуклонно снижается: с 2010 года (17,8‰) до 12,4‰ - в 2018 г. [39]. Аналогичный показатель в НО составил в 2017 г. – 14,7‰; и в 2018 г. - 15,0 на 1000 чел. [90]. На фоне увеличения средней продолжительности предстоящей жизни происходит постепенное постарение населения (Рисунок 3.3).

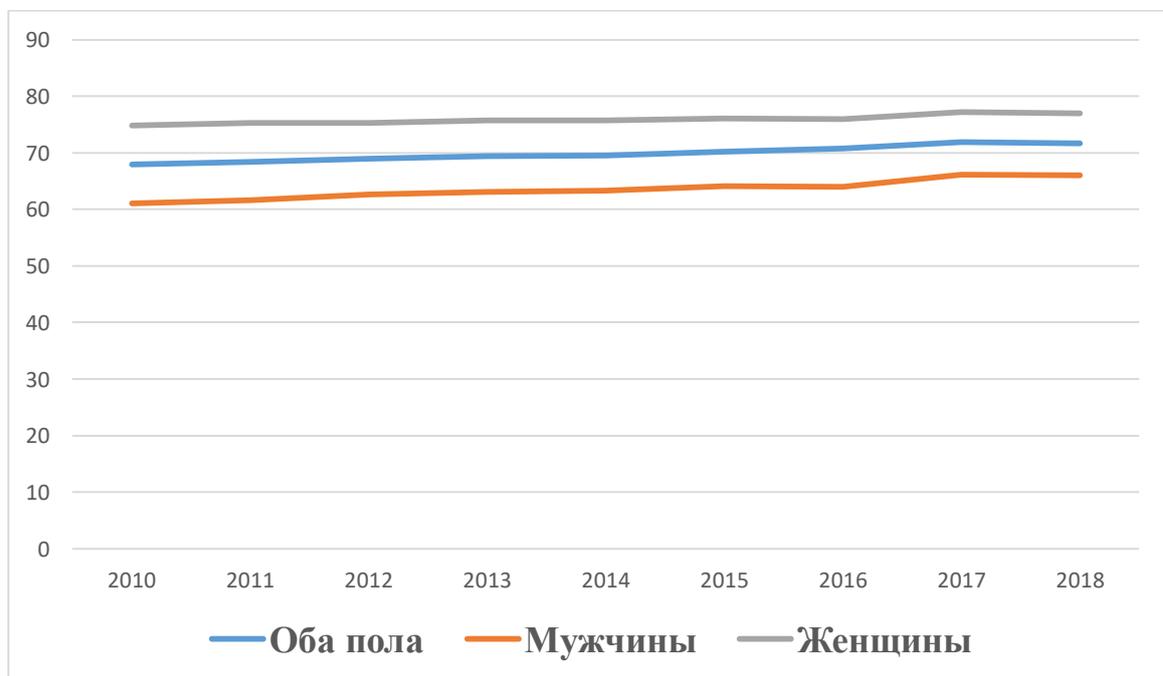


Рисунок 3.3 - Средняя продолжительность предстоящей жизни населения Нижегородской области (лет)

Данные о количестве врачей-косметологов не указаны, что следует считать определенной проблемой организационного характера. И здесь можно выделить две основные причины:

1. несовершенство статистических форм отчетности и методологических подходов к их оформлению, не выделяющих специальность «косметология»;
2. основная масса косметологических организаций находятся в частной собственности, и централизованный сбор сведений для них не ведется в связи с тем, что профильная медицинская помощь не относится к программе государственных гарантий.

Таким образом, выявленные негативные тенденции в состоянии здоровья населения по классу «Болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки» и обеспеченности профильными специалистами - на фоне общего постарения и увеличения средней продолжительности предстоящей жизни определяют необходимость дальнейшего проведения научных изысканий в данной предметной области в целях планирования развития отрасли, повышении качества и доступности специализированной медицинской помощи, удовлетворенности пациентов.

3.2 Общие статистические подходы к анализу деятельности медицинской организации косметологического профиля

Нами проведен анализ деятельности базовой косметологической клиники по основным медико-статистическим показателям. Всего за трехлетний период обратилось 9777 первичных пациентов (Приложения А и Б). Сведения об обращаемости представлены в Таблице 3.1 и Таблице 3.2.

Отмечается снижение уровня обращаемости в связи с косметологическими проблемами в целом - за три года. В то же время, наблюдается значительный рост первичной и общей обращаемости по вопросам ботулинотерапии (показатель частоты первичной обращаемости растет с 5,0 до 28,5 на 1000 обращений).

Таблица 3.1 - Объемы работы косметологической клиники (абс.)

Показатель	По всем видам услуг			Средне-годовой показатель	Ботулинотерапия			Средне-годовой показатель
	1 год наблюдения	2 год наблюдения	3 год наблюдения		1 год наблюдения	2 год наблюдения	3 год наблюдения	
Число первичных пациентов	3600	3300	2877	3259	18	35	82	45
Число первичных обращений	4246	3598	2880	3575	18	35	82	45
Общее число обращений	6045	5291	3542	4959	28	39	104	57
Число процедур*	5453	4774	3212	4479	31	54	170	85

Примечание: * - В разделе получения услуг (процедур) консультации не учитываются, одна корректируемая ботулиническим токсином типа А зона учитывается, как 1 выполненная процедура.

Таблица 3.2 - Показатели работы поликлиники (абс., %, ‰)

Показатель	Общее количество				Ботулинотерапия			
	1 год наблюдения	2 год наблюдения	3 год наблюдения	Средне-годовой показатель	1 год наблюдения	2 год наблюдения	3 год наблюдения	Средне-годовой показатель
Число пациентов (абс.)	3600	3300	2877	3259	18	35	82	45
Структура первичной обращаемости по отдельному поводу (%)	100	100	100	100	0,4	1,0	2,8	1,2
Структура общей обращаемости по отдельному поводу (%)	100	100	100	100	0,5	0,7	2,9	1,2
Доля процедур (%)	100	100	100	100	0,6	1,1	5,3	1,9

Продолжение Таблицы 3.2.

Показатель	Общее количество				Ботулинотерапия			
	1 год набл ю- дения	2 год наблю- дения	3 год наблю- дения	Средне- годо- вой по- каза- тель	1 год набл ю- дения	2 год наблю- дения	3 год наблю- дения	Средне- годо- вой по- каза- тель
Частота первичной обращаемости по отдельному поводу (на 1000 пациентов)	1179,4	1090,3	1001,0	1096,9	5,0	10,6	28,5	13,8
Частота общей обращаемости по отдельному поводу (на 1000 пациентов)	1679,2	1603,3	1231,1	1521,6	7,7	11,8	36,1	17,5
Структура общей обращаемости по отдельному поводу (%)	100	100	100	100	0,5	0,7	2,9	1,2
Доля процедур (%)	100	100	100	100	0,6	1,1	5,3	1,9
Частота первичной обращаемости по отдельному поводу (на 1000 пациентов)	1179,4	1090,3	1001,0	1096,9	5,0	10,6	28,5	13,8
Частота общей обращаемости по отдельному поводу (на 1000 пациентов)	1679,2	1603,3	1231,1	1521,6	7,7	11,8	36,1	17,5

Зафиксирован рост частоты получения процедур инъекционной терапии с применением БТА и с расширением количества зон введения ботулотоксина. Доля пациентов, впервые обратившихся за ботулинотерапией, в данном примере в последний год наблюдения составила 2,8%. Между тем, по данным Зорилэ В.В. (2016 г.), в многопрофильных косметологических центрах, где представлен широкий спектр услуг, включая аппаратные и уходовые процедуры, с наличием детской и средневозрастной аудитории, инъекции БТА составляют около 5% [39]. Кроме того, необходимо отметить следующие важные моменты, относящиеся к особенностям оказания медицинской помощи в базовом учреждении:

1. поликлиника не имеет официально прикрепленной и обслуживаемой численности населения на территории расположения по профилю оказываемой медицинской помощи;

2. основную группу среди первичных пациентов составляют жители областного центра, каждый третий посетитель областной поликлиники - из другого региона, не является жителем Нижегородской области;

3. по нашим данным - на одного пациента приходилось в среднем 1,5 случаев всех обращений в поликлинику.

Таким образом, полученные сведения, в условиях отсутствия других сведений статистического характера, и рассчитанные показатели, могут быть полезны руководителям профильных медицинских организаций для сравнительного анализа работы нескольких медицинских организаций одного профиля, подразделений этих организаций и отдельных специалистов, а так же для изучения и создания благоприятных условий развития рынка конкретных услуг в условиях высокой конкуренции.

3.3 Уровень, структура и динамика обращаемости в косметологическую поликлинику по данным трехлетних наблюдений

Нами были проанализированы показатели заболеваемости по данным трехлетней обращаемости в базовое учреждение - областную косметологическую поликлинику. Полученные данные позволяют охарактеризовать скорее не столько заболеваемость, сколько уровень медицинской активности населения, или непосредственно *обращаемость* пациентов, что связано, прежде всего, с социально-экономическими характеристиками потребителей косметологических услуг. Был проведен анализ 9777 медицинских карт амбулаторного больного (ф. 025/у-04) за три года.

Отметим, что основным направлением в работе поликлиники оказалась медицинская (или врачебная) косметология - 9188 первичных обращений (85,7%), а вторым по значимости направлением стала эстетическая косметология - 1536

(14,3%). В первый год наблюдения было 4246 обращений, второй – 3598, третий – 2880 (среднегодовой показатель - 3575). Частота обращений за косметологическими услугами, по данным трехлетних наблюдений представлена на Рисунке 3.4.

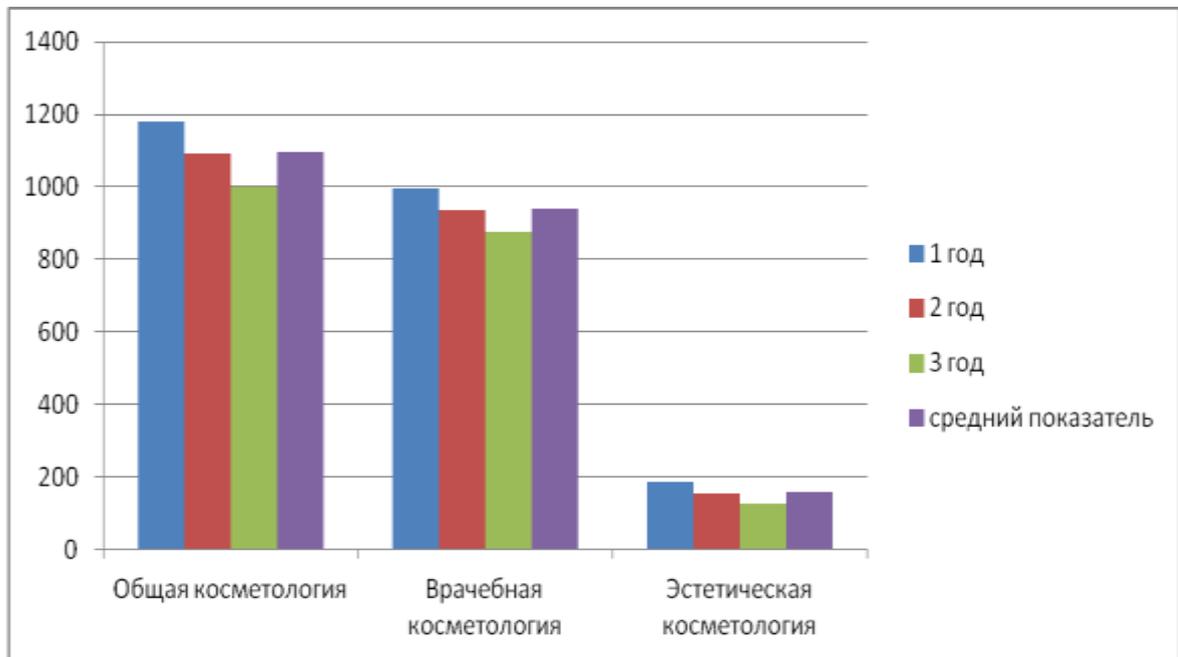


Рисунок 3.4 - Трехлетняя динамика первичной обращаемости за косметологическими процедурами (на 1000 пациентов).

По поводу эстетической косметологии за три года отмечено первичных обращений соответственно – 667 – 505 – 364 (среднегодовой показатель – 512); медицинской – 3579 - 3093 – 2516 (среднегодовой показатель – 3063). Среди услуг по медицинской (врачебной) косметологии превалировала дерматхирургия – 61,2%. Среди эстетической косметологии – аппаратные методы - 6,9% (Таблица 3.3.).

Наблюдалась негативная тенденция к уменьшению первичной обращаемости по поводу оказания косметологических услуг в базовую медицинскую организацию за три года наблюдений в 1,5 раза ($p < 0,01$). Показатели первичной обращаемости за трехлетний период наблюдения по общей

Таблица 3.3 - Сводная статистическая характеристика структуры полученных процедур эстетической и медицинской (врачебной) косметологии за трехлетний период (%)

Виды процедур		1 год наблюдения	2 год наблюдения	3 год наблюдения	Средний показатель
1.Эстетическая косметология: 14,3	Профилактическая	1,8	3,3	2,0	2,4
	Декоративно-прикладная	6,3	4,6	3,9	5,1
	Аппаратные методы (простые технологии)	7,6	6,1	6,8	6,9
2.Медицинская косметология: 85,7	Диагностическая	13,7	14,0	13,7	13,8
	Дерматокосметология	10,2	10,4	10,1	10,2
	Дерматохирургия	59,8	61,2	63,4	61,2
	Аппаратная (сложные технологии)	0,6	0,4	0,1	0,4
Итого		100,0	100,0	100,0	100,0

косметологии составили на 1000 пациентов в первый год наблюдения 1179,4, второй – 1090,3, третий – 1001,0, в среднем 1096,9 в год.

Показатели по поводу врачебной (медицинской) косметологии: 994,2 – 937,3 – 874,5 за три года соответственно и средний показатель 939,8. Данные по эстетической косметологии соответственно: 185,3 – 153,0 – 126,5 и 157,1 в среднем.

Подобная негативная динамика была связана, в первую очередь, с насыщением рынка на условной территории обслуживания и ограничением мощности базового учреждения – его кадровыми и материально-техническими возможностями. Имело место также конкурирование и стремительный рост открытия новых косметологических кабинетов и клиник в нашем городе и районах области.

Показатель первичной обращаемости по поводу ботулинотерапии рос, демонстрируя ежегодно следующие уровни: 5,0 на 1000 пациентов в первый год наблюдения, второй – 10,6‰, третий – 28,5‰, в среднем – 13,8‰ (Рисунок 3.5).

Частота обращений по вопросам всей инъекционной косметологии составила 37,5‰ – 41,8‰ – 55,6‰ соответственно за три года и 44,2‰ - в среднем.

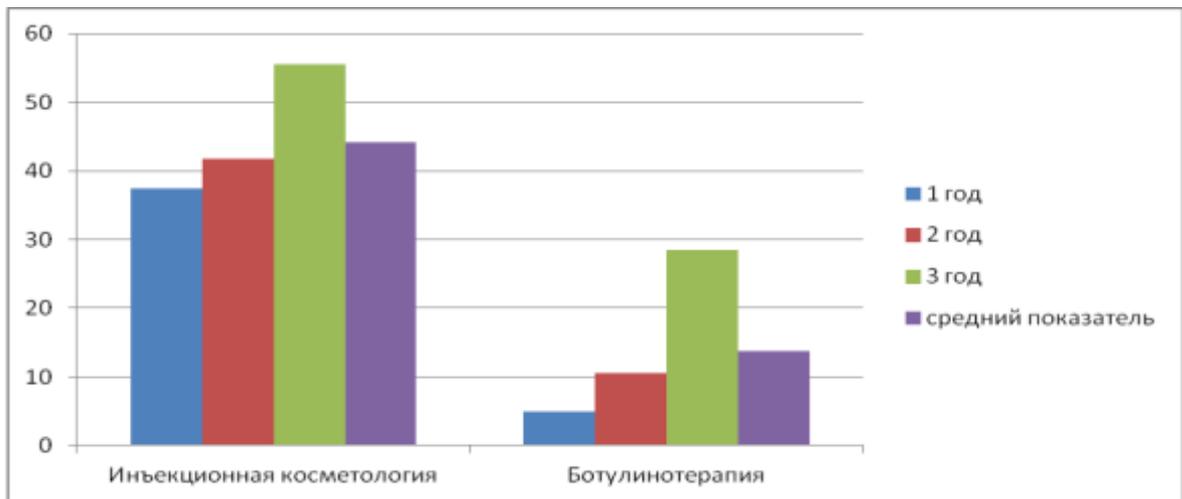


Рисунок 3.5 - Трехлетняя динамика инъекционной коррекции и ботулинотерапии по данным общей обращаемости (на 1000 пациентов)

Отмечено увеличение частоты общей (и первичной, и повторной) обращаемости по поводу ботулинотерапии за три года в 5,7 раз, что логично и связано, на наш взгляд, с большой заинтересованностью пациентов в данной услуге год от года.

Проведенный анализ первичной обращаемости позволил определить ее структуру по 10 основным нозологическим патологиям кожи и подкожно-жировой клетчатки (Таблица 3.4, Рисунок 3.6).

Основной причиной обращения являлись бородавки - 35,5%, папилломы – 34,6% и угревая сыпь – 10,9%.

Значительную группу пациентов составили лица, впервые обратившиеся за консультациями – 1481 обращение среди впервые обратившихся пациентов: 581 – в первый год, 504 и 396 в последующие годы наблюдения, в среднем 493,7 первичных обращений за год. Это соответствует 161,3 на 1000 пациентов в первый год и 152,7‰ и 137,6‰ во второй и третий годы, среднем: 150,5‰. Частота таких обращений за три года уменьшилась в 1,2 раза.

Таблица 3.4 - Структура первичной обращаемости пациентов за услугами по медицинской (врачебной) косметологии за трехлетний период (%)

Нозологическая единица	Структура			Средний показатель
	1 год	2 год	3 год	
1.Бородавки	36,6	36,6	32,6	35,5
2.Папилломы	36,0	31,9	35,7	34,6
3.Угревая болезнь	10,6	11,4	10,7	10,9
4.Кератомы	5,8	6,6	6,7	6,3
5.Сосудистые образования кожи	4,1	4,8	4,6	4,5
6.Милиумы	3,3	4,1	3,0	3,5
7.Контагиозный моллюск	2,5	1,8	3,2	2,4
8.Атеромы	0,3	1,6	1,7	1,1
9.Невусы	0,5	0,6	1,1	0,7
10.Розацеа	0,3	0,6	0,7	0,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

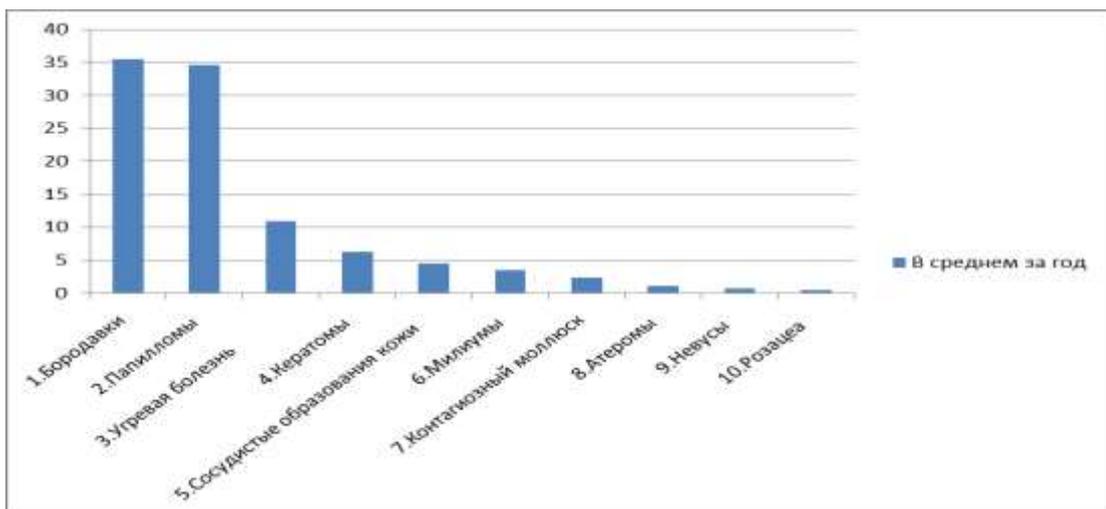


Рисунок 3.6 - Структура первичной обращаемости пациентов за услугами по медицинской (врачебной) косметологии (%)

Полагаем, что выявленное снижение первичных обращений, кроме указанных выше, было обусловлено вполне возможно недостатками в маркетинговой политике базовой медицинской организации: низкой активностью и креативностью рекламной политики; работой преимущественно с имеющейся базой, без цели привлечения новых клиентов; недостатками в ведении и хранении медицинской документации.

Детальные сведения об уровнях и структуре первичной обращаемости за косметологическими услугами, а также динамике указанных показателей за три года представлены в приложениях А и Б.

3.4 Статистический анализ оказания услуг инъекционной терапии возрастных изменений кожи лица косметологической поликлиникой

Среди общего числа первичных обращений за косметологическими процедурами, по поводу инъекционной терапии было зарегистрировано 433 обращения из 10724 (4,0%). Общее количество обратившихся по анализируемым годам несущественно росло, оставалось в целом стабильным. В первый год обращений по поводу инъекционной коррекции было 31,2%, в последующие годы 31,9% и 36,9%. Доля ботулинотерапии среди инъекционной коррекции оказалась выше других и составила – в среднем 31,2% за три года. Отмечен устойчивый рост доли применения БТА за трехлетний период, в 5,7 раз (Таблица 3.5).

Таблица 3.5 - Структура процедур инъекционной коррекции (%)

Наименование процедуры	1-й год	2-й год	3-й год	Итого
Ботулинотерапия	13,3	25,9	60,8	100,0
Мезотерапия	38,3	37,4	24,3	100,0
Биоревитализация	33,3	40,8	25,9	100,0
Контурная пластика	44,6	31,4	24,0	100,0
Нитевой лифтинг	25,0	18,8	56,2	100,0

Примечание - Суммарный годовой показатель выше 100%, т.к. ряд пациентов получали несколько процедур

Из группы инъекционной коррекции были отобраны 135 карт пациентов, которым проводилась коррекция возрастных изменений кожи с применением препаратов ботулотоксина типа А (1,4% от числа всех 9777 первичных пациентов).

Основную группу пациентов инъекционной терапии с применением препаратов БТА составили женщины в возрасте 40-49 лет (Рисунок 3.7).

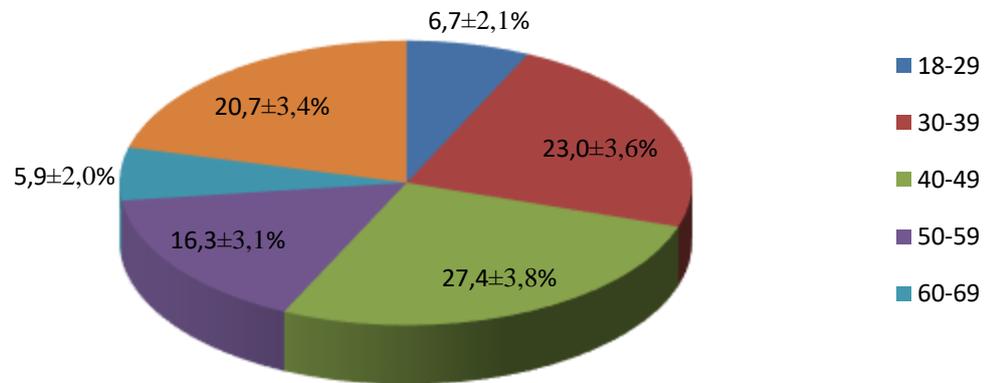


Рисунок 3.7 - Распределение пациентов базовой поликлиники по возрасту (%)

Среди всех обратившихся было всего 4 мужчин (2,9%), что говорит об их недостаточном внимании к процессам старения лица, а возможно, о незнании возможностей БТА, и соответственно, об их участии в косметологических услугах. В весенний период отмечалось 33%±4,0% от всех посещений, зимний – 26,7±3,8%, летний – 20,7±3,4%, осенний – 19,3±3,3% (Рисунок 3.8).

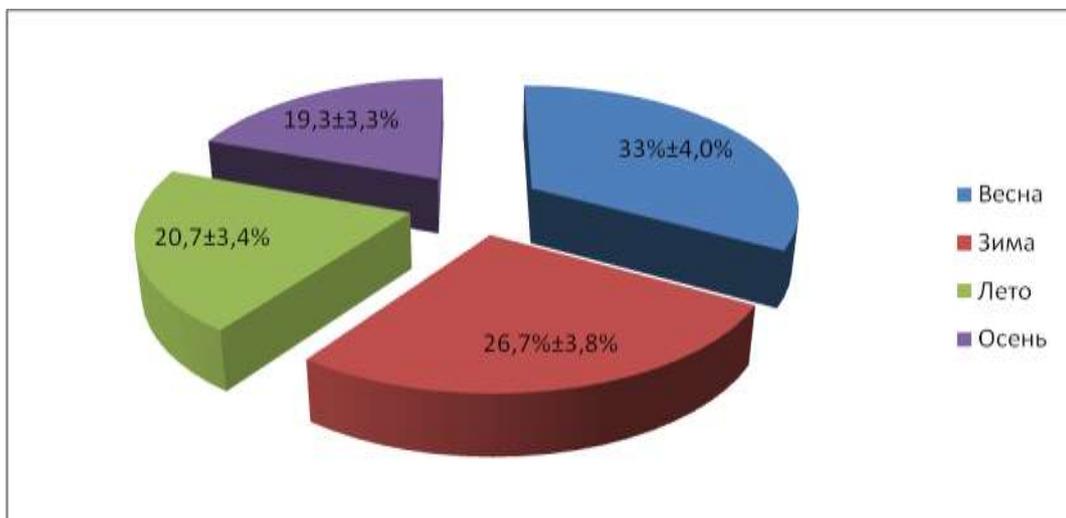


Рисунок 3.8 - Распределение посещений базовой поликлиники по временам года (%)

Пики обращений регистрировались в праздники (Нового года, Дня святого Валентина, 23 февраля и 8 марта). И здесь вновь следует обратить внимание на рекламные акции и вообще на системность рекламной политики, возможно

недостаточной в базовом учреждении. Чаще применялся Диспорт, реже Ксеомин, Ботокс, соответственно $78,5\pm 3,5\%$ - $6,7\pm 2,1\%$ - $14,8\pm 3,0\%$, и определялся, в основном, личными предпочтениями врачей – косметологов.

На 135 пациента пришлось 171 первичных обращений и 255 инъекционных процедур препаратами БТА (учитывая, что коррекция одной зоны – это одна инъекционная процедура). Таким образом, на одного пациента в среднем, приходилось 1,3 посещения и 1,9 области коррекции.

Наиболее популярные зоны ботулинотерапии (Рисунок 3.9): межбровье ($30,6\pm 2,8\%$), наружный угол глаза ($23,9\pm 2,6\%$), лоб ($16,5\pm 2,3\%$).

В некоторых картах амбулаторного больного запись содержала только общую дозу препарата по нескольким зонам, например «лоб + межбровье + глаза = 90 ЕД», в связи с чем данные пациенты были исключены из дальнейшего анализа применяемых доз БТА.

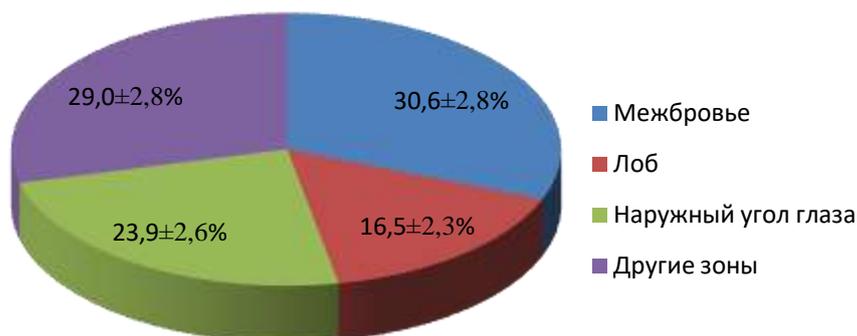


Рисунок 3.9 - Основные зоны ботулинотерапии (%)

При первичной ботулинотерапии межбровья среднегодовая доза на одного пациента составила 32 ЕД Диспорта или 11 ЕД Ботокса; области лба, соответственно, 13 ЕД Диспорта или 3 ЕД Ботокса, области наружного угла глаза - 29 ЕД Диспорта или 9 ЕД Ботокса.

Сравнительный анализ динамики соответствия вводимых доз с рекомендованными дозами (согласно инструкции по применению препарата) показал, что коррекция проводилась более низкими дозами. Несмотря на то, что всем пациентам был рекомендован контрольный осмотр через 2 недели после инъекции БТА, основная часть клиентов повторно не явилась, или же информация

по их посещению не была отражена в амбулаторной карте (из 135 пациентов повторно обратилось всего 36 ($26,7 \pm 3,8\%$)).

При повторном осмотре из 36 явившихся у 14 ($10,4 \pm 2,6\%$ от 135) пациентов потребовалась докоррекция. Достоверно чаще докоррекция требовалась на область межбровья, в среднем 13ЕД БТА.

На наш взгляд, основной причиной недостаточной эффективности ботулинотерапии явились низкие дозы препарата при первичной инъекционной терапии, а также возможный недоучет возрастных, этнических и гендерных особенностей пациента. После проведения докоррекции повторных посещений не было, что позволило считать, что пациенты получили положительный результат и были удовлетворены проведенной коррекцией. Сама по себе процедура докоррекции, проводимая на 14-й день после первичной коррекции – это естественный момент при проведении ботулинотерапии, о возможности которого врач информирует пациента на этапе консультации.

Таким образом, результаты исследования показали: среди первичных обращений основную нагрузку базовая медицинская организация выполняла по врачебной косметологии (85,7%), значительное место занимала дерматохирургия (61,2%), диагностическая косметология (13,8%), дерматокосметология (10,2%). Инъекционная терапия была проведена у 4,0% первичных пациентов. Доля ботулинотерапии среди методов инъекционной коррекции оказалась выше других и составила в среднем за год 31,2%, среди всех первичных пациентов - 1,4%. Отмечался рост частоты оказания услуг ботулинотерапии за трехлетний период в 5,7 раза, что соответствовало возрастанию заинтересованности пациентов в данной услуге. Наиболее популярными зонами коррекции БТА оказались: область межбровья (30,6%), глаз (23,9%) и лба (16,5%) как в программе комплексной коррекции, так и изолированно, по зонам, поскольку работа в этих зонах дает наиболее выраженный, желаемый результат. Средние дозы составили: 32 ЕД (межбровье), 13 (лоб), 24 (наружный угол глаза) и оказались более низкими в сравнении с рекомендованными Инструкцией по применению БТА, что можно объяснить тем обстоятельством, что когда инъекционная косметология начинала

развиваться в Нижнем Новгороде, врачи исследуемого нами медицинского учреждения не в полной мере владели на навыками ботулинотерапии, имели небольшой на тот период времени опыт работы с препаратами БГА и, возможно, поэтому начинали с введения небольших доз, с возможностью последующей докоррекции, при условии минимизацией вероятности появления нежелательных эффектов после процедуры. Докоррекции чаще подвергалось межбровье, средняя доза докоррекции составила 13 ЕД БГА.

ГЛАВА 4. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

4.1 Социально-демографическая характеристика

Учитывая, что подавляющим большинством пациентов косметологической клиники являются женщины, для определения основных социально-демографических характеристик изучаемой категории пациентов, нами было проведено анкетирование 130 женщин, обратившихся в базовую медицинскую организацию.

Около половины из них составили пациентки в возрасте до 40 лет ($21,6 \pm 3,6\%$ - 18-29 лет; $26,9 \pm 3,8\%$ - 30-39 лет). $22,3 \pm 3,6\%$ пациентов пришлось на возрастную группу 40-49 лет; $17,7 \pm 3,3\%$ - 50-59 лет; $11,5 \pm 2,7\%$ - 60 лет и старше. Из общего числа обследованных $87,6 \pm 2,9\%$ были жители областного центра, $7,8 \pm 2,4\%$ - районных центров области; остальные - жители из другой местности. Последний показатель был наиболее высок в возрастной группе 60-69 лет.

Таблица 4.1 - Распределение пациенток косметологической клиники по возрасту и образованию, $P \pm m$ (%)

Образование	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
Начальное	$3,6 \pm 3,5$	0	$3,6 \pm 3,5$	0	0	$1,6 \pm 1,1$	0,910
Среднее специальное	$7,1 \pm 4,9$	0	$39,3 \pm 9,2$	$8,7 \pm 5,9$	$26,7 \pm 11,4$	$14,7 \pm 3,1$	$<0,001^*$
Высшее профессиональное	$85,7 \pm 6,6$	100	$57,1 \pm 9,4$	$91,3 \pm 5,9$	$73,3 \pm 11,4$	$82,9 \pm 3,3$	$<0,001^*$
Другое	$3,6 \pm 3,5$	0	0	0	0	$0,8 \pm 0,8$	1,000
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p=0,001$); * – различие по точному критерию Фишера имело статистическую значимость ($p<0,05$)

Уровень образования пациенток был достаточно высоким: у $82,9 \pm 3,3\%$ из них образование было высшим, у $14,7 \pm 3,1\%$ - средним специальным и лишь у весьма небольшой группы - начальным (последнее имело место среди пациенток до 18 лет и в возрасте 40-49 лет). Различия в образовании в зависимости от возрастных групп имели статистическую значимость, $p=0,001$, таблица 4.1.

Большинство пациенток ($87,5 \pm 2,9\%$) проживали в отдельных квартирах, $11,7 \pm 2,8\%$ - в частных домах. Удельный вес живущих в частных домах был наибольшим в возрастной группе 30-39 лет. Ниже оказался показатель в возрасте 40-49 и 50-59 лет, минимален - в возрасте 18-29, а в возрасте 60 лет и старше - не встречался.

Семейный статус обратившихся характеризовался статистически значимыми различиями в зависимости от возраста ($p=0,006$). Более половины ($56,9 \pm 4,3\%$) обратившихся состояли в браке. Наибольшим был данный показатель в возрастных группах 60-69 лет ($80,0 \pm 10,3\%$); далее следовали: 50-59 лет - $65,2 \pm 9,9\%$; 40-49 лет - $62,1 \pm 9,0\%$; 30-39 лет - $54,3 \pm 8,4\%$; 18-29 лет - $35,7 \pm 9,1\%$, (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и семейному положению, $P \pm m$ (%)

Характеристика	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
Состоит в браке	$35,7 \pm 9,1$	$54,3 \pm 8,4$	$62,1 \pm 9$	$65,2 \pm 9,9$	$80 \pm 10,3$	$56,9 \pm 4,3$	0,709
Не состоит в браке	$60,7 \pm 9,2$	$34,3 \pm 8,0$	$20,7 \pm 7,5$	$13,0 \pm 7,0$	$13,3 \pm 8,8$	$30,8 \pm 4,0$	0,355
Разведена	$3,6 \pm 3,5$	$11,4 \pm 5,4$	$17,2 \pm 7$	$21,7 \pm 8,6$	$6,7 \pm 6,4$	$12,3 \pm 2,9$	0,761
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех возрастных групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p=0,006$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

Второе ранговое место занимали женщины, никогда не состоявшие в браке, удельный вес которых составил $30,8 \pm 4,0\%$. Как и следовало ожидать, наиболее высоким он оказался ($60,7 \pm 9,2\%$) среди пациенток до 29 лет и далее снижался в

каждой последующей возрастной группе. Доля разведенных женщин составила $12,3 \pm 2,9\%$. Она была наибольшей в возрастных группах 50-59 лет и 40-49 лет. В социальной структуре обратившихся более половины ($55,9 \pm 4,4\%$) составили работающие по найму; значительно меньшим был удельный вес пенсионеров ($13,4 \pm 3,0\%$), государственных служащих ($10,2 \pm 2,7\%$), предпринимателей ($7,9 \pm 2,4\%$), учащихся ($7,1 \pm 2,3\%$); незначительная доля пришлась на неработающих и прочие социальные категории (Таблица 4.3, Рисунок 4.1).

Таблица 4.3 - Распределение по возрастным группам и социальному положению, $P \pm m$ (%)

Характеристика	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Учащийся	$32,1 \pm 8,8$	0	0	0	0	$7,1 \pm 2,3$	1,000
Работающий по найму	$46,4 \pm 9,4$	$58,8 \pm 8,4$	$75 \pm 8,2$	$68,2 \pm 9,9$	$13,3 \pm 8,8$	$55,9 \pm 4,4$	0,285
Предприниматель	$10,7 \pm 5,8$	$14,7 \pm 6,1$	$7,1 \pm 4,9$	0	0	$7,9 \pm 2,4$	0,594
Государственный служащий	$7,1 \pm 4,9$	$14,7 \pm 6,1$	$10,7 \pm 5,8$	$4,5 \pm 4,4$	$13,3 \pm 8,8$	$10,2 \pm 2,7$	0,932
Пенсионер	0	$2,9 \pm 2,9$	0	$22,7 \pm 8,9$	$73,3 \pm 11,4$	$13,4 \pm 3,0$	0,922
Не работающий	0	$8,8 \pm 4,9$	$3,6 \pm 3,5$	$4,5 \pm 4,4$	0	$3,9 \pm 1,7$	0,750
Другое	$3,6 \pm 3,5$	0	$3,6 \pm 3,5$	0	0	$1,6 \pm 1,1$	0,922
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p < 0,001$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

В возрастной группе до 29 лет преобладали, составляя $46,4 \pm 9,4\%$, женщины, работающие по найму. Значительной ($58,8 \pm 8,4\%$) была их доля также в возрастной группе 30-39 лет, 40-49 лет ($75,0 \pm 8,2\%$), 50-59 лет ($68,2 \pm 9,9\%$). В последующей возрастной группе практически поровну были представлены

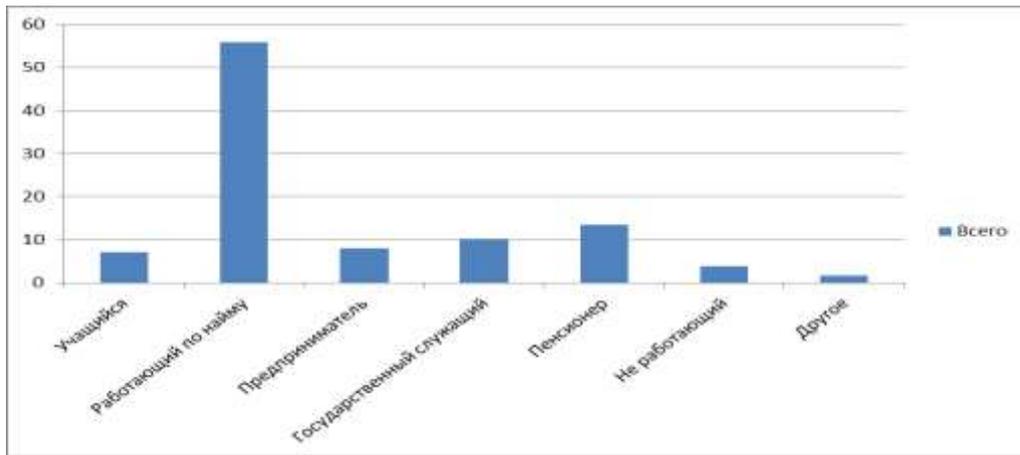


Рисунок 4.1 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по социальному положению, %

государственные служащие и рабочие по найму, а максимальную долю составляли пенсионеры - $73,3 \pm 11,4\%$. Различия в социальном положении в зависимости от возрастных групп имели статистическую значимость, $p < 0,001$.

У 68,5% пациенток были дети (у $36,2 \pm 4,3\%$ - один ребенок; у $27,6 \pm 4,0\%$ - двое детей; у остальных - трое и более), Таблица 4.4.

Таблица 4.4 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и наличию детей, $P \pm m$ (%)

Наличие детей	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p ₂₋₃
	1	2	3	4	5		
Нет	74,1 ± 8,4	40,0 ± 8,3	10,3 ± 5,7	4,8 ± 4,6	13,3 ± 8,8	31,5 ± 4,1	0,017*
1	14,8 ± 6,8	25,7 ± 7,4	44,8 ± 9,2	57,1 ± 10,8	53,3 ± 12,9	36,2 ± 4,3	0,181
2	11,1 ± 6	22,9 ± 7,1	44,8 ± 9,2	28,6 ± 9,9	33,3 ± 12,2	27,6 ± 4,0	0,110
3 и более	0	11,4 ± 5,4	0	9,5 ± 6,4	0	4,7 ± 1,9	0,173
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p < 0,001$); * – различие по точному критерию Фишера имеет статистическую значимость ($p < 0,05$)

Интересно отметить следующее обстоятельство: если в возрасте до 29 лет вполне объяснимо, что доля имеющих детей была невысокой ($25,9 \pm 3,8\%$); однако

сравнительно небольшой была она в возрастных группах 30 - 39 лет ($60,0 \pm 4,2\%$). Наибольшей же была доля имеющих детей среди женщин 50 - 59 лет ($95,2 \pm 3,5\%$). Различия по наличию детей в зависимости от возрастных групп имели статистическую значимость, $p < 0,001$ (Рисунок 4.2).

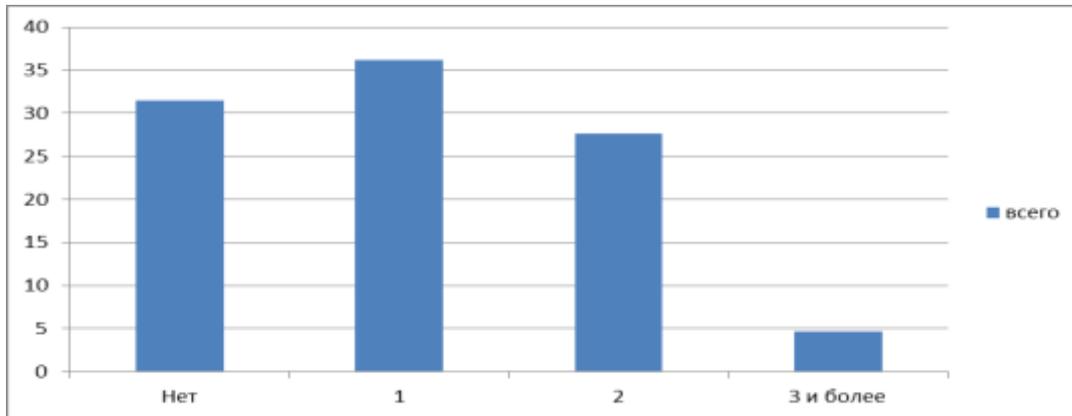


Рисунок 4.2 - Распределение по наличию детей, (%)

По уровню среднемесячного дохода на одного члена семьи пациентки распределились следующим образом. У $7,9 \pm 2,4\%$ пациентов доход составил до 10 тыс. руб.; у $39,4 \pm 4,3\%$ - 11-20 тыс. руб.; у $50,4\%$ - более 21 тыс. рублей (колеблясь от $13,0\%$ до $42,4\%$ в разных возрастных группах), у остальных не превышал 5 тыс. рублей.

4.2 Некоторые особенности условий и образа жизни, состояния здоровья пациентов косметологической поликлиники

В понятие здорового образа жизни, среди прочего, входят рациональный режим труда и отдыха. В связи с этим важно отметить, что среди всех респонденток $84,6 \pm 3,1\%$ были удовлетворены условиями труда.

Важное значение для самочувствия и состояния здоровья играет характер работы, в том числе наличие или отсутствие профессиональных вредностей. Проведенное исследование показало, что $8,7 \pm 2,4\%$ пациенток на работе имели контакты с токсическими веществами. В возрастной группе 40 – 49 лет такой контакт имела почти каждая четвертая женщина ($21,4 \pm 3,5\%$).

Не вполне рациональной, по нашим данным, оказалась продолжительность ночного сна среди опрошенных. Так у $10,0 \pm 2,6\%$ из них она составляла не более 6 часов, у $79,2 \pm 3,6\%$ - от 7 до 8 часов и у $10,8 \pm 2,7\%$ - более 8 часов. Наименьшая продолжительность ночного сна регистрировалась у женщин 50 - 59 лет (очевидно, имели место сопутствующие заболевания, влияющие на продолжительность сна), наибольшая в возрасте 30 – 39 лет.

Расстройства сна были обнаружены у $22,2 \pm 3,7\%$ респонденток, причем с возрастом этот показатель достоверно увеличивался от $3,6\%$ в группе 18 – 29 лет, до $66,7\%$ - у женщин в возрасте старше 60 лет ($p < 0,001$). Признавали себя метеозависимыми $46,9 \pm 4,4\%$ опрошенных.

Установлено, что $28,1 \pm 3,9\%$ пациенток постоянно занимались спортом. Однако этот показатель уменьшался от $37,0 \pm 4,2\%$ в возрастной группе 18 – 29 лет до $13,3 \pm 2,9\%$ в возрасте 60 лет и старше. В основном, занятия происходили дома - $34,6 \pm 4,1\%$ и в спортивном/тренажерном зале – $36,9 \pm 4,2\%$. Расстояние менее 5 км пешком преодолевали $68,5 \pm 4,1\%$ женщин, а свыше 10 км всего $3,1\%$, причем это были лица наиболее молодого возраста. Различия по преодолеваемому расстоянию в зависимости от возрастных групп имели статистическую значимость, $p = 0,012$ (Таблица 4.5, Рисунок 4.3).

Таблица 4.5 - Распределение по возрастным группам и расстоянию в день, преодолеваемому пешком, $P \pm m$ (%)

Расстояние	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Менее 5 км	$39,3 \pm 9,2$	$77,1 \pm 7,1$	$65,5 \pm 8,8$	$82,6 \pm 7,9$	$86,7 \pm 8,8$	$68,5 \pm 4,1$	0,453
5-10 км	$57,1 \pm 9,4$	$17,1 \pm 6,4$	$31,0 \pm 8,6$	$17,4 \pm 7,9$	$13,3 \pm 8,8$	$28,4 \pm 4,0$	0,313
Более 10 км	$3,6 \pm 3,5$	$5,7 \pm 3,9$	$3,4 \pm 3,4$	0	0	$3,1 \pm 1,5$	0,867
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p = 0,012$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

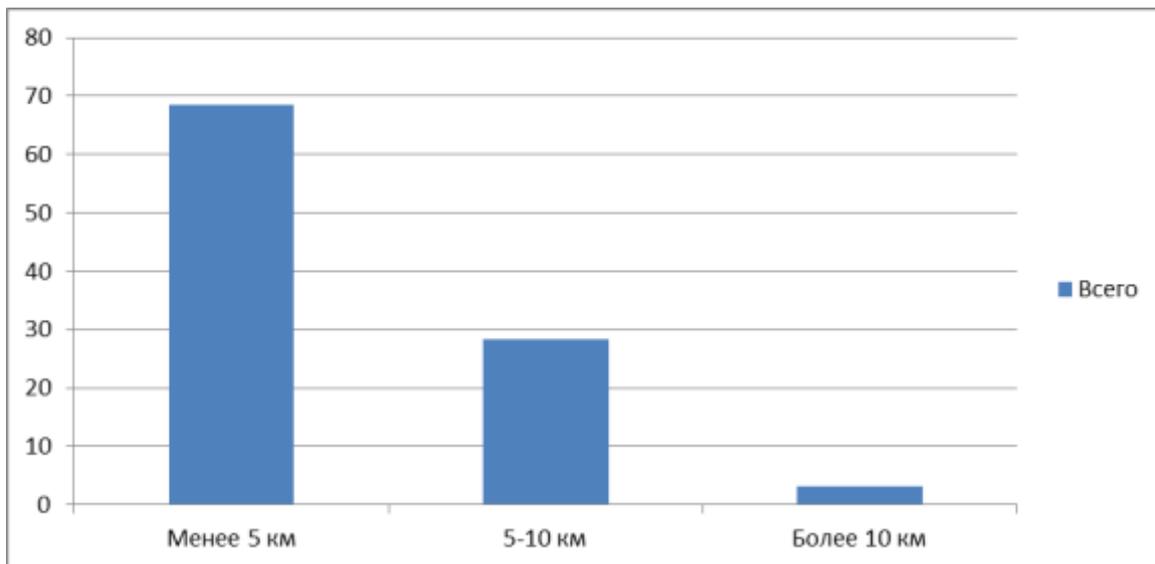


Рисунок 4.3 - Распределение по расстоянию в день, преодолеваемому пешком, (%)

Баню и сауну в качестве оздоровительной и тренирующей процедуры посещали постоянно менее 4%, часто - $15,4 \pm 3,2\%$ респондентов, а $33,8 \pm 4,2\%$ - не посещали вовсе. Редко пользовались услугами солярия $19,4 \pm 3,5\%$, а часто – немногим более 2% женщин. Остальные не пользовались им вовсе. Небольшое количество часто посещавших солярий женщин может говорить об информированности пациенток о преждевременном старении кожи и риске развития злокачественных новообразований кожи.

Ежегодно $36,4 \pm 4,2\%$, и чаще, $10,9 \pm 2,7\%$, респондентов отдыхали в жарких странах или на юге России. В то же время $53,3 \pm 12,9\%$ женщин в возрасте 60 – 69 лет не бывали там вовсе, что в определенной степени можно расценить как справедливую осторожность и недостаток финансовых средств. Различия в отдыхе в зависимости от возрастных групп имели статистическую значимость, $p < 0,001$ (таблица 4.6).

Одним из факторов, определяющих как в целом уровень здоровья, так и состояние кожных покровов, является характер питания. Исследование показало, что большинство ($53,8 \pm 4,4\%$) женщин каждый день употребляли в пищу овощи и фрукты. Однако в возрастной группе 50 – 59 лет таких женщин оказалось

Таблица 4.6 - Распределение по возрастным группам и частоте отдыха в жарких странах или на юге России, $P \pm m$ (%)

Частота отдыха	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Вообще не езжу	14,3±6,6	2,9±2,9	6,9±4,7	21,7±8,6	53,3±12,9	15,5±3,2	0,888
Один раз в несколько лет	46,4±9,4	26,5±7,6	34,5±8,8	56,5±10,3	20±10,3	37,2±4,3	0,678
Один раз в год	28,6±8,5	47,1±8,6	55,2±9,2	17,4±7,9	20±10,3	36,4±4,2	0,697
Два и более раз в год	10,7±5,8	23,5±7,3	3,4±3,4	4,3±4,3	6,7±6,4	10,9±2,7	0,056
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p < 0,001$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

34,8±9,9%, что достоверно ниже ($p = 0,031$), чем у женщин других возрастных групп за исключением самых молодых.

Распределение по возрастным группам и частоте употребления в пищу хлебобулочных изделий, сахара, сладостей показало, что ежедневно углеводистую пищу употребляли 43,4±4,4% женщин. Особенно велик был этот показатель у женщин в возрасте старше 60 лет – 60,0±12,6%. В то же время, 27,6±8,3% опрошенных 40 – 49 лет употребляли такие продукты редко.

На сбалансированное питание указали 42,3±4,3% респонденток. Однако только 23,8±3,7% из них употребляли достаточное количество овощей и фруктов (около 1/3 ежедневного рациона), всего 10,0±2,6% получали много белков, 18,5±3,4% - углеводов. На большое количество жирной пищи в рационе указали менее 4% анкетированных, причем в самой молодой и самой возрастной группах этот показатель оказался равным 0.

В возрастной группе 40 – 49 лет у 10,3% респонденток отмечался повышенный аппетит, а в возрасте 50 – 59 лет 8,7% женщин страдали

пониженным аппетитом. Все 100% женщин старшей возрастной группы отметили, что имели нормальный аппетит.

При изучении характеристики длины и массы тела по возрастным группам было выявлено, что с возрастом показатели достоверно увеличивались, $p < 0,001$. Данные представлены в Таблице 4.7.

Таблица 4.7 - Характеристика роста и веса пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам, Me [Q25; Q75]

Характеристика	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p ₂₋₃
	1	2	3	4	5		
Рост, см	165 [162; 170,8]	166 [164; 170]	164 [162; 169]	165 [160; 170]	163 [160; 165]	165 [162; 170]	0,098
Вес, кг	55,5 [51,5; 62]	60 [56; 70]	64 [56,5; 73]	70 [63; 85]	70 [68; 80]	63 [56; 72,3]	0,366

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Краскела-Уоллиса – для роста – $p=0,157$, для веса – $p < 0,001$; для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался критерий Манна-Уитни

Средние показатели пациенток косметологической клиники оказались следующие: рост 165 [162; 170] см, вес 63 [56; 72,3] кг.

Как известно, весьма пагубное влияние на состояние кожи оказывает наличие вредных привычек. Частота курения была наибольшей среди женщин 40-49 лет (у каждой пятой). Употребление алкоголя отметили всего 3 человека (2,3%).

Учитывая взаимосвязь состояния кожи и внутренних органов, нами был изучен соматический анамнез пациентов. На наличие хронической соматической патологии указали $30,5 \pm 4,1\%$, в том числе в возрасте 50 - 59 лет - $40,9 \pm 10,5\%$; 60 лет и старше - $66,7 \pm 12,2\%$ ($p=0,004$). Имели в анамнезе перенесенную операцию $37,2 \pm 4,4\%$ респондентов. Причем этот показатель колебался от 15,4% в группе 18 – 29 лет до $61,5 \pm 13,5\%$ среди женщин старше 60 лет, $p=0,040$.

При анализе расстройств нервной системы у $25,4 \pm 3,8\%$ женщин была выявлена раздражительность (в наиболее возрастной группе таких $42,9 \pm 13,2\%$). Агрессивное поведение наблюдалось у 2,3% пациентов, апатия - у 5,4%, депрессия - у 7,7%, плаксивость - у 6,2%. У 14,2% женщин возникали онемения конечностей

(в возрастной группе 50 – 59 лет у каждой третьей), в связи с чем было рекомендовано им пройти комплексное обследование.

При анализе распределения по возрастным группам и частоте головной боли мы выявили, что у $18,4 \pm 3,4\%$ женщин данный болевой синдром встречался часто и очень часто. В то же время у $37,7 \pm 4,3\%$ опрошенных головная боль наблюдалась редко.

Доля лиц с повышенным артериальным давлением составляла $19,4 \pm 3,5\%$, и достоверно увеличиваясь с возрастом от $2,9\%$ до $66,7\%$, $p < 0,001$, (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и наличию повышенного уровня артериального давления, $P \pm m$ (%)

Повышенный уровень артериального давления	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p ₂₋₃
	1	2	3	4	5		
Да	$3,6 \pm 3,5$	$2,9 \pm 2,8$	$14,3 \pm 6,6$	$39,1 \pm 10,2$	$66,7 \pm 12,2$	$19,4 \pm 3,5$	0,231
Нет	$78,6 \pm 7,8$	$85,7 \pm 5,9$	$71,4 \pm 8,5$	$47,8 \pm 10,4$	$26,7 \pm 11,4$	$67,4 \pm 4,1$	0,281
Не знаю	$17,9 \pm 7,2$	$11,4 \pm 5,4$	$14,3 \pm 6,6$	13 ± 7	$6,7 \pm 6,4$	$13,2 \pm 3,0$	0,966
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p < 0,001$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

Повышенный уровень холестерина наблюдался у $8,6 \pm 2,5\%$ женщин, также достоверно увеличиваясь ($p = 0,046$), высока доля женщин незнающих свой показатель холестерина – $28,9 \pm 4,0$ (Таблица 4.9).

Общеизвестно, что приведенные показатели являются одними из ведущих факторов развития хронических заболеваний, в первую очередь, ССЗ. Действительно, нарушения со стороны сердца и сосудов отмечали $50,8 \pm 4,3\%$ анкетированных. На головокружения жаловались $16,2 \pm 3,2\%$ женщин, на тахикардию – $9,2 \pm 2,5\%$, на шум в голове – $8,5 \pm 2,4\%$, на одышку – $7,7 \pm 2,3\%$, причем этот показатель с возрастом увеличивался.

Таблица 4.9 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и наличию повышенного уровня холестерина, $P \pm m$ (%)

Повышенный уровень холестерина	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Да	3,6±3,5	3,0±3,0	3,4±3,4	13,0±7,0	33,3±12,2	8,6±2,5	0,530
Нет	71,4±8,5	60,6±8,5	75,9±7,9	56,5±10,3	33,3±12,2	62,5±4,3	0,313
Не знают	25,0±8,2	36,4±8,4	20,7±7,5	30,4±9,6	33,3±12,2	28,9±4,0	0,282
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p=0,046$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

Простудные заболевания встречались часто и очень часто у 12,3±2,9% анкетированных, иногда - у 38,5±4,3%, редко - у 49,2±4,4%. У 20,0±3,5% женщин в возрасте 60 – 69 лет имелся сахарный диабет, у 16,5±3,3% - гинекологические и урологические заболевания, $p=0,041$, (Таблица 4.10).

Таблица 4.10 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и наличию гинекологических/урологических заболеваний, $P \pm m$ (%)

Наличие заболеваний	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Да	7,1±4,9	5,9±4,0	28,6±8,5	27,3±9,5	20±10,3	16,5±3,3	0,038*
Нет	92,9±4,9	94,1±4,0	71,4±8,5	72,7±9,5	80±10,3	83,5±3,3	0,038*
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p=0,041$); * – различие по точному критерию Фишера имеет статистическую значимость ($p<0,05$)

Нарушения в работе ЖКТ отмечали 26,9±3,8% опрошенных. У 13,1±2,9% наблюдался метеоризм, у 11,5±2,7% запоры (показатели росли с увеличением возраста), у 9,2±2,5% - боли кишечного характера.

На диспансерном наблюдении находились 8,5±2,5% анкетированных. Этот показатель достоверно увеличивался с возрастом ($p=0,014$).

При анализе самооценки здоровья было установлено, что $92,2 \pm 2,4\%$ считали его хорошим. В то же время в старшей возрастной группе на плохое здоровье пожаловалась каждая пятая респондентка.

4.3 Изучение способов и методов ухода, состояния кожи лица пациентов косметологической поликлиники

Для поддержания кожи в молодом состоянии необходимым условием является правильное использование адекватных косметических средств, что, как показало данное исследование, имело место далеко не всегда. Так, $26,2 \pm 3,8\%$ опрошенных женщин вообще не использовали домашние средства ухода за кожей. Гелем для умывания пользовались $60,8 \pm 4,3\%$ женщин. Различия в использовании косметических средств в зависимости от возрастных групп имели статистическую значимость, $p < 0,001$, (Таблица 4.11, Рисунок 4.4).

Таблица 4.11 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и использованию средств для умывания, $P \pm m$ (%)

Средство для умывания	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Вода из крана	$25,0 \pm 8,2$	$2,9 \pm 2,8$	$10,3 \pm 5,7$	$39,1 \pm 10,2$	$40,0 \pm 12,6$	$20,0 \pm 3,5$	0,476
Мыло	$7,1 \pm 4,9$	$2,9 \pm 2,8$	$24,1 \pm 7,9$	$26,1 \pm 9,2$	$20,0 \pm 10,3$	$14,6 \pm 3,1$	0,029*
Гель для умывания	$64,3 \pm 9,1$	$88,6 \pm 5,4$	$58,6 \pm 9,1$	$30,4 \pm 9,6$	$40,0 \pm 12,6$	$60,8 \pm 4,3$	0,014*
Другое	$3,6 \pm 3,5$	$5,7 \pm 3,9$	$6,9 \pm 4,7$	$4,3 \pm 4,3$	0	$4,6 \pm 1,8$	0,746
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p < 0,001$); * – различие по точному критерию Фишера имеет статистическую значимость ($p < 0,05$)

У значительной части опрошенных ($31,5 \pm 4,1\%$) в анамнезе имели место аллергические реакции на косметические средства. Значительно выше, чем в остальных группах, был удельный вес таких пациенток в возрасте 18-29 лет.

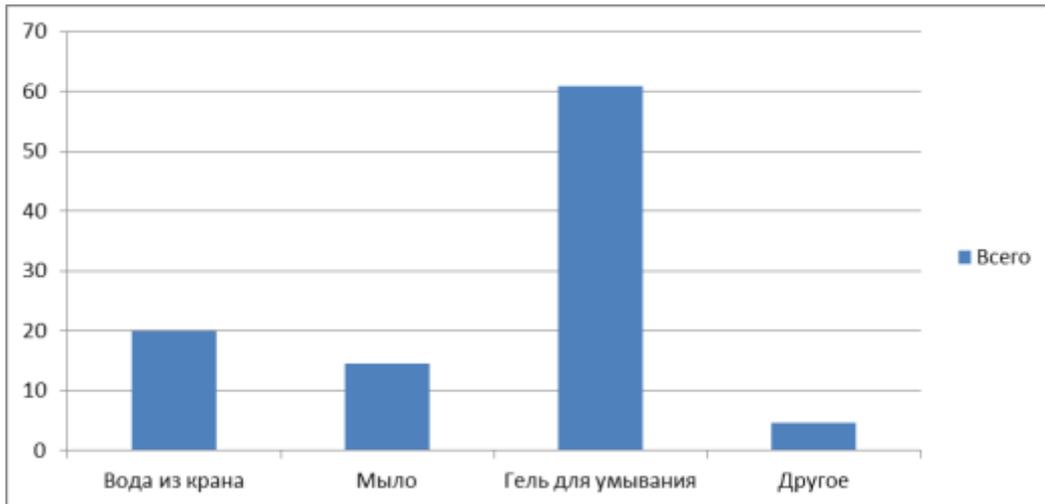


Рисунок 4.4 - Распределение по использованию средств для умывания, (%)

Характеризуя состояние кожи лица, можно отметить, что у $69,2 \pm 4,0\%$ пациенток она была комбинированной; у $12,3 \pm 2,9\%$ - сухой; у $10,8 \pm 2,7\%$ - жирной. С увеличением возраста увеличивалась доля пациенток с сухой кожей и уменьшалась - с жирной.

Считали свою кожу чувствительной к ультрафиолету: через несколько минут нахождения под прямыми солнечными лучами возникает воспалительная реакция, кожа обгорает, равномерного загара не возникает (характеристика 1) $10,2 \pm 2,7\%$ респонденток: $10,7\%$ женщин от 18 до 29 лет; $5,7\%$ - 30-39 лет; $13,8\%$ - 40-49 лет; $28,6\%$ - 60 – 69 лет, $p=0,017$ (Таблица 4.12, Рисунок № 4.5).

В то же время $27,3 \pm 3,9\%$ женщин отметили, что под воздействием солнечных лучей кожа легко обгорает, добиться выраженного естественного загара сложно (характеристика 2). Среди них: $21,4\%$ в возрасте 18-29 лет; $28,6 \pm 7,6\%$ - 30-39 лет; $24,1 \pm 7,9\%$ - 40-49 лет; $50,0 \pm 10,7\%$ - 50-59 лет; $7,1\%$ - 60-69 лет.

Другая часть женщин – $42,2 \pm 4,4\%$ отметили, что их кожа легко загорает, загар красивый и равномерный, но при длительном воздействии прямого солнечного излучения может обгорать (характеристика 3): $46,4\%$ в возрасте 18-29

Таблица 4.12 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и чувствительности кожи к воздействию ультрафиолетовых лучей, $P \pm m$ (%)

Чувствительность кожи	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
1	10,7±5,8	5,7±3,9	13,8±6,4	0	28,6±12,1	10,2±2,7	0,501
2	21,4±7,8	28,6±7,6	24,1±7,9	50,0±10,7	7,1±6,9	27,3±3,9	0,908
3	46,4±9,4	42,9±8,4	34,5±8,8	31,8±9,9	64,3±12,8	42,2±4,4	0,670
4	21,4±7,8	22,9±7,1	27,6±8,3	18,2±8,2	0	20,3±3,6	0,885
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p=0,017$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

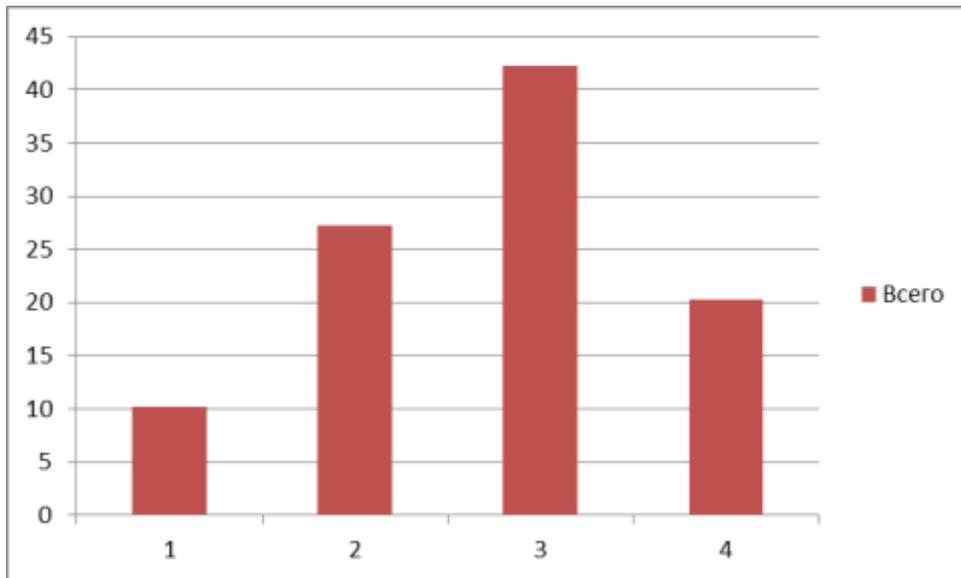


Рисунок 4.5 - Распределение пациенток по типам кожи лица в соответствии с классификацией Фицпатрика, %

лет; 42,9% - 30-39 лет; 34,5% - 40-49 лет; 31,8% в возрасте 50-59 лет и 64,3% - 60-69 лет.

Кожа практически не обгорала, загар возникал быстро и держался долго (характеристика 4) у 30,3±3,6% пациенток: среди них 21,4% - 18-29 лет; 22,9% - 30-39 лет; 27,6% - 40-49 лет; 18,2% - 50-59 лет.

Данные группы пациентов (1-4) соответствовали I, II, III и IV фототипам кожи по классификации Фицпатрика.

Солнцезащитные средства для кожи всегда использовали $20,9 \pm 3,6\%$ опрошенных, не использовали – $7,0 \pm 2,2\%$ женщин.

По мнению опрошенных, $55,5 \pm 4,4\%$ из них имели проблемы с кожей. Имеющиеся косметологические проблемы у части пациенток ($7,2 \pm 2,3\%$) мешали общаться (на работе, в семье, с друзьями и родственниками, противоположным полом). В наибольшей степени волновали указанные проблемы пациенток до 29 лет. Наименьшую озабоченность высказывали женщины старше 50 лет.

Более половины опрошенных регулярно посещали врача-косметолога: один раз в месяц – $10,2 \pm 2,7\%$, один раз в три месяца – $9,4 \pm 2,6\%$, один раз в шесть месяцев – $15,0 \pm 3,2\%$, один раз в год – $18,9 \pm 3,5\%$. При этом $34,9 \pm 4,2\%$ женщин имеют своего постоянного врача-косметолога. Различия по наличию своего врача-косметолога в зависимости от возрастных групп имеют статистическую значимость, $p < 0,001$ (Таблица 4.13).

Таблица 4.13 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и наличию своего врача-косметолога, $P \pm m$ (%)

Наличию своего врача- косметолога	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Да	$35,7 \pm 9,1$	$45,7 \pm 8,4$	$41,4 \pm 9,1$	0	$50,0 \pm 13,4$	$34,9 \pm 4,2$	0,924
Нет	$64,3 \pm 9,1$	$54,3 \pm 8,4$	$58,6 \pm 9,1$	100	$50,0 \pm 13,4$	$65,1 \pm 4,2$	0,924
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p < 0,001$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

Выбор косметологического учреждения в первую очередь зависел от рекомендаций у $43,1 \pm 4,3\%$ женщин (в возрастной группе 18-29 лет – $60,7 \pm 4,2\%$). На втором месте решающим фактором стала известность учреждения – $23,1 \pm 3,6\%$.

Почти половина опрошенных обращались в медицинское учреждение по поводу удаления новообразований ($47,7 \pm 4,3\%$). На втором месте – чистка лица – $34,6 \pm 4,1\%$, что было более характерным для младших возрастных групп. Далее

следовали массаж, ботулинотерапия ($12,3 \pm 2,8\%$) и химический пилинг. Обращение на ботулинотерапию в возрасте 30-39 лет регистрировались на уровне $20,0 \pm 3,5\%$, 40-49 лет – $17,2 \pm 3,3\%$.

Настоящее посещение врача-косметолога в $58,3 \pm 4,4\%$ случаев было связано с удалением новообразований; $22,0 \pm 3,7\%$ - возрастными изменениями кожи; менее чем у 5% - с кожными заболеваниями, что характерно для пациентов более молодых возрастов. Отсутствие кожных заболеваний отметили женщины старше 50 лет. Различия по причинам настоящего посещения врача-косметолога в зависимости от возрастных групп имели статистическую значимость, $p=0,008$ (Таблица 4.14).

Таблица 4.14 - Распределение пациенток косметологической поликлиники по возрастным группам и причинам настоящего посещения врача-косметолога, $P \pm m$ (%)

Причины посещения	18-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	Всего	p_{2-3}
	1	2	3	4	5		
Возрастные изменения кожи	$14,3 \pm 6,6$	$35,3 \pm 8,2$	$21,4 \pm 7,8$	$13,0 \pm 7,0$	$21,4 \pm 11,0$	$22,0 \pm 3,7$	0,360
Удаление новообразований	$42,9 \pm 9,4$	$47,1 \pm 8,6$	$57,1 \pm 9,4$	$87,0 \pm 7,0$	$71,4 \pm 12,1$	$58,3 \pm 4,4$	0,592
Кожные заболевания	$10,7 \pm 5,8$	$2,9 \pm 2,9$	$7,1 \pm 4,9$	0	0	$4,7 \pm 1,9$	0,863
Другое	$32,1 \pm 8,8$	$14,7 \pm 6,1$	$14,3 \pm 6,6$	0	$7,1 \pm 6,9$	$15 \pm 3,2$	0,752
Итого	100	100	100	100	100	100	-

Примечание - Сравнение всех групп (1-5) по критерию Хи-квадрат с поправкой правдоподобия выявило значимые различия ($p=0,008$); для отдельного сравнения групп 30-39 лет и 40-49 лет использовался точный критерий Фишера

На вопрос об удовлетворенности проведенным лечением из 130 респондентов 2 не ответили на этот вопрос, остальные были удовлетворены. Высшую оценку 10 баллов поставили $75,0 \pm 3,8\%$ пациентов и все обратившиеся готовы рекомендовать данное учреждение друзьям и знакомым.

Представленные данные характеризуют структуру обращаемости за косметической помощью, которая была дифференцирована среди разных

возрастных и социальных групп пациентов, и может быть использована в практике врача-косметолога для достижения адресности в работе, в помощь выбору оптимальных форм и методов работы, а также руководителю косметологической клиники – для адекватного планирования маркетинговой политики и развития специализированной помощи различных видов.

Таким образом, на основании результатов проведенного исследования, мы смогли составить интегральный социально-гигиенический портрет пациента косметологической клиники. В подавляющем большинстве случаев (95%) – это женщина, в возрасте 30-49 лет (30-39 лет - $26,9 \pm 3,8\%$, 40-49 лет – $22,3 \pm 3,6\%$); проживающая в областном центре ($87,6 \pm 2,9\%$), в собственной квартире ($87,5 \pm 2,9\%$); имеющая высшее образование ($82,9 \pm 3,3\%$), состоящая в браке ($56,9 \pm 4,3\%$) имеющая одного-двух детей ($68,5 \pm 4,0\%$). Она, как правило, работает по найму ($55,9 \pm 4,4\%$); в удовлетворительных условиях труда ($84,6 \pm 3,1\%$); с доходом более 21000 рублей в месяц ($50,4 \pm 4,3\%$); очень редко контактирует с токсическими веществами в быту ($8,7 \pm 2,4\%$). Как правило, ночной сон нашей пациентки составляет от 7 до 8 часов ($79,2 \pm 3,6\%$). Это - женщина, регулярно занимающаяся спортом ($37,0 \pm 4,2\%$) в спортивном/тренажерном зале – ($36,9 \pm 4,2\%$), ежедневно преодолевающая расстояние до 5 км пешком ($68,5 \pm 4,1\%$) и не посещающая баню и сауну на регулярной основе ($66,2 \pm 4,2$). В половине случаев наши пациентки не выезжают на отдых к морю (возможно, в силу возраста, $53,3 \pm 12,9\%$), каждый день употребляют в пищу овощи и фрукты ($53,8 \pm 4,4\%$), однако их количество в рационе недостаточно ($23,8 \pm 3,7\%$) и замена идет преимущественно легкоусвояемыми углеводами ($43,4 \pm 4,4\%$).

Наша пациентка в половине случаев имеет нарушения со стороны сердца и сосудов ($50,8 \pm 4,3\%$), возможен сахарный диабет ($20,0 \pm 3,5\%$), гинекологические и урологические заболевания ($16,5 \pm 3,3\%$), нарушения в работе ЖКТ ($26,9 \pm 3,8\%$). Наличие вредных привычек, в частности, курение отмечает каждая пятая женщина, раздражительность – каждая четвертая ($25,4 \pm 3,8\%$), головную боль – каждая третья ($37,7 \pm 4,3\%$). У трети пациенток отмечалась другая соматическая хроническая патология ($30,5 \pm 4,1\%$). Простудные заболевания встречались у

наших пациенток довольно редко ($49,2 \pm 4,4\%$). При анализе самооценки здоровья, типичная пациентка оценивала его как хорошее ($92,2 \pm 2,4\%$), но отмечала аллергические реакции на косметические средства ($31,5 \pm 4,1\%$). Как правило, это - женщина с комбинированным типом кожи ($69,2 \pm 4,0\%$), с III типом кожи по Фицпатрику ($42,2 \pm 4,4\%$), не всегда использующая солнцезащитные средства для кожи ($20,9 \pm 3,6\%$), чаще имеющая (субъективно) проблемы с кожей ($55,5 \pm 4,4\%$) и значительно реже - постоянного врача-косметолога ($34,9 \pm 4,2\%$).

ГЛАВА 5. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ «БОТУЛИНОТЕРАПИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА»

Резюмируя результаты предыдущих глав проведенного диссертационного исследования, следует отметить следующие основные моменты:

1. В оказании медицинских услуг по направлению «ботулинотерапия» выявлен очевидный недостаток стандартизированных методик проведения конкретных манипуляций по применению БТА пациентам с возрастными изменениями кожи верхней половины лица, а также средств и методов объективной оценки их результатов. Это снижает возможности повышения качества оказываемых услуг и вероятность полного раскрытия всех возможностей применения БТА на практике, ведет к неполной удовлетворенности пациентов полученной процедурой – вплоть до отказа в дальнейшем от ее повторного выполнения. Кроме того, отсутствие четких стандартов существенно повышает риск врачебной ошибки и, как следствие - приводит к жалобам пациентов и судебным искам в связи с утратой здоровья (его составляющих) и экономическими издержками.

2. Как известно, объективизация оценки результатов медицинских услуг является основой повышения качества оказываемой помощи и удовлетворенности ею пациентов. Однако в доступной медицинской литературе нами не обнаружены современные адекватные методики оценки эффективности процедуры применения БТА для коррекции возрастных изменений кожи лица, несмотря на высокую долю данных процедур в структуре оказываемой косметологической помощи и неуклонный рост обращаемости за данным видом услуг.

3. Выявлено несовершенство содержания и ведения учетных статистических форм в косметологической поликлинике – в т. ч., применительно к ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица, что существенно затрудняет проведение оценки качества выполненных процедур и не

позволяет строить прогноз в отношении дальнейших посещений, т.е. формировать понятие этапности в оказании данной услуги.

В связи с вышеперечисленными моментами, было принято решение о разработке комплекса организационно-методических мероприятий, направленный на решение выявленных проблем – в целях повышения качества оказываемой специализированной медицинской помощи, достижения максимальной удовлетворенности пациентов оказанными косметологическими услугами, достижения более высоких показателей их качества жизни.

5.1 Применение алгоритма коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом ботулинического токсина типа А для упорядочивания выполнения услуги

Задача ботулинотерапии в области верхней половины лица — устранение морщин в результате релаксации мышц лба, межбровной области и круговой мышцы глаза при сохранении/формировании оптимального положения и формы брови. Коррекция мимических морщин с помощью БТА должна включать в себя: 1. Беседу с пациентом; 2. Оценку врачом морщин и складок; 3. Выбор схемы, дозы, техники введения БТА. Врачу-косметологу, особенно, начинающему, бывает сложно разобраться в многочисленных рекомендациях, содержащихся в научных публикациях, тем более что они нередко отличаются от инструкции по медицинскому применению препарата, а иногда – противоречат друг другу.

Мы разработали и внедрили в практическую деятельность базовой клиники алгоритм коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом ботулинического токсина типа А для упорядочивания выполнения услуг – как пошаговое выполнение медицинской услуги «Коррекция мимических морщин верхней половины лица с помощью препарата «Диспорт» (далее – Алгоритм).

Схема Алгоритма представлена на Рисунке 5.1. Он состоит из последовательного ряда стандартных операционных процедур (СОП), каждая из

которых содержит описание обязательных последовательных манипуляций, направленных на выполнение одного из этапов медицинской услуги в целом.

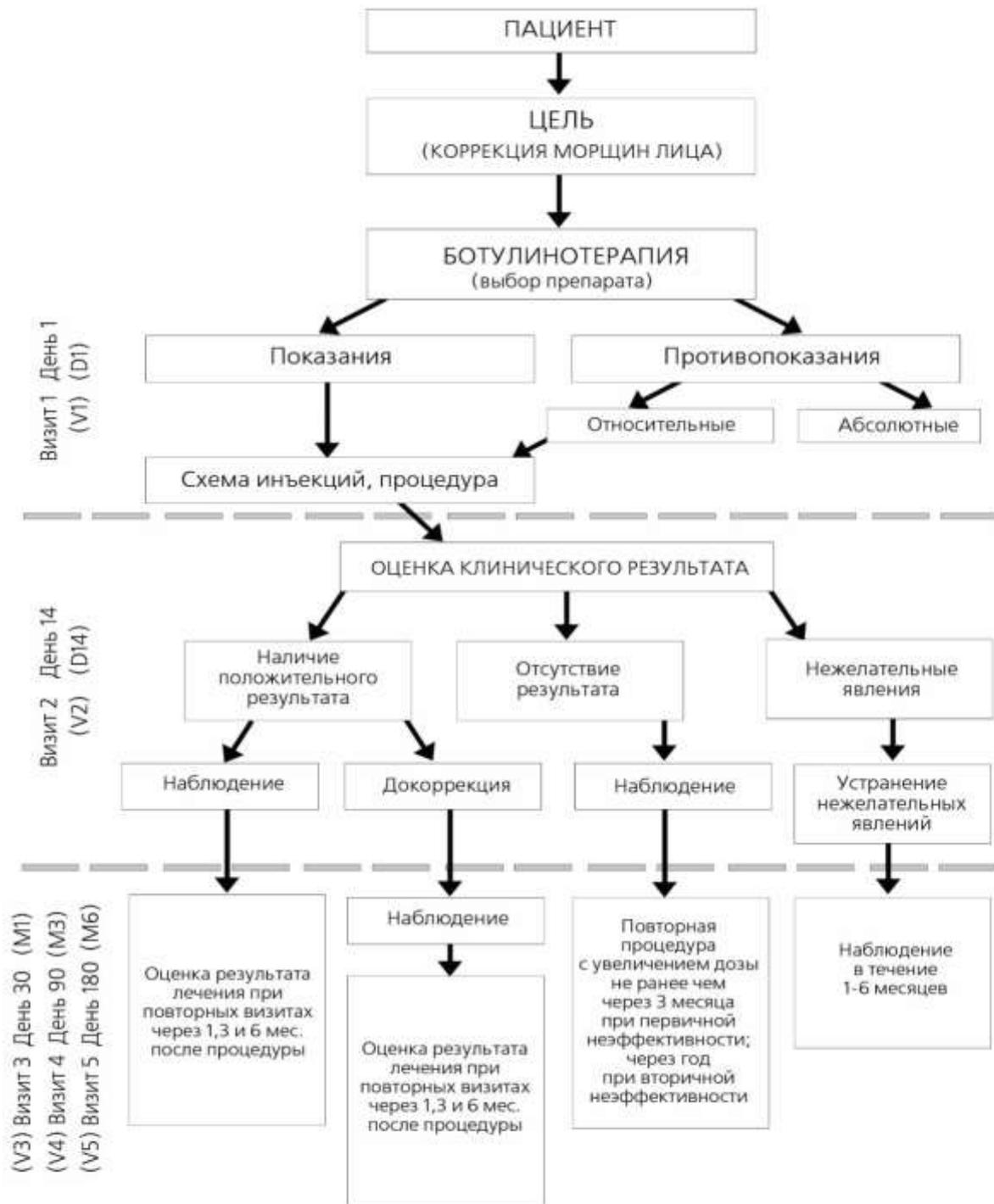


Рисунок 5.1 - Алгоритм выполнения медицинской услуги «Коррекция мимических морщин верхней половины лица с помощью препарата «Диспорт»

Итак, СОП 1. «Пациент»: определение модели пациента - женщина или мужчина с возрастными изменениями кожи верхней половины лица. Гендерный подход важен при ботулинотерапии [29, 55]. В корректируемых зонах: в среднем, у мужчин дозировки могут быть в 1,5-2 раза выше, чем у женщин [159]. Важно помнить о различиях строения лица мужчин и женщин. Если у женщин красивыми считаются высокие брови, что обусловлено их высоким расположением относительно костной дуги, то типично мужские брови расположены горизонтально на костной дуге или несколько ниже. Поэтому у мужчин при разметке лица перед инъекциями, недопустимо введение препарата БТА по схеме, обеспечивающей поднятие бровей, т.к. это может феминизировать лицо мужчины. Точки введения препарата у мужчин должны располагаться на одной горизонтальной линии. У женщин возможны вариации.

СОП 2. «Цель»: определение целей ботулинотерапии аботулиническим токсином типа А. Как правило, цели предусматривают уменьшение количества и выраженности:

- вертикальных морщин между бровями и горизонтальных на переносице;
- горизонтальных морщин на лбу;
- морщин в области наружных уголков глаз.

СОП 3. «Определение показаний и противопоказаний», выявление факторов риска возможной неэффективности инъекционной коррекции. Инъекции БТА показаны для коррекции всех гиперкинетических морщин в верхней трети лица – в области глабеллы, лба и в зоне «гусиных лапок». Метод рекомендован для устранения «хмурого взгляда», с целью лифтинга бровей.

Общими противопоказаниями считаются: гиперчувствительность к компонентам препарата; воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции; острая фаза инфекционных заболеваний; от применения БТА по эстетическим показаниям во время беременности лучше воздержаться. Более подробно показания и противопоказания к применению препарата БТА перечислены в актуальных инструкциях к применению, зарегистрированных в МЗ РФ.

СОП 4. Подписание ИДС на процедуру. Врачу следует обсудить с пациентом все нюансы до процедуры – степень выраженности морщин и ожидаемый эффект, его длительность, риски нежелательных явлений, ожидаемые эстетические результаты, возможную нечувствительность к ботулинотерапии и пр.

СОП 5. Фоторегистрация. Обязательным условием индивидуального подхода к пациенту является его фотографирование или создание рисунка мимических морщин (мимического паттерна) до и после процедуры. Мы придерживаемся следующих сроков оценки с обязательной фоторегистрацией: до первой процедуры, через 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев. Это позволяет проследить за развитием косметического эффекта, а также оценить удовлетворенность пациента в ближайшие и отдаленные сроки после коррекции.

СОП 6. Картирование лица - создание инъекционной карты путем разметки лица в соответствии с целями коррекции. Предлагаемый нами способ разметки верхней половины лица показан на рисунках в Приложениях Д, Е.

Предлагаемая разметка учитывает анатомо-функциональные особенности мышц, участвующих в образовании морщин области межбровья, лба, латерального угла глаза и выраженность мимических морщин у мужчин и женщин с высоким лбом. По гигиеническим причинам нанесенную разметку перед инъекциями приходится удалять. Места для безопасных инъекций легко выбираются благодаря четким наружным анатомическим ориентирам — брови и глазу (зрачку при взгляде прямо)

СОП 7. Выбор схемы и дозы препарата. Разведение препарата Диспорт 500 ЕД/300 ЕД выполняют согласно инструкции: лиофилизат разводят, вводя во флакон 2,5 мл/1,5 мл 0,9% раствор натрия хлорида для инъекций, путем прокола пробки стерильной иглой 23 или 25 G.

Врачи часто руководствуются правилом «четных чисел», т.е. используют четные дозировки для введения препарата: 2–4–6–8–10 ЕД.

При выборе дозы для коррекции определенных зон лица необходимо опираться на диапазон, указанный в инструкции по применению препарата, а

также на технологии, в которых разработаны клинические варианты со средним значением доз.

Рекомендуемые дозы и точки введения, согласно атласу «Применение ботулотоксина типа А и дермальных филлеров для эстетической коррекции лица» под редакцией д.м.н. Е.И. Губановой [125] представлены в Приложении Ж.

СОП 8. «Оценка результатов и определение этапов коррекции/визиты»:

Визит 1. Последовательная коррекция морщин 1) межбровья, 2) лба, 3) латерального угла глаза имеет значение для контакта при работе с пациентом, но на конечный результат не влияет.

Визит 2. Через 14 дней проводится оценка эффективности работы препарата, докоррекция (в случае необходимости), коррекция положения бровей, устранение ассиметрии (при необходимости).

Визит 3. Через 1 месяц оценивают эффективность 2 этапа лечения. Контрольные осмотры рекомендуем проводить через 3 и/или 6 месяцев (визит 4 и 5). При каждом осмотре обязательно архивирование в амбулаторной карте пациента, отметка о прохождении всех СОП.

СОП 9. «Оценка клинического результата». При осмотре врачом оценивается удовлетворенность пациента клиническим результатом. Сначала пациенту задается вопрос: «Удовлетворены ли Вы результатом процедуры?» Если ответ «Нет», то «Почему?».

При недостаточно выраженном эффекте на 14 день проводится докоррекция путем введения небольших доз БТА (обычно до 20 ЕД), возможно изменением точек введения или добавлением дополнительных точек. При нежелательных явлениях проводится фотоанализ, оценка схемы введения, дозы, уточняется соблюдение рекомендаций врача. При необходимости устраняется ассиметрия, решается вопрос коррекции положения брови. На визите 4 и 5 оценивается сохранность результата по сравнению со 2 визитом. За 100% берется эффект через 2 недели после процедуры (в случае, если нет необходимости в докоррекции). Обязательна оценка по фото.

Необходимо отметить прохождение всех СОПов в амбулаторной карте пациента и составить итоговый план посещений, план реабилитации [35].

Таким образом, предлагаемый Алгоритм рассматривает ведение пациента от момента первичного обращения к врачу-косметологу до получения конечного результата. Нам удалось внедрить предложенный алгоритм в базовой медицинской организации. Полученные позитивные результаты по внедрению алгоритма позволили предложить его к широкому использованию в косметологической практике, в связи с чем был осуществлен ряд публикаций в журналах перечня ВАК и получены акты внедрения от ведущих косметологических клиник г. Нижнего Новгорода и ряда профильных образовательных организаций.

5.2 Методика оценки по шкале «Гармоничное лицо»

Известно, что ботулинотерапия в редких случаях может оказаться неэффективной. Под первичной неэффективностью понимают отсутствие результата при первом использовании БТА, что встречается достаточно редко. При долгосрочной успешной ботулинотерапии может развиваться вторичная неэффективность, которая оценивается как объективная или субъективная, полная или частичная, постоянная или временная. В клинической практике отмечается значительная межиндивидуальная вариабельность эффекта, а у одного и того же пациента результат коррекции может отличаться в различных зонах лица [157].

Для анализа эффективности лечения необходимы: 1. Оценка степени выраженности, глубины и количества морщин; 2. Составление схемы коррекции; 3. Дальнейшее динамическое наблюдение.

Шкалы оценки результатов эстетических процедур — необходимый инструмент не только для врача-специалиста и администрации клиники, это - способ систематизации накопленного опыта, прогнозирования и разработки новых методов и методик. Идеальная шкала оценки должна быть простой,

удобной, объективной, желательно иметь математическое и графическое приложение.

В основу предлагаемой нами авторской интегральной шкалы «Гармоничное лицо» были положены существующие шкалы GAIS, Merz Aesthetics [187]. Авторская шкала имеет описательную и графическую части. Описательная часть была создана путем объединения клинических, оценочных показателей, видоизменения балльной оценки и представлена в Таблице 5.1.

Таблица 5.1 - Шкала оценки эффективности инъекционной коррекции морщин верхней половины лица ботулиническим типа А «Гармоничное лицо» (описательная часть)

Локализация морщин	Шкала	Клиническая, субъективная, балльная оценка эффективности				
		5 Отличный результат	4 Хороший результат	3 Улучшение, неполная коррекция	2 Нет изменений	1 Ухудшение, осложнения
Статические межбровные («морщины хмурого взгляда»)	А	Отсутствие морщин	Едва заметные морщины	Тонкие, но заметные морщины	Умеренно выраженные морщины	Глубокие морщины/осложнение
Динамические межбровные («морщины хмурого взгляда»)	В	Отсутствие морщин	Тонкие морщины	Умеренно выраженные морщины	Глубокие морщины	Очень глубокие морщины/осложнение
Статические морщины лба	С	Отсутствие морщин	Едва заметные морщины	Тонкие, но заметные морщины	Умеренно выраженные морщины	Глубокие морщины/осложнение
Динамические морщины лба	Д	Отсутствие морщин	Тонкие морщины	Умеренные, неглубокие морщины	Глубокие морщины	Очень глубокие морщины/осложнение
Статические области глаз («гусиные лапки»)	Е	Отсутствие морщин	Едва заметные морщины	Тонкие, но заметные морщины	Умеренно выраженные морщины	Глубокие Морщины/осложнение
Динамические области глаз («гусиные лапки»)	Ф	Отсутствие морщин	Тонкие морщины	Умеренные неглубокие морщины	Глубокие морщины	Очень глубокие морщины/осложнение

Графическая часть всегда должна дополняться фотографией «Гармоничное лицо», по примеру Таблицы 5.2.

Таблица 5.2 - Шкала оценки эффективности инъекционной коррекции морщин верхней половины лица ботулиническим токсином типа А «Гармоничное лицо» (графическая часть)

Шкала, локализация морщин	Исходная фотография	«Гармоничное лицо»	Клиническая, субъективная, балльная оценка эффективности				
			5 Отличный результат	4 Хороший результат	3 Улучшение, неполная коррекция	2 Нет изменений	1 Ухудшение, осложнения
Статические межбровные («морщины хмурого взгляда») А							
Динамические межбровные («морщины хмурого взгляда») В							
Статические морщины лба С							
Динамические морщины лба D							
Статические морщины области глаз («гусиные лапки») Е							
Динамические морщины области глаз («гусиные лапки») F							

Мы использовали фотографии «до» и «после» процедуры. Дополнительно создавалось изображение «Гармоничное лицо», взяв за основу фотографию «до» процедуры. В этом изображении мы убирали признаки старения кожи корректируемых зон верхней половины лица и сравнивали его в дальнейшем с фотографией «после» процедуры (существующую асимметрию лица, если она

есть, например, асимметрия положения бровей. в статике или динамике) мы не корректировали в компьютерной программе. Первоначально мы применяли только фото с морщинами в динамике, в последующем, особенно при комплексной коррекции стали сравнивать фотографии статических и динамических морщинам «до», «после» коррекции. Клинические примеры заполнения таблиц «Гармоничное лицо» представлены в Приложении И.

Достоинства и недостатки предлагаемой шкалы, принципы оценки. При предварительном осмотре и принятии решения о коррекции создается вариант - «Гармоничное лицо» после фотографирования пациента и последующей коррекции фотографии с помощью компьютерной программы.

Таким образом, исключается субъективная составляющая проводимой оценки. Вместе с тем, мы не отказываемся от оценки результата процедуры пациентом, но она не может быть достоверной. Она дополняет предлагаемую объективную оценку по шкале «Гармоничное лицо», помогая и врачу, и самому пациенту правильно оценить полученный эффект.

Противоречия в оценке возможны. Поэтому, используя данную шкалу, мы предлагаем оценить результат и врачу – независимому эксперту, который делает это по фотографиям.

Оценивает эффективность врач-эксперт на основании клинических признаков (фото «после» процедуры), используя описательную часть шкалы, а также сравнения «Гармоничного лица» пациента, созданного на компьютере с использованием специальной программы (а не исходной фотографии) с фотографией, сделанной на 14 день после коррекции. Это - отличительная черта от многих методик оценки, где сравниваются фотографии «до» и «после».

Полученная балльная оценка каждой корректируемой зоны позволяет определить дальнейшую тактику врача косметолога: 4-5 баллов – наблюдение в течение 3-6 месяцев; 3 балла- решение о необходимости докоррекции; 1-2 балла – наблюдение, изучение причин эффективности, устранение осложнений. В случае отсутствия результата следующую процедуру ботулинотерапии рекомендуется проводить не раньше 3 месяцев при первичной неэффективности и через год в

случае вторичной неэффективности. В случае выявленной нечувствительности к БТА рекомендованы иные методы омоложения лица. В случае нежелательных эффектов проводится их устранение и наблюдение в течение последующих 3-6 месяцев.

Комплексная оценка эффективности по шкале «Гармоничное лицо» требует дополнительного компьютерного оснащения рабочего места врача-косметолога, владения врачом соответствующими компьютерными программами, что, безусловно, не является препятствием в современных условиях. Экспертная оценка результатов коррекции также может быть использована администрацией для стимулирования специалистов отделения/ косметологического клиники.

5.3 Совершенствование ведения и форм учетной документации

При отсутствии в косметологии единых стандартов лечения по большинству предлагаемых услуг, данный вид помощи во многом находится в зоне ответственности врача и зависит от его квалификации, навыков и оснащенности организации, а также нозологической формы патологии, на основе четкого соблюдения критериев качества оказания медицинской помощи, согласно приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Проведенное нами исследование убедительно показало, что оформлению амбулаторной карты пациента (ф. 025/у) в большинстве случаев не уделяется должное внимание. В 82,6% карт было обнаружено некачественное заполнение, начиная с титульного листа до оказанной услуги: не указан возраст пациента (26,3%), отсутствует описание локального статуса (56,2%). В 31,3% картах запись содержит только общую дозу препарата одновременно по нескольким зонам, например, «лоб+межбровье+глаза». В 89,9% отсутствует оценка качества проведенных ранее процедур - при повторном осмотре. Не во всех случаях (8,3%) врачи брали у пациентов ИДС.

Выявленные недостатки определили необходимость проведения ряда методических совещаний с врачебным персоналом в плане усиления внимания к тщательности оформления медицинской документации

Мы сформулировали основные организационно-методические принципы оформления учетной документации в медицинской организации косметологического профиля, которые позволяют правильно документировать посещение (случай обращения), являются юридической защитой и пациента, и врача, и медицинской организации в целом.

1. Усиление контроля за ведением учетной медицинской документации заведующими отделениями и лицом, ответственным за контроль качества и безопасность медицинской деятельности, с регулярной экспертизой всей документации – не реже 1 раза в месяц.

2. Ежедневное тщательное, детальное оформление медицинской карты врачами; обязательное взятие ИДС на каждое медицинское вмешательство.

3. Обязательное фотографирование или создание рисунка мимических морщин пациента (мимического паттерна) до и после процедуры введения БТА. Рекомендовано придерживаться следующих сроков оценки эффективности процедуры введения БТА с фоторегистрацией: до первой процедуры, через 2 неделю, через 1 месяц, через 3 и 6 месяцев. Это позволяет проследить за развитием косметического эффекта и оценить удовлетворенность пациента в ближайшие и отдаленные сроки на любом этапе после коррекции.

4. Учитывая, что в базовой медицинской организации было введено обязательное картирование лица при БТА (создание инъекционной карты путем маркировки лица в соответствии с целями коррекции, при способе разметки верхней трети лица, когда за «точки отсчета» при картировании принимаются зрачки (при взгляде пациента прямо) и брови), в амбулаторной карте необходимо отражать точки введения БТА, дозы на одну точку введения, общую дозу препарата.

5. При повторном обращении, в медицинской карте необходимо отражать этапность коррекции и наблюдения, выданные рекомендации, и обязательно -

оценку эффективности по предложенной Шкале. Нами разработан и внедрен как обязательный к оформлению в базовой медицинской организации «Вкладыш в амбулаторную карту пациента», который позволяет детально документировать данные этапных осмотров и дополнительных медицинских вмешательств, результаты динамического наблюдения и фоторегистрации через 14 дней, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, а в конечном итоге – позволяет врачу проводить оценку эффективности проведенной ботулинотерапии (Приложение К). Балльная система оценки состояния лица до и после процедуры представлена в Таблице 5.3.

Таблица 5.3 - Балльная система оценки состояния лица до и после процедуры

До процедуры (исходное состояние лица)		После процедуры	
Балл	Описание	Балл	Описание
1	очень глубокие морщины	1	ухудшение, осложнения
2	умеренные, глубокие морщины	2	нет изменений
3	мелкие морщины	3	улучшение, неполная коррекция
4	едва заметные морщины	4	хороший результат
5	отсутствие морщин	5	отличный результат

Указанный, специальный Вкладыш наглядно отражает клиническую картину, этапность лечения, технику медицинского вмешательства, доказывает целесообразность назначения препарата медицинскому эксперту и, в случае жалоб и судебных претензий, следственным органам. Практическое внедрение предложенного унифицированного способа оценки полученной в результате ботулинотерапии клинической картины, при условии соблюдения алгоритма проведения данной процедуры позволяет добиваться обеспечения высокого качества и удовлетворенности косметологической помощи в части ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица.

5.4 Программа для ЭВМ «Оценка качества ботулинотерапии мимических морщин» на основе математической модели оценки эффективности ботулинотерапии

Для практического внедрения предлагаемой методики оценки клинической эффективности инъекционной коррекции морщин с помощью БТА с использованием шкалы «Гармоничное лицо», нами была разработана, описана и опубликована математическая модель. Она состоит из ряда последовательных математических операций, позволяющих определить интегральный результат проведенной процедуры. Рассмотрим пример расчета математической модели на одном из клинических случаев, фотографии представлены на рисунках 1, 2 приложения К.

Пример: Пациентка 37 лет, коррекция статических и динамических морщин лба, общая доза Диспорта 24ЕД, инъекции в 2 ряда, 6 точек. Оценка степени выраженности статических морщин в исходном состоянии - 3 балла (мелкие морщины), динамических – 2 балла (глубокие морщины). Срок наблюдения 6 месяцев, 4 визита (Таблица 5.4; Рисунок 5.2 и Таблица 5.5; Рисунок 5.3).

Таблица 5.4 - Статические морщины лба при первичном визите и этапном наблюдении по показателю качества

Показатель	Время (мес.)				
	Исх.	0,5	1	3	6
Ai эталон	5	5	5	5	5
Ki реальный	3	5	5	5	5
Ri относительный	-	0	0	0	0

$$ИКК = \left(1 - \frac{\sum Ri}{N}\right) \times 100\% = \left(1 - \frac{0}{4}\right) \times 100\% = 100\%$$



Рисунок 5.2 - Качество ботулинотерапии статических морщин лба

Таблица 5.5 - Динамические морщины лба при первичном визите и этапном наблюдении по показателю качества

Показатель	Время (мес.)				
	Исх.	0,5	1	3	6
Аi эталон	5	5	5	5	5
Кi реальный	2	5	5	4	4
Рi относительный	-	0	0	0,2	0,2

$$\text{ИКК} = \left(1 - \frac{\sum R_i}{N}\right) \times 100\% = \left(1 - \frac{0,4}{4}\right) \times 100\% = 90\%$$

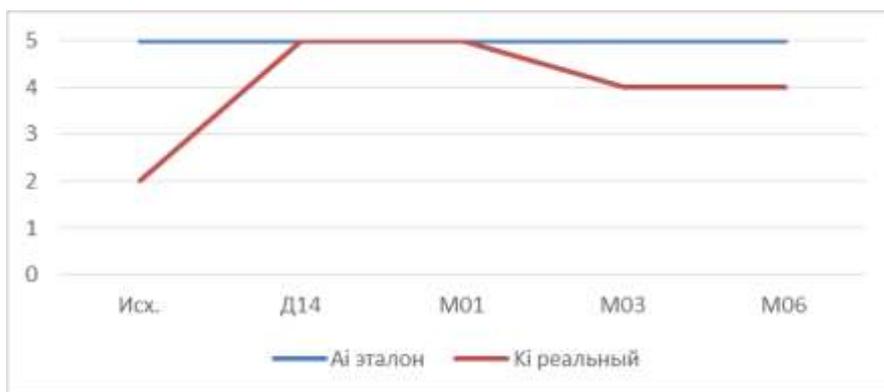


Рисунок 5.3 - Качество ботулинотерапии динамических морщин лба на различных временных интервалах

Сначала необходимо оценить степень выраженности морщин от 1 до 5 баллов, где 5 баллов – отсутствие морщин, а 1 балл – очень глубокие морщины. Далее оцениваем эффективность (качество) ботулинотерапии при каждом визите пациента от 1 до 5 баллов, где 5 баллов – отличный результат, 1 балл – ухудшение, нежелательные явления вследствие проведенной коррекции.

Показатель A_i при каждом i -визите мы оценили в 5 баллов, исходное состояние морщин кожи (эталон) мы также оценили в 5 баллов. Показатель K_i при каждом i -визите будет равен от 1 до 5 баллов и будет отражать качество ботулинотерапии на каждом этапе. Исходный же показатель K_i будет равен тому баллу (от 1 до 5), на который мы оценили исходную степень выраженности морщин. Динамическое наблюдение и фоторегистрация через 14 дней, 1 месяц, 3,6 месяцев показало эффективность проведенной ботулинотерапии.

Математический анализ балльной оценки выраженности морщин и оценки качества процедуры коррекции позволяет проследить в динамике эффективность примененной дозы с учетом исходной клинической картины и этапного наблюдения. ИКК позволяет оценить качество процедуры инъекционной коррекции определенной зоны при динамическом наблюдении, определить время повторной докоррекции на этапе контрольного осмотра, увеличить комплаентность пациента, разработать клинический путь (алгоритм) ведения пациента от момента обращения до конечного и отдаленного результата. Применение ИКК при этапном наблюдении позволяет оценить правильность применяемых дозировок препарата с учетом глубины морщин, количества точек введения, пересматривать принятые положения ботулинотерапии определенных доз в применяемых зонах коррекции. Балльная оценка с математической моделью, графиками наглядности качества инъекционной коррекции реальной ситуации способствует получению врачом новой информации, самостоятельному практическому овладению навыков экспертизы качества, обеспечивает оптимизацию высшего медицинского образования, профессионального индивидуального и коллективного образования врача косметолога.

Однако серьезным недостатком представленной математической модели явилась невозможность оперативно и в удобном формате получить информацию о качестве проведенной процедуры, тем более в момент визита клиента на этапах наблюдения. В этой связи нами было принято решение о создании на базе этой математической модели компьютерной программы для ЭВМ.

Задачей программы является автоматизация расчета по математической модели оценки эффективности ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица с применением БТА. Поставленная задача решается за счет выполнения следующих функций:

1. Расчет значения ИКК – интегрального коэффициента качества ботулинотерапии на протяжении заданного срока наблюдения.
2. Расчет значения R_i – относительное значение отклонения реальных показателей ботулинотерапии от оптимальных (эталонных) показателей.
3. Формирование наглядного отчета в табличной и графической форме об оценке качества ботулинотерапии, выполненной врачом для коррекции мимических морщин лба, межбровья и морщин наружного угла глаз.

Программа была зарегистрирована, получено авторское свидетельство на программу для ЭВМ. Ниже представлены минимальные системные требования к используемой ЭВМ, Таблица 5.6:

Таблица 5.6 – Требования к используемой ЭВМ для программирования

Тип операционной системы	<i>Win 7, 8</i>	<i>Win 10</i>
Разрядность ОС	<i>x86, x64</i>	
Частота процессора, ГГц	<i>1,0</i>	<i>1,4</i>
Оперативная память, Гб	<i>1</i>	<i>2</i>
Графический процессор	<i>поддержка DirectX9</i>	
Разрешение экрана	<i>1024x768</i>	
Свободное место на диске	<i>1 Мб</i>	
Устройства ввода	<i>Клавиатура, мышь</i>	

А также:

- Требования к стороннему ПО: Табличный процессор Excel из пакета Microsoft Office 2007 (или более поздняя версия).
- Язык программирования: C#.
- Программа разработана для ОС: Windows 7, 8, 10 (разрядность x86 и x64)
- Объем программы: 57,5 Кб.

Способ работы в Программе. Для формирования математической модели оценки эффективности ботулинотерапии мимических морщин необходимо:

1. Сбор материала. Сбор материала начинается с момента выполнения первичной коррекции препаратом БТА и продолжается на протяжении 6 месяцев. Сбор материала включает сведения о глубине морщин корректируемых зон лица (оценка осуществляются при каждом визите), дозе вводимого препарата при первом визите и при повторном визите через 14 дней, если есть необходимость в проведении докоррекции, схеме введения (количестве рядов, количестве точек) и т.д. Оптимальным вариантом является внесение данных в специальный вкладыш визитов клиента (вкладыш 1,2), что позволяет ускорить процесс оценки качества.

2. Анализ. Статистический анализ качества процедуры ботулинотерапии проводится путем обработки и сравнения всех показателей инъекционной коррекции в реальных клинических случаях с подобранными оптимальными значениями этих показателей.

Алгоритм анализа. Находим R_i – относительное значение отклонений реальных показателей ботулинотерапии от оптимальных (эталонных):

$$R_i = (A_i - K_i) / A_i$$

где $i=1, \dots, N$, N – количество временных случаев наблюдения после проведенной коррекции (в нашем случае пациент приходит повторно через 14 дней (визит №2, Д14), через 1 месяц (визит №3, М01), 3 месяца (визит №4, М03) и 6 месяцев (визит №5, М06). Следовательно, в приведенной ситуации число случаев наблюдения (N) будет равно 4;

K_i – показатель оценки качества коррекции реального случая в i -той временной точке (измеряется от 1 до 5);

A_i – показатель оценки качества коррекции оптимального (эталонного) случая в i -той временной точке (эталонный показатель качества всегда будет равен 5).

При значении $R_i = 0$ считаем результат коррекции достигнутым (этот показатель будет равен 0 при $K_i = A_i$). Значение ИКК – интегрального коэффициента качества ботулинотерапии на протяжении определенного срока наблюдения мы рассчитываем следующим образом:

$$\text{ИКК} = \left(1 - \frac{\sum R_i}{N}\right) \times 100\%$$

Полученный результат в % и будет объективным критерием эффективности проведенной процедуры БТА. В идеале, его величина должна стремиться к 100%.

В качестве иллюстраций ниже представлены скрины шаблона программы и скрин отчета по клиническому примеру (Рисунки 5.4 и 5.5).

Достоинствами программы для ЭВМ являются: 1. Оперативность получения информации о качестве медицинской процедуры на любом этапе наблюдения; 2. Наглядность; 3. Оценка качества позволяет определить клинический путь (алгоритм) ведения пациента от момента обращения до определенного и отдаленного результата, определить правильность применяемых дозировок препарата с учетом глубины морщин, количества точек введения; 4. Моментальный самоконтроль и самообразование, экспертиза качества; 5. Удобство и возможность широкого применения в повседневной практике врача-косметолога и руководителя косметологической клиники. Получено авторское свидетельство на предложенную программу (Приложение Н).

Таким образом, программа для ЭВМ «Оценка качества ботулинотерапии мимических морщин» позволяет оперативно оценить качество медицинской процедуры ботулинотерапии возрастных изменений кожи лица, отражая его наглядно, графически на всех этапах наблюдения, разработать и корректировать клинический путь ведения пациента от момента обращения до конечного результата – уменьшения количества и выраженности морщин.

Ботулинотерапия

Пациент
 ФИО Возраст Телефон

Оценка статических морщин лба						Оценка динамических морщин лба					
	Исх.	Д14	М01	М03	М06		Исх.	Д14	М01	М03	М06
Аi эталон	5	5	5	5	5	Аi эталон	5	5	5	5	5
Ки реальный	<input type="text"/>	Ки реальный	<input type="text"/>								
Ri относительный	<input type="text"/>	Ri относительный	<input type="text"/>								
ИКК= %						ИКК= %					

Оценка статических морщин межбровья						Оценка динамических морщин межбровья					
	Исх.	Д14	М01	М03	М06		Исх.	Д14	М01	М03	М06
Аi эталон	5	5	5	5	5	Аi эталон	5	5	5	5	5
Ки реальный	<input type="text"/>	Ки реальный	<input type="text"/>								
Ri относительный	<input type="text"/>	Ri относительный	<input type="text"/>								
ИКК= %						ИКК= %					

Оценка статических морщин наружного угла глаз						Оценка динамических морщин наружного угла глаз					
	Исх.	Д14	М01	М03	М06		Исх.	Д14	М01	М03	М06
Аi эталон	5	5	5	5	5	Аi эталон	5	5	5	5	5
Ки реальный	<input type="text"/>	Ки реальный	<input type="text"/>								
Ri относительный	<input type="text"/>	Ri относительный	<input type="text"/>								
ИКК= %						ИКК= %					

Относительное значение отклонений реальных показателей ботулинотерапии от оптимальных (эталонных) показателей - Ri: $Ri = (Ai - Ki) / Ai$
 где $i=1, \dots, N$, N - количество временных случаев наблюдения после проведенной коррекции.
 Ki - показатель оценки эффективности/качества коррекции реального случая в i-той временной точке (измеряется от 1 до 5).
 Ai - показатель оценки эффективности/качества коррекции оптимального (эталонного) случая в i-той временной точке (эталонный показатель качества всегда будет равен 5).
 При значении Ri = 0 считаем результат коррекции достигнутым (этот показатель будет равен 0 при Ki = Ai).
 ИКК - значение интегрального коэффициента качества ботулинотерапии. $ИКК = (1 - \sum Ri / N) * 100\%$

Рисунок 5.4 - Шаблон Программы для ЭВМ

Программа для ЭВМ оценки качества инъекционной коррекции возрастных изменений кожи лица является инновационным инструментом в практике врача эстетической медицины при оценке качества организации косметологической помощи на примере ботулинотерапии.

Автором предложено использование данной программы в дополнительном профессиональном образовании врачей косметологов – в качестве обучения с применением методики проведения деловых игр.

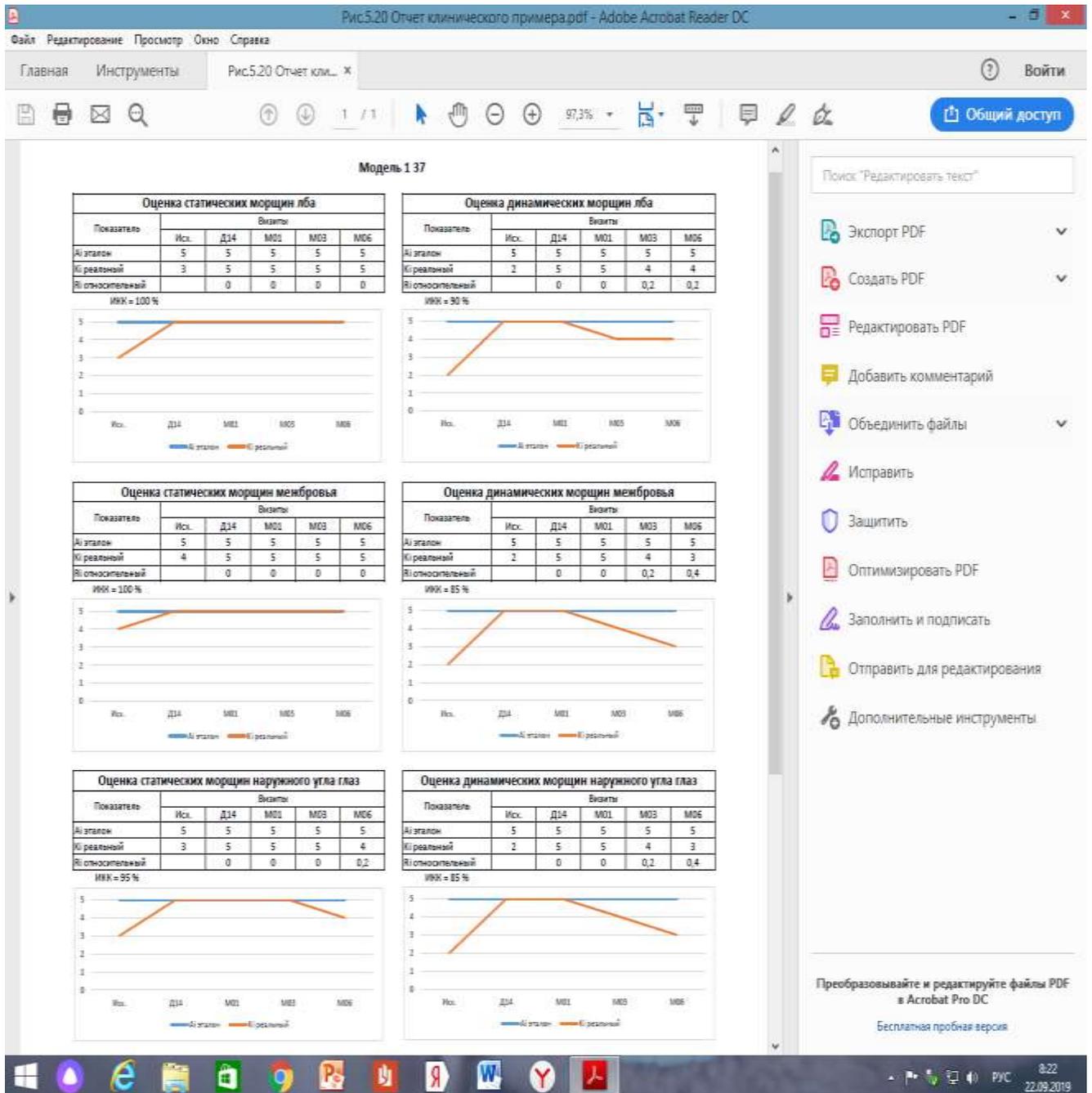


Рисунок 5.5 - Отчет клинического примера

Методика и макет такой деловой игры представлен в Приложении Л. Автор полагает, что такое обучение будет способствовать повышению качества выполняемых косметологических процедур, и, как следствие — удовлетворенности пациента.

5.5 Результаты оценки удовлетворенности пациентов качеством ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица в базовой медицинской организации

Таким образом, в ходе выполнения диссертационной работы нами были сформулированы этапы проведения процедуры ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица, а именно: 1. стандартное проведение процедуры согласно предложенного Алгоритма; 2. заполнение формы амбулаторной карты пациента с использованием специального вкладыша описательной клинической картины с балльной оценкой на каждом этапе; 3. объективная оценка результата процедуры с помощью прикладной компьютерной программы на основе математического моделирования, с использованием методики оценки по шкале «Гармоничное лицо».

Однако перечень этапов был бы неполным, если не включить в него в качестве обязательного этапа последующую оценку удовлетворенности пациента оказанной специализированной помощью.

Выше отмечалось, что оценка качества медицинской помощи проводится на территориальном уровне, на уровне отдельных служб, медицинских организаций, коллектива медицинских работников. В оценках качества и удовлетворенности используются различные методики, экономический анализ, анкетирование, программы для ЭВМ. Полученная информация учитывается при принятии управленческих решений и определении рейтинга медицинской организации и специалистов.

Вместе с тем, в оценке качества медицинской помощи в последнее время значительный акцент делается на учете мнения пациентов (удовлетворенности), формирующее в обществе отношение к конкретному лечебному учреждению и специалисту, позволяющее оперативно принимать адекватные управленческие решения.

В процессе исследования проведено изучение удовлетворенности пациентов качеством оказываемых косметологических услуг через один год

после внедрения в базовой медицинской организации предложенного комплекса научно-обоснованных организационно-методических мероприятий, а именно: Алгоритма коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом ботулинического токсина типа А, Программы для ЭВМ «Оценка качества ботулинотерапии мимических морщин», проведения обучения специалистов работе с данной программой в форме деловой игры, усиления работы с учетной документацией.

Изучение проводилось с помощью анкетирования 102 пациентов, получивших ботулинотерапию возрастных изменений кожи верхней части лица с помощью БТА. Все респонденты были женского пола. Распределение по возрасту было аналогичным анкетированию, проведенному в самом начале нашей работы.

Альтернативный учетный признак - все анкетлируемые проходили процедуру ботулинотерапии. Кроме этого, дополнительно 50,0±5,0% использовали контурную пластику; 41,7±4,8% - биоревитализацию; 29,2±4,5% - химический пилинг; 20,7±4,0% - удаление новообразований; по 18,8±3,8% - мезотерапию и аппаратную косметологию; 16,7±3,6% - массаж; 14,6±3,4% - чистку лица (Рисунок 5.6).

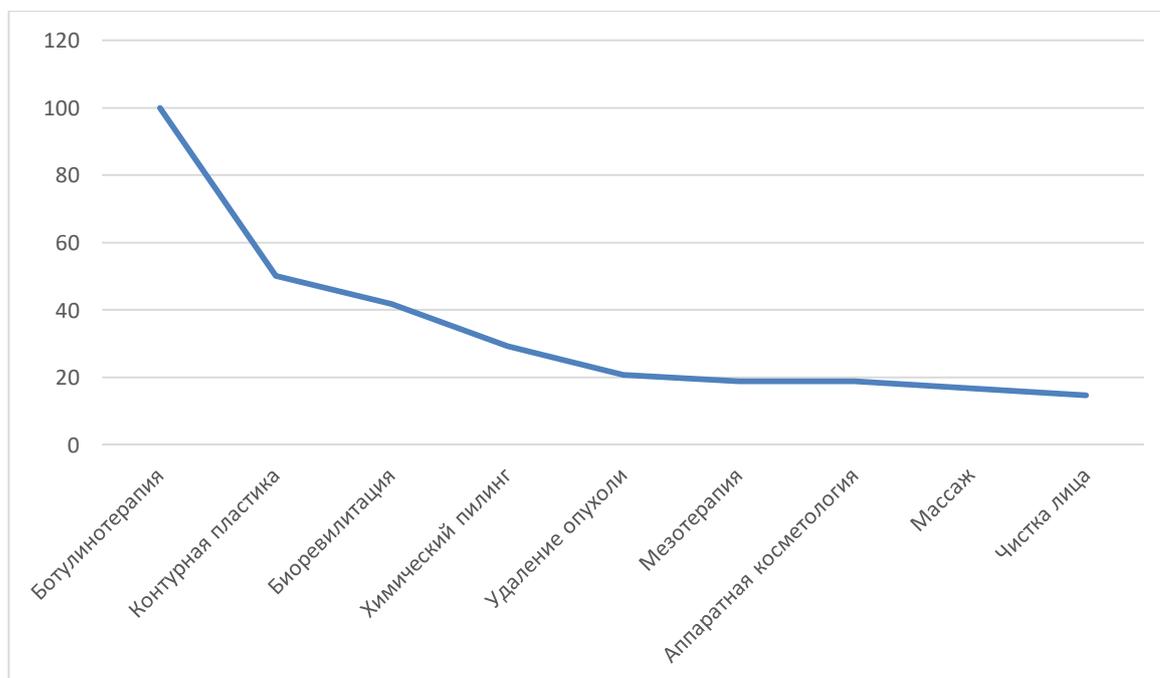


Рисунок 5.6 - Медицинская и эстетическая косметология у пациентов в сочетании с ботулинотерапией (%)

Процедура ботулинотерапии была первой в жизни у $10,4 \pm 3,0\%$ пациенток. Использование препарата Диспорт в ботулинотерапии впервые в жизни было отмечено в $12,5 \pm 3,2\%$ случаев. Частота процедуры ботулинотерапии у $23,0 \pm 3,9\%$ составляла 1 раз в 3 - 5 месяцев; у $47,9 \pm 4,9\%$ - раз в 6 месяцев; у $12,5 \pm 3,2\%$ - раз в 7-12 месяцев; у остальных интервал был более года (Рисунок 5.7)

Анкетирование было анонимным, и несмотря на это, все 100% респондентов оказались удовлетворены оказанными услугами и рекомендовали бы базовую медицинскую организацию для получения медицинской помощи другим пациентам. Удовлетворенность каждой процедуры оценивалась ответами «Удовлетворен» или «Не удовлетворен».

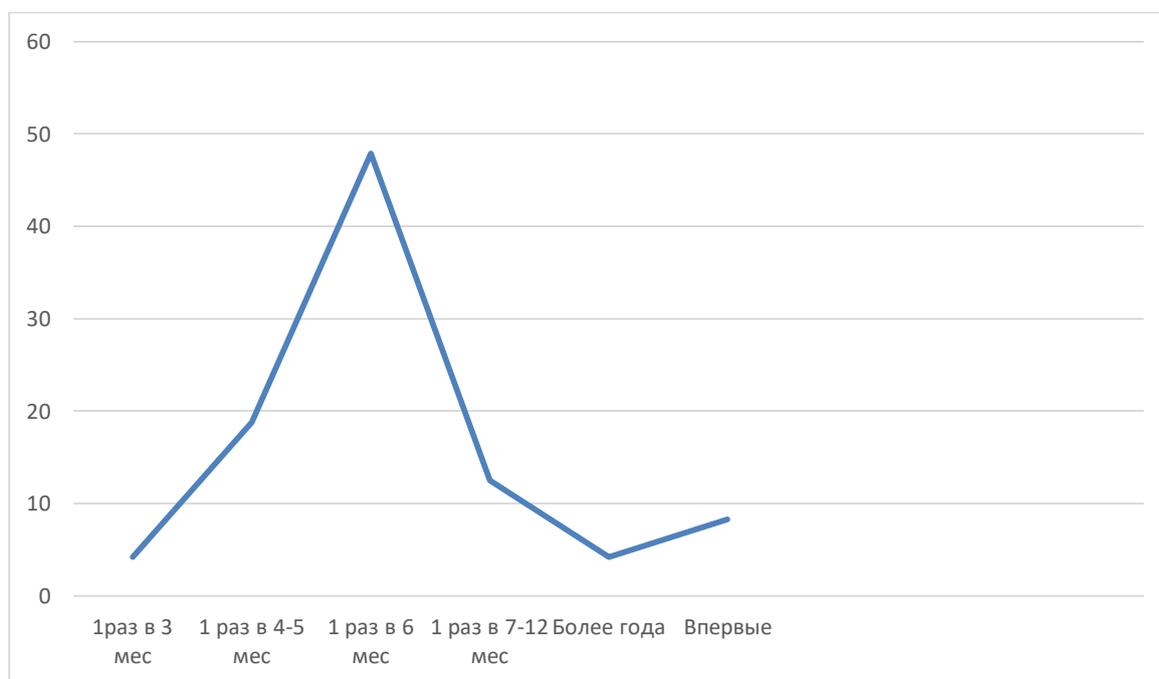


Рисунок 5.7 - Частота применение препарата Диспорт у пациенток (%)

Полученные данные оказались сопоставимы с уровнем удовлетворенности пациентов после третьей процедуры (100%) коррекции межбровных морщин по данным Губановой Е.И., 2019. Частота неудовлетворительных результатов после первой процедуры составила $1,6 \pm 0,05\%$. Все 100% респондентов были удовлетворены эффектом после каждой проведенной процедуры и планировали повторить ботулинотерапию у данного врача в будущем, готовы рекомендовать данного доктора друзьям и членам своей семьи.

Средний показатель ИКК составил: в случае статических морщин лба – 91,67%, динамических – 76,67%; в случае статических морщин межбровья – 96,67%, динамических – 85%; статических морщинах наружного угла глаза – 91,67%, при динамических – 73,33%. Несмотря на то, что эталонным показателем является результат коррекции в 100%, результаты процедур соответствовали ожиданиям пациентов.

Оценка по 10 - бальной шкале готовности рекомендовать данное учреждение друзьям и знакомым: $97,9 \pm 1,4\%$ - 10 баллов; остальные - 9 баллов. Пятеро анкетированных оставили расширенный комментарий о качестве обслуживания и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях, который был положительным. На вопрос «Были ли Вы довольны проведенными ранее процедурами ботулинотерапии у другого врача-косметолога, в случае если они были» всего $16,7 \pm 3,6\%$ респондентов дали положительный ответ; а 6,3% - отрицательный. Остальные - данную процедуру у другого врача-косметолога не проводили. Нежелательные явления или осложнения после процедуры ботулинотерапии у другого врача отметили 2 пациента. Таким образом, в целом (до 100%) все пациенты были удовлетворены результатами процедур ботулинотерапии и качеством оказания медицинских услуг в амбулаторных условиях в базовой медицинской организации по итогам внедрения предложенных выше разработок.

Вышеперечисленные результаты убедительно свидетельствуют о положительном социальном эффекте предложенного комплекса мероприятий по совершенствованию организации оказания ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица с помощью БТА.

Таким образом, резюмируя материалы настоящей главы, следует заключить:

1. Внедрение актуализированной этапности оказания услуги ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица позволило вывести организацию оказания данного вида услуг на новый уровень, соответствующий современному развитию медицинской науки и практики здравоохранения.

2. В комплексе организационных мер по внедрению стандартизации в ботулинотерапию автором предлагается принять за стандарт выполнения процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица алгоритм, состоящий из 9 последовательных СОП.

3. Автор считает целесообразным и оправданным внедрение авторской методики оценки эффективности ботулинотерапии мимических морщин, с использованием шкалы «Гармоничное лицо», а в качестве ее практического воплощения - математической модели, прошедшей программное оформление и получившей свидетельство об авторской регистрации интеллектуального права.

4. Как перспективные направления совершенствования организации косметологической помощи по профилю полагаем эффективным внедрение авторского Вкладыша в Карту амбулаторного пациента по предложенной форме, а также тематических деловых игр - в дополнительное профессиональное образование врачей-косметологов - для обучения их работе с авторской компьютерной программой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ научной медицинской литературы по вопросу обращаемости с возрастными изменениями кожи свидетельствует о ее неуклонном росте во всех возрастных группах населения. Обращаемость по поводу болезней кожи и подкожной клетчатки занимает четвертое место в структуре первичной заболеваемости взрослого населения.

В связи с увеличением продолжительности жизни возникла потребность борьбы с проявлениями старения. Мировые передовые научные знания и технологические достижения медицинской науки определили новое направление – эстетическая и антивозрастная медицина. Подтверждением этого является стремительный рост количества косметологических учреждений, создание индустрии красоты. Оказание качественной медицинской помощи по профилю «косметология» предполагает не только создание новых лекарственных препаратов и способов их применения, но и совершенствование профессиональной подготовки врачей-косметологов, а также решение организационных и правовых вопросов.

Косметологические услуги относятся к медицинской (врачебной) косметологии и оказываются в организациях различных форм собственности, более чем в 99% случаев оказываются в учреждениях частных форм собственности, в связи с чем объективно провести анализ оказанной косметологической помощи и качество оказания медицинской помощи в настоящее время в РФ не представляется возможным. В коммерческом секторе косметологии учет заболеваний, вызывающих косметические дефекты, не ведется, поэтому получить объективные данные о заболеваемости всего населения (с учетом услуг пациентам в других секторах) и произвести расчет интенсивных показателей не представляется возможным. Рынок косметологических услуг на сегодняшний день остается одним из самых непрозрачных и мало исследуемых сегментов индустрии красоты в России.

Формирование единых информационных показателей для учреждений всех форм собственности индустрии красоты позволил бы получить информацию о

пациентах с болезнями кожи и подкожной клетчатки, с возрастными изменениями, вести статистический учет, оценить качество медицинской помощи.

Сохраняющаяся распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки, стихийный рост индустрии красоты, развитие эстетической и антивозрастной медицины являются серьезным основанием для изучения особенностей функционирования косметологических учреждений и качества оказанной ими медицинской помощи.

В условиях отсутствия информационных статистических форм отчетности в индустрии красоты мы рассматриваем индикаторы, которые могут быть полезны как руководителям органов здравоохранения для сравнительного анализа работы косметологических учреждений, так и непосредственному руководителю многопрофильной специализированной поликлиники для изучения и развития рынка косметологических услуг в условиях высокой конкуренции.

Установлено, что областная косметологическая поликлиника, являясь старейшим профильным учреждением Нижегородской области, основную нагрузку выполняет по врачебной косметологии (85,7%). Значительное место в деятельности врачей занимает диагностическая косметология (13,8%), дерматокосметология (10,2%), дерматохирургия (61,2%). За анализируемый период у обратившихся на консультацию основную долю составила угревая болезнь – 47,7%, новообразования - 16,2%, дерматозы – 18,2%, по вопросам омоложения - 9,2%. Среди 10 основных нозологических патологий кожи и подкожно-жировой клетчатки встречалась также угревая сыпь - 10,9%, папилломы - 34,6%, бородавки - 35,5%.

Инъекционная терапия среди общей косметологии обращений была проведена у 4,0%. Доля ботулинотерапии среди инъекционной коррекции составила – 31,2%, среди общей косметологии - 1,4%. Наиболее популярными зонами ботулинокоррекции оказались: межбровье (30,6%), наружный угол глаза (23,9%), лоб (16,5%). На одного пациента в среднем приходилось 1,3 посещения и 1,9 области коррекции. Основную группу пациентов инъекционной терапии с применением препаратов БТА составили женщины. Среди всех обратившихся

было всего 2,9% мужчин, что говорит о недостаточном участии их в косметологических услугах. На контрольный осмотр через 2 недели после инъекции БТА обратилось 26,7% клиентов. После ботулинотерапии докоррекция потребовалась у 10,4% пациентов. Отмечен рост частоты обращений за ботулинокоррекцией за трехлетний срок в 5,7 раза, что подчеркивает актуальность и необходимость дальнейшего изучения данного вида инъекционной терапии – в целях совершенствования организации оказания данного вида медицинских услуг.

Облик современной пациентки косметологического профиля характеризуют следующие основные показатели: 1. это - женщина в возрасте 30-49 лет (30-39 лет - 26,9%, 40-49лет – 22,3%); 2. проживающая в областном центре ($87,6 \pm 2,9\%$); 3. с высшим образованием ($82,9 \pm 3,3\%$); 4. состоящие в браке ($56,9 \pm 4,3\%$); 5. имеющая детей ($68,5 \pm 4,0\%$); 6. работающая по найму ($55,9 \pm 4,4\%$); 7. с среднемесячным доходом на одного члена более 21000 рублей в месяц ($50,4 \pm 4,3\%$, в ценах 2015 года); 8. преодолевающая пешком расстояние менее 5 км - $68,5 \pm 4,1\%$; 9. имеющая сбалансированное питание - $42,3 \pm 4,3\%$.

На протяжении последних лет для коррекции морщин лица широко используют ботулинический токсин типа А (БТА) — универсальное терапевтическое средство природного происхождения. Инъекции БТА востребованы в косметологии, а также при лечении различных заболеваний, применяются как корригирующее и профилактическое средство. Ботулинотерапия имеет не только эстетическое, медицинское, но и большое социальное значение, позволяя людям вести полноценную и качественную жизнь.

Успех выполнения инъекционных процедур во многом определяется обоснованностью разметки лица перед их проведением. Предложенный нами алгоритм, пошаговое выполнение процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней трети лица препаратом «Диспорт», стандартизует выполнение коррекции морщин. Содержащаяся в нем схема картирования верхней трети лица проста, удобна, универсальна, эффективна и безопасна, в том числе, при использовании ее начинающим специалистом. Применение этого способа

разметки позволяет прогнозировать благоприятный результат ботулинотерапии морщин верхней половины лица.

Фоторегистрация (или схема коррекции) в сочетании с описанием точек и доз препарата БТА дают возможность задокументировать процесс эстетической коррекции в амбулаторной карте, оценить удовлетворенность врача-косметолога и пациента ходом и результатами процедур. Кроме того, точное документирование позволяет определить пути повышения экономической эффективности дальнейшего лечения и выявить причины возможных неудач.

Соблюдение правила «четных чисел» при использовании препарата «Диспорт» обеспечивает простоту и легкость выполнения самой процедуры, введения необходимых доз препарата. Соблюдение принципов этапности при применении ботулотоксина в коррекции морщин верхней трети лица способствует динамическому наблюдению и оценке эффективности ботулинотерапии, удовлетворенности самого врача и его пациентов.

В условиях роста рынка косметологических услуг и хирургических методов коррекции внешности актуальной задачей является изучение показателей работы индустрии красоты, объективизация оценки клинических результатов. На нынешнем этапе развития эстетической медицины остро ощущается дефицит комплекса параклинических критериев, способных повысить надежность ранней диагностики возможных осложнений и предупредить их прогрессирование.

Предлагаемая шкала «Гармоничное лицо» позволяет провести оценку эффективности ботулинотерапии на основании объективных клинических и субъективных показателей. С таблицей можно ознакомить пациента для его активного вовлечения в процесс лечения с целью повышения его комплаентности и степени удовлетворенности результатами.

Научно обоснованный, разработанный и внедренный алгоритм инъекционной коррекции возрастных изменений кожи (на примере морщин верхней половины лица) определяет последовательность медицинской услуги пациенту от момента обращения к врачу-косметологу до конечного результата: уменьшения количества и выраженности морщин.

Предложенный нами алгоритм упорядочивает выполнение коррекции возрастных изменений. Несмотря на то, что последнее время имеет место тенденция «от стандартизации к персонализации», данный алгоритм определяет действия врача-косметолога и будет способствовать снижению риска нежелательных эффектов ботулинотерапии, повышению качества оказываемой косметологической помощи. По итогу выполнения настоящего диссертационного исследования мы планируем составить клинические рекомендации по выполнению данной процедуры и утвердить их на уровне профессионального медицинского сообщества.

По мнению автора ведение амбулаторной карты пациента с использованием вкладыша этапной, балльной клинической картины и оценки качества коррекции морщин верхней трети кожи лица приближает медицинские вмешательства в косметологии к принципам доказательной медицины. Благодаря балльной оценке возможен последующий математический анализ выраженности морщин и оценки качества процедуры коррекции с учетом дозы применяемого препарата. Математический анализ балльной оценки выраженности морщин и оценки качества процедуры коррекции с учетом дозы применяемого препарата позволяет проследить в динамике эффективность препарата. ИКК позволяет оценить качество процедуры инъекционной коррекции определенной зоны при динамическом наблюдении, определить время повторной коррекции на этапе контрольного осмотра. Применение ИКК при этапном наблюдении позволяет оценить правильность применяемых дозировок препарата с учетом глубины морщин, количества точек введения, пересматривать принятые положения ботулинотерапии определенных доз в применяемых зонах коррекции.

Анализируя клинические примеры, набираясь опыта, вероятно, целесообразно проведение повторной коррекции (в меньших дозах) на этапе наблюдения, не дожидаясь возвращения к исходному варианту состояния морщин на лице (до начала введения препарата в первый раз). Это теоретическое предположение и математические расчеты, на нем основанные, требуют дальнейшего изучения и дискуссионного обсуждения. Возможно, в результате

накопления материала, этот метод оценки будет применим и к другим косметологическим процедурам для оценки их качества.

Для улучшения качества и эффективности косметологической помощи необходимо соответствие оказываемой медицинской помощи современным требованиям, нормам, стандартам. Условием успешной реализации стандартов является обучение персонала.

Врач-косметолог должен уметь оценить качество своей профессиональной подготовки, качество медицинской помощи. Предлагаемые нами математические подходы в оценке инъекционной коррекции возрастных изменений кожи позволяют использовать их в процессе самообразования, игрового обучения врачей косметологов.

Программа для ЭВМ предназначена для математической оценки клинической эффективности ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица, а также применения в обучающих деловых играх, наглядности при оценке качества на этапах наблюдения, ознакомления пациента с целью повышения его комплаентности и удовлетворенности результатами. В основе программы для ЭВМ лежит разработанная математическая модель оценки клинической эффективности при коррекции мимических морщин. Все представленные аргументы являются статистическими и позволяют рассчитать интегральный коэффициент качества в период наблюдения клиента. Используемые шкалы балльной оценки, формулы, графики программы способствуют получению врачом эстетической медицины новой информации об эффективности и качестве проведенной процедуры, овладению навыков экспертизы качества, самоконтролю, применимы как в индивидуальном самообразовании профессиональной деятельности врача-косметолога, так и коллективном обучающем процессе.

Данная программа может применяться в повседневной практике врача-косметолога, руководителя косметологической клиники. Программа для ЭВМ «Оценка качества ботулинотерапии мимических морщин» позволяет оперативно оценить качество медицинской процедуры ботулинотерапии возрастных

изменений кожи лица, отражая его наглядно, графически на всех этапах наблюдения, разработать и корректировать клинический путь ведения пациента от момента обращения до конечного результата – уменьшения количества и выраженности морщин.

Программа для ЭВМ оценки качества инъекционной коррекции возрастных изменений кожи лица является инновационным инструментом в практике врача эстетической медицины при оценке качества организации косметологической помощи на примере ботулинотерапии.

Деловая игра способствует получению врачом-специалистом новой информации, практическому овладению навыков экспертизы качества, способна помочь в оптимизации высшего и дополнительного профессионального медицинского образования, индивидуального и коллективного образования врача-косметолога.

Анкетирование по удовлетворенности и качеству медицинской услуги авторской деятельности косметолога после каждой процедуры ботулинотерапии оказалось чувствительным, своеобразным дополнительным индикатором оценки работы специалиста, для принятия управленческих решений внутри конкретного лечебного учреждения и повышения имиджа косметологического учреждения.

ВЫВОДЫ

1. На современном этапе развития косметологической помощи основными проблемами ее осуществления и организации являются: отсутствие стандартов и клинических рекомендаций по видам оказываемых услуг, отсутствие объективных методик оценки результатов оказанной специализированной помощи; несовершенство статистического учета здоровья населения и деятельности медицинских организаций по профилю «косметология».

2. Изучение динамики заболеваемости по классу МКБ -10 «Болезни кожи и подкожной клетчатки» и обеспеченности специалистами в Нижегородской области показало рост частоты обращений за косметологической помощью- на фоне старения населения. В структуре первичной обращаемости за косметологическими услугами ведущая роль принадлежит медицинской косметологии (85,7%), в первую очередь удалению бородавок и папиллом (35,5% и 34,6% соответственно). Эстетическая косметология составила 14,3% от общего числа косметологических услуг, оказанных базовой медицинской организацией за три года наблюдений, а доля инъекционных процедур – 4,0% при значительном ежегодном увеличении данного показателя. Среднегодовой уровень показателя первичной обращаемости за косметологическими услугами составил 44,2‰, за ботулинотерапией - 13,8‰, с увеличением последнего в 5,7 раза за три года. Обращает на себя внимание высокий уровень оказания консультативных услуг – 150,5‰.

3. Среди услуг по инъекционным методам коррекции, оказываемых базовой медицинской организацией, лидирующее место принадлежит ботулинотерапии: их доля составила 31,2%. Значительная доля обращаемости отмечается в зимне-весенний период – 59,7%, из общего числа услуг 78,5% - составляли услуги с применением БТА. На одного пациента с применением БТА приходилось 1,3 первичных посещения и 1,9 области коррекции. Наиболее популярными областями оказались: межбровье, наружный угол глаза и лоб, в сумме они составили 71,2% от общего числа применений БТА. При первичной

ботулинотерапии средняя доза препарата варьировала от 32 ед. до 13 ед. в зависимости от области коррекции. Докоррекция требовалась в 10,4% случаев, в основном – на межбровье, при средней дозировке 13 ед. Обращаемость зависела от возраста и причины посещения: чаще всего - по поводу удаления новообразований в группе женщин старше 40 лет; далее - по поводу возрастных изменений кожи у женщин этой же возрастной группы.

4. Обобщенный медико-социальный портрет пациента косметологической поликлиники города-миллионника можно представить следующим образом : женщина, в возрасте 30-39 лет ($26,9 \pm 3,8\%$); проживающая в областном центре ($87,6 \pm 2,9\%$), в собственной квартире ($87,5 \pm 2,9\%$); имеющая высшее образование ($82,9 \pm 3,3\%$), состоящая в браке ($56,9 \pm 4,3\%$) и имеющая одного-двух детей ($68,5 \pm 4,0\%$); работающая по найму ($55,9 \pm 4,4\%$) в удовлетворительных условиях труда ($84,6 \pm 3,1\%$); с доходом более 21000р в месяц ($50,4 \pm 4,3\%$). Как правило, ночной сон ее составляет 7-8 часов ($79,2 \pm 3,6\%$). Она ежедневно преодолевает расстояние до 5 км пешком ($68,5 \pm 4,1\%$) и ездит отдыхать на море ($53,3 \pm 12,9\%$). Больше половины пациенток имели нарушения со стороны сердца и сосудов, у каждой пятой регистрировались сахарный диабет, реже - гинекологические и урологические заболевания ($16,5 \pm 3,3\%$) и нарушения в работе ЖКТ ($26,9 \pm 3,8\%$). Активно курили $20,7 \pm 3,5\%$ женщин, раздражительность отмечали $25,4 \pm 3,8\%$ опрошенных. При анализе самооценки здоровья, типичная пациентка оценивала его как хорошее, однако у $31,5 \pm 4,1\%$ из них отмечались аллергические реакции на косметические средства. У большинства женщин наблюдался комбинированный тип кожи лица (третий тип кожи по Фицпатрику). Довольно редко они пользовались солнцезащитными средствами ($20,9 \pm 3,6\%$). Постоянного врача-косметолога имела каждая третья пациентка ($34,9 \pm 4,2\%$).

5. Комплекс научно-обоснованных организационных мероприятий, направленных на совершенствование услуги ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица основан на этапности ее оказания и включает: 1. проведение процедуры согласно предложенного Алгоритма; 2. заполнение формы амбулаторной карты пациента с использованием специального

вкладыша описательной клинической картины с балльной оценкой на каждом этапе; 3. объективную оценку результата процедуры с помощью прикладной компьютерной программы на основе математического моделирования, с использованием методики оценки по шкале «Гармоничное лицо»; 4. обязательную последующую оценку удовлетворенности пациента оказанной специализированной помощью. Предложенный комплекс мер был внедрен в деятельность базовой медицинской организации и доказал медико-социальную эффективность.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая значительный рост обращаемости за косметологическими услугами и их высокую медико-социальную значимость для формирования качества жизни и эффективного долголетия, организаторам здравоохранения федерального уровня в целях получения достоверной информации для последующего статистического учета и возможностей внедрения системы объективной оценки качества профильной медицинской помощи и ее планирования рекомендуется разработка и внедрение единых статистических форм, учитывающих сведения по специальности «косметология» для организаций всех форм собственности. Необходимо нормативное закрепление стандартов и клинических рекомендаций.

2. Руководителям профильных медицинских общественных организаций и руководителям косметологических клиник рекомендуется широкое внедрение предложенного научно-обоснованного комплекса организационных мероприятий по совершенствованию ботулинотерапии возрастных изменений кожи верхней половины лица, направленного на упорядочивание выполнения услуги и объективизацию оценки ее результатов.

3. Руководителям профильных медицинских общественных организаций и руководителям косметологических клиник, а также образовательным организациям, ведущим образовательную деятельность по программам дополнительного профессионального образования по специальности «косметология» рекомендуется шире использовать возможности обучения врачей-косметологов методике оценки результатов применения БТА на основе применения авторской компьютерной программы с использованием деловых игр.

4. Врачам-косметологам рекомендуется апробация и широкое использование на практике предложенных организационных инноваций в целях повышения эффективности процедуры БТА и удовлетворенности пациентов.

Список сокращений и условных обозначений

АД – артериальное давление

Амбулаторная карта – Медицинская карта больного, получающего помощь в амбулаторных условиях ф. 025/у

БТА – ботулинический токсин типа А

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИДС – информированное добровольное согласие

ИКК – интегральный коэффициент качества

КЖ – качество жизни

КМП – качество медицинской помощи

КЭР – клинико-экспертная работа

МЗ РФ, Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МЗ НО – Министерство здравоохранения Нижегородской области

МИАЦ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Медицинский информационно-аналитический центр»

МО – медицинская организация

НО – Нижегородская область

ПИМУ, Университет, ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РФ – Российская Федерация

СМИ - средства массовой информации

СОП – стандартная операционная процедура

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФГОС ВО - Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования
ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
ЭВМ – электронно-вычислительная машина

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абушов Р.И. Законодательное и отраслевое регулирование применения ботулотоксинов типа А в эстетической медицине // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 1. – С. 2-6.
2. Авдеева Ю.В. Управление качеством медицинской помощи // Медицина и здравоохранение : материалы III междунар. науч. конф. (Казань, 20-23 мая 2015 г.). – Казань : Бук, 2015. – С. 81-84.
3. Азбука ботулинотерапии : науч.-практ. изд. / под ред. Тимербаева С.Л.. – М. : Практическая медицина, 2014. – 416 с.
4. Александрова Г.А, Голубев Н.А., Тюрина Е.М. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Ч. I. Медицинские кадры. – М. : , 2019. – 280 с. – [Электронный ресурс] - https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/01/14_Resursyi_i_deyatelnost_meditinskih_organizatsiy_zdravoohraneniya_.Meditinskie_kadryi_2018-4.pd (дата обращения: 19.05.2021).
5. Артеменко А.Р., Куренков А.Л. Ботулинический токсин: вчера, сегодня, завтра // Нервно-мышечные болезни. – 2013. – № 2. – С. 6-18.
6. Артеменко А.Р., Мингазова Л.Р., Куренков А.Л., Некрасова-Штайн Л.В. Некоторые экстренные состояния в эстетической ботулинотерапии // Метаморфозы. – 2018. – № 22. – С.62-69.
7. Артеменко А.Р., Сайбель А.В., Никитин С.С., Куренков А.Л. Сравнительное проспективное слепое split-face исследование эффективности двух препаратов ботулинического токсина типа А Диспорт и Ксеомин в коррекции латеральных периорбитальных морщин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – Т. 89, № 6. – С. 140-149.
8. Атлас косметической дерматологии / Аврам М. Р., Цзао С., Танноус З., Аврам М.М. ; пер. с англ. - СПб. : Изд-во «Диалект» ; М.: Изд-во «Бином», 2013. – 296 с.

9. Бир К.Р. Применение ботулотоксина по эстетическим показаниям. Теория и практика: пер. с англ. / под ред. проф. Е.И. Губановой. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 120 с.
10. Борисевич И.В. Маркетинговое изучение рынка косметологических услуг в условиях крупного города : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 ; 14.00.11. – СПб., 2006. – 157 с.
11. Ботулотоксин в эстетической медицине: атлас / Заттлер Г.; пер. с нем. – М. : Практическая медицина, 2013. – 148 с.
12. Бурылина О.М., Виссарионова И.В. Стандарты и медицинские технологии в эстетической медицине // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 19. – С. 1389. – [Электронный ресурс] - https://www.rmj.ru/articles/kosmetologiya_i_plasticheskaya_khirurgiya/Standarty_i_medicinskie_tehnologii_v_esteticheskoy_medicine/#ixzz6GrICIXKz (дата обращения: 16.03.2020).
13. Бутарева М.М. Мелехина Л.Е., Каспирович М.А. Преобразование ресурсной базы специализированных дерматовенерологических учреждений в период модернизации системы здравоохранения Российской Федерации // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – Т. 88, № 3. – С. 14-21.
14. Бутарева М.М. Научное обоснование дифференцированных подходов к организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным хроническими дерматозами в условиях модернизации здравоохранения : автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.01.10 ; 14.02.03. – М., 2013. – 40 с.
15. Бутарева М.М. Основные направления и изменения в ходе реорганизации системы оказания медицинской помощи населению Российской Федерации // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – Т. 88, № 1. – С. 13-20.
16. Вардосанидзе С.Л., Галстян А.Ш. Использование метода клинического пути при ведении больных ИБС после кардиохирургических

вмешательств на амбулаторном этапе // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – № 6. – С. 824-828.

17. Выскуб М.Н. Информированные добровольные согласия на ботулинотерапию – важные документы в системе защиты врача – косметолога // Метаморфозы. – 2019. – № 27. – С. 80-82.

18. Галанова Г.И. Качество медицинской помощи – национальная проблема государства // Метаморфозы. – 2019. – № 26. – С. 62-69.

19. Голубев В. Лицо с точки зрения его привлекательности (по материалам лекции для косметологов) // KOSMETIK international. – 2015. – № 2. – С. 138-144.

20. Гончарова О.О. Ключевые тренды рынка инъекционной косметологии в России в 2016 году // Инъекционные методы в косметологии. – 2017. – № 2. – С. 4-9.

21. Гончарова О.О. Ключевые тренды рынка инъекционной косметологии в России в 2017 году // Косметика и медицина. – 2018. – № 2. – С. 26-30.

22. Горохова И.В. Новые подходы к управлению качеством в многопрофильной городской поликлинике : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03. – М., 2016. – 24 с.

23. Губанова Е., Шарова А., Парсагашвили Е., Атаманов В., Санчес Е., Горская Т. Удовлетворенность врачей и пациентов результатами длительного применения препарата Диспорт для коррекции межбровных морщин: данные международного исследования в российской когорте пациентов // Эстетическая медицина. – 2019. – № 3. – С. 320-329.

24. Губанова Е.И. Ботулинотерапия: математическая модель оценки клинической эффективности при коррекции мимических морщин / Е.И. Губанова, О.Н. Красильникова, М.А. Позднякова // Метаморфозы. – 2018. – №24. – С. 82-87.

25. Гутоп Е.О. Гендерный подход к объемному моделированию лица. Мужчина в практике косметолога // Инъекционные методы в косметологии. – 2015. – № 1. – С. 10-19.

26. Девликамова Ф.И., Орлова О.Р., Рогожин А.А. Многократные инъекции БТА: надо ли опасаться последствий? // Инъекционные методы в косметологии. – 2011. – № 1. – С. 22-26.
27. Дерматокосметология. Поражения кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение и профилактика / Родионов, А.Н. – СПб. : Наука и техника, 2012. – 912 с.
28. Джаваева Д. Г. Качество оказания медицинской помощи по профилю «Косметология» : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10. – М., 2012. – 20 с.
29. Джаваева Д.Г., Базаев В.Т., Пашиян А.Г. Об основных принципах ведения медицинской документации в лечебных учреждениях дерматокосметологического профиля // Лечебное дело. – 2014. – № 2. – С. 55-57.
30. Диагностические индексы в дерматологии / Адаскевич В.П. - М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352 с.
31. Дорохова Е.Т. Ятрогении в косметологии // Косметика и медицина. – 2016. – № 4. – С. 68-76.
32. Жабоева С.Л. Анализ качества оказания косметологической помощи как необходимый стандарт оказания медицинских услуг // Косметика и медицина. – 2018. – № 2. – С. 120-128.
33. Жильцова Е.Е. Этико-деонтологические и правовые аспекты оказания дерматовенерологической помощи населению // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2013. – Т. 21, № 3. – С. 114-117.
34. Жукова И. Ботулотоксин типа А: особенности применения у пациентов старшей возрастной группы // Эстетическая медицина. – 2017. – № 3. – С. 293-298.
35. Жукова И., Брагина И. Реабилитация после эстетических процедур // Эстетическая медицина. – 2017. – № 4. – С. 421-430.
36. Заболеваемость всего населения России в 2018 году : статистические материалы. Ч. II. – М. : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации. - 2019. – 142 с. – [Электронный ресурс] –

<http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0833/biblio05.php> (дата обращения: 09.09.2020).

37. Заболеваемость всего населения России в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы. Ч. I. – М. : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации. - 2019. – 140 с. – [Электронный ресурс] - <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0831/biblio05.php> (дата обращения: 09.09.2019).

38. Задионченко Е.В., Казакова П.О Востребованность косметологических процедур, в зависимости от психологических аспектов личности // Прикладная психология и педагогика. – 2019. – Т. 4, № 2. – С. 11-26.

39. Здравоохранение в России 2019 : статистический сборник. – М. : Росстат, 2019. – 170 с.

40. Золотарева В.Г., Гара А.В. Особенности проведения ботулинотерапии по эстетическим показаниям пациенткам старше 45 лет // Инъекционные методы в косметологии. – 2011. – № 4. – С. 54-60.

41. Зорилэ В.В. Врачебная ошибка – юридическая ответственность врачей // Эстетическая медицина. – 2017. – № 4. – С. 484-491.

42. Зорилэ В.В. Как правильно рекламировать инъекционные методы в Интернете (на примере БТА) // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 4. – С. 4-13.

43. Зорилэ В.В., Чимбарева А.А. Административная, гражданская и уголовная ответственность врачей // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 2. – С. 18-24.

44. Иллюстрированный атлас инъекционного использования ботулинического токсина. Дозировка. Локализация. Применение / Йост В.; пер. с нем. – М. : Изд-во «Квинтэссенция», 2011. – 264 с.

45. Индустриальные методы управления качеством медицинской помощи в травматолого-ортопедическом отделении многопрофильного лечебно-профилактического учреждения / Воротников А.А. – Ставрополь : [б. и.], 2004. – 122 с.

46. Инъекционные методы в косметологии / под ред. Б. Ашера ; ред. М. Ландау, Б. Росси ; пер. с англ. под ред. Н.П. Михайловой. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 584 с.
47. Искусство оздоровления кожи: восстановление и омоложение. Научные основы клинической практики / Обаджи З.Э. ; пер. с англ. Полянской А.А., Стафиновой О.В. – М. : Практическая медицина, 2016. – 300 с.
48. Исмаилова Н.С., Шушар Р.Д. Современные стратегии омоложения кожи и коррекции морщин // Инъекционные методы в косметологии. – 2015. – № 2. – С. 40-48.
49. История создания ОАО «Областная поликлиника Врачебная Косметология» / АО Областная поликлиника Врачебная Косметология: [сайт]. – [Электронный ресурс] - <http://vcosmetology.com/history.php> (дата обращения: 29.10.2015).
50. Каверина Е.В. Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими кожными заболеваниями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03. – М., 2016. – 26 с.
51. Као Я., Чжу С.Ш., Чанг Х.Ц., Го Ш.Х., Ян Ц.П., Чжу Ц., Ло Д., Чжоу Б.Р. Три техники ботулинотерапии в коррекции «гусиных лапок»: что предпочтительнее? Сравнительное исследование *in vivo* // Инъекционные методы в косметологии.– 2019.– № 1. – С. 34-43.
52. Капулер О.М. Опыт – сын ошибок трудных: новые показания, сочетанные протоколы, осложнения при использовании ботулотоксина типа А // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 3. – С. 14-26.
53. Капулер О.М. Эстетическая ботулинотерапия: некоторые методические рекомендации по проведению процедур у пациентов-мужчин // Инъекционные методы в косметологии. – 2015. – № 1. – С. 20-25.
54. Карпова Е.И., Котенко К.В., Круглова Л.С., Жукова О.В., Мухина Е.С. Современное отношение к материалам для контурной инъекционной пластики // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – Т. 11, № 3. – С. 126-129.

55. Комаров Р.Н., Камаев И.А., Комаров Н.В., Зайцев Р.М. Комплексная оценка работы врачей хирургических отделений стационара.– Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2005. – 104 с.

56. Комплексная коррекция возрастных изменений кожи лица: философия профессора А. Редаэлли / Редаэлли А. ; пер. с англ. В. П. Адаскевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 160 с.

57. Коновалов А.А., Варенова Л.Е. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2013 год. – Н. Новгород, 2014. – 230 с. – [Электронный ресурс] - https://zdrav-nnov.ru/downloads/stat_dannie.pdf (дата обращения: 04.06.2020).

58. Коновалов А.А., Варенова Л.Е. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2014 год. – Н. Новгород, 2015. – 232 с. – [Электронный ресурс] - https://zdrav-nnov.ru/downloads/stat_dannie.pdf (дата обращения: 04.06.2020)

59. Коновалов А.А., Варенова Л.Е. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2015 год. – Н. Новгород, 2016. – 232 с. – [Электронный ресурс] - <https://zdrav-nnov.ru/downloads/sbornik2015.pdf> (дата обращения: 04.06.2020).

60. Коновалов А.А., Варенова Л.Е. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2016 год. – Н. Новгород : [б. и.], 2017. – 226 с.

61. Корневская А.Я. Принципы формирования облика современной женщины. Обусловленность выбора коррекции в зависимости от возрастной категории и современных эстетических тенденций // Метаморфозы. – 2017. – № 20. – С. 4-9.

62. Королькова Т.Н., Довбешко Т.Г., Иванов А.М. Иммунологическое исследование пациентов с различной чувствительностью к препаратам

ботулинического токсина // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 3. – С. 28-35.

63. Коротаяева М. Психологические аспекты эстетической медицины // Эстетическая медицина. – 2017. – № 4. – С 492-499.

64. Косметическая дерматология. Принципы и практика : пер. с англ. / Бауманн Л. под ред. Потекаева Н.Н.. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 688 с.

65. Косметология: клиническое руководство / Бурьлина О.М., Карпова А.В. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 744 с.

66. Красильникова О.Н. Развитие косметологии в Нижегородской области в историческом аспекте / О.Н. Красильникова // Медицинский альманах. – 2016. – №2. –С. 23-25.

67. Красильникова О.Н. Медико-организационные аспекты совершенствования медицинской помощи населению с болезнями и возрастными изменениями кожи / О.Н. Красильникова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. – 2016. – №2. – С. 38-45.

68. Красильникова О.Н. Современные возможности косметологии в условиях областной поликлиники / М.А. Позднякова, О.Н. Красильникова // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2016. – №3. – Серия Медицина. – С. 162-172.

69. Красильникова О.Н. Статистические подходы к оценке уровня, структуры, динамики косметологической заболеваемости и структуры косметологических процедур у пациентов с болезнями и возрастными изменениями кожи / О.Н. Красильникова // Медицинский альманах. – 2017. – №3. – С. 214-218.

70. Кубанов А.А., Жилова М.Б., Кубанова А.А. Фотостарение кожи: механизмы развития, особенности клинических проявлений // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. – Т. 90, № 5. – С. 53-59.

71. Кубанов А.А., Каспирович М.А., Мелехина Л.Е., Бутарева М.М., Рубцов А.Б. Информатизация медицинских организаций

дерматовенерологического профиля. Современные требования статистического учета // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – Т. 88, № 1. – С. 6-12.

72. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за период 2003-2016 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. – Т. 93, № 6. – С. 22-33.

73. Кубанова А.А., Карамова А.Э., Кубанов А.А. Оценка эффективности деятельности организаций выполняющих научно-исследовательские работы // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – Т. 89, № 5. – С. 14-20.

74. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Бутарева М.М. Результаты анализа деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации за 2012 год // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – Т. 89, № 5. – С. 21-39.

75. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Бутарева М.М. Результаты деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля, достигнутые в 2016 году // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. – Т. 93, № 4. – С. 12-27.

76. Кубанова А.А., Лесная И.Н., Чуб С.Г. К вопросу о новом в специальности: организационные и практические аспекты // Организация и модернизация здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 29-34.

77. Кубанова А.А., Мартынов А.А., Власова А.В. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть II) // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – Т. 94, № 1. – С. 14-26.

78. Кубанова А.А., Мартынов А.А., Власова А.В. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть III) // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – Т. 94, № 2. – С. 12-26.

79. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля в

Российской Федерации в 2013 году // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. – Т. 90, № 3. – С. 16-36.

80. Лапатина Н.Г. «Знаки токсина»: компенсаторная активация нецелевых мимических мышц после проведения ботулинотерапии // Инъекционные методы в косметологии. – 2015. – № 2. – С. 90-100.

81. Ле Луарн К. Функциональный анализ лица и инъекции ботулинического токсина по эстетическим показаниям // Инъекционные методы в косметологии. – 2013. – № 2. – С. 32-41.

82. Лечение осложнений косметических процедур. Решение типичных и редких проблем : пер. с англ. / под ред. А. Тости, К. Беера, М.П. де Падовы ; под общ. ред. Я.А. Юцковской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 144 с.

83. Лига косметологов и эстетических хирургов. История и современность // Neroly.org : – [Электронный ресурс] - http://neroly.org/stati_i_publicacii/liga_kosmetologov_i_esteticheskikh_hirurgov_istoriya_i_sovremennost/ (дата обращения: 29.10.2015).

84. Мартынов А.А., Пирогова Е.В. Эффективность информационных технологий в процессе оказания специализированной дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – Т. 87, № 5. – С. 24-31.

85. Мартынов С.Е., Арина Г.А. Факторы психологической готовности стать пациентом эстетической медицины // Архив внутренней медицины. – 2016. – Спецвыпуск. – С. 82.

86. Маслагин А.С., Кислицын В.А., Комаров Н.В., Комаров Р.Н., Рашидов А.З. Клинический путь ведения пациентов желчнокаменной болезнью в условиях района // Материалы Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии» (Ростов-на-Дону, 5-7 окт. 2005 г.). – М. : Медпрактика-М, 2005. – С. 212-213.

87. Методика расчета статистических показателей здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения (с типовыми ситуационными

задачами) / Камаев И.А., Позднякова М.А., Поздеева Т.В. ; под ред. И. А. Камаева. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2016. – 216 с.

88. Морозова Е.В., Чертухина О.Б. Медико-организационные мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» в Самарской области // Современные проблемы науки и образования : электронный научный журнал. – 2016. – № 5. – [Электронный ресурс] - <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25219>. – (дата обращения: 28.09.2016).

89. Москвичева Е.В. Профессиональный стандарт врача // Эстетический гид : – [Электронный ресурс] - https://www.estetic-gid.ru/blogs/prof_standart/ (дата обращения: 16.03.2020).

90. Население. Основные показатели // Нижегородстат: территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области : – [Электронный ресурс] - <https://nizhstat.gks.ru/folder/33271> (дата обращения: 16.03.2020).

91. Новиков А.Г., Марьяновский А.А., Комлева Н.Е. «MedicTest» – инновационная методика в практике врача эстетической медицины // Портал 1nep.ru – [Электронный ресурс] - <https://www.1nep.ru/articles/197585> (дата обращения: 28.11.2018).

92. Нормативно-методическое обеспечение деятельности медицинской организации косметологического профиля на современном этапе: учебное пособие / М.А. Позднякова, О.Н. Красильникова, С.О. Семисынов. - Н. Новгород : Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2018. – 36с.

93. О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации : Постановление Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 – [Электронный ресурс] -

<https://docs.cntd.ru/document/603734215?marker=6520IM> (дата обращения: 01.11.2021).

94. О лицензировании медицинской деятельности : Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения РФ от 26 марта 2015 г. № 01И-469/15. – [Электронный ресурс] - <https://docs.cntd.ru/document/420262893> (дата обращения: 14.05.2021).

95. О лицензировании отдельных видов деятельности : Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ – [Электронный ресурс] - <https://docs.cntd.ru/document/902276657> (дата обращения: 14.05.2021).

96. Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента РФ от 09.10.2007 г. № 1351. – [Электронный ресурс] - <https://docs.cntd.ru/document/902064587> (дата обращения: 19.05.2021).

97. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н. – [Электронный ресурс] - <https://docs.cntd.ru/document/557161408> (дата обращения: 19.05.2021).

98. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Косметология» : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18.04.2012 г. № 381н. – [Электронный ресурс] - <https://docs.cntd.ru/document/902347826> (дата обращения: 19.05.2020).

99. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.38 Косметология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) : Приказ Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. № 1080. – [Электронный ресурс] - https://fgosvo.ru/uploadfiles/fgosvoord/310838_Kosmetologiya.pdf (дата обращения: 18.05.2021).

100. Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих

субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»: постановление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 24.12.2020 г. № 44. – [Электронный ресурс] - <https://docs.cntd.ru/document/573275590?marker=6540IN> (дата обращения: 01.02.2022).

101. Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / под ред. Стародубова В.И., Щепина О.П. [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 624 с.

102. Омолаживающие процедуры при инволютивных изменениях лица / Карам Амир М., Голдман Митчел П.; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 240с.

103. Олисова О.Ю. Социально-гигиенические исследования и оценка качества жизни пациентов косметологического профиля / О.Ю. Олисова, О.Н. Красильникова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2021. - №3. – С.307-314.

104. Опасные зоны лица. Как избежать осложнений: простые правила безопасной эстетической коррекции / Редаэлли А. ; пер. с англ. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 72 с.

105. Оразов М. Р. Филеры и ботулинтотоксин в комбинированной терапии признаков старения на лице: рекомендации «Глобального эстетического консенсуса» // Эстетическая медицина. – 2017. – № 2. – С. 173-185.

106. Оразов М.Р., Старкова Е.Ю. Волюметрическая коррекция возраст-ассоциированных изменений средней трети лица // Метаморфозы. – 2017. – № 20. – С. 10-14.

107. Орлова О.Р. Профессиональный взгляд на лицо человека. В фокусе – эстетическая неврология // Инъекционные методы в косметологии. – 2012. – № 3. – С. 25-30.

108. Орлова О.Р., Чайковская Е.А. Ботулинотерапия в ракурсе междисциплинарного взаимодействия // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 3. – С. 4-13.

109. Осадчий А. Стандартные операционные процедуры (SOP, Standard Operating Procedure) – что такое и зачем нужны? // POINT-V.RU: Оптимизация процессов и снижение издержек, работа с контрактной системой. – [Электронный ресурс] - <http://point-v.ru/stati/standartnye-operatsionnye-protsedury-sop-standard-operating-procedure-chto-takoe-i-zachem-nuzhny.html> (дата обращения: 16.03.2020).

110. Панова О.С., Санчес Е.А. Случаи снижения эффективности ботулинотерапии в косметологии: анализ клинических наблюдений // Инъекционные методы в косметологии. – 2013. – № 1. – С. 85-92.

111. Парамонов Б. А. Конфликтный пациент или потребительский террорист? Деликатная проблема эстетической медицины (частное мнение специалиста) // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 2. – С. 4-17.

112. Перламутров Ю.Н., Задионченко Е.В., Ключникова Д. Е., Соловьев А.М. Новые педагогические подходы в процессе изучения дисциплины «Дерматовенерология» // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – Т. 17, № 4. – С. 124-129.

113. Петрова Н.Н., Смирнова И.О. Пациентки косметологической практики – группа риска психосоциальной дезадаптации // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2017. – Т. 12, № 3. – С. 920-921.

114. Пигович И.Б. Стандарты в косметологии // Surgeryzone. – [Электронный ресурс] - <http://surgeryzone.net/patient/kosmetologiya/standarty-v-kosmetologii.html> (дата обращения: 16.03.2020).

115. Плаксин С., Храмцова Н. Оценка качества жизни и особенностей самовосприятия у женщин, обратившихся по поводу эстетической коррекции // Kosmetik international. – 2018. – № 4. – С. 30-33.

116. Плаксин С., Храмцова Н. Косметология VS эстетическая хирургия: клинико-психологический портрет пациентки // Kosmetik international. – 2017. – № 1. – С. 59-64.

117. Позднякова М.А. Медико-социальные и юридические аспекты косметологической помощи / М.А. Позднякова, О.Н. Красильникова, Е.Е. Жильцова // Наука молодых. – 2017. – №4. – С. 509-519.

118. Позднякова М.А. Структура обращаемости и косметологических процедур в условиях специализированной областной поликлиники / М.А. Позднякова, О.Н. Красильникова // Клиническая дерматология и венерология. – 2019. – №5. – С. 539-546.

119. Позднякова М.А., Красильникова О.Н. Оценка клинической картины и результатов коррекции у пациентов косметологического профиля // Инъекционные методы в косметологии. – 2020. – №1. – С. 18-24.

120. Померанцев О.Н., Махнева Н.В., Коновалов О.Е. Методические подходы к формированию региональных стандартов дерматовенерологического профиля // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – Т. 10, № 5. – С. 4-6.

121. Потехаев Н.Н., Полев А.В. Предпосылки реорганизации и стратегия развития дерматовенерологической помощи в Москве // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – № 1. – С. 4-8.

122. Потехаев Н.Н., Померанцев О.Н. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – Т. 11, № 6. – С. 4-6.

123. Потехаев Н.Н., Шкарин В.В., Кураков Д.А. Научное обоснование методологических и методических подходов к документированию административных процессов и лексического анализа медицинской документации в лечебном учреждении // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – Т. 17, № 4. – С. 7-12.

124. Правовые аспекты инъекционной косметологии // Новая косметология. Инъекционные методы в косметологии / Абушов Р.И. ; под ред. Эрнандес Е.И. – 2-е изд., пер. и доп. – М. : ИД «Косметика и медицина», 2018. – С. 488-509.

125. Применение ботулотоксина типа А и дермальных филлеров для эстетической коррекции лица : Атлас / Губанова Е И., Лепори Л.Р., под ред. Е.И. Губановой. – М. : Изд-во МЕДпресс-информ, 2015. – С. 20.

126. Процедуры в дерматологии : Клиническая косметология / Аврам Марк Р., Аврам Мэтью М., Ратнер Десири. ; пер. с англ. под ред. Потекаева Н.Н.. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 312с.

127. Пушкарев А.Э., Кузнецов Ю.В. «Засудить косметолога? ЛЕГКО». Краткий обзор судебной практики // Косметика и медицина. – 2017. – № 4. – С. 108-113.

128. Разумовская Е. А. Клинические аспекты использования системы картирования верхней трети лица при применении препарата Ботокс // Эстетическая медицина. – 2016. – № 2. – С. 179-187.

129. Разумовская Е.А. Картирование верхней трети лица: возможности оптимизации результатов ботулинотерапии // Инъекционные методы в косметологии. – 2015. – № 2. – С. 76-88.

130. Рахимуллина О.А. Медицинские возможности и социальная востребованность новых методов косметологической практики (на примере исследований применения ботулинического токсина типа А) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.52. – Волгоград, 2009. – 28 с.

131. Рахимуллина О.А., Крайнова И.Ю. Горожане как потребители косметологических услуг // Социология города. – 2013. – № 4. – С. 11-17.

132. Редаэлли А., Мантурова Н.Е., Стенько А.Г. Шкалы оценки результатов эстетического лечения лица при комплексной коррекции ботулотоксином А (Диспорт) и филлерами на основе гиалуроновой кислоты» // Клиническая фармакология и терапия. – 2017. – № 1. – С. 2-5.

133. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля за 2017-2018 годы : статистические материалы. – М. : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава Российской Федерации, 2019. – 208 с. – [Электронный ресурс] –

<http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0829/biblio05.php> (дата обращения 02.02.2022).

134. Россия в цифрах 2019 : краткий статистический сборник. – М. : Росстат, 2019. – 549 с.

135. Руководство по ботулинотерапии / под ред. А. Каррадерза, Дж. Каррадерз ; пер. с англ. под ред. С. Л. Тимербаевой. – М. : Практическая медицина, 2015. – 232 с.

136. Руссо П.Р. Новый подход к объемному омоложению лица // Эстетическая медицина. – 2015. – № 3. – С. 386-392.

137. Сапралиева Д.О., Гатагажева З.М., Гатагажева М.М. Анализ субъективных оценок пациентов в общей характеристике качества медицинской помощи // Медицинский альманах. – 2019. – №5-6. – С. 6-21.

138. Саромыцкая А.Н., Атаманов В.В. Клиническое исследование по оценке эффективности и безопасности инъекций аботулотоксина типа А (Диспорт) при использовании мультифокальной и традиционной техники в области лба // Клиническая фармакология и терапия. – 2017. – № 2. – С. 6-11.

139. Сафонов С.М. Совершенствование деятельности кабинета медицинской статистики городской поликлиники : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03. – СПб., 2016. – 25 с.

140. Седова Н.Н., Крайнова И.Ю. Услуги эстетической медицины в современном российском городе // Социология города. – 2016. – № 4. – С. 27-36.

141. Стандартные операционные процедуры // В Медицине.РФ : – [Электронный ресурс] - <https://вмедицине.рф/editions/standartnyie-operatsionnyie-protsedury/> (дата обращения: 16.03.2020).

142. Стандартные операционные процедуры // Портал проекта «Эффективное производство» Корпорации ТЕХНОНИКОЛЬ – [Электронный ресурс] - <https://book.tn.ru/standartnie-operacionnie-proceduri/> (дата обращения: 16.03.2020).

143. Стандартизация процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом аботулинического токсина типа А

(методика «начинающего косметолога»): учебное пособие / Е.И. Губанова, М.А. Позднякова, В.В. Гладько, Красильникова О.Н. - Н. Новгород : Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2018. — 52 с.; ил.

144. Старение: профессиональный врачебный подход / Лазебник Л.Б., Верткин А.Л., Конев Ю.В., Ли Е.Д., Скотников А.С. – М : ЭКСПО, 2014. – 320 с.

145. Сяо Ж., Цюй Ф. Влияние ботулотоксина типа А на гипертрофические рубцы // Косметика и медицина. – 2016. – № 1. – С. 62-65.

146. Техника косметических инъекций / Контис Т.К., Лакомб В.Г.; пер. с англ.– 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ; 2016. – 192 с.

147. Трифонова Н.Ю., Батукаева М.М. Управление качеством медицинской помощи на амбулаторном этапе больным, перенесшим интервенционные вмешательства по поводу инсульта // Социальные аспекты здоровья населения : электронный научный журнал. – 2013. – № 2. – [Электронный ресурс] - <http://vestnik.mednet.ru/content/view/466/30/lang,ru/> (дата обращения: 18.04.2020).

148. Тучин Е.А., Варенова Л.Е. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2017 год. – Н. Новгород : [б. и.], 2018. – 236 с.

149. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Консорциум Кодекс: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации – [Электронный ресурс] - <http://docs.cntd.ru/document/901977493> (дата обращения: 25.03.2020).

150. Филиппова Л.И. Медико-социальные проблемы организации косметологической помощи населению на региональном уровне (на примере Нижегородской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33. – Иваново, 2004. – 21 с.

151. Чайковская Е.А. Эффективность сочетания ботулинотерапии и фотовоздействия на кожу (обзор литературы) // Инъекционные методы в косметологии. – 2011. – № 1. – С. 54-57.

152. Что такое стандартная операционная процедура? // PharmSpravka – [Электронный ресурс] - <http://pharmspravka.ru/farmatsevticheskie-vorosyi-i-otvetyi/chto/chto-takoe-standartnaya-operatsionnaya-protse.html/> (дата обращения: 16.03.2020).

153. Шабунова А.А., Барсуков В.Н. Тенденции демографического старения населения Российской Федерации и пути их преодоления // Проблемы развития территории. – 2015. – № 1. – С. 76-87.

154. Шелехов С.Ю. Непознанный нейропротеин: последние научные данные // Метаморфозы. – 2018. – № 23. – С. 79-82.

155. Шелехов С.Ю. Сибирская дискуссия по ботулинотерапии // Инъекционные методы в косметологии. – 2012. – № 4. – С. 96-99.

156. Шерер М.А. Особенности комбинированного подхода к коррекции лица мужчин: ботулинический токсин А и волюметрические филлеры // Инъекционные методы в косметологии. – 2015. – № 1. – С. 26-37.

157. Эстетическая ботулинотерапия: новая косметология. Инъекционные методы в косметологии / Губанова Е.И., Шарова А.А., Орлова О.Р., Эрнандес Е.И., под ред. Эрнандес Е.И. – 2-е изд., пер. и доп. – М. : ИД «Косметика и медицина», 2018. – С. 22-84.

158. Эстетическая коррекция верхней трети лица / Заттлер Г.; пер. с нем. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 120 с.

159. Юцковская Я., Еременко И., Сайбель А. рогнозирование результатов ботулинотерапии (препарат «Диспорт») в верхней трети лица // Эстетическая медицина. – 2011. – № 3. – С. 363-368.

160. Юцковская Я.А., Дворянинова И.Е., Бирко О.Н. Коррекция области межбровья ботулиническим токсином типа А (препарат Диспорт) // Эстетическая медицина. – 2012. – № 3. – С. 349-358.

161. Юцковская Я.А., Дикая А.А., Бирко О.Н. Ботулинотерапия периорбитальной области с учетом особенностей ее анатомического строения.

Коррекция параорбитальных морщин у пациенток со славянским типом глаз // Эстетическая медицина. – 2011. – № 2. – С. 189-197.

162. Юцковская Я.А., Ременюк М.Г., Наумчик Г.А. Клинический опыт применения ботулинического токсина типа А в терапии розацеа // Косметика и медицина. – 2016. – № 1. – С. 70-73.

163. Alouf E., Murphy T., Alouf G. Botulinum Toxin type A: Evaluation of onset and satisfaction // Plastic Surgical Nursing. – 2018. – Vol. 38, issue 3. – P. 105-113.

164. Botulinum Toxin treatment in clinical medicine. A disease-oriented approach / ed. B. Jabbari. – Berlin : Springer, 2018. – 309 p.

165. Botulinum Toxins, fillers and related substances / ed. M.C.A. Issa, B. Tamura. – Berlin : Springer, 2018. – 435 p.

166. Cosmetic surgery national data bank statistics : expanded data for 2011. 15th annual / The American Society for Aesthetic Plastic Surgery statistics. – [Электронный ресурс] - <http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-2011-Stats.pdf>. (дата обращения: 01.07.2018).

167. Dorizas A., Krueger N., Sadick N.S. Aesthetic uses of the botulinum toxin // Dermatologic Clinics. – 2014. – Vol. 32, № 1. – P. 23-36.

168. Espinet-Coll E., Nebreda-Durn J., Gmez-Valero J. A., MuozNavas M., Pujol-Gebelli J., Vila-Lolo C., Martnez-Gmez A., Juan-Creix-Comamala A. Current endoscopic techniques in the treatment of obesity // Revista espanola de enfermedades digestivas. – 2012. – Vol. 104, № 2. – P. 72-87.

169. Franca K., Kumar A., Fioranelli M., Lotti T., Tirant M., Roccia M.G. The history of Botulinum toxin: from poison to beauty // Wiener Medizinische Wochenschrift. – 2017. – Vol. 167. – Suppl. 1. – P. 46-48.

170. Furnham A., Furnham A., Levitas J. Factors that motivate people to undergo cosmetic surgery // Canadian Journal of Plastic Surgery. – 2012. – Vol. 20, № 4. – P. e47-e50.

171. Hibler B.P., Rossi A.M. The use of non-physicians in cosmetic dermatology: legal and regulatory standards // *Current Dermatology Reports*. – 2015. – Vol. 4, issue 2. – P. 63-70.
172. Imadojemu S., Sarwer D.B., Percec I. Influence of surgical and minimally invasive facial cosmetic procedures on psychosocial outcomes: a systematic review // *Jama Dermatology*. – 2013. – Vol. 149, № 11. – P. 1325-1333.
173. Kane M.A.C., Gold M.H., Coleman W.P., Jones D.H., Tanghetti E.A., Alster T.S., Rohrer T.E. Finn Randomized, double-blind trial to investigate the equivalence of incobotulinumtoxina and onabotulinumtoxina for glabellar frown lines // *Dermatologic Surgery*. – 2015. – Vol. 41, issue 11. – P. 1310-1131.
174. Ko A.C., Korn B.S., Kikkawa D.O. The aging face // *Survey of Ophthalmology*. – 2017. – Vol. 32, № 2. – P. 190-202.
175. Lee J.H., Park Y.G., Park Lee H.A. prospective observational study of the effectiveness and safety of botulinum toxin in the horizontal neck lines // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2018. – Vol. 42, № 5. – P. 1370-1378.
176. Maisel A., Waldman A., Furlan K. Self-reported patient motivations for seeking cosmetic procedures // *Jama Dermatology*. – 2018. – Vol. 154, № 10. – P. 1167-1174.
177. Molina B., David M., Jain R., Amselem M., Ruiz-Rodriguez R., Ma M.Y., Kerrouche N., Georgantopoulos S.P., Radeau T., Boineau D. Patient Satisfaction and efficacy of full-facial rejuvenation using a combination of Botulinum toxin type a and hyaluronic acid fille // *Dermatologic Surgery*. – 2015. – Vol. 41. – Suppl. 1. – P. 325-332.
178. Nedelciuc B., Lozan O., Betiu M., Testemitsanu N., Gogu V., Testemitsanu N., Tabarna V.G. Contu Management of the aesthetic medicine services in the Republic of Moldova // *The Moldovan Medical Journal*. – 2018. – Vol. 61, № 1. – P. 49-54.
179. Nestor M., Ablon G., Pickett A. Key parameters for the use of abobotulinumtoxina in aesthetics: onset and duration // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2017. – Vol. 37, Suppl. 1. – P. 20-31.

180. Please credit the American Society for Aesthetic Plastic Surgery when citing statistical data. Contact: ASAPs Communications [Electronic resource]. – Mode of access. – [Электронный ресурс] – <http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPs-Stats2016-page7.pdf>. (дата обращения: 05.04.2018).

181. Ran W., Gao S. Advances in treatment of facial rejuvenation in the past ten years // *Zhongguo Xiufu Chongjian Waike Zazhi = Chinese Journal of Reparative and Reconstructive Surgery*. – 2018. – Vol. 32, № 7. – P. 809-814.

182. Ross N.A., Todd Q., Saedi N. Patient seeking behaviors and online personas: social media's role in cosmetic dermatology // *Dermatologic Surgery*. – 2015. – Vol. 41, № 2. – P. 269-276.

183. Ruiz-Rodriguez R., Martin-Gorgojo A. Diez errores a evitar en la inyección de toxina botulínica // *Actas Dermo-Sifiliográficas*. – 2015. – Vol. 106, issue 6. – P. 458-464.

184. Scharschmidt D., Mirastschijski U., Preiss S., Brähler E., Fischer T., Borkenhagen A. Body image, personality traits, and quality of life in Botulinum Toxin A and dermal filler patients // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2018. – Vol. 42, № 4. – P. 1119-1125.

185. Shah A.R., Kennedy P.M. The Aging Face // *Medical Clinics of North America*. – 2018. – Vol. 102, № 6. – P. 1041-1054.

186. Sobanko J.F., Taglienti A.J., Wilson A.J. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting // *Aesthetic Surgery Journal*. – 2015. – Vol. 35, № 8. – P. 1014-1020.

187. Talarico S., Hassun K.M., Monteiro E.O., Parada M.O.B., Buratini L.B., Arruda L., Bagatin E. Safety and efficacy evaluation of a new hyaluronic acid based filler in the treatment of nasolabial folds and lips outline // *Surgical And Cosmetic Dermatology*. – 2010. – Vol. 2, № 2. – P. 83-86.

188. Textbook of Aging Skin / eds. M. A. Farage, K. W. Miller, H. I. Maibach. – Berlin, Heidelberg : Springer, 2016. – [Электронный ресурс] –

<https://rd.springer.com/referencework/10.1007/978-3-642-27814-3> (дата обращения: 28.11.2018).

189. Top 5 Procedures: Surgical & Nonsurgical / American Society for Aesthetic Plastic Surgery. – [Электронный ресурс] - <https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2018-Top-5.pdf> (дата обращения 25.03.2020).

190. Wiczorek I.T., Hibler B.P., Rossi A.M. Injectable cosmetic procedures for the male patient // *Journal of drugs in dermatology*. – 2015. – Vol. 14, № 9. – P. 1043-1051.

191. Xiao Z., Qu G. Effects of botulinum toxin type a on collagen deposition in hypertrophic scars // *Molecules*. – 2012. – Vol. 17, № 2. – P. 2169-2177.

192. Zbrojkiewicz M., Lebiedowska A., Blonska-Fajfrowska B. Botulinum toxin in medicine and cosmetology – two hundred years' history and new perspectives / // *Postepy higieny i medycyny doswiadczalnej*. – 2018. – T. 72. – С. 278-289.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А. ЧАСТОТА ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ
ОБРАЩАЕМОСТИ В БАЗОВУЮ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКУЮ
ПОЛИКЛИНИКУ ЗА ТРЕХЛЕТНИЙ ПЕРИОД: ТАБЛИЦА**

Таблица А. 1 - Частота первичной и общей обращаемости в базовую косметологическую поликлинику за трехлетний период (на 1000 пациентов)

Косметология	Нозологическая группа	Частота первичных обращений на 1000 пациентов			Средний показатель	Частота общей обращаемости на 1000 пациентов			Средний показатель	
		1 год	2 год	3 год		1 год	2 год	3 год		
1. Эстетическая	1.1 Профилактическая	Лечебные маски, уходовые процедуры	8,6	26,0	16,3	16,8	15,2	47,2	31,2	30,7
		Ручной массаж	13,0	9,3	3,8	9,2	40,8	32,7	7,6	28,2
	1.2 Декоративно-прикладная	Пирсинг	58,6	41,8	26,7	43,5	58,6	42,4	26,7	43,9
		Электропилиция	8,3	5,4	9,7	7,7	11,6	6,6	13,5	10,4
		Биоэпиляция	6,9	3,3	2,0	4,3	7,5	3,3	2,0	4,6
	1.3 Аппаратная (простые технологии)	Вакуумнороликовый массаж	7,7	5,7	3,1	5,8	38,3	20,9	13,2	25,2
		Биомеханическая стимуляция лица	7,2	5,4	3,1	5,5	21,3	15,4	8,6	15,6
		Дарсонваль	8,0	8,1	0,6	5,8	13,0	15,4	1,3	10,4
		Ультразвуковая, механическая или комбинированная чистка лица	65,5	46,0	58,7	57,1	72,2	59,0	64,3	65,4
		Прессотерапия	1,1	0,9	0,3	0,9	5,0	1,2	0,6	2,5
Криосауна		-	0,6	1,7	0,6	-	0,9	4,8	1,8	
2. Медицинская	2.1 Диагностическая	Консультации	161,3	152,7	137,6	150,5	165,2	161,2	137,6	155,9
	2.2 Дерматокосметология	Ботулинотерапия	5,0	10,6	28,5	13,8	7,7	11,8	36,1	17,5
		Мезотерапия	11,3	12,1	9,0	11,0	35,2	38,4	18,0	31,3
		Биоревитализация	5,0	6,6	4,8	5,5	7,5	10,9	16,6	11,3
		Пилинг	31,9	26,6	30,5	29,8	47,7	36,9	46,2	43,8
		Криомассаж	67,2	56,9	28,5	52,5	155,	123,6	45,1	112,3
	2.3 Дерматохирургия	Электрокоагуляция инфильтратов	9,1	10,6	9,7	9,8	13,3	12,4	12,8	12,9
		Удаление бородавок	259,7	240,3	201,9	235,9	431,6	413,0	249,2	371,0
		Удаление телеангиоэктазий, ангиом	28,8	31,8	28,1	29,7	39,4	40,9	34,7	38,7
Удаление кератом		41,1	43,3	41,7	42,0	51,9	59,3	51,4	54,3	

Продолжение Таблицы А. 1

	Удаление ксантелазм	1,1	1,2	-	0,9	1,1	1,5	-	0,9
	Удаление кератопапиллом	1,9	3,6	7,6	4,3	1,9	3,6	7,6	4,3
	Удаление синингом	-	0,9	0,6	0,6	-	1,2	0,6	0,6
	Удаление папиллом	255,5	209,6	221,0	229,8	289,7	270,9	252,6	272,5
	Удаление контагиозного моллюска	18,0	11,5	19,8	16,3	26,9	13,0	23,6	21,2
	Удаление кондилом	3,3	-	2,7	2,1	5,5	-	6,6	3,9
	Удаление аденом сальных желез	5,2	5,4	6,6	5,8	5,	7,2	7,2	6,4
	Удаление атером	2,2	10,6	10,4	7,4	2,5	11,5	10,4	7,9
	Удаление фибром	2,5	4,2	2,4	3,1	2,5	4,5	2,7	3,4
	Удаление базалиом	0,5	0,9	1,7	0,9	0,5	0,9	2,0	1,2
	Удаление пигментных пятен	3,3	4,2	6,6	4,6	3,6	5,7	7,9	5,5
	Удаление рубцов	0,8	3,3	2,7	2,1	1,6	6,6	6,2	4,6
	Удаление милиумов	23,3	26,6	18,4	23,0	24,1	26,9	19,1	23,6
	Удаление невусов	32,5	45,4	36,	38,0	33,8	49,0	37,5	40,2
	Удаление липом	-	0,3	2,0	0,6	-	0,3	2,0	0,6
	Контурная пластика	15,0	11,5	10,0	12,3	16,6	15,4	13,9	15,3
	Нитевой лифтинг	1,1	0,9	3,1	1,5	1,1	0,9	3,1	1,5
2.4 Аппаратная (сложные технологии)	Озонотерапия	3,3	4,8	0,3	3,1	14,4	29,3	4,1	16,6
	Радиоволновый лифтинг	1,6	-	-	0,6	4,4	-	-	1,5
	Лазерное удаление татуировки	1,6	-	0,3	0,6	3,6	-	0,3	1,5
Итого в среднем		1179,4	1090,3	1001,0	1096,9	1679,2	1603,3	1231,1	1521,6

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б. СТАТИСТИКА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ
КОСМЕТОЛОГИИ БАЗОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА
ТРЕХЛЕТНИЙ ПЕРИОД: ТАБЛИЦА**

Таблица Б. 1- Статистика эстетической и медицинской косметологии базовой медицинской организации за трехлетний период (в % к итогу)

Косметология	Нозологическая группа	Структура первичных обращений			Среднегодовой показатель	Структура общей обращаемости			Среднегодовой показатель	Структура процедур			Среднегодовой показатель				
		1 год	2 год	3 год		1 год	2 год	3 год		1 год	2 год	3 год					
1 Эстетическая	1.1 Профилактическая	Лечебные маски, уходовые процедуры	0,7	2,4	1,6	1,5	0,9	2,9	2,5	2,0	1,0	3,3	2,8	2,2			
		Ручной массаж	1,1	0,9	0,4		0,8	2,4	2,0		0,6	1,9	2,7		2,3	0,7	2,1
	1.2 Декоративно-прикладная	Пирсинг	5,0	3,8	2,7	3,9	3,5	2,6	2,2	2,9	3,8	2,9	2,4	3,2			
		Электроэпиляция	0,7	0,5	0,9		0,7	0,7	0,4		1,1	0,7	0,8		0,5	1,2	0,8
		Биоэпиляция	0,6	0,3	0,2		0,4	0,5	0,2		0,2	0,3	0,5		0,2	0,2	0,3
	1.3 Аппаратная (простые технологии)	Вакуумноролковый массаж	0,7	0,5	0,3	0,5	2,3	1,3	1,1	1,6	2,5	1,4	1,2	1,8			
		Биомеханическая стимуляция лица	0,6	0,5	0,3		0,5	1,3	0,9		0,7	1,0	1,4		1,1	0,8	1,1
		Дарсонваль	0,7	0,8	0,1		0,5	0,8	0,9		0,1	0,7	0,9		1,1	0,1	0,8
		Ультразвуковая, механическая или комбинированная чистка лица	5,6	4,2	5,9		5,2	4,3	3,7		5,2	4,3	4,8		4,1	5,8	4,7
		Прессотерапия	0,1	0,1	0,03		0,1	0,3	0,1		0,1	0,2	0,3		0,1	0,1	0,2
Криосауна		-	0,1	0,2	0,1		-	0,1	0,4		0,1	-	0,1		0,4	0,1	
2 Медицинская	2.1 Диагностическая	Консультации	13,7	14,0	13,8	13,8	9,8	10,1	11,2	10,2	-	-	-	0			
2.2 Дерматокосметология	Ботулинотерапия	0,4	1,0	2,8	1,2		0,5	0,7	2,9		1,2	0,6	1,1		5,3	1,9	
	Мезотерапия	1,0	1,1	0,9	1,0	2,1	2,4	1,5	2,1	2,3	2,7	1,6	2,3				
	Биоревитализация	0,4	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	1,4	0,7	0,5	0,7	1,5	0,8				
	Пилинг	2,7	2,4	3,1	2,7	2,8	2,3	3,8	2,8	3,2	2,5	4,1	3,2				
	Криомассаж	5,7	5,2	2,8	4,7	9,3	7,7	3,8	7,3	10,3	8,5	4,0	8,2				
2.3 Дерматохирургия	Электрокоагуляция инфильтратов	0,8	1,0	0,9	0,8	0,8	0,8	1,0	0,8	0,9	0,8	1,2	0,9				
	Удаление бородавок	22,0	22,0	20,2	21,5	25,7	25,8	20,2	24,4	28,5	28,5	22,3	27,0				

ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ПАЦИЕНТА КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ: АНКЕТА №1

АНКЕТА

«Изучение медико-социального портрета пациента косметологической поликлиники»

Уважаемый пациент!

Настоящая анкета разработана на кафедре профилактической медицины ФДПО Приволжского исследовательского медицинского университета для проведения научного исследования, цель которого – повышение качества медицинской помощи населению.

Анкета анонимна и конфиденциальна, и указанная Вами информация не является персонифицированной и не может быть каким-либо образом использована против Вас.

Все полученные сведения в дальнейшем мы суммируем, и затем они пройдут статистическую обработку и будут использованы строго в научных целях.

Участие в опросе является добровольным. Мы просим Вас принять участие в анкетировании.

Благодарим Вас за желание помочь научному развитию отечественного здравоохранения!

В целях изучения вопросов организации и повышения качества косметологической помощи, просим Вас анонимно и откровенно ответить на поставленные вопросы. Пожалуйста, не указывайте ФИО и постарайтесь не пропускать вопросы.

1. **Возраст:** 18-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80-89;
2. **Пол:** Мужской; Женский;
3. **Место проживания:** Город (областной центр); Город-спутник (районный центр); Поселок;
4. **Условия проживания:** Квартира; Дом; Коммунальная квартира или общежитие;
5. **Образование:** Начальное; Среднее специальное; Высшее профессиональное;
 Другое: _____
6. **Семейное положение:** Состою в браке; Не состою в браке; Разведен (а);
7. **Социальное положение:** Учащийся; Работающий по найму; Предприниматель;
 Государственный служащий; Пенсионер; Не работающий; Другое: _____
8. **Профессия:** _____
9. **Дети:** Нет; 1; 2; 3 и более;
10. **Среднемесячный доход на одного члена семьи:** до 5 тыс.; до 10 тыс.; до 20 тыс.;
 до 30 тыс.; более 30 тыс.;
11. **Хронические заболевания:** Нет; Да (укажите какие) _____
12. **Перенесенные операции:** Нет; Да (укажите какие) _____
13. **Наличие у родственников рака груди, яичников, других органов:** Нет; Да (укажите заболевания и у кого) _____;
14. **Расстройства нервной системы:** Раздражительность; Агрессия; Апатия; Депрессия; Плаксивость;
 Нет; Другое _____;
15. **Онемение конечностей:** Нет; Да;
16. **Нарушение в работе желудочно-кишечного тракта:** Боли; Метеоризм; Запоры; Диарея; Нет; Другое _____;
17. **Метеозависимость:** Нет; Да;
18. **Сердце и сосуды:** Боли; Одышка; Аритмия; Тахикардия; Брадикардия; Головокружения;
 Потери сознания; Шум, звон в голове; Нет; Другое _____

19. Состоите ли на диспансерном учете у каких-либо врачей? Нет; Да (укажите у каких) _____
-
20. Принимаемые медикаменты, лекарства, витамины, контрацептивы, БАДы: _____
21. Перенесенные половые инфекции: _____
22. Как часто болеете простудными заболеваниями?: Редко; Иногда; Часто; Очень часто;
23. Головные боли: Редко.; Иногда; Часто; Очень часто;
24. Расстройства сна: Нет; Да;
25. Повышенный уровень артериального давления: Да; Нет; Не знаю;
26. Гинекологические/урологические заболевания: Нет; Да (укажите какие) _____;
27. Повышенный уровень холестерина: Да; Нет; Не знаю;
28. Имеется ли у Вас сахарный диабет? Да; Нет; Не знаю;
29. Рост: _____
30. Вес: _____
31. Вредные привычки: Курение; Алкоголь; Наркотики;
32. Как часто употребляете в пищу овощи и фрукты: Редко; Довольно часто; Каждый день;
33. Как часто употребляете в пищу хлебобулочные изделия, сахар, сладости: Редко; Довольно часто; Каждый день;
34. Что входит в Ваш ежедневный рацион: Много жирной пищи; Много углеводов; Много белков; Сбалансированное питание; Несбалансированное питание; Много овощей и фруктов;
35. Аппетит: Повышенный; Пониженный; В норме;
36. Длительность часов сна в сутки: менее 6 часов; 6-8 часов; более 8 часов;
37. Устраивают ли Вас условия труда: Да; Нет (Укажите почему) _____
38. Сталкиваетесь ли с токсическими веществами: Нет; Да (Укажите с какими) _____
39. Занятие спортом: Нет; Редко; Постоянно;
40. Где Вы обычно занимаетесь спортом: Дома; На улице; В спортивном/тренажерном зале; Не занимаюсь;
41. Какое расстояние в день Вы преодолеваете пешком: Менее 5 км; 5-10 км; 10-20 км; Более 20 км;
42. Как часто посещаете баню/сауну: Не посещаю; Редко; Часто; Постоянно;
43. Как часто посещаете солярий: Не посещаю; Редко; Часто; Постоянно;
44. Как часто ездите на отдых в жаркие страны (или на юг России): Вообще не езжу; Один раз в несколько лет; Один раз в год; Два и более раз в год;
45. Промежуток между менструациями: Примерно 21 день; Примерно 25 дней; Примерно 28 дней; Примерно 35 дней; Примерно 45 дней; Примерно 60 дней; Примерно 90 дней; Неупорядоченные менструации; Менопауза;
46. Какие используете средства контрацепции: Прерванный половой акт; Презерватив; Внутриматочная спираль; Гормональная контрацепция; Таблетки экстренной контрацепции; Химические средства (спермициды); Не использую; Другое _____;
47. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья: Плохое; В норме; Превосходное;
48. Какой у вас тип кожи: Сухая; Жирная; Комбинированный; Не знаю;
49. Чувствительность кожи к воздействию ультрафиолетовых лучей:
- Через несколько минут нахождения под прямыми солнечными лучами возникает воспалительная реакция (кожа обгорает). Равномерного загара не возникает.;
- Под воздействием солнечных лучей кожа легко обгорает. Добиться выраженного естественного загара сложно.;
- Кожа легко загорает, загар красивый и равномерный, но при длительном воздействии прямого солнечного излучения может обгорать.;
- Кожа практически не обгорает, загар возникает быстро и держится долго;
- Кожа никогда не обгорает. Загар малозаметен на фоне природной пигментации кожи.
50. Используете ли солнцезащитные средства для кожи: Всегда; Только летом; Только на отдыхе; Редко; Не использую;
51. Какие средства для умывания используете: Вода из крана; Мыло; Гель для умывания; Другое: _____

52. Есть ли у Вас аллергические реакции?: Нет; Да (какие именно) _____;
53. Есть ли у Вас домашние животные: Нет; Да (укажите какие) _____;
54. Испытываете ли проблемы с кожей: Нет; Да (укажите какие) _____
-
55. Влияют ли имеющиеся у Вас проблемы с кожей на общение с людьми: Да; Нет;
56. Используете ли Вы домашние средства ухода за кожей: Да; Нет;
57. Причины настоящего посещения врача-косметолога: Возрастные изменения кожи; Удаление новообразований; Кожные заболевания; Другое: _____
58. Регулярность посещения врача-косметолога: Регулярно; Один раз в месяц; Один раз в 3 месяца; Один раз в 6 месяцев; Один раз в год; Крайне редко; Другое: _____
59. Используемые Вами косметологические услуги: Чистка лица; Химический пилинг; Массаж; Аппаратная косметология; Удаление новообразований; Мезотерапия; Биоревитализация; Ботулинотерапия; Контурная пластика; Другое: _____
60. Имеете ли Вы своего врача – косметолога? Да; Нет;
61. Критерии выбора Вами косметологического учреждения: Рекомендации; Удобное расположение; Выбор конкретного врача; Известность учреждения; Доступные цены; Другое: _____
62. Удовлетворены ли Вы проведенным лечением: Да; Нет (Укажите почему) _____
63. Оцените по 10-бальной шкале готовность рекомендовать наше учреждение друзьям и знакомым:
 - 0; - 1; - 2; - 3; - 4; - 5; - 6; - 7; - 8; - 9; - 10

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА (УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ) ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: АНКЕТА №2

АНКЕТА

«Оценка качества (удовлетворенности) оказания услуг
медицинскими организациями в амбулаторных условиях»

Уважаемы пациент!

Настоящая анкета разработана на кафедре профилактической медицины ФДПО Приволжского исследовательского медицинского университета для проведения научного исследования, цель которого – повышение качества медицинской помощи населению.

Анкета анонимна и конфиденциальна, и указанная Вами информация не является персонифицированной и не может быть каким-либо образом использована против Вас.

Все полученные сведения в дальнейшем мы суммируем, и затем они пройдут статистическую обработку и будут использованы строго в научных целях.

Участие в опросе является добровольным. Мы призываем Вас к участию в анкетировании.

Благодарим Вас за желание помочь научному развитию отечественного здравоохранения!

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ АНКЕТЫ

Анкета содержит вопросы, касающиеся Вашего обслуживания в данной медицинской организации.

Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный ответ крестиком или галочкой. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение. Пожалуйста, не указывайте ФИО и не пропускайте вопросы.

1. Возраст: 18-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70 и более

2. Пол: Мужской; Женский;

3. Критерии выбора Вами косметологического учреждения: Рекомендации; Удобное расположение; Выбор конкретного врача; Известность учреждения; Доступные цены; Другое: _____

4. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у врача - косметолога?
 да нет

5. Удовлетворены ли Вы компетентностью врача-косметолога?
 да

нет ➡ *Что именно, Вас не удовлетворило?*

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

Вам не дали выписку

Вам не выписали рецепт Другое

6. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?

14 календарных дней и более

- 13 календарных дней
 12 календарных дней
 10 календарных дней
 7 календарных дней
 Менее 7 календарных дней

7. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?

- да  *Вы записались на прием к врачу*
 по телефону
 с использованием сети Интернет
 в регистратуре лично
 лечащим врачом на приеме при посещении
 нет  *По какой причине*
 не дозвонился
 не было талонов
 не было технической возможности записаться в электронном виде
 другое

8. Врач Вас принял во время, установленное по записи?

- да нет

9. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

- нет*
 да  *Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?*

- да нет

10. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- нет* 
 да  *Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?*

- да нет

11. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

- да
 нет  *Что не удовлетворяет?*
 отсутствие свободных мест ожидания
 состояние гардероба
 состояние туалета
 отсутствие питьевой воды
 санитарные условия
 отсутствие мест для детских колясок

12. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- нет*

да нет ➔ Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа
 II группа
 III группа

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

да

нет ➔ Пожалуйста, укажите, что именно отсутствует

- отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
 отсутствие пандусов, поручней
 отсутствие подъемных платформ (аппарелей)
 отсутствие адаптированных лифтов
 отсутствие сменных кресел-колясок
 отсутствие информационных бегущих строк,
 информационных стендов, голосовых сигналов
 отсутствие информации шрифтом Брайля
 отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений
 отсутствие сопровождающих работников

13. Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- не назначалось
 14 календарных дней и более
 13 календарных дней
 12 календарных дней
 10 календарных дней
 7 календарных дней менее 7 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

да нет

14. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

да нет

15. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

да нет

16. Оцените по 10-бальной шкале готовность рекомендовать данное учреждение друзьям и знакомым:

- 0; - 1; - 2; - 3; - 4; - 5; - 6; - 7; - 8; - 9; - 10

17. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- за счет ОМС, бюджет
 за счет ДМС
 на платной основе

18. Регулярность посещения врача-косметолога: Регулярно; Один раз в месяц;

Один раз в 3 месяца; Один раз в 6 месяцев; Один раз в год; Крайне редко;

Другое: _____

19. Используемые Вами косметологические услуги: Чистка лица; Химический пилинг;
 Массаж; Аппаратная косметология; Удаление новообразований; Мезотерапия;
 Биоревитализация; Ботулинотерапия; Контурная пластика;
 Другое: _____

20. Имеете ли Вы своего врача – косметолога? Да Нет

21. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

нет
 да → *Характеристика комментария*
 положительный
 отрицательный

22. Является ли данная процедура ботулинотерапии первой в вашей жизни? Да Нет

23. Является ли процедура ботулинотерапии с использованием препарата Диспорт первой в вашей жизни? Да Нет

24. В случае если ранее Вы использовали другие препараты БТА (кроме Диспорта), отметьте, пожалуйста, какие: Ботокс; Ксеомин; Лантокс; Релатокс; Ботулакс;
 Не знаю; Не использовал(а); Другое: _____

25. В случае если данная процедура не первая, как часто Вы делали процедуры ботулинотерапии ранее? Раз в 3 месяца; Раз в 4-5 месяцев; Раз в 6 месяцев;
 Раз в 7-12 месяцев; Интервал был более года; Делал (а) впервые;
 Другое: _____

26. Были ли Вы довольны проведенными ранее процедурами ботулинотерапии у другого врача-косметолога, в случае если они были? Да Нет (почему) _____ У другого врача процедуру не проводила

27. Планируете ли Вы повторять ботулинотерапию у данного врача в будущем? Да Нет
 Не знаю

28. Удовлетворены ли Вы эффектом после процедур ботулинотерапии с использованием препарата Диспорт: Да; Нет (укажите причину) _____

29. Отмечались ли у Вас нежелательные явления или осложнения после процедуры ботулинотерапии?

нет
 да → *Укажите*

какие _____

30. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

нет
 да → *Кто был инициатором благодарения?*

я сам (а)

персонал медицинской организации *Форма благодарения*

письменная благодарность (в журнале, на сайте)

цветы

подарки

услуги

деньги

ПРИЛОЖЕНИЕ Д. СПОСОБ РАЗМЕТКИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА: ИЛЛЮСТРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ

СПОСОБ РАЗМЕТКИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА

(хранится у врача - как учебно-методическая документация)

За «точки отсчета» при картировании принимаем зрачки (при взгляде пациента прямо) и брови. Проводим следующие линии:

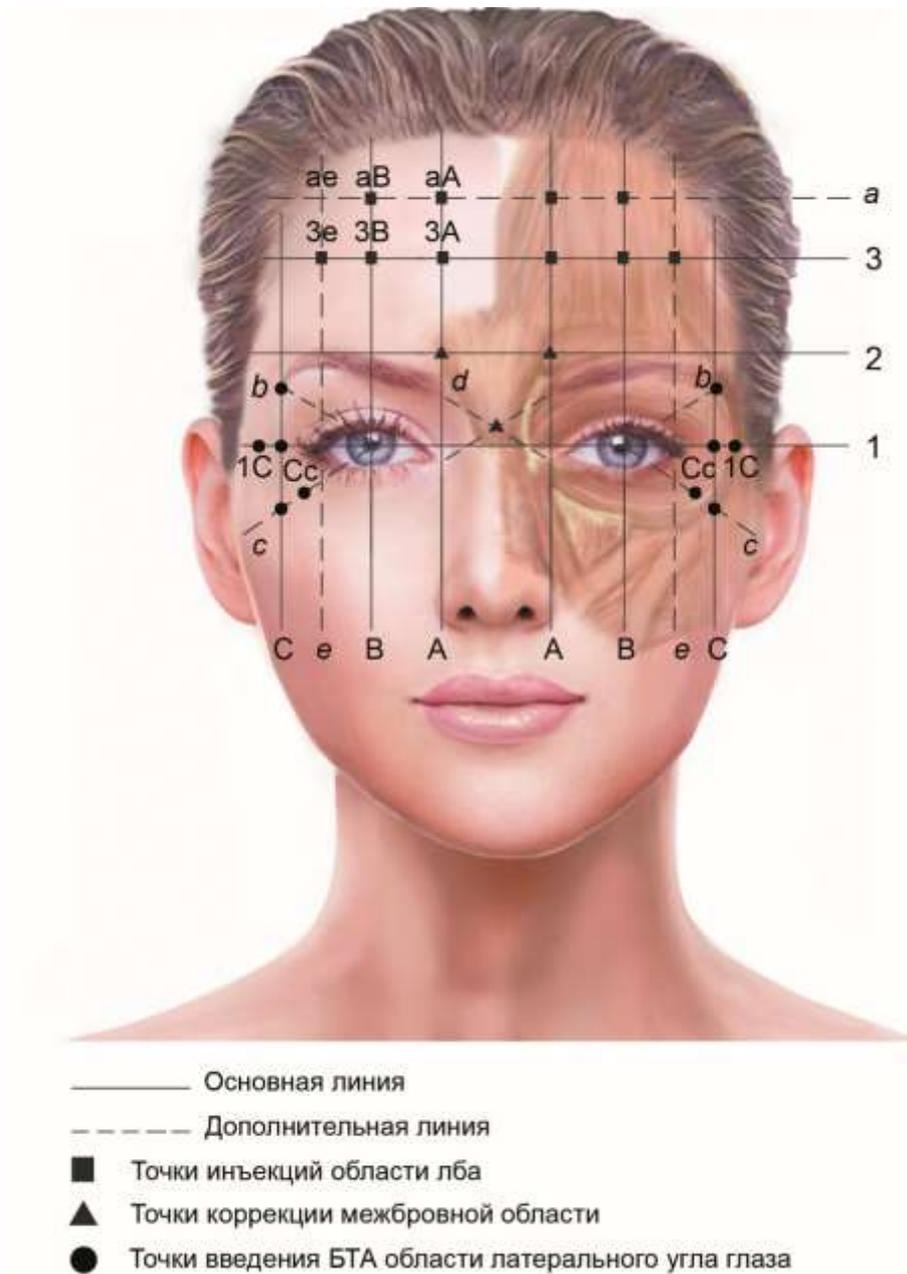


Рисунок Д. 1- Картирование лица для проведения ботулинотерапии

ОСНОВНЫЕ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЕ ЛИНИИ:

- 1 — при взгляде прямо через центр зрачков;
- 2 — вдоль верхней границы бровей (ориентируемся на их природное расположение);
- 3 — в области лба, не менее чем на 2 см выше надбровной горизонтальной линии (в зависимости от высоты лба);

ОСНОВНЫЕ ВЕРТИКАЛЬНЫЕ ЛИНИИ:

- A — по краю головки брови (от края крыла носа к началу брови);
- B — через середину зрачка;
- C — по краю хвоста брови;

дополнительные линии (необязательные):

- a — четвертая горизонтальная посередине между верхней горизонтальной линией и зоной роста волос для введения токсина вторым рядом (при необходимости);
- b — от зрачка к хвосту брови;
- c — от зрачка к козелку уха;
- d — между головкой брови и внутренним углом глаза для определения точки пересечения линий на переносице;
- e — дополнительная вертикальная линия по краю латеральной комиссуры глаза.

Точки пересечения данных линий определяют точки введения ботулотоксина.

Запрещенная зона для ботулинотерапии — область выше горизонтальной линии над бровями на протяжении как минимум 2 см. Введение БТА в *m. frontalis* не рекомендуется также лицам с низкорасположенными горизонтальными морщинами лба индивидуальными анатомическими особенностями (в частности, с низким лбом).

ДОПУСТИМЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ В РАСПОЛОЖЕНИИ ТОЧЕК ВВЕДЕНИЯ:

В области латерального угла глаза:

базисная точка (точка 1C) может смещаться в сторону виска;
нижнелатеральная точка (Cс) по линии с — в сторону глазницы (но не ближе 1 см от края глазницы) в зависимости от рисунка морщин (при выполнении трех инъекций по дуге с интервалом 1–1,5 см друг от друга);
точки в периорбитальной области должны учитывать тип глаз, форму и ширину глазной щели [160], поскольку данная схема оптимальна для пациентов со славянским типом глаз.

В области лба:

возможно одно-, двух- и трехрядное введение;
количество и расположение точек введения БТА зависит от анатомических особенностей лобной мышцы с учетом возраста и пола пациента, количества горизонтальных морщин, высоты лба, вариантов расположения апоневроза (классического, высокого, низкого) и возможной чрезмерной частичной и общей активности самой мышцы (гипертонуса ее медиальной или нижней частей, латеральных волокон, тотального гипертонуса) [116].

В области межбровья:

Точка пересечения основных линий 2A не должна располагаться выше 5мм от головки брови.

Некоторые возможные комбинации точек:

3A, 3B; 3e, 3A, aB;

3A, 3e; 3A, aB;

3A, 3B, ae.

Не рекомендовано введение точек, расположенных непосредственно друг над другом (например, 3A и aA, 3B и aB) из-за возможного птоза.

В области переносицы:

в особых случаях (при птозе бровей, невропатии лицевого нерва с дистопией бровей и век) рекомендовано отправить пациента на консультацию к врачу-неврологу.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КАРТИРОВАНИЯ ЛИЦА: ИЛЛЮСТРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КАРТИРОВАНИЯ ЛИЦА (хранится у врача – как учебно-методическая документация)



Рисунок Е. 1 - *Клинический случай № 1*, женщина 29 лет. Клиническая картина в динамике (нахмуривание, удивление) и статике до и после коррекции (через 2 недели) морщин лба и межбровья с применением разметки по предлагаемой методике



Рисунок Е. 2 - *Клинический случай № 1*, женщина 29 лет. Клиническая картина в динамике (улыбка с прищуриванием) и статике до и после коррекции (через 2 недели) «гусиных лапок» с применением разметки по предлагаемой методике



Рисунок Е. 3 - Клинический случай № 2, женщина 39 лет. Клиническая картина в динамике (нахмуривание, удивление) и статике до и после коррекции (через 2 недели) морщин лба и межбровья с применением разметки по предлагаемой методике



Рисунок Е. 4 - Клинический случай № 2, женщина 39 лет. Клиническая картина в динамике (улыбка с прищуриванием) и статике до и после коррекции (через 2 недели) «гусиных лапок» с применением разметки по предлагаемой методике

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗЫ И ТОЧКИ ВВЕДЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА А: ИЛЛЮСТРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗЫ И ТОЧКИ ВВЕДЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА А (хранится у врача – как учебно-методическая документация)

согласно атласу «Применение ботулотоксина типа А и дермальных филлеров для эстетической коррекции лица» под редакцией д.м.н. Е.И. Губановой [28]

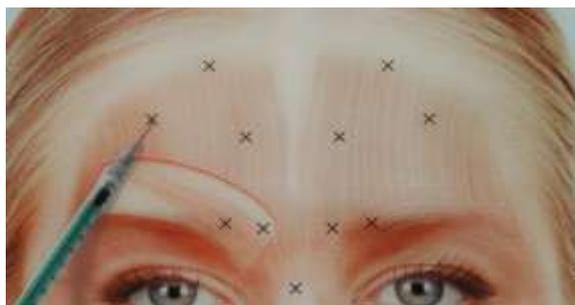


Рисунок Ж. 1 - Точки введения препарата в области лба и межбровья



Рисунок Ж. 2 - Точки введения препарата в области латерального угла глаза

Таблица Ж.1 - Сравнительные дозы препарата Диспорт

Мышцы	Медицинская технология	Атлас под ред. д.м.н. Губановой Е.И. [28]
m.procerus	до 20 ЕД	10 ЕД
m.corrugator supercilii	до 40 ЕД	до 60 ЕД
m. frontalis	до 90 ЕД	до 70 ЕД
m.orbicularis oculi	до 120 ЕД	до 90 ЕД

ПРИЛОЖЕНИЕ И. ИЛЛЮСТРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ «ГАРМОНИЧНОЕ ЛИЦО» (ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ)

ИЛЛЮСТРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ «ГАРМОНИЧНОЕ ЛИЦО» (ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ) (хранится у врача – как учебно-методическая документация)

Клинический пример: Пациентка 34 года, обратилась на прием с целью коррекции мимических морщин верхней половины лица.

Имеется 2 ряда горизонтальных едва заметных морщин лба в статике и едва заметные статические морщинки области наружного угла глаза. Расположение морщин на лбу: равномерный мимический паттерн лба, межбровье: равномерно активный мимический паттерн межбровной области, «гусиные лапки»: лучистый центральный мимический паттерн области орбиты. Подписано информированное согласие на процедуру. Фото до коррекции. Выбор препарата Диспорт. Выполнена разметка перед процедурой. Проведена коррекция в общей дозе 100 ЕД (лоб – 16 ЕД, межбровье – 44 ЕД, «гусиные лапки» - 40 ЕД).

На 2 визите проведен осмотр и фоторегистрация после инъекционной терапии (через 2 недели). По желанию пациентки была выполнена небольшая докоррекция мелких компенсаторных динамических морщин над латеральными частями бровей в дозе 4 Ед. Последующее динамическое наблюдение при повторных визитах и фоторегистрация через 1, 3 и 6 месяцев после процедуры показало эффективность проведенной ботулинотерапии и длительную сохранность клинического эффекта.



Рисунок И. 1 - Женщина 34 года. Динамические морщины лба.



Рисунок И. 2 - Женщина 34 года. Динамические морщины межбровья.



Рисунок И. 3 - Женщина 34 года. Динамические морщины области глаз

Таблица И. 1 - Шкала «Гармоничное лицо» оценки эффективности инъекционной коррекции межбровных морщин ботулотоксином типа А (графическая часть)

Шкала, локализация морщин	Исходная фотография	«Гармоничное лицо»	Клиническая, субъективная, балльная оценка эффективности					
			5 Отличный результат	4 Хороший результат	3 Улучшение, Неполная коррекция	2 Нет изменений	1 Ухудшение, осложнения	
Динамические межбровные («морщины хмурого взгляда») В								

Таблица И. 2 - Шкала «Гармоничное лицо» оценки эффективности инъекционной коррекции морщин лба ботулотоксином типа А (графическая часть)

Шкала, локализация морщин	Исходная фотография	«Гармоничное лицо»	Клиническая, субъективная, балльная оценка эффективности					
			5 Отличный результат	4 Хороший результат	3 Улучшение Неполная коррекция	2 Нет изменений	1 Ухудшение, осложнения	
Динамические морщины лба D								

Таблица И. 3 - Шкала «Гармоничное лицо» оценки эффективности инъекционной коррекции морщин «гусиные лапки» ботулотоксином типа А (графическая часть)

Шкала, локализация морщин	Исходная фотография	«Гармоничное лицо»	Клиническая, субъективная, балльная оценка эффективности					
			5 Отличный результат	4 Хороший результат	3 Улучшение, неполная коррекция	2 Нет изменений	1 Ухудшение, осложнения	
Динамические морщины области глаз («гусиные лапки») F								

Таблица И. 4 - Клинические примеры оценки эффективности инъекционной коррекции морщин верхней половины лица ботулотоксином типа А по шкале «Гармоничное лицо»

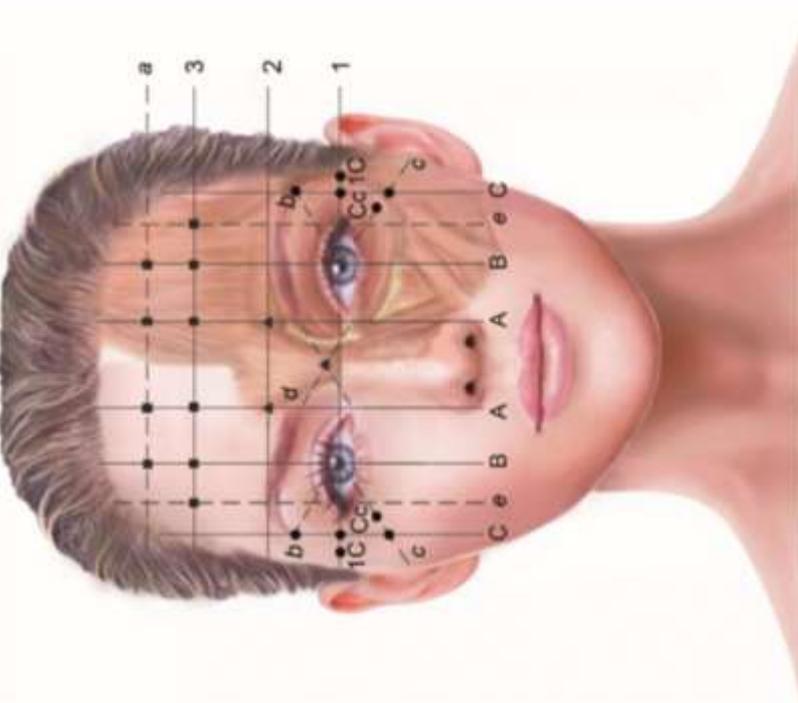
Шкала, локализация морщин	Исходная фотография	«Гармоничное лицо»	Клиническая, субъективная, балльная оценка эффективности				
			5 Отличный результат	4 Хороший результат	3 Улучшение, неполная коррекция	2 Нет изменений	1 Ухудшение, осложнения
Статические межбровные («морщины хмурого взгляда») А							
Динамические межбровные («морщины хмурого взгляда») В							
Статические морщины лба С							
Динамические морщины лба D							
Статические области глаз («гусиные лапки») Е							
Динамические области глаз («гусиные лапки») F							

**ПРИЛОЖЕНИЕ К. ВКЛАДЫШ В АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ ПАЦИЕНТА:
ИЛЛЮСТРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ**



- Точки инъекций области лба
- ▲ Точки коррекции межбровной области
- Точки введения БТА области латерального угла глаза

Вкладыш: 1 сторона
Схема точек коррекции (модель 1)



- Основная линия
- - - - - Дополнительная линия
- Точки инъекций области лба
- ▲ Точки коррекции межбровной области
- Точки введения БТА области латерального угла глаза

Описательная часть зоны коррекции, точек введения препарата

Описательная часть клинической картины и оценки качества коррекции возрастных изменений кожи верхней трети лица

Ф.И.О. Модель 1 Пол ж Возраст 37 Телефон хххх		Вкладыш 2 сторона														
Локализация морщин	Шкала	Описательная часть клинической картины возрастных изменений кожи					Показатель	Дата посещения				Эта- лон со- стоя ния мор- щин, идеа ль- ное лицо	Об- щая доза ЕД по зо- нам	Доза в точ- ку. Ко- сто- сто- вое	Ко- личе- сто то- чек	
		5	4	3	2	1										
Глубина морщин																
Статические межбровные («морщины гнева»)	А	Отсутствие морщин	Едва заметные	Мелкие морщины	Умеренно глубокие морщины	Очень глубокие морщины	Глубина морщин	4	5	5	5	5	40	14	3	
							Оценка качества	4	5	5	5	5	14			
Динамические межбровные («морщины гнева»)	В	Отсутствие морщин	Едва заметные	Мелкие морщины	Умеренно глубокие морщины	Очень глубокие морщины	Глубина морщин	2	5	5	4	3	5	12		
							Оценка качества	2	5	5	4	3				
Статические морщины лба	С	Отсутствие морщин	Едва заметные	Мелкие морщины	Умеренно глубокие морщины	Очень глубокие морщины	Глубина морщин	3	5	5	5	5	24	4	6	
							Оценка качества	3	5	5	5	5	2			
Динамические морщины лба	D	Отсутствие морщин	Едва заметные	Мелкие морщины	Умеренно глубокие морщины	Очень глубокие морщины	Глубина морщин	2	5	5	4	4	5	ря	да	
							Оценка качества	2	5	5	4	4				
Статические области глаз («гусиные лапки»)	E	Отсутствие морщин	Едва заметные	Мелкие морщины	Умеренно глубокие морщины	Очень глубокие морщины	Глубина морщин	3	5	5	5	4	40	8	6	
							Оценка качества	3	5	5	5	4	6			
Динамические области глаз («гусиные лапки»)	F	Отсутствие морщин	Едва заметные	Мелкие морщины	Умеренно глубокие морщины	Очень глубокие морщины	Глубина морщин	2	5	5	4	3	5	6		
							Оценка качества	2	5	5	4	3	2x			
Оценка качества лечения		5-отличный результат	4-хороший результат	3-улучшение, неполная коррекция	2-нет изменений	1-ухудшение, осложнение	Посещения: 1 - первое обращение, 2 - на 14 день, 3 - через 1 месяц, 4 - через 3 месяца, 5 - через 6 месяцев.									

Примечание: при балльной оценке исходный показатель качества в первый день обращения принимаем равным баллу степени выраженности глубоких морщин; Препарат: ДИСПОРТ Серия 12345 Срок годности 01.2019. Растворитель: 0,9% раствор натрия хлорида Объем растворителя: 500ЕД дисторта-2,5мл Количество единиц в дополнительных точках, при докоррекции: нет, да: доза -

ПРИЛОЖЕНИЕ Л. ДЕЛОВАЯ ИГРА В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА

ДЕЛОВАЯ ИГРА

Специальность: косметология.

Тема деловой игры: Оценка качества инъекционной коррекции морщин кожи верхней трети лица (на примере БТА).

Цель обучения: уметь организовать и провести оценку качества инъекционной коррекции морщин кожи лица.

Условия решения ситуационной задачи для проверки достижения целей обучения: балльная оценка клинической картины и качества процедуры; использование компьютерной программы на основе математической модели оценки ботулинотерапии. Задачи игры: рассмотрение качества медицинской помощи на конкретном пациенте. Участник игры: врач косметолог или группа учащихся.

Этапы деловой игры: 1. ознакомление с конкретной ситуацией; 2. балльная оценка клинического примера; 3. оценка качества результата коррекции морщин с учетом математической модели расчета ИКК; 4. построение графиков наглядности; 5. разбор и анализ деловой игры, выводы.

Рассматриваемая деловая игра способствует повышению качества дополнительного профессионального медицинского образования по профилю специальности. Указанная игра, как имитация профессиональной деятельности в обстановке максимально приближенной к условиям реальной жизни, направлена на появление новых знаний и закрепление навыков участников в оценке качества инъекционной терапии, на выявление проблем и поиск путей их решения. Представленные теоретические рассуждения и математические расчеты, графики наглядности клинического примера требуют дальнейшего дискуссионного обсуждения, набора материала и переноса данной деловой игры на определенную нозологическую группу коррекции (например, морщин лба, наружного угла глаза или межбровья), создания методической базы оценки качества оказываемой косметологической помощи лицам с возрастными изменениями мягких тканей лица в поликлинических условиях.

ПРИЛОЖЕНИЕ М. ПАМЯТКА ПАЦИЕНТА ПРИ КОРРЕКЦИИ МИМИЧЕСКИХ МОРЩИН КОЖИ ЛИЦА И ШЕИ БОТУЛИНИЧЕСКИМ ТОКСИНОМ ТИПА А (ПРЕПАРАТОМ «ДИСПОРТ») (выдается на руки пациенту)



Мировые передовые научные знания и технологические достижения медицинской науки определили новое направление – эстетическая и антивозрастная медицина. Инъекции ботулотоксина типа А (БТА) кардинально изменили подходы к способам омоложения. БТА надежно себя зарекомендовал, стал лидером выбора при коррекции мимических морщин. XXI век можно назвать эпохой ботулинотерапии в эстетической медицине.

Что нужно знать?

Даже строгое исполнение техники, корректный выбор доз препарата не гарантируют отсутствие нежелательных «знаков токсина», которые либо проходят самостоятельно, либо корректируются дополнительным введением БТА и (или) назначением некоторых лекарственных препаратов.

О чем надо помнить?

Первичная нечувствительность к ботулинотерапии наблюдается в 0,01% женщин, примерно у 4% мужчин. Факторами вторичной неэффективности могут быть: недостоверная информация от пациента о состоянии своего здоровья, прием лекарственных препаратов (некоторые антибиотики, витамины группы В, ноотропы, антидепрессанты и др.), несоблюдение пациентом рекомендаций врача, введение некорректных доз БТА разных производителей у разных врачей с не соблюдением интервалов между процедурами, введение поддельных и (или) нелегальных препаратов. Прием аспирина, антикоагулянтов, НПВС и обезболивающих препаратов, а также менструация в период проведения процедуры может быть причиной появления гематом. Также, важно помнить о том, что некоторые препараты могут усиливать действие БТА (миорелаксанты, средства для наркоза, некоторые антибиотики). Не оценивайте промежуточный результат. Окончательный результат оценивается на 14 день после процедуры. Эффект сохраняется 3-6 месяцев. В случае появления нежелательных эффектов следует незамедлительно обратиться к вашему доктору.

О чем расскажет косметолог?

Тактика современной эстетической ботулинотерапии предусматривает как полное устранение, так и уменьшение степени выраженности мимических морщин с сохранением многообразия мимической экспрессии в достаточном объеме. Для активного вовлечения в процесс лечения пациента, повышения его комплаентности и степени удовлетворенности результатами, врач знакомит пациента с алгоритмом ботулинотерапии, включающим: цель терапии, показания и противопоказания, выбор препарата, фоторегистрация, картирование лица, технику введения БТА, этапность, оценку эффективности. Получение письменного согласия пациента, а также регистрация показаний, доз, точек введения препарата, техники коррекции — это защита и пациента, и врача.

Как соблюдать постпроцедурный режим?

В день процедуры:

- активизировать в течение 20-30 минут деятельность мимических мышц, в которые вводился ботулотоксин (гримасничать);
- не массировать и не разминать места инъекций;
- в первые 4 часа после инъекции сохранять вертикальное положение;
- в течение 6-8 часов исключить любое воздействие на кожу (прикосновение рук, любые процедуры по уходу за кожей).

В течение 14 суток:

- исключить физические нагрузки (занятия спортом, тяжелая физическая работа);
- исключить пребывание на солнце, посещение солярия, бани и сауны, прием горячей ванны;
- не проводить массаж и физиопроцедуры зоны инъекций;
- не употреблять алкоголь.

Через 14 дней:

- повторная явка позволяет не только оценить эффективность процедуры, но и провести в случае недостаточной эффективности докоррекцию.

Через 1,3 и 6 месяцев:

- регулярно проводить контрольные осмотры через 1, 3 и 6 месяцев, если следующая комплексная процедура коррекции мимических морщин не будет выполнена ранее.



Следует помнить, что наилучший результат достигается, если пациент доверяет доктору и соблюдает все рекомендации, а также получает повторное лечение в момент снижения эффекта от предыдущего воздействия.

**ПРИЛОЖЕНИЕ Н. СВИДЕТЕЛЬСТВО О ГОСУДАРСТВЕННОЙ
РЕГИСТРАЦИИ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЭВМ «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА
БОТУЛИНОТЕРАПИИ МИМИЧЕСКИХ МОРЩИН»**



ПРИЛОЖЕНИЕ П. АКТЫ ВНЕДРЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС И ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

« УТВЕРЖДАЮ »

Проректор по учебной работе
ФГБОУ ВО «ПМУ» Минздрава России

А.И. Сидоров

«10» сентября 2018 г.



А К Т

внедрения результатов научно-исследовательской работы
в учебный процесс кафедры
ФГБОУ ВО «ПМУ» Минздрава России

Наименование предложения: медико-статистические материалы о заболеваемости взрослого населения болезнями и возрастными изменениями кожи лица, аналитическая информация о деятельности косметологической клиники, социально-демографическая характеристика профильных пациентов и их субъективная оценка собственного здоровья, а также учебно-методическое пособие «Нормативно-методическое обеспечение деятельности медицинской организации косметологического профиля на современном этапе».

Форма внедрения: подготовка информационного контента для лекций, практических и семинарских занятий.

Эффективность внедрения: позволяет повысить информированность студентов, ординаторов, аспирантов, врачей – организаторов здравоохранения по вопросам совершенствования организации косметологической помощи взрослому населению, в т.ч. на примере ботулинотерапии мимических морщин верхней половины лица.

Сроки внедрения: 2018/2019 учебный год.

Место внедрения: Кафедра профилактической медицины ФДПО 603001 г. Нижний Новгород, ул. Нижне-волжская наб. 2;
Кафедра экономики, менеджмента и медицинского права 603107 г. Нижний Новгород, пр. Гагарина 68А

Предложение: авторское
Автор: Красильникова Ольга Николаевна.

Ответственный за внедрение:

Заведующий кафедрой
экономики, менеджмента и медицинского права
д.м.н., профессор *Т.В. Поздеева* Т.В. Поздеева

Заведующий кафедрой профилактической
Медицины ФДПО д.м.н., профессор *М.А. Позднякова* М.А. Позднякова



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов научно-исследовательской работы в учебный процесс кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии
 Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «МГУПП»

Наименование предложения: материал, характеризующий медико-организационные, теоретические и практические аспекты оказания медицинской помощи по профилю «косметология», на примере инъекционной коррекции морщин верхней половины лица лекарственным препаратом «Диспорт», программа для ЭВМ, а также учебно-методическое пособие «Стандартизация процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом абоботулинического токсина типа А» (методика «начинающего косметолога»).

Форма внедрения: подготовка информационного контента для лекций, практических и семинарских занятий.

Эффективность внедрения: позволяет повысить информированность студентов, ординаторов, аспирантов, врачей-дерматовенерологов, врачей-косметологов, организаторов здравоохранения и врачей других специальностей по вопросам совершенствования организации оказания медицинской помощи по профилю «косметология» взрослому населению, в т.ч. на примере ботулинотерапии мимических морщин верхней половины лица.

Сроки внедрения: 2019/2020 учебный год.

Место внедрения: 125080, г. Москва, Волоколамское ш., д.11, Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «МГУПП», кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии.

Предложение: авторское.

Авторы: Красильникова Ольга Николаевна, Губанова Елена Ивановна

Директор
 МИНО ФГБОУ ВО «МГУПП»
 д.м.н., профессор

В.В.Гладько

“УТВЕРЖДАЮ”

Главный врач ООО

«Клиника эстетической медицины»

г. Н.Новгород

Горская А.А.

“ 11 ” октября 20 19г.

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы
в лечебно-диагностический процесс ООО «Клиника эстетической медицины»
г. Н.Новгород

Наименование предложения: алгоритм, включающий медико – организационные, теоретические и практические аспекты оказания косметологической помощи на примере инъекционной коррекции морщин верхней половины лица лекарственным препаратом Диспорт, программа для ЭВМ.

Форма внедрения: стандартизация действий врача – косметолога, способ оценки эффективности ботулинотерапии с использованием программы для ЭВМ.

Эффективность внедрения: стандартизация организации работы и определение действий врача – косметолога, снижение риска возникновения осложнений ботулинотерапии, повышение качества оказываемой косметологической помощи, повышение комплаентности и удовлетворенности пациента результатами процедур.

Сроки внедрения: 2019-2020 годы

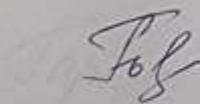
Место внедрения: 603022 г. Нижний Новгород, ул. Тимирязева, д. 31 А

Предложение: авторское

Автор: Красильникова Ольга Николаевна

Ответственный за внедрение:

Главный врач




Горская А. А.

Главный врач АО ОП
«Врачебная косметология»

г. Н.Новгород

Чеботарь И. Е.

«14» сентября 2019.

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы
в лечебно-диагностический процесс АО ОП «Врачебная косметология» г. Н.Новгород

Наименование предложения: алгоритм, включающий медико – организационные, теоретические и практические аспекты оказания косметологической помощи на примере инъекционной коррекции морщин верхней половины лица лекарственным препаратом Диспорт, программа для ЭВМ.

Форма внедрения: стандартизация действий врача – косметолога, способ оценки эффективности ботулинотерапии с использованием программы для ЭВМ.

Эффективность внедрения: стандартизация организации работы и определение действий врача – косметолога, снижение риска возникновения осложнений ботулинотерапии, повышение качества оказываемой косметологической помощи, повышение комплаентности и удовлетворенности пациента результатами процедур.

Сроки внедрения: 2019-2020 годы

Место внедрения: АО ОП «Врачебная косметология» 603006 г. Нижний Новгород, ул. М. Горького, д. 186

Предложение: авторское

Автор: Красильникова Ольга Николаевна

Ответственный за внедрение:

Главный врач



Чеботарь И. Е.

“УТВЕРЖДАЮ”

Главный врач ООО «Ка Эль Групп»
Клиника эстетической косметологии «Пчела»
г. Н.Новгород
Тюльникова А. Ю.
“01” октября 2019 г.

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы
в лечебно-диагностический процесс клиники эстетической косметологии «Пчела»
г. Н.Новгород

Наименование предложения: алгоритм, включающий медико – организационные, теоретические и практические аспекты оказания косметологической помощи на примере инъекционной коррекции морщин верхней половины лица лекарственным препаратом Диспорт, программа для ЭВМ.

Форма внедрения: стандартизация действий врача – косметолога, способ оценки эффективности ботулинотерапии с использованием программы для ЭВМ.

Эффективность внедрения: стандартизация организации работы и определение действий врача – косметолога, снижение риска возникновения осложнений ботулинотерапии, повышение качества оказываемой косметологической помощи, повышение комплаентности и удовлетворенности пациента результатами процедур.

Сроки внедрения: 2019-2020 годы

Место внедрения: ООО «Ка Эль Групп», Клиника эстетической косметологии «Пчела», 603006 г. Нижний Новгород, ул. Семашко, д.30, П4

Предложение: авторское

Автор: Красильникова Ольга Николаевна

Ответственный за внедрение:

Главный врач



Тюльникова А.Ю.

“УТВЕРЖДАЮ”

Главный врач ООО «Ваш мир косметологии»

Клиника эстетической медицины

«Мир косметологии»

г. Н.Новгород

Смирнова С. В.

“ 25 ” сентября 2019г.

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы
в лечебно-диагностический процесс клиники эстетической медицины «Мир косметологии»
г. Н.Новгород

Наименование предложения: алгоритм, включающий медико – организационные, теоретические и практические аспекты оказания косметологической помощи на примере инъекционной коррекции морщин верхней половины лица лекарственным препаратом Диспорт, программа для ЭВМ.

Форма внедрения: стандартизация действий врача – косметолога, способ оценки эффективности ботулинотерапии с использованием программы для ЭВМ.

Эффективность внедрения: стандартизация организации работы и определение действий врача – косметолога, снижение риска возникновения осложнений ботулинотерапии, повышение качества оказываемой косметологической помощи, повышение комплаентности и удовлетворенности пациента результатами процедур.

Сроки внедрения: 2019-2020 годы

Место внедрения: 603086 Клиника эстетической медицины «Мир косметологии», г. Нижний Новгород, бульвар Мира, д.12, оф.3

Предложение: авторское

Автор: Красильникова Ольга Николаевна

Ответственный за внедрение:

Главный врач

Смирнова С. В.



Смирнова С. В.



Ассоциация «Лига косметологов
и пластических хирургов»

603089 г.Н.Новгород,
ул. Полтавская, 30
(831) 2880088
ОГРН 1025203052610
ИНН 5260112643
КПП 526201001

ПРОТОКОЛ № 22
внеочередного общего собрания членов Ассоциации
«Лига косметологов и пластических хирургов»

Дата проведения собрания : 30 апреля 2019 года
Время проведения собрания: Общее собрание открыто в 14 часов 00 минут
Место проведения собрания: г.Нижний Новгород, ул.Полтавская, д.30

Присутствовали члены Ассоциации «Лига косметологов и пластических хирургов»

1. ООО «Клиника эстетической медицины» -
Генеральный директор Горская Антонина Александровна
2. ООО «Врачебная косметология «Афродита»
Директор Волкова Елена Павловна
3. ООО «Нероли-регион» -
Генеральный директор Филиппов Василий Алексаендрович
4. ООО «Косметология»
директор Шапошникова Евгения Исааковна
5. ООО «Зеленый остров»
Директор Максимова Алла Николаевна
- 6.. ООО «Мастерская красоты и здоровья ИФ»
Управляющая Назарова Мария Александровна
- 7.Индивидуальный предприниматель
Цикель Татьяна Евгеньевна
- 8.ООО «ДомКом» (салон красоты «Версаль»
Директор Комарова Елена Алекспандровна
- 9.ООО «КСК» (салон красоты «Людмила»
директор Максимова Алла Николаевна
10. ООО «Март-21 век» (салон красоты «Либерти»
директор Доронова Елена Сергеевна
11. ООО «Вербена Мед»
директор Поснова Анна Николаевна
12. ООО «Линия стройности»
генеральный директор Прокопенко Светлана Михайловна
13. ООО «Четыре комнаты»
директор Волкова Алла Витальевна
- 14 ООО «Центр эстетической медицины «Анастасия»
Генеральный директор Рыбинская Татьяна Михайловна
15. ООО «Система Красоты»
Директор Фомина Антонина Борисовна
- 16.ООО «Мон Плезир»

- Директор Комлева Елена Александровна
 17. ООО «Клиника эстетической медицины «Априори»
 Директор Трофимов Михаил Валерьевич
 18. Смирнова Светлана Васильевна
 19. Горохов Илья Вячеславович
 20. Кузенкова Ольга Юрьевна
 21. Горячева Оксана Евгеньевна
 22. Петрова Елена Александровна
 23. Кельдюшева Екатерина Викторовна
 24. Барышева Яна Владимировна
 25. Филиппова Лариса Ивановна
 26. Красильникова Ольга Николаевна
 27. Трофимова Наталья Александровна
 28. Дуденкова Лариса Евгеньевна
 29. Кунилова Елена Владимировна
 30. Манеева Наталия Николаевна

Кворум имеется: На собрании присутствуют более 2/3 членов Лиги.

Председатель собрания: Филиппова Лариса Ивановна, Президент Ассоциации «Лига косметологов и пластических хирургов»

Секретарь собрания: Манеева Наталия Николаевна, Директор Ассоциации «Лига косметологов и пластических хирургов»

Повестка дня:

1. Рассмотрение программы «Стандартизация процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом абоботулинического токсина типа А («методика «начинающего косметолога»)

Выступали:

Красильникова О.Н., врач косметолог, заочный аспирант кафедры профилактической медицины ПИМУ, в своем докладе остановилась на нормативно-методических и медико-организационных аспектах деятельности медицинской организации косметологического профиля: вопросах лицензирования, санитарно-эпидемиологических положениях, требованиях к кабинету, кадрам, критериям оценки качества медицинской помощи, юридической ответственности врача-косметолога.

Во второй части своего сообщения докладчик остановился на практических аспектах инъекционной коррекции морщин верхней половины лица лекарственным препаратом ДИСПОРТ (DYSPOРТ): схеме картирования верхней половины лица, правиле «четных чисел» при использовании препарата «Диспорт», шкале «Гармоничное лицо» для оценки эффективности ботулинотерапии.

Докладчиком отмечено, что научно обоснованный, разработанный и внедренный алгоритм инъекционной коррекции возрастных изменений кожи (на примере морщин верхней половины лица) определяет последовательность оказания медицинской помощи пациенту от момента обращения к врачу - косметологу до конечного результата: уменьшения количества и выраженности морщин, удовлетворенностью пациентом и врачом. Основные положения разработаны и внедрены автором в областной косметологической поликлинике, клинические наблюдения доказывают клинический и социальный эффект.

В прениях выступили: Горская Антонина Александровна, Филиппова Лариса Ивановна, Горохов Илья Вячеславович

Коллегами отмечено, что предложенный Красильниковой О.Н. алгоритм выполнения коррекции возрастных изменений способствует стандартизации действий врача-косметолога; схема картирования проста и удобна, не требует дополнительной разметки; правило четных чисел

обеспечивает простоту и точность введения необходимых доз препарата. Предлагаемая шкала «Гармоничное лицо» позволяет провести оценку эффективности ботулинотерапии на основании объективных клинических и субъективных показателей, проводить самоконтроль своей профессиональной деятельности, но требует дополнительного компьютерного оснащения и времени для анализа.

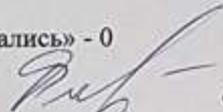
Постановили:

- 1.Одобрить программу «Стандартизация процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом аботулинического токсина типа А («методика «начинающего косметолога»), как доказавшую свою эффективность с клинических и социальных позиций.
- 2.Рекомендовать «Методику начинающего косметолога» к практическому применению в целях повышения качества косметологической помощи среди начинающих специалистов..
- 3.Рекомендовать алгоритм, пошаговое выполнение процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом «Диспорт», для врачей по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», «Косметология», а также в образовательном процессе для учащихся по данным специальностям.

Результаты голосования:

«за» - 30, «против» - 0, «воздержались» - 0

Председатель собрания


Филиппова Лариса Ивановна

Секретарь собрания


Мансева Наталия Николаевна





Рецензия на учебное пособие «Стандартизация алгоритма выполнения процедуры коррекции возрастных изменений кожи верхней половины лица препаратом абоботулинического токсина типа А – ДИСПОРТ (методика «начинающего косметолога»)

В настоящем учебном пособии рассмотрены медико-организационные, теоретические и практические аспекты инъекционной коррекции морщин верхней половины лица лекарственным препаратом ДИСПОРТ (Dysport, Ipsen Biopharm Ltd.). Предложенный авторами алгоритм выполнения коррекции возрастных изменений способствует стандартизации действий начинающего врача-косметолога. Содержащая в алгоритме схема картирования верхней половины лица проста, удобна и безопасна, что подтверждено клиническими примерами. Соблюдение правила «четных чисел» при использовании препарата «Диспорт» обеспечивает простоту и легкость выполнения самой процедуры, точность введения необходимых доз препарата. Предлагаемая шкала «Гармоничное лицо» позволяет провести оценку эффективности ботулинотерапии на основании объективных клинических и субъективных показателей, проводить самоконтроль своей профессиональной деятельности.

Данный алгоритм инъекционной коррекции возрастных изменений кожи (на примере мимических морщин верхней половины лица) определяет последовательность оказания медицинской помощи пациенту от момента обращения к врачу - косметологу до конечного результата: уменьшения количества и выраженности морщин, удовлетворенности эстетическим результатом пациентом и врачом.

Пособие рассматривает алгоритм, пошаговое выполнение процедуры ботулинотерапии мимических морщин верхней половины лица препаратом «Диспорт» и предназначено для ознакомления врачей широкого круга специальностей, для учащихся медицинских ВУЗов. Представленный алгоритм ботулинотерапии для эстетических целей будет полезен при организации работы в клиниках или отделениях косметологического профиля, оценки качества оказания медицинской помощи по специальностям «Косметология», «Кожные и венерические болезни», «Пластическая хирургия», «Общественное здоровье и здравоохранение».

Орлова Ольга Ратмировна

Д.м.н., профессор, 1 МГМУ им. И.М.Сеченова и РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Президент Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии

Директор Центрального института ботулинотерапии и актуальной неврологии



« 24 » августа 2018